



Universitat Autònoma de Barcelona

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi queda condicionat a l'acceptació de les condicions d'ús establertes per la següent llicència Creative Commons:  http://cat.creativecommons.org/?page_id=184

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis queda condicionado a la aceptación de las condiciones de uso establecidas por la siguiente licencia Creative Commons:  <http://es.creativecommons.org/blog/licencias/>

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis it is limited to the acceptance of the use conditions set by the following Creative Commons license:  <https://creativecommons.org/licenses/?lang=en>



**Universitat Autònoma
de Barcelona**

TESIS DOCTORAL

2017

**RASGOS DE PERSONALIDAD
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PERSONAS CON PSICOPATOLOGÍA**

Yolanda Martínez Ortega

Directora: Prof. Dra. Montserrat Gomà i Freixanet

Departament de Psicologia Clínica i de la Salut

Universitat Autònoma de Barcelona

Estudios de Doctorado en Psicología Clínica y de la Salud

(RD 99/2011)

Prof. Montserrat Gomà i Freixanet
Catedrática de la Universitat Autònoma de Barcelona

Declara y confirma que ha supervisado la Tesis Doctoral titulada:

**RASGOS DE PERSONALIDAD Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO
EN PERSONAS CON PSICOPATOLOGÍA**

Realizada por Yolanda Martínez Ortega, y considera que es apta para su lectura y defensa pública para optar por el grado de Doctor por la Universitat Autònoma de Barcelona.

Por tal motivo queda constancia en el presente documento en Bellaterra, 1 de setiembre de 2017.

Firmado:

Prof. Montserrat Gomà i Freixanet

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar tengo que agradecer a **Montserrat Gomà** tu implicación y apoyo a lo largo de esta tesis, por transmitirme tu entusiasmo, rigurosidad y meticulosidad en el trabajo. Por los momentos más formales y por los informales, en estos años hemos compartido momentos vitales muy significativos.

A **Mireia, Yrina** y **Raquel**, vuestra colaboración inestimable ha sido de gran valor. **Sergi, Anna** y **Albert**, vuestra aportación rigurosa y eficaz en los aspectos metodológicos y estadísticos, vuestra disponibilidad ante mis dudas, habéis sido una parte muy importante en este proyecto. Y a todos los **participantes**, que de manera totalmente desinteresada, dedicaron un tiempo a rellenar los cuestionarios, sin su colaboración esta investigación no se hubiera podido realizar.

De Althaia, especialmente a mis **compañeras de pasillo**, Rosa, Domi, Antònia, Joana, Mari Cruz y Eulàlia, con vosotras he compartido preocupaciones y avances, he recibido un gran apoyo, y muchísimos ánimos en este proceso, día a día. Soy afortunada de poder trabajar con vosotras. A **Gemma Prat**, por su ayuda en los primeros pasos de este cometido, fueron una buena guía. Y a **Pere Bonet**, por creer en el proyecto y facilitar las condiciones para llevarlo a cabo.

A mis **familiares** y **amigo/as**, porque siempre habéis confiado que acabaría dignamente este arduo trabajo y así me lo habéis transmitido. **Sílvia**, gracias también por las revisiones idiomáticas a cualquier hora.

A mis **padres**, esta tesis no hubiera sido posible sin el interés y la curiosidad por aprender, sin el esfuerzo y la dedicación depositadas en ella. Desde pequeña me transmitisteis estas actitudes, junto con vuestro amor incondicional, y siempre os estaré agradecida.

Y finalmente, a mis hombres, **Xevi, Marc** y **Enric**, por vuestro apoyo y paciencia, por creer en mí y acompañarme en todos los momentos de este proyecto, por el tiempo, las preguntas y los ánimos. Os quiero muchísimo.

DECLARACIÓN DE COMPROMISOS ÉTICOS

El presente estudio cumple con los requisitos de la Declaración de Helsinki (World Medical Association [WMA], 2013) y fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación Clínica de la *Fundació Unió Catalana d'Hospitals*.

Igualmente, declaramos que no existe conflicto de intereses financieros, ideológicos o de otro tipo que pudieran influir en las informaciones aportadas en la presente tesis doctoral. No ha habido fuentes de financiación para ninguno de los estudios que forman parte de este proyecto, por lo que declaramos no tener consciencia de ningún sesgo que haya podido afectar a la objetividad de nuestro trabajo.

SUMARIO

Sobre la estructura de este documento	12
1 Referencias bibliográficas de las publicaciones del compendio.....	17
2 Introducción.....	23
2.1 Evaluación en contextos clínicos de salud mental.....	24
2.2 Perspectivas de personalidad.....	27
2.2.1 Modelo de personalidad de M. Zuckerman	29
2.2.2 Importancia de la evaluación de la personalidad en contextos clínicos de salud mental	34
2.3 Afrontamiento del estrés	37
2.3.1 Concepto de estrés	37
2.3.2 Estrategias de afrontamiento del estrés.....	39
2.3.3 Importancia de la evaluación del afrontamiento en contextos clínicos de salud mental	47
2.4 Relación entre las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento del estrés.....	49
3 Objetivos e hipótesis	57
4 Resultados: publicaciones científicas.....	63
4.1 Art-1. <i>Psychometric properties and normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a psychiatric outpatient sample</i>	63
4.1.1 Información adicional sobre el Estudio 1	70
4.2 Art-2. <i>The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings</i>	71
4.3 Art-3. <i>The relationship between personality characteristics and coping strategies among clinical outpatients</i>	81
5 Discusión general	97
5.1 Estudio 1. Evaluación de la personalidad (Art-1)	97
5.2 Estudio 2. Evaluación de las estrategias de afrontamiento (Art-2)	100
5.3 Estudio 3. Relación entre personalidad y estrategias de afrontamiento en una muestra clínica (Art-3)	102
5.4 Convergencias de los resultados de los tres estudios.....	103

5.4.1	Disponibilidad de instrumentos de evaluación en el ámbito clínico	103
5.4.2	Implicaciones clínicas	104
5.5	Consideraciones finales y líneas de futuro	107
6	Conclusiones	113
7	Investigaciones en curso.....	119
8	Referencias.....	123
9	Anexos.....	147
9.1	Otras aportaciones científicas de los datos preliminares obtenidos en esta tesis doctoral.....	147
9.2	Hoja de información al participante	148
9.3	Documento de consentimiento informado.....	149
9.4	Hoja de datos sociodemográficos	150
9.5	ZKPQ (Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004).....	151
9.6	COPE (Crespo y Cruzado, 1997).....	155
9.7	COPE-48 (Martínez, Gomà-i-Freixanet y Fornieles, 2016).....	157

LISTA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

Act	<i>Activity</i>
AERA	<i>American Educational Research Association</i>
AFFM	<i>Alternative Five Factor Model</i>
Agg-Host	<i>Aggression-Hostility</i>
APA	<i>American Psychological Association</i>
Art-1	Artículo 1. Martínez Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M., y Valero, S. (2017). Psychometric properties and normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a psychiatric outpatient sample. <i>Journal of Personality Assessment</i> , 99(2), 219-224. doi: 10.1080/00223891.2016.1217419
Art-2	Artículo 2. Martínez Ortega, Y., Gomà-Freixanet, M., y Fornieles, A. (2016). The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. <i>Psychiatry Research</i> , 246, 808-814. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.031
Art-3	Manuscrito sometido a revisión: <i>The relationship between personality characteristics and coping strategies among clinical outpatients</i>
CSMA	Centro de Salud Mental de Adultos
COPE	<i>Coping Orientation to Problems Experienced</i>
COPE-48	<i>Coping Orientation to Problems Experienced</i> , version de 48 ítems
DSM-IV-TR	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revised</i>
DSM-5	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition</i>
FFM	<i>Five Factor Model</i>
GEPDI	<i>Grup de Recerca i Estudis en Personalitat i Diferències Individuals</i>
ImpSS	<i>Impulsive Sensation Seeking</i>
Infreq	<i>Infrequency</i>
ISSN	<i>International Standard Serial Number</i>
ITC	<i>International Test Commission</i>
N-Anx	<i>Neuroticism-Anxiety</i>
NCME	<i>National Council on Measurement in Education</i>
SGA	Síndrome General de Adaptación
SSCI	<i>Social Science Citation Index</i>
Sy	<i>Sociability</i>
TDAH	Trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TLP	Trastorno límite de la personalidad
UAB	Universitat Autònoma de Barcelona
ZKPQ	<i>Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire</i>

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de los datos bibliométricos de las revistas de los artículos del compendio	18
Tabla 2. Problemas relacionados con el uso de tests en contextos clínicos	26
Tabla 3. Escalas del ZKPQ y descripción de su contenido	33
Tabla 4. Resumen de las perspectivas históricas en el estudio del estrés	39
Tabla 5. Escalas de la versión original inglesa del COPE y descripción de su contenido	45
Tabla 6. Escalas de la versión española del COPE y descripción de su contenido	46
Tabla 7. Medias y desviaciones estándar de la muestra clínica y de la muestra de población general	70

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Esquema del modelo psicobiológico de M. Zuckerman (Adaptado de Zuckerman, 1991)	31
Figura 2. Evolución del número de publicaciones con la palabra clave “ZKPQ”	32
Figura 3. Esquema conceptual del Modelo de R.S. Lazarus y S. Folkman (1986)	40
Figura 4. Representación esquemática del bucle de retroalimentación del modelo de M.E. Scheier y C.S. Carver (adaptado de Scheier y Carver, 1998).	42
Figura 5. Esquema general de la relación entre la personalidad y el afrontamiento, según el modelo de N. Bolger y A. Zuckerman (1995).	51

Sobre la estructura de este documento

Esta tesis doctoral está formada por un compendio de tres artículos realizados en torno a la personalidad, los estilos de afrontamiento del estrés y la relación entre ambos. Dos de los manuscritos han sido publicados en revistas internacionales con factor de impacto, incluidas en el *Social Science Citation Index* y en el *Journal Citation Reports*, mientras que el tercero ha sido sometido y está en proceso de revisión en el momento de depositar dicha tesis doctoral. Cada uno de los trabajos se articula en relación a un estudio, de modo que son tres los estudios que conforman este proyecto de investigación.

El documento del mismo se estructura en ocho apartados principales: introducción, objetivos e hipótesis, resultados (publicaciones científicas), discusión general, conclusiones, investigaciones en curso y finalmente, referencias. Adicionalmente, se añade un apartado previo indicando las referencias bibliográficas de los trabajos del compendio, y un último apartado en el que se incluyen los anexos.

En primer lugar, se presenta una [introducción](#) que establece el marco teórico que justifica el interés de realizar este trabajo de investigación, contextualizando sus aspectos clave. Consta de tres subapartados principales que permiten acotar los constructos que se plantean, primordialmente la personalidad, el afrontamiento, así como la relación entre ambos, además de la importancia de evaluar ambas variables en el contexto clínico aplicado de salud mental.

A continuación se describen los [objetivos generales](#) de este proyecto, así como los [objetivos específicos y las hipótesis](#) de cada uno de los tres estudios.

A propósito del [método](#), puesto que se detalla específicamente en cada uno de los artículos y, teniendo en cuenta que se trata de una tesis por compendio de publicaciones, no se describirá particularmente un apartado de método en este documento.

Seguidamente presentamos consecutivamente cada uno de los tres artículos conformando el apartado de [resultados](#), que hemos denominado Publicaciones científicas, en el que hemos incluido un resumen de cada uno de los manuscritos, además de datos adicionales con respecto al Estudio 1.

A continuación, se expone una [discusión general](#) alrededor de los resultados de los tres estudios y la convergencia entre ellos, sus limitaciones, así como sus implicaciones, incluyendo las aplicaciones clínicas y las posibles líneas de investigación futuras.

Seguidamente, resumimos los principales hallazgos de este proyecto de investigación en el apartado de [conclusiones](#). Igualmente, presentamos un apartado en el que se comentan otras [investigaciones en curso](#) relacionadas con la línea de investigación iniciada con este proyecto de tesis.

Por último, se detallan las [referencias](#) y se aportan los [anexos](#), en los que se incluyen las referencias sobre otras aportaciones científicas de los datos preliminares obtenidos en esta tesis doctoral, los cuestionarios utilizados para llevar a cabo el presente trabajo, así como los documentos de recogida de datos, consentimiento informado y hoja de información al participante.

**1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS DE LAS
PUBLICACIONES DEL COMPENDIO**

1 Referencias bibliográficas de las publicaciones del compendio

Los artículos que componen la presente tesis doctoral son los siguientes:

Artículo 1 (Art-1)

Martínez Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M., y Valero, S. (2017). Psychometric properties and normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a psychiatric outpatient sample. *Journal of Personality Assessment*, 99(2), 219-224. doi: 10.1080/00223891.2016.1217419
[2016: IF = 2.024; Posición y Cuartil 53/121, Q2 (Psicología Clínica), 19/62, Q2 (Psicología Social)]

Artículo 2 (Art-2)

Martínez Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M., y Fornieles, A. (2016). The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. *Psychiatry Research*, 246, 808-814. doi: 10.1016/j.psychres.2016.10.031
[2016: IF = 2.528; Posición y Cuartil 65/142, Q2 (Psiquiatría)]

Artículo 3 (Art-3) Manuscrito en proceso de revisión

Martínez Ortega, Y., Arnau, A., y Gomà-i-Freixanet, M. (2017). The relationship between personality characteristics and coping strategies among clinical outpatients. *Psychiatry Research*. Manuscrito presentado para su publicación.
[2016: IF = 2.528; Posición y Cuartil 65/142, Q2 (Psiquiatría)]

En la Tabla 1, presentamos los principales datos bibliométricos de las revistas en las que se han publicado los artículos.

Tabla 1

Resumen de los datos bibliométricos de las revistas de los artículos del compendio

Revista	Área	Datos de interés	
Journal of Personality Assessment	Clinical Psychology	ISSN	0022-3891
		Editorial	Routledge Journals, Taylor and Francis LTD
		Base:	SSCI
		Índice de impacto:	2.024
		Posición en el área	53
		Revistas en el área	121
		Tercil/ Cuartil:	T2 / Q2
Psychiatry Research	Psychiatry	ISSN	0165-1781
		Editorial	Elsevier Ireland LTD
		Base:	SSCI
		Índice de impacto:	2.528
		Posición en el área	65
		Revistas en el área	142
		Tercil/ Cuartil:	T2 / Q2

Nota: datos correspondientes a 2016

2. INTRODUCCIÓN

2 Introducción

¿Cómo podemos mejorar las evaluaciones y tratamientos que aplicamos a los pacientes que acuden a la consulta de un especialista en salud mental? ¿Cómo saber qué intervenciones son más adecuadas y para qué tipo de pacientes? ¿Qué variables individuales influyen en los resultados de un tratamiento psicológico? Los psicólogos clínicos a menudo dirigimos nuestras intervenciones a la modificación de las estrategias que las personas utilizan para afrontar sus situaciones problemáticas, puesto que dichas conductas frecuentemente actúan como factores mantenedores de los problemas de salud mental. Sin embargo, cabe preguntarse, si dichas estrategias son variables disposicionales relacionadas con la personalidad o bien son susceptibles de ser mejoradas mediante una intervención psicológica. Estos interrogantes sembraron la curiosidad que inició dicho proyecto de investigación, cuya vertiente es doble. Por un lado, se enmarca en el [ámbito de las diferencias individuales](#), concretamente el estudio de la relación entre la personalidad y las estrategias de afrontamiento del estrés. Ello resulta de interés ya que permitiría conocer hasta qué punto las variables de personalidad influyen en la respuesta que cada persona emite cuando considera que la situación sobrepasa sus recursos. Por otro lado, nuestro proyecto también se sitúa en el [ámbito de la evaluación clínica](#), puesto que exploramos las propiedades psicométricas de dos instrumentos de evaluación necesarios para llevar a cabo el estudio previamente expuesto. En este contexto era imprescindible disponer de instrumentos de evaluación validados en muestras clínicas de personas con psicopatología. Lamentablemente, los clínicos a menudo nos encontramos con instrumentos que únicamente han sido testados en muestras de estudiantes, o cuyas propiedades psicométricas no se ajustan a los estándares deseables. Así pues, en el marco de las investigaciones sobre evaluación clínica, decidimos examinar las propiedades psicométricas del *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ; Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004) para la evaluación de las características de personalidad y del *Coping Orientation to Problems Experienced inventory* (COPE; Crespo y Cruzado, 1997) para la evaluación de las estrategias de afrontamiento.

Consideramos que los aspectos abordados en esta tesis doctoral tienen implicaciones clínicas relevantes para el proceso terapéutico. Por un lado, permiten una evaluación más precisa en contextos clínicos, y por otro facilitan el diseño de programas de intervención más personalizados y eficaces en el ámbito de la salud mental.

2.1 Evaluación en contextos clínicos de salud mental

El Plan estratégico del *National Institute of Mental Health* (National Institute of Mental Health [NIMH], 2008) establecía como uno de sus objetivos prioritarios la necesidad de desarrollar y adaptar los tratamientos en salud mental a las condiciones y características de las personas con enfermedades mentales (Chambers, Wang y Insel, 2010). En su revisión más reciente y en relación con la investigación en salud mental, enumera cuatro objetivos, siendo uno de ellos la necesidad de determinar cuándo, dónde y cómo intervenir (National Institute of Mental Health [NIMH], 2015). Para la consecución de ambos objetivos, resulta indispensable conocer la idiosincrasia de cada paciente, puesto que existen ciertas variables individuales que tienen relación con las preferencias de elección de tratamiento (Hopwood, et al., 2008; McHugh, Whitton, Peckham, Welge y Otto, 2013), el grado de adherencia al mismo (Axelsson, 2013; Axelsson, Brink, Lundgren y Lötval, 2011), e incluso con los resultados de la intervención (Corchs et al., 2008; Kim et al., 2016; Quilty, De Furt et al, 2008). En este sentido, el proceso de evaluación en salud mental ha despertado un gran interés, ya que resulta imprescindible para la toma de decisiones a lo largo del proceso terapéutico. En términos generales, la evaluación es un proceso largo que implica la obtención de información mediante distintos y diversos métodos tales como entrevistas, instrumentos autoadministrados y técnicas de observación, entre otros (Fernández-Ballesteros, 2011). En la práctica clínica habitual, el método de evaluación más utilizado son las entrevistas (Peñate, 2008), en las que se recoge primordialmente información sobre los síntomas del paciente, su estado mental y la historia de desarrollo del problema, siendo la experiencia y el juicio clínico del profesional una de las principales variables en las que se basa la orientación diagnóstica y la formulación del caso, todo lo cual posibilita el establecimiento de objetivos y diseño de tratamientos (Spores, 2012). Sin embargo, según señala Ibáñez (2013), el proceso de toma de decisiones basado únicamente en el criterio del profesional conlleva problemas de subjetividad, sesgos e interpretaciones y, en consecuencia, la información recogida puede estar alejada de la evidencia empírica. Es por este motivo que se recomienda utilizar estrategias más rigurosas y precisas. En este sentido, en el proceso de evaluación clínica, los tests, los inventarios y los cuestionarios han sido considerados herramientas más objetivas y estructuradas, de modo que se considera altamente aconsejable en salud mental completar la evaluación mediante la administración de instrumentos que permitan obtener una información más

objetiva y precisa, indispensable para una adecuada toma de decisiones (Fernández-Ballesteros, 2011; Muñiz, Hernández y Ponsoda, 2015).

En el marco de las consideraciones anteriores y en relación con el proceso de evaluación clínica en salud mental, toma especial relevancia la utilización de instrumentos válidos y precisos. Sin embargo, en las últimas décadas se ha observado una importante proliferación de tests, cuestionarios y escalas que hace que el clínico disponga de una gran variedad de instrumentos que puede seleccionar en base a criterios temporales, de utilidad, de calidad, económicos y culturales (Muñoz, Roa, Pérez, Santos-Olmo y de Vicente, 2002). Además de los criterios anteriormente expuestos con respecto a la selección de instrumentos de evaluación, Muñiz et al. (2015) señalan otras consideraciones fundamentales sobre el uso de los tests: 1) los profesionales que los utilizan y administran deben tener una preparación pertinente, 2) las pruebas deben cumplir unas propiedades psicométricas apropiadas, y 3) el uso que se haga de ellos ha de ser el adecuado, de acuerdo a unos objetivos prefijados. Dentro de este marco, es necesario exponer la existencia de ciertas limitaciones en cada uno de los aspectos enumerados (Muñiz y Fernández-Hermida, 2000; Muñiz, Fernández-Hermida, Fonseca-Pedrero, Campillo-Álvarez y Peña-Suárez, 2011). En este sentido, expertos en este ámbito han señalado que, en ocasiones, los datos empíricos sobre los instrumentos no han sido claramente divulgados (Muñiz y Fernández-Hermida, 2010; Prieto y Muñiz, 2000; Vacc, Juhnke y Nilsen, 2001). Así pues, diversos estudios que han analizado algunos de los tests más utilizados en nuestro país, han detectado limitaciones importantes en la información técnica disponible sobre sus criterios de calidad, tanto respecto a la calidad psicométrica del test evaluado, como de la calidad de sus materiales y documentación (Hernández, Tomás, Ferreres y Lloret, 2015; Muñiz, et al., 2011; Ponsoda y Hontangas, 2013). Por ejemplo, en un estudio sobre las características de 12 tests editados en España y ampliamente utilizados en contextos aplicados, los autores han advertido de la existencia de carencias en los datos sobre la fiabilidad, el análisis de los ítems o con respecto a la justificación de los puntos de corte establecidos, entre otros (Ponsoda y Hontangas, 2013). Otra de las limitaciones está relacionada con las competencias de los profesionales que los administran, puesto que a menudo los instrumentos son utilizados de forma inapropiada. Por ejemplo, seleccionando pruebas poco pertinentes con relación a la finalidad de la evaluación, o bien cometiendo errores respecto a la corrección e

interpretación de las pruebas. En este sentido, Vacc et al. (2001) recogieron una serie de publicaciones en las que se habían producido errores por parte de profesionales del ámbito de la salud mental al utilizar inadecuadamente los instrumentos en el proceso de evaluación clínica (Anastasi, 1992; Camera, 1997; Moreland, Eyde, Robertson, Primoff y Most, 1995; Schmeiser, 1992), enfatizando que la mala utilización de los tests probablemente sea mucho mayor de la reportada. Además de los riesgos del mal uso de los instrumentos de evaluación, se ha detectado que existe un gran número de instrumentos que no han sido adaptados a la población diana a la que se administran, de modo que se desconocen sus propiedades psicométricas en dichas poblaciones. En este sentido, en el ámbito clínico es habitual constatar que se utilizan cuestionarios de los cuales únicamente se dispone de los datos psicométricos provenientes de muestras de estudiantes y en la mayoría de casos tampoco se dispone de baremos por edad y género adecuados a las características de la población en la que se administran (Carretero-Dios y Pérez, 2007; Gaddis, Foster y Lemming, 2015). Por ejemplo, en un estudio reciente que revisaba los datos normativos de 30 instrumentos de evaluación de la personalidad, se halló que únicamente la mitad de ellos (47%) proporcionaba datos diferenciados por género y sólo el 23% ofrecía datos normativos por grupos de edad (Gaddis, et al., 2015).

Tabla 2

Problemas relacionados con el uso de tests en contextos clínicos

Problemas relacionados con el uso de tests en contextos clínicos.

- Infrutilización (predominio del uso de entrevistas).
- Exceso de instrumentos a elegir.
- Disponibilidad deficiente de los datos empíricos de los instrumentos.
 - Insuficiente difusión de las propiedades psicométricas.
 - Información incompleta sobre datos técnicos.
- Competencias insuficientes de los profesionales.
 - Selección de pruebas poco adecuadas a los objetivos de la evaluación.
 - Comisión de errores en la corrección.
 - Interpretación inadecuada de los resultados.
- Uso de instrumentos cuyas propiedades no han sido testadas en muestras clínicas similares.

Ante este planteamiento, resulta oportuno señalar que el uso inadecuado de los instrumentos de evaluación puede comportar graves consecuencias con efectos

perjudiciales para las personas evaluadas, que además suelen encontrarse en un momento de especial vulnerabilidad cuando consultan con un profesional de la salud mental. Precisamente, para evitar los problemas debidos a la calidad o al mal uso de los instrumentos de evaluación, diversos organismos internacionales han consensuado unos criterios de buenas prácticas, con el fin de garantizar el uso adecuado de los tests en el campo de la psicología aplicada, que se conocen como *Standards for Educational and Psychological Testing* (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], National Council on Measurement in Education [NCME], 2014). La Comisión Internacional de Tests (*International Test Commission*, ITC) y, en nuestro país, la Comisión de Tests del Consejo General de Psicología de España, velan por dichos intereses.

Finalmente, consideramos necesario enfatizar que es responsabilidad del profesional seleccionar y utilizar los instrumentos de evaluación teniendo en consideración los principios éticos de buena práctica (American Psychological Association [APA], 1992) y las directrices de la ITC. En el marco de estas consideraciones, en esta tesis doctoral estudiaremos las propiedades psicométricas de dos instrumentos de evaluación en salud mental en una muestra clínica.

2.2 Perspectivas de personalidad

La personalidad es un constructo complejo y probablemente uno de los más estudiados en la psicología científica. Desde la aparición etimológica del término, refiriéndose a las máscaras que utilizaban los actores en las comedias griegas, hasta la actualidad, se han formulado distintas y diversas teorías a lo largo de la historia, cuya revisión difícilmente puede hacerse ni de forma lineal (Ibáñez y Galdón, 1985; Pelechano, 1993) ni exhaustiva en las líneas de este trabajo. Las **primeras aproximaciones** fueron racionales, estableciendo taxonomías en base a consideraciones teóricas, como por ejemplo las propuestas por Hipócrates (460-336 a.C.) o Galeno (130-200 d.C.). Igualmente lo fueron las propuestas desde la **perspectiva psicoanalítica**, que enfatizaba la característica dinámica de la personalidad así como la suposición de conflictos entre pulsiones que compiten en el interior de la persona y el papel del inconsciente en la determinación de la conducta, perspectiva en la que destacaron las teorías de S. Freud (1933, 1962) o de C.G. Jung (1933,

1960), entre otros. Asimismo, las propuestas desde la [perspectiva fenomenológica](#), cuya característica principal era la visión idiográfica de la personalidad, destacando su unicidad. Entre sus propulsores cabe destacar las teorías de C.R. Rogers (1959, 1961) que enfatizó la autodeterminación y la naturaleza positiva del ser humano, y la de G.W. Allport (1937, 1961), considerado precursor de la psicología moderna de la personalidad.

De las distintas aproximaciones al estudio de la personalidad, actualmente la más consensuada es la [perspectiva disposicional](#). Ésta presupone que la personalidad muestra consistencia y continuidad a lo largo del tiempo y de las situaciones, considerando las disposiciones como cualidades estables y duraderas de los individuos, y cuya combinación difiere de una persona a otra. Dentro de la perspectiva disposicional, la más aceptada actualmente es la [factorial](#), que utiliza procedimientos estadísticos multivariados, concretamente el análisis factorial, para resumir de forma más objetiva y empírica las variables que definen y describen el comportamiento humano. Se considera a R.B. Cattell como uno de los pioneros de esta perspectiva, aunque son diversos los autores destacados que han utilizado esta aproximación, agrupándose básicamente en [dos tradiciones: la léxica y la psicobiológica](#). La [primera](#) de ellas se basa en la idea de que las principales características de personalidad aparecen en el lenguaje natural, de modo que los adjetivos descriptores de las variabilidades de la personalidad que aparecían en el diccionario de la lengua inglesa podían ser utilizados para hacer emerger la estructura de la personalidad. La teoría más popular siguiendo esta aproximación es el denominado Modelo de los Cinco Grandes o Modelo de los Cinco Factores (FFM, *Five Factor Model*) (Costa y McCrae, 1985), que establece cinco dominios básicos para describir la personalidad: Neuroticismo, Extroversión, Apertura a la Experiencia, Amabilidad y Conciencia. Adicionalmente, propone 30 facetas, seis para cada uno de los dominios (Costa y McCrae, 1992a). La [tradicción psicobiológica](#), por su parte, pone énfasis en las bases biológicas y genéticas de la personalidad. Bajo dicha aproximación destacan principalmente tres modelos: a) el [Modelo de Tres Dimensiones de H.J. Eysenck](#) (1947, 1967) quien basándose en estudios con humanos y animales, propuso tres dimensiones factoriales para describir la personalidad (Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo); b) el modelo de [J.A. Gray](#) (1970, 1982) que propuso dos sistemas principales reguladores de la conducta, el de aproximación conductual y el de inhibición conductual; y finalmente c) el [Modelo Alternativo de Cinco Factores](#) (AFFM, *Alternative Five Factor Model*) propuesto por M.

Zuckerman (Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta y Kraft, 1993), que revisaremos más ampliamente en el siguiente apartado de esta tesis.

Así pues, históricamente se han propuesto distintas aproximaciones conceptuales al estudio de la personalidad. En este contexto, aunque no existe una forma unitaria de exponer a qué se hace referencia cuando se habla de personalidad, una de las definiciones más aceptadas y universales es la propuesta por H.J. Eysenck (1967) que la define como “organización, en parte heredada, más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al entorno”. Esta definición parte de la base que la personalidad no es una entidad estática, sino que es un sistema organizado de interacciones y procesos ambientales y biológicos. Asimismo, actualmente existe un consenso considerable entre la comunidad científica sobre la descripción de la personalidad en un resumido número de características que se han investigado desde las distintas perspectivas. A pesar de que la personalidad se resume en unos pocos factores característicos a toda la especie humana, el concepto personalidad supone individualidad, puesto que ésta es siempre concreta y singular, siendo la suma de procesos -conductuales, emocionales, cognitivos y psicofisiológicos- comunes a todos los individuos, lo que caracteriza a cada persona en particular, en función de su intensidad, frecuencia de aparición y direccionalidad (Chamorro-Premuzic, 2011; Eysenck, 1967; Zuckerman, 2005).

La presente tesis se enmarca dentro del AFFM, puesto que es un modelo que permite evaluar las características de personalidad normal y al mismo tiempo, estudios previos han mostrado su utilidad en el ámbito clínico, como señalamos en apartados siguientes, por lo cual consideramos que puede ser un modelo adecuado para evaluar la personalidad normal en personas con trastornos mentales.

2.2.1 Modelo de personalidad de M. Zuckerman

El AFFM es un modelo factorial psicobiológico que se originó en base al interés sobre las bases biológicas y genéticas del comportamiento. Inicialmente, su autor estudió la dimensión Búsqueda de Sensaciones (e.g., Zuckerman, 1971, 1984, 1985, 1991; Zuckerman y Haber, 1965; Zuckerman y Neeb, 1979), percatándose de que las personas

reaccionaban diferencialmente ante situaciones de privación sensorial, y denominando buscadores de sensaciones a aquellos que se angustiaban más en situaciones de baja estimulación, tolerando peor la privación de estímulos (Zuckerman, Levine y Biase, 1964; Zuckerman y Haber, 1965; Biase y Zuckerman, 1967). Así pues, en la década de los años sesenta, estableció la búsqueda de sensaciones como aquella variable que explicaba las diferencias individuales respecto al grado en que una persona necesitaba experiencias nuevas y excitantes, y sobre el grado en que experimentar emociones y excitación ante nuevas experiencias le resultaba gratificante.

Posteriormente, M. Zuckerman continuó estudiando la personalidad en un sentido más amplio (Zuckerman, 1984, 2002; Zuckerman et al., 1993; Zuckerman y Kuhlman, 2000), a partir de una serie de análisis factoriales de escalas que habían sido ampliamente utilizadas en investigación psicobiológica para la evaluación del temperamento y de las dimensiones básicas de la personalidad (Zuckerman, Kuhlman y Camac, 1988; Zuckerman, Kuhlman, Thorquist y Kiers, 1991), siguiendo la tradición biológica-factorial iniciada por H.J. Eysenck (1967), y como alternativa a los modelos factoriales de tradición léxica.

Según el AFFM, la estructura de la personalidad puede describirse mediante cinco factores básicos, denominados: Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx), Actividad (Act), Sociabilidad (Sy), Impulsividad-Búsqueda de sensaciones (ImpSs) y Agresión-Hostilidad (Agg-Host). A diferencia de otros modelos, en el AFFM no se incluyen medidas de intereses culturales o estilos intelectuales, puesto que Marvin Zuckerman (1984, 1992) consideró que las dimensiones básicas de personalidad deben ser fácilmente comparables a las de otras especies además de estar presentes a lo largo de todo el ciclo vital. Teniendo en cuenta estas consideraciones y en comparación con del Modelo de los Cinco Grandes, el AFFM incluye Agresividad, en vez de Amabilidad, e Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones, en lugar de Responsabilidad. Así mismo, la dimensión Extraversión se divide en Actividad y Sociabilidad (Zuckerman, 1992) puesto que en estudios previos Actividad aparece como un factor diferenciado (Zuckerman, et al., 1988; Zuckerman et al., 1991). La distinción entre Hostilidad y Ansiedad también es importante, puesto que ambas tienen bases psicobiológicas diferentes (Gray, 1982). Por otro lado, los rasgos Impulsividad y Búsqueda

de Sensaciones están íntimamente relacionadas, y comparten importantes correlatos biológicos (Zuckerman, 2005).

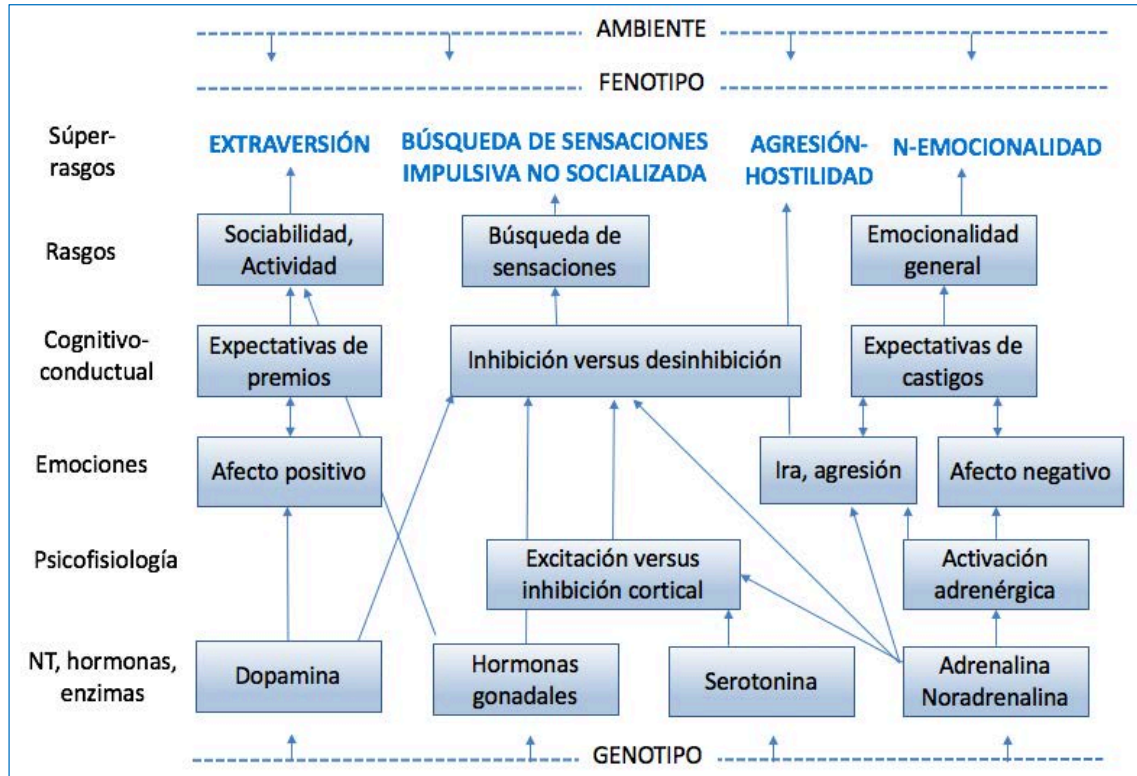


Figura 1. Esquema del modelo psicobiológico de M. Zuckerman (Adaptado de Zuckerman, 1991).

2.2.1.1 Evaluación de la personalidad según el modelo de M. Zuckerman

A partir de diversos estudios y análisis, Zuckerman desarrolló un instrumento para evaluar el modelo de personalidad que propuso (Joireman y Kuhlman, 2004). La versión inicial consistía en 100 ítems (20 ítems x 5 factores) extraídos de las 33 escalas utilizadas en su estudio previo para el desarrollo del AFFM (Zuckerman et al., 1988). Seleccionaron los ítems que mostraron correlaciones más elevadas con el factor propuesto y más bajas en el resto de factores, así como correlaciones más bajas con una escala que evaluaba deseabilidad social. De este modo surgió la primera versión del *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire* (Zuckerman et al., 1988). A partir de la versión inicial, reescribieron aquellos ítems que aparecían en tests publicados previamente, y aquellos que resultaban poco claros, surgiendo como resultado el *ZKPQ-II* (Zuckerman et al., 1991). Posteriormente, administraron dicho instrumento a una muestra de 589 estudiantes y a

partir de los análisis retuvieron 89 ítems en el modelo factorial, que confirmaba la estructura de 5 factores, con unas propiedades psicométricas adecuadas (pesos factoriales elevados en su factor correspondiente y correlaciones bajas en los factores restantes), surgiendo el **ZKPQ-III** (Zuckerman et al., 1993). Sin embargo, la escala Sociabilidad mostró un sesgo positivo, de modo que decidieron modificar algunos de los ítems. Además, incluyeron 10 ítems adicionales que permitían detectar descuidos al responder, con el objetivo de mejorar la validez del instrumento. Como resultado, surgió el **ZKPQ-III-R**, denominado actualmente **ZKPQ**, que consta de 99 ítems y se considera la versión mayormente utilizada a nivel internacional para evaluar dicho modelo de personalidad. El ZKPQ consta de 5 escalas que evalúan las dimensiones de personalidad y una escala de validez, que mide posibles descuidos o falta de atención al responder (véase Tabla 3).

Desde su formulación, el interés por el AFFM y el uso del ZKPQ en contextos de investigación y clínicos ha ido en aumento. A pesar de que en sus inicios no era un modelo de personalidad predominante, su presencia científica en el ámbito internacional es notable. En la Figura 2 puede verse la evolución del número de publicaciones que han utilizado el ZKPQ desde su creación.

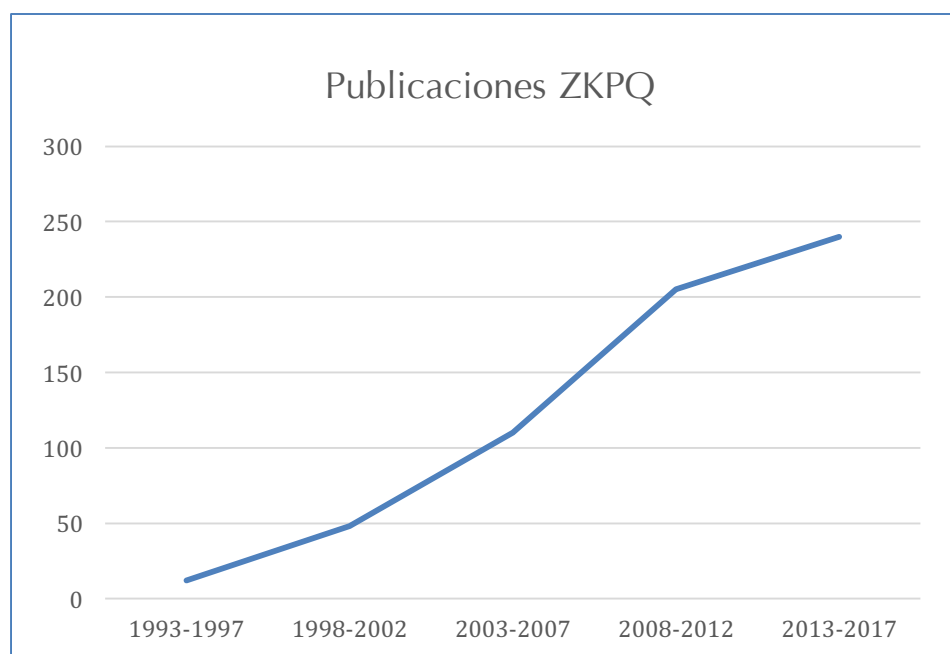


Figura 2. Evolución del número de publicaciones con la palabra clave “ZKPQ”. Datos extraídos de la plataforma *Trobador+* (metabuscadore de documentación científica que incluye diversas bases de datos), el 10 de agosto de 2017.

Tabla 3
Escalas del ZKPQ y descripción de su contenido

Escalas y subescalas del ZKPQ (Zuckerman et al., 1993)	Descripción del contenido
Neuroticismo-Ansiedad (N-Anx)	Evalúa la tendencia a la preocupación emocional, tensión, miedos, indecisión, obsesión, falta de autoconfianza y especial sensibilidad a las críticas.
Actividad (Act)	Esta escala evalúa la necesidad de actividad general, la dificultad para relajarse o para no hacer nada cuando es posible, y la preferencia por los trabajos duros, activos, de gran consumo de energía y que supongan una vida ocupada. Se divide en dos subescalas.
Actividad General (GenAct)	Esta subescala describe la necesidad de tener actividad general continua y la incapacidad para descansar cuando no hay nada por hacer.
Esfuerzo por el trabajo (WorkAct)	Esta subescala evalúa la preferencia por trabajos desafiantes y difíciles, así como un alto grado de energía para trabajar y hacer varias tareas a la vez.
Sociabilidad (Sy)	Hace referencia al número de amigos, las ganas de estar con ellos y asistir a fiestas, así como la preferencia por realizar actividades con otros en contraposición a realizarlas a solas. Esta escala se divide en dos subescalas.
Fiestas y Amigos (Parties)	Esta subescala pregunta acerca de los amigos que se tienen, el tiempo que se pasa con ellos y el gusto por asistir a fiestas y reuniones sociales.
Intolerancia al aislamiento (Isol)	Esta subescala indica la preferencia por la compañía de otros en contraste con estar solo o realizar actividades en solitario.
Impulsividad y Búsqueda de Sensaciones (ImpSS)	Dicha escala evalúa la tendencia a no planificar y a actuar impulsivamente, sin pensar en las consecuencias, así como la búsqueda activa de experiencias nuevas que supongan excitación y riesgo. Se divide en dos subescalas.
Impulsividad (Imp)	Esta subescala se refiere a la falta de planificación y a la tendencia a actuar sin pensar.
Búsqueda de Sensaciones (Ss)	Esta subescala describe la necesidad general de aventura y excitación, la preferencia por situaciones y amigos impredecibles, y la voluntad de asumir riesgos por el mero hecho de vivirlos.
Agresividad-Hostilidad (Agg-Host)	Hace referencia a la predisposición a expresar agresividad verbal, un comportamiento grosero y descuidado con los demás, conducta antinormativa, así como disposición a la venganza y malicia.
Infrecuencia (Infreq).	Esta escala no mide personalidad. Se utiliza para detectar falta de atención o descuido al responder y se considera como una medida de control de las respuestas al cuestionario.

La versión del ZKPQ propuesta por Gomà-i-Freixanet, et al. (2004) ha sido testada en muestras comunitarias españolas (Gomà-i-Freixanet y Valero, 2008) mostrando adecuadas propiedades psicométricas, que se ajustan a la versión original, con buenos resultados de validez y fiabilidad (Gomà-i-Freixanet, Valero, Muro y Albiol, 2008; Gomà-i-Freixanet, et al., 2004; Gomà-i-Freixanet, Wismeijer y Valero, 2005). Actualmente disponemos de datos normativos ajustados por edad, género y nivel de estudios para población general (Gomà-i-Freixanet y Valero, 2008). Sin embargo, todavía no disponemos de baremos adecuados para su utilización en contextos aplicados de salud mental. Ante tal circunstancia, consideramos necesario analizar las propiedades psicométricas del ZKPQ en dicho ámbito, así como proporcionar datos normativos adecuados para población clínica, con el fin de que el instrumento sea de mayor utilidad y ofrezca información más precisa cuando se administra en contextos clínicos aplicados.

A continuación exponemos los principales motivos por los que consideramos que la evaluación de la personalidad tiene una relevancia fundamental en el ámbito clínico de salud mental.

2.2.2 Importancia de la evaluación de la personalidad en contextos clínicos de salud mental

Desde hace décadas se viene estudiando la interacción entre las variables de personalidad y la salud ya que sus implicaciones clínicas son relevantes (Mahler y Mahler, 1994; Watson, Clark y Harkness, 1994). El conocimiento aportado por la literatura científica ha señalado el importante papel que tienen las variables de personalidad en la salud y en la enfermedad, la calidad de vida e inclusive en la longevidad (e.g., Caspi, Roberts y Shiner, 2005; Contrada, Gather y O'Leary, 1999; Friedman, Kern y Reynolds, 2010; Hogan, Johnson y Briggs, 1997; Huang et al., 2017, Ozer y Benet-Martínez, 2006; Uliaszek et al., 2010). Así, por ejemplo, los estudios apuntan en la dirección que la extroversión y la responsabilidad se relacionan con una mayor **esperanza de vida** (Danner, Snowdon y Friesen, 2001; Friedman et al., 1995; Kern y Friedman, 2008), mientras que la hostilidad predice una peor salud física y una mortalidad más temprana (Miller, Smith, Turner, Guijarro y Hallet, 1996). A propósito de la **salud física**, la responsabilidad, la extroversión y el optimismo se han relacionado con un mejor estado de salud, mientras que el

neuroticismo se relaciona consistentemente con peor salud (Caspi et al., 2005; Friedman, 2008; Ozer y Benet-Martínez, 2006; Smith y MacKenzie, 2006). Con respecto a la [psicopatología](#), se han hallado importantes relaciones entre ciertas características de personalidad y determinados trastornos mentales (Dinzeo y Docherty, 2007; Durbin y Hicks, 2014; Jylhää, Melartina y Isometsää, 2009; Ozer y Benet-Martínez, 2006; Watson, Gamez y Simms, 2005; Widiger y Costa, 2002). Así, por ejemplo, las personas con trastornos por uso de sustancias tienden a presentar un perfil caracterizado por elevada apertura y baja responsabilidad (Trull y Sher, 1994) mientras que las personas con trastornos de ansiedad presentan un elevado neuroticismo y aquellas con trastornos depresivos un patrón de elevado neuroticismo y baja extroversión (Brown, Juster, Heimberg y Winning, 1998; Gamez, Watson y Doebbeling, 2007; Malouff, Thorsteinsson y Schutte, 2005; Mineka, Watson y Clark, 1998; Trull y Sher, 1994). Igualmente, el neuroticismo es la dimensión que se relaciona de forma más consistente con los trastornos de la personalidad (Henriques-Calado, Duarte-Silva, Junqueira, Sacoto y Keong, 2014; Trull y Sher, 1994; Watson, et al., 2005), habiendo sido considerado un marcador del grado de disfunción de la personalidad (McCrae y Costa, 1999; Widiger y Trull, 1992; Widiger, Verheul y van den Brink, 1999) y de la psicopatología en general (Neeleman, Bijl y Ormel, 2004; Ormel et al., 2013; Ormel, Rosmalen y Farmer, 2004; Rosellini y Brown, 2011). Otros estudios han destacado también su indiscutible importancia en la planificación de políticas de salud pública (Lahey, 2009).

Otra remarcable área de interés clínico acerca de la personalidad ha sido su relación con las variables de [resultados de los tratamientos](#). En este ámbito, la mayoría de estudios apuntan a que el neuroticismo y la extroversión tienen una relación negativa y positiva respectivamente con la respuesta al tratamiento (Koh, Ko, Cho et al., 2014; Koh, Ko, Wang et al., 2014; Ogrodniczuk, Piper, Joyce, McCallum y Rosie, 2003; Quilty, Meusel y Bagby, 2008; Watson et al., 2005). No obstante, algunos estudios no han hallado evidencias sobre la asociación entre ambos conceptos (Blom et al., 2007; Emmerik, Kamphuis, Noordhof y Emmelkamp, 2011; Steinert, Klein, Leweke y Leichsenring, 2015)

A pesar de que la literatura científica existente sobre este área de interés ha partido principalmente del Modelo de los Cinco Grandes, en el campo de las implicaciones clínicas de la personalidad normal, tal como hemos señalado previamente, se han llevado

a cabo investigaciones desde el AFFM, cuyas aportaciones han sido relevantes. Los primeros estudios trataron de definir el perfil de personalidad característico de determinadas poblaciones clínicas, inicialmente en pacientes con [trastornos por uso de sustancias](#) (Ball, 2004, 2005), en los que se halló que las puntuaciones elevadas en las escalas ImpSs, N-Anx y Agg-Host correlacionaban con mayor gravedad del trastorno. Otra línea de investigaciones desde el AFFM ha examinado el perfil de personalidad que permite discriminar a pacientes con patología física o mental, de muestras controles de población general apareadas por género y edad. En este sentido, Valero et al. (2014) hallaron que N-Anx e ImpSs permitían discriminar pacientes con [drogodependencias](#). Por otro lado, Albiol, Gomà-i-Freixanet, Valero, Vega y Muro (2014) hallaron que un perfil caracterizado por puntuaciones elevadas en N-Anx y bajas en Sy –concretamente en la subescala Intolerancia al Aislamiento- discrimina a pacientes con [síndrome de fibromialgia](#), de una muestra control de población general. En cambio, Sáez-Francàs et al. (2014) hallaron que en una muestra de pacientes con [síndrome de fatiga crónica](#) puntuaciones bajas en Act y elevadas en N-Anx eran discriminativas. En un estudio similar con pacientes diagnosticados de [trastorno límite de la personalidad](#) (TLP), se halló que un perfil caracterizado por puntuaciones elevadas en N-Anx e ImpSs y bajas en Act permite diferenciar a las personas con diagnóstico de TLP de controles apareados por género y edad provenientes de población general (Gomà-i-Freixanet et al., 2008). De modo similar, un estudio que comparaba las características de personalidad de una muestra de pacientes adultos diagnosticados de [TDAH](#) frente a una muestra control de población general, halló que el grupo de pacientes se caracterizaba por un perfil de puntuaciones más elevadas en N-Anx, Imp y la subescala GenAct, y más bajas en WorkAct (Valero et al., 2012). En otra muestra similar de adultos con TDAH, las características de personalidad permitieron clasificar adecuadamente a los pacientes en el subtipo diagnóstico de TDAH que presentaban (Martínez Ortega et al., 2010). Finalmente, es conveniente señalar que se han publicado estudios que relacionan las variables de personalidad del AFFM con la evolución pronóstica y la respuesta al tratamiento de determinados problemas de salud física y mental. En esta línea de investigaciones, un estudio realizado con pacientes [quemados](#) halló que un perfil caracterizado por N-Anx y Agg-Host elevados se relacionaba con un mayor riesgo de presentar síntomas depresivos (Giannoni-Pastor et al., 2015). Por otro lado, en un estudio realizado con pacientes diagnosticados de [juego patológico](#) mostró que puntuaciones elevadas en la escala de ImpSS se relacionan con mayores tasas

de recaídas en pacientes diagnosticados de juego patológico, siendo la impulsividad un predictor de peores resultados del tratamiento (Ramos-Grille, Gomà-i-Freixanet, Aragay, Valero y Vallès, 2015).

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, consideramos necesario remarcar la importancia de la evaluación de las características de personalidad en contextos clínicos aplicados. Compartimos el punto de vista de Costa y McCrae (1992b) que afirmaron que conocer las características de personalidad permite al profesional tener un mejor conocimiento del paciente, y diseñar tratamientos más ajustados.

2.3 Afrontamiento del estrés

2.3.1 Concepto de estrés

Plantear el concepto de afrontamiento del estrés requiere una revisión previa del término estrés en sí mismo. Dicho concepto se originó en el campo de la biología, a partir de un trabajo de W.B. Cannon (1932) para referirse a la homeostasis o capacidad de todo organismo para mantener un equilibrio interno, así como para referirse a las reacciones de “lucha-huida”, que emiten los organismos de forma automática como defensa ante estímulos amenazantes. La primera definición de estrés fue formulada por H. Seyle en 1936 a partir de la experimentación con animales, considerándolo *“una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endocrino e inmunológico”* (Seyle, 1956). Posteriormente, este mismo autor describió el Síndrome General de Adaptación (SGA), integrado por un conjunto de reacciones fisiológicas coordinadas, desencadenadas por cualquier exigencia ejercida sobre el organismo o por la incidencia de un agente nocivo, denominado agente estresor. Pocos años más tarde, H.G. Wolff adaptó el concepto de estrés a la especie humana, definiendo el estrés vital como una respuesta humana ante distintos tipos de amenazas (Wolff, 1950). Así pues, desde esta [perspectiva inicial sobre el estrés](#), el foco de interés estaba en la respuesta que se produce ante ciertos estímulos ambientales o psicológicos.

Posteriormente, surgió una [perspectiva basada en el estímulo](#), esto es, centrada en las características y particularidades del estresor, entendiéndose como un acontecimiento estresante aquel que impone unas demandas excesivamente altas o bajas al individuo, ya

sean de tipo físico, social o psicológico, sobrecargando sus recursos y generándole una respuesta de estrés (Pearlin, 1999). Desde esta perspectiva, se propusieron clasificaciones de los acontecimientos estresantes (e.g., Wheaton, 1999). Se ha considerado que esta perspectiva tiene la ventaja de ser más objetiva que la inicial, puesto que se basa en la concepción del estímulo estresante, sin embargo, no tiene en consideración las variables del individuo, lo cual supone una limitación importante.

La **tercera perspectiva**, y más ampliamente aceptada, en el estudio del estrés se denomina **transaccional o cognitivo-relacional**, y fue formulada y desarrollada por R.S. Lazarus y S. Folkman en la década de los 80. Su característica principal es que tiene en consideración tanto la persona como el entorno, en conjunto, de manera que se centra en la relación establecida entre ambos. Desde este marco, el estrés se considera como un proceso resultante del desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos personales en la relación persona-ambiente (Lazarus y Folkman, 1984). Así pues, el estrés no se refiere exclusivamente a las características del individuo ni de la situación, sino a la relación que establece la persona con respecto a cada situación, considerándose dicha relación un proceso dinámico (Lazarus y Folkman, 1987). Otra peculiaridad de esta perspectiva es que contempla los mecanismos de evaluación y el afrontamiento de la situación como procesos dinámicos y cambiantes (Lazarus y Folkman, 1987). Finalmente, la perspectiva transaccional se caracteriza por la consideración bidireccional de la relación entre la persona y el entorno, de modo que afirma que la persona puede influir sobre el entorno a la vez que considera que lo que ocurra en éste puede influir en la persona. La teoría de R.S. Lazarus y S. Folkman identifica dos tipos de procesos que permiten comprender por qué unas determinadas situaciones resultan estresantes para algunas personas mientras que para otras no lo son. Dichos procesos son: a) la valoración cognitiva que la persona hace del acontecimiento así como de los recursos personales disponibles para hacerle frente; y b) las estrategias de afrontamiento que se pongan en marcha para tratar de manejar la situación y/o las emociones que genera. En el siguiente apartado se desarrolla más ampliamente el modelo.

Tabla 4
Resumen de las perspectivas históricas en el estudio del estrés

Perspectiva	Foco de atención	Autores destacados
Basada en la respuesta	Reacción del individuo	W.B. Cannon H. Seyle H.G. Wolff
Basada en el estímulo	Tipo de situación	L.I. Pearlin B. Wheaton
Transaccional	Interacción entre variables de la situación y variables individuales	R.S. Lazarus y S. Folkman

2.3.2 Estrategias de afrontamiento del estrés

Según el [modelo transaccional de Lazarus y Folkman \(1987\)](#), se considera que la persona experimenta estrés cuando juzga una situación como significativa o relevante en relación con su bienestar y que requiere una o varias acciones por su parte, a la vez que valora que sus recursos personales para dar respuesta a dicha situación son inadecuados, insuficientes o ineficaces. Así pues, ante un acontecimiento potencialmente estresante, la persona realiza dos [evaluaciones cognitivas](#). En la evaluación [primaria](#) estima la importancia e implicaciones que puede suponer esa situación; si valora que su implicación es neutra considerará la situación irrelevante, si la evalúa como positiva la considerará benigna, y si la estima como negativa la considerará estresante. Las dos primeras no requieren conductas específicas para hacerles frente. En el caso de las situaciones valoradas como estresantes, se realiza una [evaluación secundaria](#), en la que se valoran los recursos que la persona considera que dispone para hacer frente a esta situación, la probabilidad de que una conducta concreta conduzca a alcanzar ciertos resultados (expectativas de resultados) y las capacidades para implementar el comportamiento adecuado (expectativas de autoeficacia). El resultado será considerar dicha situación como un reto, si valora que le puede aportar consecuencias deseables; una amenaza, si considera que le puede comportar consecuencias dañinas; o bien una pérdida, si determina que le ha supuesto consecuencias dañinas. La situación valorada como estresante puede desencadenar el uso de múltiples estrategias de afrontamiento combinadas, que además pueden ir cambiando a lo largo del proceso, en función de los resultados que se obtienen, por lo cual se

considera que el afrontamiento es un proceso dinámico, que implica la evaluación y reevaluación constante ante las situaciones estresantes. Finalmente, se produce la **reevaluación**, en la que puede modificarse la evaluación inicial en función de las informaciones nuevas procedentes del entorno y/o de las propias reacciones de la persona.

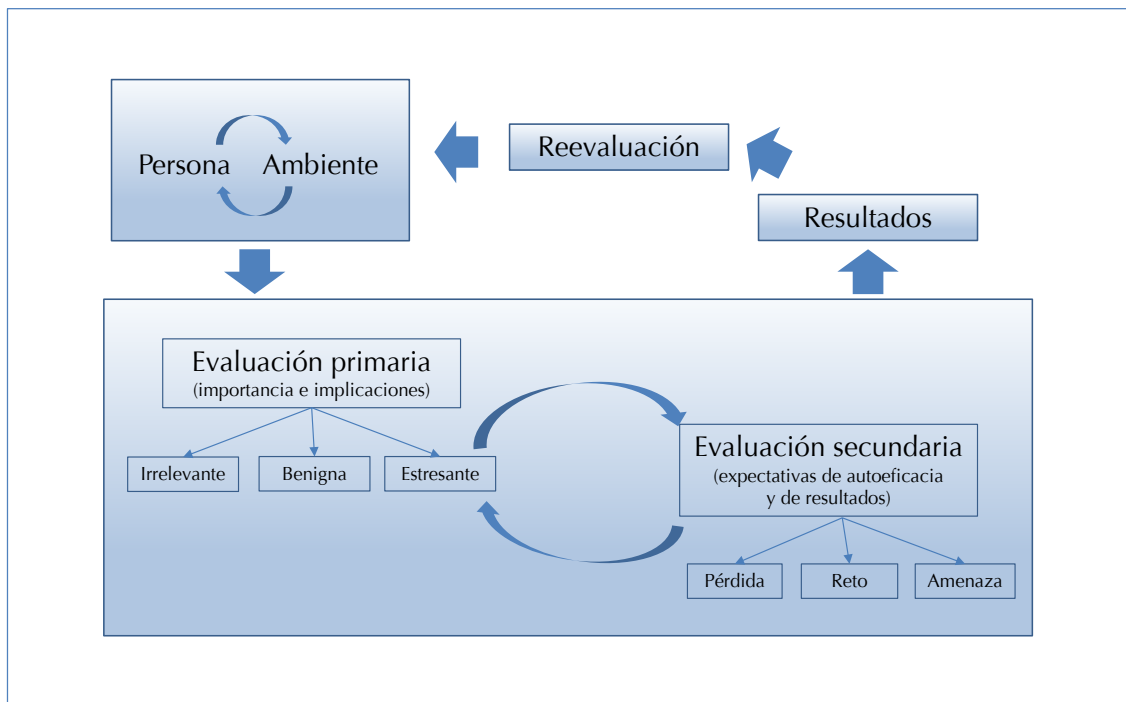


Figura 3. Esquema conceptual del modelo de R.S. Lazarus y S. Folkman (1987).

Lazarus y Folkman (1984) destacaron cuatro características principales de las estrategias de afrontamiento: 1) suponen un esfuerzo deliberado; 2) dependen del contexto en el que suceden; 3) pueden variar conforme se desarrolla la interacción persona-situación o con el paso del tiempo; y 4) su eficacia depende de los efectos que tengan a corto y largo plazo, de modo que una misma estrategia puede funcionar mejor o peor según la persona, el contexto y su interacción, por consiguiente no se puede hablar de estrategias intrínsecamente eficaces o ineficaces. Este último aspecto relacionado con la eficacia será tratado más adelante en este mismo trabajo.

En el marco de este planteamiento, los autores propusieron dos tipos principales de estrategias de afrontamiento: 1) aquellas dirigidas al problema, hacia la fuente de estrés, para manejar o alterar el suceso que provoca malestar, y 2) aquellas dirigidas a las

emociones, encaminadas a regular la respuesta emocional que aparece ante dicha situación. Sin embargo, precisaron que ambos tipos de estrategias no deben considerarse excluyentes, puesto que es posible que una misma estrategia esté cumpliendo dos funciones a la vez. Posteriormente, Folkman y Moskowitz (2004) señalaron que la distinción entre tales tipos de estrategias no era suficiente y recomendaron estudiar otras dimensiones del afrontamiento. En este sentido, Carver y Connor-Smith (2010) resumieron las categorías más destacadas: a) aproximación versus alejamiento, que distingue entre estrategias dirigidas a enfrentarse al estresor o las emociones relacionadas, de aquellas que pretenden escapar o evitar de la situación amenazante o emociones relacionadas (e.g., Moos y Schaefer, 1993, Roth y Cohen, 1986, Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003); b) control primario o significativo versus control secundario o adaptativo, que clasifica las estrategias de afrontamiento de aproximación en aquellas que pretenden controlar el estresor en sí mismo, y las que se dirigen a adaptarse o amoldarse a éste (Morling y Evered, 2006; Skinner et al., 2003), finalmente, y c) estrategias de afrontamiento proactivo, que en lugar de dirigirse a situaciones que suponen una amenaza, se ponen en marcha de manera preventiva a tales situaciones (Aspinwall y Taylor, 1997). En resumen, disponemos actualmente de diversas aproximaciones para clasificar las estrategias de afrontamiento, sin que ninguna de ellas represente de forma completa ni exhaustiva el amplio repertorio de respuestas que conforman dicho concepto.

Carver y Scheier (1998) propusieron un [modelo complementario sobre el afrontamiento centrado en la autorregulación](#) (véase Figura 4). El eje central del modelo se basa en que las personas vivimos identificando objetivos y que la conducta tiene el fin de lograr alcanzarlos. Se considera que los objetivos funcionan como valores de referencia en un bucle de retroalimentación en el que se incluyen cuatro elementos: a) la [función de entrada](#), que proporciona información sobre el estado actual de la situación; b) el [valor de referencia](#), que proporciona información sobre aquello que se pretende o se desea, estableciendo la meta alrededor de la cual se regula el sistema; c) el [comparador](#), que coteja la información de entrada con los valores de referencia analizando el grado de discrepancias; y finalmente, d) la [función de salida](#), que puede ser una conducta interna o externa, al mismo tiempo que puede tener el efecto de reducir las discrepancias o bien de aumentarlas. Igualmente, los autores propusieron que los [objetivos](#) se organizan jerárquicamente según el grado de abstracción, desde los valores generales abstractos

hasta la secuencia de acciones concretas dirigidas hacia dicho valor. En términos generales, la idea principal del modelo es que los objetivos tienen un papel destacado en la conducta humana. Esta noción es compartida con otros teóricos del comportamiento (e.g., Austin y Vancouver, 1996; Bandura, 1997; Higgins, 1996; Pervin, 1983) y constituye la base de ciertos modelos de tratamiento psicológico, principalmente la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999).

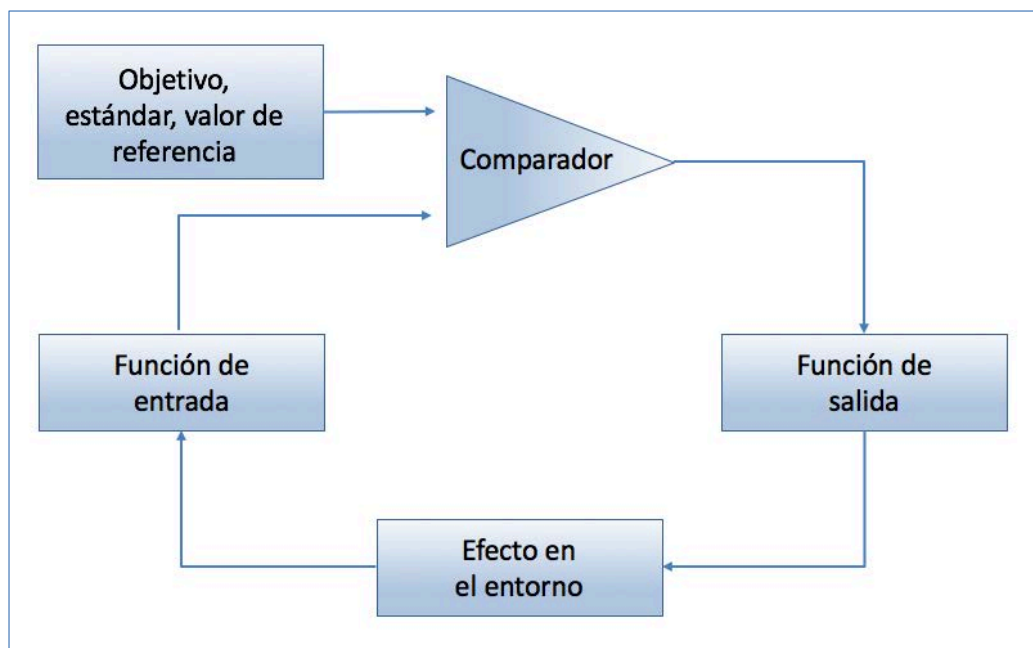


Figura 4. Representación esquemática del bucle de retroalimentación del modelo de M.E. Scheier y C.S. Carver (adaptado de Scheier y Carver, 1988).

El presente proyecto de tesis parte de la combinación de ambos modelos de afrontamiento, el Transaccional propuesto por Lazarus y Folkman (1987) y el Modelo de Autorregulación planteado por Scheier y Carver (1988).

Otra de las líneas de investigación sobre el afrontamiento ha estudiado su relativa estabilidad temporal, considerándolo un conjunto de estrategias disposicionales o tendencias de comportamiento que las personas suelen aplicar ante las situaciones de estrés (e.g., Moos y Holahan, 2003; Powers, Gallagher-Thompson y Kraemer, 2003). Con base a este marco de referencia, se ha estudiado su posible relación con las variables de personalidad. Sin embargo, los resultados han hallado asociaciones modestas (e.g.,

Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Murberg, Bru y Stephens, 2002) entre ambas variables, a la vez que el afrontamiento se ha mostrado menos estable que la personalidad. Así pues, a pesar de estar relacionados ambos conceptos, el afrontamiento no se considera una simple manifestación de las características de la personalidad bajo circunstancias estresantes, y probablemente su relación esté mediada por otras variables tales como la edad, la experiencia previa o el tipo y gravedad de estresor, entre otras (Carver y Connor-Smith, 2010).

2.3.2.1 Evaluación de las estrategias de afrontamiento

Skinner et al. (2003) revisaron los estudios publicados sobre afrontamiento y reportaron más de 100 sistemas de categorización del concepto, además de una gran diversidad en los instrumentos de evaluación de dichas estrategias, todo lo cual conlleva importantes dificultades en la conceptualización del mismo. Además, es preciso añadir que existe una gran diversidad de cuestionarios que evalúan de manera general el afrontamiento ante el estrés (Schwarzer y Schwarzer, 1996) tales como el *Ways of Coping* (Lazarus y Folkman, 1984), el *Coping Strategies Inventory* (Tobin, Holroyd y Reynolds, 1984) o el *Coping Strategy Indicator* (Amirkhan, 1990), mientras que otros evalúan aspectos más específicos, como el afrontamiento del dolor crónico (Rodríguez, Cano y Blanco, 2004), del cáncer (Moorey, Frampton y Greer, 2003), de la depresión (Ring y Vázquez, 1993), del estrés en cuidadores de enfermos crónicos (Braithwaite, 2000) e incluso otros que miden la autoeficacia ante el estrés (Godoy et al., 2008). Ante tales circunstancias, es preciso señalar que la selección de un instrumento de evaluación del afrontamiento del estrés debería hacerse en base a los objetivos de la evaluación, a las características del instrumento y/o en base a las competencias del profesional que la llevará a cabo (Muñiz et al., 2015).

Actualmente, uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de los estilos de afrontamiento es el denominado *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE; Carver, Scheier y Weintraub, 1989) que surgió para paliar las limitaciones tanto teóricas como metodológicas de los cuestionarios previamente existentes. Así pues, el COPE fue diseñado a partir de dos modelos teóricos: el Modelo Transaccional sobre el afrontamiento del estrés (Lazarus y Folkman, 1984) y el Modelo de Autorregulación Conductual (Carver y Scheier, 1981, Scheier y Carver, 1988). Los autores utilizaron una metodología racional

o teórica para la generación de los ítems y la construcción de las escalas, que evaluaban las 13 dimensiones que consideraron más relevantes para describir los estilos de afrontamiento. Posteriormente, añadieron dos nuevas escalas denominadas Humor y Consumo de Alcohol/drogas (Morán, Landero y González, 2010), de modo que la versión final quedó constituida por 15 escalas (véase Tabla 5). El COPE, además, permite evaluar el afrontamiento tanto desde una perspectiva situacional como desde una perspectiva disposicional.

A lo largo de los últimos años, el COPE se ha utilizado en numerosos estudios en el ámbito clínico, como por ejemplo en personas con cáncer (Thomas y Marks, 1995), esclerosis múltiple (Milanlioglu et al., 2014), dolor (Solano, 2013), obesidad (Stotts, 2009), fatiga crónica (Brown, Brown y Jason, 2010), entre otros. Además, desde su publicación, ha sido traducido y adaptado a diferentes idiomas y culturas, como el español (Crespo y Cruzado, 1997), italiano (Sica, Novara, Dorz y Sanavio, 1997), sueco (Muhonen y Torkelson, 2001), estonio (Kallasmaa y Pulver, 2000) o el chino (Zheng, Shufeng, Zhiyan y Guoliang, 2010). La versión española del COPE (Crespo y Cruzado, 1997) consta también de 15 escalas, equivalentes aunque parcialmente distintas a las del instrumento original, como puede observarse en la Tabla 6.

A pesar de su amplia difusión, el COPE, como instrumento de evaluación del afrontamiento, tiene dos inconvenientes relevantes a tener en consideración. En primer lugar, el análisis detallado de la literatura muestra que algunas escalas exhiben una consistencia interna muy baja y que las distintas soluciones factoriales halladas son divergentes (Gutiérrez, Peri, Torres, Caseras y Valdés, 2007; Kallasmaa y Pulver, 2000; Litman, 2006; Lyne y Roger, 2000; Zuckerman y Gagne, 2003). En segundo lugar, a pesar de que el COPE ha sido diseñado para ser utilizado en el ámbito clínico, los datos psicométricos del mismo proceden de muestras de estudiantes, tanto en la versión original inglesa como en la versión española. El hecho de utilizar como referencia los datos obtenidos en estudiantes y de no disponer de información acerca de si la estructura interna se mantiene en muestras clínicas, conlleva problemas de validez y un riesgo elevado de cometer errores en la toma de decisiones (Kazdin, 1992; Muñiz, et al., 2015) puesto que dichas poblaciones difieren en aspectos tales como el rango de edad, el nivel de estudios, y la exposición a situaciones estresantes (Peterson, 2001), entre otros.

Tabla 5

Escalas de la versión original inglesa del COPE y descripción de su contenido

Escalas del COPE (Carver, Scheier y Weintraub, 1989)	Descripción del contenido
Afrontamiento Activo	Llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos y mantenerlos para eliminar, cambiar o reducir el impacto negativo del estresor.
Planificación	Pensar qué acciones son las más adecuadas para hacer frente al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento.
Búsqueda de Apoyo Social Instrumental	Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
Búsqueda de Apoyo Social Emocional	Obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.
Supresión de Actividades Distractoras	Posponer otros asuntos y evitar ser distraído por otras actividades en las que pueda estar implicado para concentrarse de forma más completa en el estresor.
Religión	Aumentar su implicación en actividades religiosas.
Reinterpretación Positiva y Crecimiento Personal	Construir un significado positivo de la situación, sacarle lo mejor para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.
Refrenar el Afrontamiento	Evitar actuar de forma prematura, afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
Aceptación	Tolerar la existencia del estresor sin evitarlo. Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
Centrarse en las Emociones y Desahogarse	Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
Negación	Intentar rechazar la realidad del suceso estresor. Actuar como si no estuviera presente o negar su existencia.
Desconexión Mental	Evitar pensar en el estresor o en las interferencias que éste produce.
Desconexión Conductual	Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
Consumo de Alcohol o Drogas	Recurrir al consumo de alcohol u otras sustancias para afrontar el estresor.
Humor	Hacer bromas sobre el estresor.

Tabla 6
Escalas de la versión española del COPE y descripción de su contenido

Escalas del COPE (Crespo y Cruzado, 1997)	Descripción del contenido
Búsqueda de Apoyo Social	Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer o bien buscar simpatía y apoyo emocional de otros.
Religión	Aumentar su implicación en actividades religiosas.
Humor	Hacer bromas sobre el estresor.
Consumo de Alcohol o Drogas	Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
Planificación y Afrontamiento Activo	Pensar, planificar y/o llevar a cabo acciones para resolver o paliar el estresor.
Abandono de los Esfuerzos de Afrontamiento	Dejar de intentar alcanzar unos objetivos, renunciando a conseguirlos.
Centrarse en las Emociones y Desahogarse	Incrementar la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
Aceptación	Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
Negación	Intentar rechazar la realidad del suceso estresor.
Refrenar el Afrontamiento	Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
Concentrar Esfuerzos en Solucionar la Situación	Centrar la atención en el problema, frente a posibles distracciones, y en resolverlo.
Crecimiento Personal	Aprender y desarrollarse como persona como resultado de la experiencia.
Reinterpretación Positiva	Ver la situación desde una perspectiva más favorable, buscarle algo bueno.
Actividades Distractoras de la Situación	Buscar distracciones para pensar menos en la situación.
Evadirse	Reducir la atención al problema durmiendo o imaginando sobre otros temas, y/o reducir los esfuerzos para resolverlo.

Atendiéndonos a las consideraciones anteriormente expuestas, queda justificada la necesidad de examinar las propiedades psicométricas del COPE en una muestra clínica de pacientes con psicopatología. Dicho interés forma parte de nuestro trabajo de investigación.

2.3.3 Importancia de la evaluación del afrontamiento en contextos clínicos de salud mental

En el estudio del afrontamiento, es preciso resaltar la diferenciación entre la función que cumplen las estrategias que se implementan en una determinada situación, y los resultados o consecuencias que se obtienen de ellas (Carver et al., 1989; Lazarus y Folkman, 1984; Skinner et al., 2003; Zeidner y Saklofske, 1996), de modo que las acciones de afrontamiento, su función y su resultado son conceptos independientes. Por este motivo, existe consenso entre expertos al afirmar que no hay estrategias de afrontamiento adaptativas o desadaptativas, sino que cualquier acción de afrontamiento puede resultar adaptativa o desadaptativa según su repercusión a corto, medio o largo plazo (Cohen, 1987; Somerfield y McCrae, 2000). En este sentido, se considera que el uso variado y flexible de los distintos tipos de estrategias permite a la persona disminuir el posible impacto negativo de la situación estresante, y conseguir mejores resultados, a la vez que el empleo rígido y habitual de las mismas estrategias suele ser perjudicial (DeLongis y Newth, 2001; Kashdan, 2010).

En la línea de lo expuesto anteriormente, si bien no podemos afirmar que exista un criterio único y universalmente válido sobre lo que se considera afrontamiento adaptativo o efectivo, Zeidner y Salkofske (1996) propusieron las características que éste debería cumplir. Las denominaron: resolución del conflicto, reducción de respuestas fisiológicas, disminución del malestar psicológico, adecuación del funcionamiento social, promoción del bienestar, mantenimiento de una autoestima positiva, retorno a las actividades previas al estresor y percepción subjetiva de la efectividad del afrontamiento.

A pesar de que en términos generales no podemos considerar las estrategias de afrontamiento como adaptativas o desadaptativas en sí mismas, cabe señalar que se han publicado estudios que han hallado de forma consistente que algunas estrategias se

relacionan con una mayor efectividad ante las situaciones de estrés, mientras que otras estrategias se relacionan con mayores dificultades para solucionar la situación o el malestar emocional que ésta provoca (Zeidner y Saklofske, 1996). Así, por ejemplo, Carver y Scheier (1998) propusieron algunas estrategias que parecían ser más adaptativas: el afrontamiento activo, la planificación, la supresión de actividades distractoras, el autocontrol, la reinterpretación positiva y la búsqueda de apoyo social instrumental y emocional. Por otro lado, apuntaron que las estrategias con mayor probabilidad de ser desadaptativas eran: la negación, la desconexión conductual y mental, la ventilación emocional y el consumo de tóxicos.

De igual manera, se admite que existe relación entre las estrategias de afrontamiento y determinadas variables de salud tales como el bienestar subjetivo, los niveles de ansiedad, e incluso la respuesta al tratamiento en personas con enfermedades médicas o con trastornos mentales. En esta línea de investigación, se han hallado asociaciones significativas y congruentes entre los estilos de afrontamiento y el [grado de bienestar](#) (e.g., Mayordomo-Rodríguez, Meléndez-Moral, Viguer-Segui y Sales-Galan, 2015), los [niveles de ansiedad y depresión](#) (e.g., Gilhooly et al., 2016; Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston, 2012) e incluso con la [respuesta al tratamiento](#) (e.g., Beutler, Harwood, Kimpara, Verdirame y Blau, 2011; Holley, Pasch, Belohlavek, Adler y Katz., 2014). A modo de ejemplo, Rasmussen, Agerter, Bernard y Cha (2010) estudiaron las estrategias de afrontamiento en una muestra de personas con trastornos somatomorfos atendida en atención primaria, y hallaron una elevada utilización de estrategias dirigidas a las emociones en dicha muestra. Igualmente, Farhal y Gehrke (1997) hallaron que las estrategias de aceptación y el afrontamiento pasivo se asociaban con un mejor control de las alucinaciones en pacientes con esquizofrenia. De modo similar, Oxman, Hegel, Hull y Dietrich (2008) apuntaron que las estrategias de afrontamiento actuaban como moderadores de la respuesta al tratamiento psicológico en el tratamiento de la depresión en atención primaria. Según los resultados de numerosos estudios, actualmente se considera que las estrategias de afrontamiento actúan como variables mediadoras en los resultados de los tratamientos, en un amplio tipo de problemáticas (e.g., Brown, Read y Kahler, 2003; Holley et al., 2014; Levin, Ilgen y Moos, 2007). En base a las consideraciones anteriores, es plausible afirmar que conocer las respuestas de afrontamiento que utilizan preferentemente los individuos para hacer frente a las situaciones de estrés puede ser de

gran utilidad en el ámbito clínico, y especialmente en contextos de salud mental. Ello permite saber las estrategias cognitivas y conductuales que las personas aplican ante situaciones que consideran que exceden sus recursos personales. El interés radica aquí en el hecho de que, a menudo, en contextos clínicos tales estrategias pueden actuar agravando los problemas.

Otro de los motivos de la relevancia del afrontamiento en el ámbito clínico consiste en el hecho de que tales estrategias configuran un patrón de respuestas susceptibles de ser aprendidas, por lo cual consideramos que conocerlas, [entrenarlas y/o modificarlas](#) suele constituir un objetivo primordial en cualquier proceso terapéutico en el contexto de las intervenciones en salud mental. Además, disponer de dicha información permite actuar desde una [perspectiva transdiagnóstica](#) especialmente útil en servicios públicos de salud mental (Ejebby et al., 2014; Farber, 2013; Newby, McKinnon, Kuyken, Gilbody y Dalglish, 2015).

En resumen, consideramos que en el contexto clínico de salud mental, es primordial conocer las estrategias de afrontamiento que aplica un individuo ante el estrés, puesto que permite planificar mejor las intervenciones terapéuticas para favorecer un repertorio de respuestas cognitivas y/o conductuales más amplio, flexible y adaptativo para hacer frente a tales situaciones (Casado, 2002). Todo ello en conjunto permite ajustar las intervenciones a las características individuales de cada paciente, incrementando su eficacia (Beutler y Clarkin, 2013; Beutler, et al., 2011) y con toda probabilidad mejorando la satisfacción del paciente y del terapeuta.

2.4 Relación entre las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento del estrés

La relación entre la personalidad y los estilos de afrontamiento es compleja y no existe una única perspectiva (Suls, David y Harvey, 1996). Kardum y Krapic (2001) señalan principalmente dos aproximaciones teóricas para describir la relación entre personalidad y afrontamiento: la estructural y la procesual. En el marco de un [enfoque estructural](#), el afrontamiento se conceptualiza en términos de diferencias individuales relativamente estables donde las variaciones en situaciones estresantes ejercen poca importancia. Desde

esta perspectiva, se asume que el afrontamiento está determinado esencialmente por las diferencias individuales y que existe una estabilidad intraindividual, mientras que la naturaleza y curso de la situación estresante ejerce escasa influencia. Así pues, algunos autores asumen que los estilos de afrontamiento derivan directamente de las características de la personalidad (e.g., Bolger y Schilling, 1991; Costa y McCrae, 1986; McCrae y Costa, 1986; Parkes, 1986). Otra línea de investigaciones desde la perspectiva estructural pero menos extremista, asume que las personas tenemos estilos estables, disposiciones o preferencias para afrontar las situaciones estresantes, pero que éstos no derivan directamente ni únicamente de la personalidad, sino que ésta puede tener una influencia junto con otras variables, tales como el proceso de socialización (Carver, et al., 1989; Hudek-Knežević y Kardum, 1996). Por otro lado, desde la [perspectiva procesual](#), destaca el Modelo Transaccional de R.S. Lazarus y S. Folkman (1987) donde el afrontamiento se conceptualiza en términos de la relación dinámica entre la persona y la situación, en otras palabras, las diferencias individuales y los factores ambientales (Lazarus, 1990).

Así pues, ya sea desde una perspectiva estructural o procesual, se considera que la personalidad ejerce una influencia sobre la preferencia del estilo de afrontamiento a utilizar incluso antes de que éste ocurra. Por ejemplo, en el grado en que la persona se expone a determinadas situaciones, en la valoración de la situación estresante, con respecto a la vivencia subjetiva de ésta, entre otras (Bolger y Zuckerman, 1995; Carver y Connor-Smith, 2010; Derrybery, Reed y Pilkenton-Taylor, 2003; Dunkley, Ma, Lee, Preacher, y Zuroff, 2014; Vollrath, 2001). Bolger y Zuckerman (1995) propusieron un modelo teórico y empírico para describir la interacción entre personalidad y afrontamiento, con el objetivo de conocer mejor la influencia de ambas variables sobre la salud, en el que diferenciaron cuatro etapas: exposición, reactividad, elección y eficacia (véase Figura 5). De acuerdo al modelo, sugieren que la personalidad influye en la cantidad de situaciones a las que se expone el individuo (exposición), la reactividad que le generan (reactividad), el manejo del estresor mediante la elección de las respuestas de afrontamiento que lleva a cabo (elección) y en su eficacia para aliviar la fuente de estrés (eficacia). Igualmente, Lazarus y Folkman (1984) propusieron que los mecanismos del afrontamiento dependen de la evaluación individual de la situación, lo cual explica que haya factores disposicionales que influyen en cómo las personas reaccionan ante el estrés, de modo que la personalidad influye en la elección de la estrategia porque aquellos que

perciben la situación como modificable afrontan la situación de diferente modo que los que no.

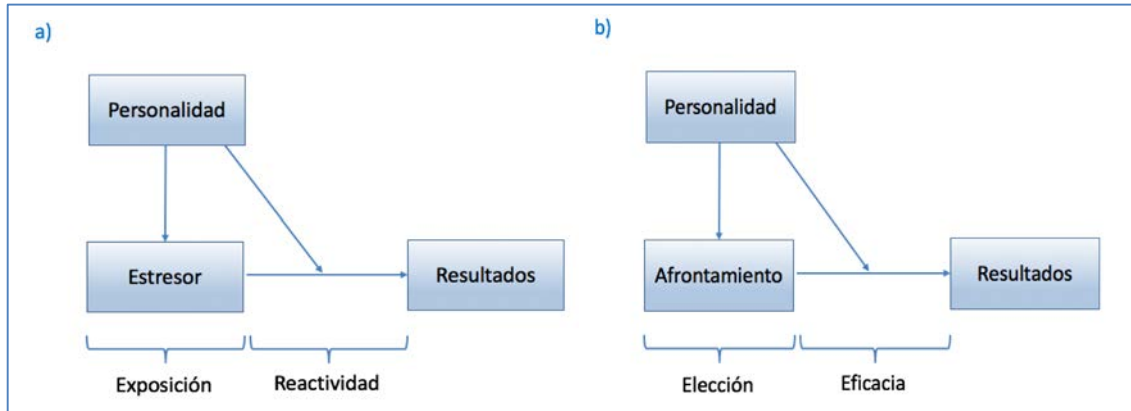


Figura 5. Esquema general de la relación entre la personalidad y el afrontamiento, según el modelo de N. Bolger y A. Zuckerman (1995).

La relación entre la personalidad y el afrontamiento ha despertado mucho interés a lo largo de las últimas décadas, y a pesar de las distintas perspectivas, el estudio empírico de dicha relación ofrece una visión comprensiva e integradora. Dos recientes metaanálisis han intentado integrar los resultados sobre la asociación entre personalidad y estrategias de afrontamiento (Connor-Smith y Flachsbart, 2007; Solberg Nes y Segerstrom, 2006). Los resultados apuntan en la dirección de la existencia de relaciones significativas entre ambas aunque de intensidad baja o moderada. Sin embargo, consideran que ello no significa que la relación sea irrelevante o de poca importancia, puesto que se manifiesta en una multitud de situaciones en las que las personas nos vemos expuestas a estresores a lo largo de la vida (Carver y Connor-Smith, 2010).

A pesar de la utilidad de los estudios empíricos sobre la relación entre las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento, se han señalado también algunas limitaciones. Principalmente, con respecto a los procedimientos estadísticos para su análisis, puesto que la mayoría de estudios utilizan únicamente estrategias bivariadas, mediante el análisis de las correlaciones. Gárriz, Gutiérrez, Peri, Baillés y Torrubia (2015) apuntan que esta aproximación resulta insuficiente, señalando las ventajas de utilizar estrategias multivariadas que permitan conocer la contribución individual de cada dimensión de personalidad sobre cada una de las estrategias de afrontamiento.

En vistas de lo anteriormente expuesto, independientemente del modelo teórico y la estrategia metodológica utilizada, el punto de partida de este trabajo es la consideración que la personalidad tiene una influencia sobre la elección de las estrategias de afrontamiento ante el estrés, y que las estrategias de afrontamiento que la persona pone en marcha ante tales situaciones tienen un impacto en su salud y bienestar, por lo cual es necesario evaluar dichas variables en contextos aplicados de salud mental, a la vez que conocer su relación.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3 Objetivos e hipótesis

En el marco de lo expuesto en los apartados anteriores, y desde una perspectiva centrada en la aplicabilidad clínica, planteamos **tres objetivos principales** que se corresponden con los tres estudios que forman el compendio de la presente tesis. **Un primer objetivo** dirigido a describir el perfil de personalidad de las personas que acuden a una consulta psiquiátrica en atención primaria desde la perspectiva del AFFM. Para ello, será necesario analizar previamente las propiedades psicométricas del ZKPQ en dicha muestra. **Un segundo objetivo**, dirigido a describir las estrategias de afrontamiento que utilizan principalmente las personas que acuden a una consulta psiquiátrica en atención primaria. Para ello, primeramente será necesario analizar las propiedades psicométricas del COPE en dicha muestra y realizar los ajustes necesarios para mejorar dichas propiedades así como su aplicabilidad clínica. **El tercer objetivo** consiste en examinar la relación entre las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento, con el fin de disponer de información útil que permita diseñar y personalizar los tratamientos de forma ajustada a las características de cada paciente. Para ello, realizamos tres estudios, cuyos objetivos específicos e hipótesis detallamos a continuación:

Estudio 1: Evaluación de la personalidad mediante el ZKPQ en el ámbito clínico de salud mental.

Objetivos específicos

- Analizar las propiedades psicométricas del *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ) en personas con psicopatología que acuden a una consulta de psiquiatría en atención primaria.
- Describir el perfil de personalidad de una muestra de pacientes que acuden a una consulta psiquiátrica en atención primaria.
- Proporcionar baremos del ZKPQ para muestras psiquiátricas ambulatorias en función del sexo y la edad.

Hipótesis

- Las propiedades psicométricas y la consistencia interna de las escalas del ZKPQ serían similares a las halladas en estudios previos, tanto en muestras de población general como en otras muestras clínicas específicas.

- La muestra obtendría puntuaciones elevadas en las escalas Neuroticismo-Ansiedad y Agresión-Hostilidad, y puntuaciones bajas en Sociabilidad y Actividad, en comparación con una muestra de población general.
- Se obtendrían diferencias significativas en las puntuaciones de las escalas en función del género, de modo que esperaríamos que las mujeres obtuvieran puntuaciones más elevadas en Neuroticismo-Ansiedad, mientras que los hombres puntuarían más alto en Agresión-Hostilidad.

Estudio 2: Evaluación de las estrategias de afrontamiento mediante el COPE en el ámbito clínico de salud mental.

Objetivos específicos

- Analizar las propiedades psicométricas y la estructura interna del *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE) en personas que acuden a una consulta de psiquiatría en atención primaria.
- Realizar los ajustes necesarios en el COPE para mejorar sus propiedades psicométricas y aplicabilidad clínica.
- Describir las principales estrategias de afrontamiento que utilizan las personas con psicopatología que acuden a una consulta psiquiátrica de atención primaria.

Hipótesis

- La estructura interna del COPE no se replicaría en la muestra de personas con psicopatología que acuden a una consulta psiquiátrica de atención primaria.
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas serían las centradas en las emociones y las de búsqueda de apoyo social.
- Se hallarían diferencias significativas en las preferencias de utilización de las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres, concretamente, esperaríamos que los hombres utilicen más el consumo de tóxicos mientras que las mujeres utilicen más las estrategias centradas en las emociones.

Estudio 3. Relación entre personalidad y estrategias de afrontamiento en una muestra clínica.

Objetivos específicos

- Analizar la relación entre las variables de personalidad, evaluadas mediante el ZKPQ, y las estrategias de afrontamiento, evaluadas mediante el COPE-48, en personas con psicopatología.
- Determinar qué dimensiones de personalidad del AFFM contribuyen en cada una de las distintas estrategias de afrontamiento evaluadas mediante el COPE-48, en una muestra clínica ambulatoria de pacientes con psicopatología.

Hipótesis

- Cada una de las variables de personalidad se asociaría con un patrón particular de afrontamiento. Concretamente, la escala de Neuroticismo-Ansiedad correlacionaría positivamente con las escalas del COPE-48 Centrarse en las Emociones, y Desahogarse y Refrenar el afrontamiento, y negativamente con Afrontamiento Activo del Problema, Aceptación y Crecimiento personal, y Humor; la escala Sociabilidad correlacionaría positivamente con Búsqueda de Apoyo Social y Afrontamiento Activo del Problema.
- Las variables de personalidad del modelo AFFM explicarían alrededor de un 15% de la varianza de las estrategias de afrontamiento.

4. RESULTADOS: PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

4 Resultados: publicaciones científicas

4.1 Art-1. *Psychometric properties and normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a psychiatric outpatient sample*

Resumen del Art-1

Objetivos

El objetivo de este estudio consistió en analizar las propiedades psicométricas del *Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ) así como ofrecer datos normativos según género y edad en una muestra de pacientes ambulatorios que acudían a una consulta de salud mental en atención primaria.

Método

Administramos el ZKPQ a una muestra de 314 participantes (34.7% hombres) de edades comprendidas entre 18 y 81 años.

Resultados

Los diagnósticos principales más prevalentes fueron los trastornos del estado de ánimo (37.9%) y los trastornos adaptativos (35.0%). Con relación a las propiedades psicométricas del ZKPQ, el patrón de consistencias internas fue similar a los hallados en estudios previos en muestras de población general, clínicas y de estudiantes. Respecto a las diferencias de género, el patrón hallado consistió en puntuaciones más elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y Sociabilidad, y más bajas en Agresión-Hostilidad en las mujeres. En relación con la edad, en general, las puntuaciones tendían a disminuir a mayor edad.

Conclusiones

Proporcionamos datos normativos del ZKPQ según género y edad en una muestra clínica de salud mental lo cual permitirá una evaluación más precisa, proporcionando datos relevantes para una mejor planificación del tratamiento.

ARTICLE

Psychometric Properties and Normative Data of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire in a Psychiatric Outpatient Sample

Yolanda Martínez Ortega,^{1,2} Montserrat Gomà-i-Freixanet,² and Sergi Valero³

¹Mental Health Center, Althaia University Hospital of Manresa, Catalonia, Spain; ²Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalonia, Spain; ³Psychiatry Department, Vall d'Hebron University Hospital, CIBERSAM, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalonia, Spain

ABSTRACT

The Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKQP; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta, & Kraft, 1993) was designed for the assessment of personality. The goal of this work was to determine the psychometric properties of the ZKQP, as well as to establish normative data by gender and age in an outpatient sample attending primary mental health care services. We administered the questionnaire to 314 participants (34.7% males) 18 to 81 years old. The most prevalent primary diagnoses were mood (37.9%) and adjustment disorders (35.0%). Concerning the psychometric properties of the ZKQP, the pattern of internal consistencies was similar to that previously found among general population, student, or clinical samples. Regarding gender differences, a general pattern was found, with women scoring higher on neuroticism and sociability, and lower on aggression-hostility. As for age, in general, scores declined with age. Norm-based decision making has the potential for significant and long-lasting consequences, and the quality of decisions based on score comparisons can be improved when scores are compared to norms fitted to the group of reference. The availability of the ZKQP norms by gender and age in mental health care will benefit the accuracy of assessment and therapeutic decision making, providing more effective treatment planning overall.



ARTICLE HISTORY

Received 9 August 2015
 Revised 16 June 2016

Individualized health care embodies the broader idea that patients' personal characteristics can guide clinicians' treatment decisions to maximize the efficacy of interventions (Flynn & Smith, 2007; Israel et al., 2014). Within this framework, the latest Strategic Plan of the National Institute of Mental Health (2008) established as one of its priorities the need to develop and adapt treatments in mental health to the personal characteristics of people with mental illnesses (Chambers, Wang, & Insel, 2010; Insel, 2009). Therefore, in primary mental health care, the process of psychological assessment is paramount because it helps to obtain individualized information that guides clinicians to make sound decisions and adjust interventions. However, sometimes the assessment instruments are inadequate or are used inappropriately and, in most cases, they have not even been adapted to the target population (Gaddis, Foster, & Lemming, 2015). Consequently, some authors (Vacc, Juhnke, & Nilsen, 2001) claim that the inappropriate use of assessment instruments can have serious consequences due to decisions based on score comparisons. In a recent study that reviewed the normative data of 30 personality assessment instruments, 47% provided data differentiated by gender, and only 23% offered normative data by age groups (Gaddis et al., 2015). Accordingly, following the indications of the international agencies, there is an urgent need for instruments with appropriate normative data by gender and age for the target population under assessment (American Educational Research

Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 2014).

The Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKQP; Zuckerman, Kuhlman, Joireman, Teta, & Kraft, 1993) was developed within the framework of the Alternative Five-Factor Model of Personality (AFFM) as an alternative to the Big Five model based on the lexical approach (Costa & McCrae, 1985). The origin of the AFFM lies in the biological and evolutionary bases of personality and postulates that the study of these bases provides a better understanding of the underlying neurobiological and genetic mechanisms (Zuckerman, 1992, 2002; Zuckerman, Kuhlman, & Camac, 1988; Zuckerman, Kuhlman, Thornquist, & Kiers, 1991). This model emerged from a series of factor analyses of scales believed to measure the basic dimensions of personality or temperament, particularly, those used in psychobiological research. According to the AFFM, the basic personality traits can be described in terms of five dimensions, namely Neuroticism-Anxiety (N-Anx), Activity (Act), Sociability (Sy), Impulsive Sensation Seeking (ImpSS), and Aggressiveness-Hostility (Agg-Host). The original English version of this questionnaire has been translated into several different languages—for example, German (Ostendorf & Angleitner, 1994), Italian (De Pascalis & Russo, 2003), Spanish (Aluja, García, & García, 2004; Gutiérrez-Zotes, Ramos, & Sáiz, 2001; Peñate, Ibáñez, & González, 1999; Romero, Luengo, Gómez-Freguela, & Sobral, 2002), Greek (Hyphantis et al., 2013), and Romanian (Sârbescu & Negut, 2013).

CONTACT Yolanda Martínez Ortega  ymartinezo@althaia.cat  Centre de Salut Mental d'Adults, Fundació Althaia, Xarxa Assistencial i Universitària de Manresa, C/ Dr. Llatjós s/n. 08243 Manresa (Barcelona), Catalonia, Spain.

© 2017 Taylor & Francis

The Catalan version (Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí, & Zuckerman, 2004) of the ZKPQ provided standardized norms in a Spanish general community sample by age (18–93 years), gender, and educational level for the first time in any culture (Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008). Moreover, the psychometric properties of this version have been assessed both in student samples and in the general population, obtaining evidence of good validity and reliability (Gomà-i-Freixanet, Valero, Muro, & Albiol, 2008; Gomà-i-Freixanet et al., 2004; Gomà-i-Freixanet, Wismejier, & Valero, 2005). Furthermore, previous studies in Spanish samples with this version have proved its usefulness in clinical practice, such as in the prediction of treatment failure in pathological gambling (Ramos-Grille, Gomà-i-Freixanet, Aragay, Valero, & Vallès, 2015), depressive symptoms in burn patients (Giannoni-Pastor et al., 2015), differentiation of attention deficit hyperactivity disorder subtypes in an adult population (Martínez Ortega et al., 2010), or discrimination of patients with borderline personality disorder from controls (Gomà-i-Freixanet, Soler, Valero, Pascual, & Pérez Sola, 2008).

Given the aforementioned research that reports good psychometric properties of the ZKPQ in general community samples and its usefulness in clinical practice, it seems appropriate to provide norms for the ZKPQ for population attending mental health services. In the field of mental health, clinicians frequently make decisions based on score comparisons. Therefore, it is important that norms are fitted to the group of reference to improve the quality and value of decisions based on psychological assessments. In view of the lack of normative data for the ZKPQ in patients seeking mental health services, the aim of this research is twofold: first, to determine the psychometric properties of the Catalan version of the ZKPQ (Gomà-i-Freixanet et al., 2004) in an outpatient sample attending primary mental health care services, and second, to establish the normative data of this population by gender and age. This is the first time the normative data of the ZKPQ are reported in a psychiatric outpatient sample in any culture.

Method

Participants

Data were collected at Althaia University Hospital (Manresa, Barcelona), which provides public mental health care. Participants were recruited from the psychiatric consultation in primary care, which attends to people with some kind of psychological problem, who were referred by their family physician. We approached 473 participants, and 319 (68.46%) agreed to collaborate. Data from 5 (1.06%) participants were discarded because of having one or more missing values in the personality questionnaire. The final sample was made up of 314 participants who voluntarily participated in the study: 109 men (34.7%) and 205 women (65.3%). Age ranged from 18 to 81 years ($M = 45.42$, $SD = 14.39$). With regard to the educational level achieved, 45.2% had completed primary school, 44.3% high school, and 10.5% had university studies. Participants were diagnosed using the *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed., Text Revision [DSM-IV-TR]; American Psychiatric Association, 2000) criteria with the

following distribution: mood disorder (37.9%), adjustment disorder (35.0%), anxiety disorder (10.5%), and personality disorder (7.3%); the remaining 9.2% were diagnosed with other disorders that were either less prevalent in the studied sample or were not recorded in the files.

Measures

To assess personality, we administered the Catalan version of the ZKPQ (Gomà-i-Freixanet et al., 2004). This instrument is a self-administered questionnaire with 99 items with a true-false response format. It provides information about five personality factors: Neuroticism-Anxiety (N-Anx, 19 items), describing emotions such as stress, worry, obsessive indecision, lack of self-confidence, and susceptibility to criticism; Activity (Act, 17 items) describes the preference for and need to lead an active and occupied life, with little capacity to relax and a high energy level; Sociability (Sy, 17 items) describes the preference and taste for social relations; Impulsive Sensation Seeking (ImpSS, 19 items) describes the lack of planning, a tendency to act impulsively, and the search for new and exciting experiences; and Aggression-Hostility (Agg-Host, 17 items) describes the tendency to express verbal or behavioral aggression, impatience, and being rude and careless toward others. The questionnaire also has an Infrequency scale (Infreq, 10 items), which detects lack of attention when responding or a tendency to give socially desirable answers. Administration usually takes between 20 and 30 min.

Sociodemographic data were collected through a brief questionnaire designed for this purpose. We extracted the clinical diagnoses from the medical record of each participant. The DSM-IV-TR diagnoses (American Psychiatric Association, 2000) were established by the treating psychiatrist and only the principal diagnostic category was recorded.

Procedure

Data collection began in April 2013 and ended in December 2014. The questionnaires were administered, in paper-and-pencil format, by psychologists who received special training for this purpose. Participants completed the questionnaires before or after the medical consultation. The inclusion criteria were being over 18 years old and coming to the psychiatric consultation in primary care. The following exclusion criteria were used: having written or oral comprehension difficulties (1%), being under the influence of a toxic substance at the time of the assessment (0%), or having a severe psychiatric problem that precluded proper completion of the questionnaires (0%).

All respondents participated voluntarily and did not receive any remuneration for their participation. Potential candidates received both oral and written information about the project, and those who agreed to participate signed an informed consent form. We maintained strict confidentiality of the data. This study was performed in accordance with the Declaration of Helsinki guidelines (World Medical Association, 2013) and the Research Ethics Committee of the hospital approved the protocol.

Table 1. Descriptive statistics of the sociodemographic and clinical variables.

Variable	
Gender	
Men	109 (34.7%)
Women	205 (65.3%)
Age	
M (SD)	45.42 (14.39)
Range	18–81
Age distribution	
18–36	87 (27.7%)
37–46	74 (23.6%)
47–53	71 (22.6%)
54–81	77 (24.5%)
Level of education	
Primary school	142 (45.2%)
High school	139 (44.3%)
University	33 (10.5%)
Marital status	
Married/cohabiting	198 (63.1%)
Not married	50 (15.9%)
Separated or divorced	59 (18.8%)
Widowed	7 (2.2%)
Geographical origin	
Spain	294 (93.6%)
South America	12 (3.8%)
Morocco	4 (1.3%)
Eastern Europe	4 (1.3%)
Principal diagnostic category (<i>DSM-IV-TR</i>)	
Mood disorder	119 (37.9%)
Adjustment disorder	110 (35%)
Anxiety disorder	33 (10.5%)
Personality disorder	23 (7.3%)
Eating disorder	7 (2.2%)
Substance-related disorder	6 (1.9%)
Disorder of infancy	6 (1.9%)
Environmental problems	6 (1.9%)
Not recorded	4 (1.3%)

Note. N = 314. Disorder of infancy = disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence.

Data analyses

For the statistical analysis, we used the SPSS package (version 20). First, we conducted a descriptive analysis of the sociodemographic and clinical variables, and for the total sample and for each of the ZKPQ scales we calculated means, standard deviations, skewness, and kurtosis. Cronbach’s alphas were obtained for the total sample and by gender. We also calculated Pearson’s correlations between scales for the total sample and for men and women separately. By means of analyses of variance (ANOVAs), we determined the possible effect of gender, age and their interaction on the scores of the ZKPQ scales. To have a balanced number of participants in each age group, we

divided age into quartiles (18–36 years, 37–46 years, 47–53 years, and 54–81 years). The normative data by gender and age groups are presented in two separate tables. We established an alpha risk of 5% as a criterion for statistical significance.

Results

Table 1 presents the descriptive values of the sociodemographic and clinical variables of the sample. The most frequent profile was a middle-aged woman, with primary or high school education, married or living with a partner and of Spanish origin. The most primary, prevalent, clinician-assigned diagnoses were mood and adjustment disorders.

Table 2 shows the means, standard deviations, ranges obtained, skewness, and kurtosis of the ZKPQ scales for the total sample. It also shows the Cronbach’s alpha coefficients for the total sample and for men and women separately. The internal consistency values are similar to those found in previous general population-based studies and in clinical samples grouped according to pathology. In the total sample, the values of internal consistencies ranged from .71 (Act) to .87 (N-Anx), with a mean alpha value of .77. The skewness and kurtosis statistics showed a predominantly normal distribution of the scales (values between –1 and +1) except for the Infreq scale, which had a decreasing monotonic distribution.

Correlations among the ZKPQ scales for the total sample as well as for women and men separately are shown in Table 3. The values of the coefficients in the total sample ranged from .01 to .27, with an absolute mean interscale correlation of .15. Although most of the correlations were statistically significant, given the large sample size, the absolute values were very low.

To establish the normative data of an adult clinical population, we assessed the effect of gender, age (four categories) and their interaction, by subsequent ANOVAs with these two factors (see Table 4). The effect of gender was statistically significant only for N-Anx, with women scoring higher at all ages. The effect of age was statistically significant for all the scales except Act. In general, scores declined with age.

Tables 5 and 6 show the normative data by age ranges and for women and men, respectively. Overall, there was a general trend in all scales with scores decreasing as age increased, with the exception of the Infreq scale, which increased with age in both genders. Interactions were statistically significant only for the Sy and Agg-Host scales. Specifically, in the male sample, Sy decreased as age increased, whereas in the female sample, there

Table 2. Means, standard deviations, obtained ranges, skewness, kurtosis, and alpha coefficients of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire scales.

Scale	Total sample ^a					Cronbach's alpha		
	M	SD	Obtained ranges	Skewness	Kurtosis	Total sample	Men ^b	Women ^c
N-Anx	12.64	4.73	0–19	–0.49	–0.81	.87	.87	.85
Act	7.57	3.49	0–16	0.06	–0.78	.71	.70	.72
Sy	5.83	3.44	0–16	0.46	–0.26	.76	.78	.78
ImpSS	7.02	4.12	0–19	0.52	–0.43	.82	.84	.80
Agg-Host	7.71	3.34	0–16	–0.03	–0.45	.72	.69	.74
Infreq	1.85	1.76	0–8	0.96	0.42	—	—	—

Note. N-Anx = Neuroticism-Anxiety; Act = Activity; Sy = Sociability; ImpSS = Impulsive Sensation Seeking; Agg-Host = Aggression-Hostility; Infreq = Infrequency. ^aN = 314. ^bn = 109. ^cn = 205.

Table 3. Correlations among Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire scales for total sample (*N* = 314, upper right), women and men (in parentheses).

Scale	N-Anx	Act	Sy	ImpSS	Agg-Host	Infreq
N-Anx		-.10	-.14	.24	.26	.01
Act	-.09 (-.12)		.20	.27	.10	.24
Sy	-.20 (-.13)	.13 (.32)		.16	-.02	.02
ImpSS	.24 (.26)	.27 (.27)	.12 (.22)		.22	.17
Agg-Host	.29 (.30)	.05 (.18)	-.04 (.03)	.25 (.16)		-.19
Infreq	-.06 (.07)	.24 (.24)	.04 (-.05)	.14 (.22)	-.24 (-.06)	

Note. N-Anx = Neuroticism-Anxiety; Act = Activity; Sy = Sociability; ImpSS = Impulsive Sensation Seeking; Agg-Host = Aggression-Hostility; Infreq = Infrequency. In the total sample, values $\geq .14$ were statistically significant with an alpha of 5%.

Table 4. Analyses of variance for Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire scales analyzing the effect of gender, age,^a and their interaction.

Scale		<i>F</i>	<i>p</i>	η_p^2
N-Anx	Gender	30.06	<.001	.089
	Age	3.49	.016	.033
	Gender × Age	0.44	.721	.004
Act	Gender	0.21	.640	.001
	Age	1.13	.334	.011
	Gender × Age	0.17	.915	.002
Sy	Gender	2.99	.084	.010
	Age	4.16	.007	.039
	Gender × Age	2.71	.045	.026
ImpSS	Gender	0.22	.637	.001
	Age	14.10	<.001	.122
	Gender × Age	1.80	.146	.017
Agg-Host	Gender	1.49	.222	.005
	Age	3.63	.013	.034
	Gender × Age	2.88	.036	.028
Infreq	Gender	3.17	.076	.010
	Age	2.64	.049	.025
	Gender × Age	0.96	.412	.009

Note. *N* = 314. N-Anx = Neuroticism-Anxiety; Act = Activity; Sy = Sociability; ImpSS = Impulsive Sensation Seeking; Agg-Host = Aggression-Hostility; Infreq = Infrequency.

^aThe variable age is computed in quartiles.

was also a decrease with age followed by a slight increase in the oldest age range. Regarding the Agg-Host scale, in the female sample, there was a net decrease as age increased, whereas in the male sample, there was a decrease with age followed by a slight increase in the oldest age range.

Discussion

In this study, we report the results of the first known analysis of the psychometric properties of the ZKPQ in a sample of adult outpatients receiving primary mental health care services in Spain, and provide specific norms by gender and age for this type of population and culture.

The population under study shows a sociodemographic profile mainly consisting of middle-aged women with primary or high school education, married or cohabiting, and of Spanish origin. Regarding mental disorders, the most prevalent primary diagnostic categories were mood and adjustment disorders, followed by anxiety disorders.

Concerning the distribution of the obtained scores, all of them follow a normal distribution, except for the values of the

Table 5. Normative data of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire scales for female clinical population by age ranges.

Scale	Age range	<i>M</i>	<i>SD</i>
N-Anx	18–36	14.75	4.09
	37–46	13.57	4.37
	47–53	12.83	4.65
	54–81	13.31	3.99
Act	18–81	7.57	3.49
	18–36	6.70	3.54
	37–46	6.05	3.35
	47–53	5.23	3.18
Sy	54–81	6.03	3.21
	18–36	9.16	3.38
	37–46	6.85	3.94
	47–53	6.50	3.56
ImpSS	54–81	5.35	3.50
	18–36	8.55	3.58
	37–46	8.70	3.37
	47–53	7.17	3.14
Agg-Host	54–81	5.98	2.88
	18–36	1.45	1.68
	37–46	1.68	1.54
	47–53	2.05	1.75
Infreq	54–81	2.25	1.96
	18–36	1.45	1.68
	37–46	1.68	1.54
	47–53	2.05	1.75

Note. *n* = 205. N-Anx = Neuroticism-Anxiety; Act = Activity; Sy = Sociability; ImpSS = Impulsive Sensation Seeking; Agg-Host = Aggression-Hostility; Infreq = Infrequency.

Table 6. Normative data of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire scales for male clinical population by age ranges.

Scale	Age range	<i>M</i>	<i>SD</i>
N-Anx	18–36	12.33	4.09
	37–46	10.65	5.01
	47–53	10.33	5.73
	54–81	9.30	7.71
Act	18–81	7.57	3.49
	18–36	6.44	3.32
	37–46	6.00	3.43
	47–53	5.45	4.22
Sy	54–81	3.30	2.70
	18–36	9.16	3.38
	37–46	6.85	3.94
	47–53	6.50	3.56
ImpSS	54–81	5.35	3.50
	18–36	8.85	3.14
	37–46	7.57	3.31
	47–53	7.83	3.23
Agg-Host	54–81	8.04	2.93
	18–36	1.45	1.68
	37–46	1.68	1.54
	47–53	2.05	1.75
Infreq	54–81	2.25	1.96
	18–36	1.45	1.68
	37–46	1.68	1.54
	47–53	2.05	1.75

Note. *n* = 109. N-Anx = Neuroticism-Anxiety; Act = Activity; Sy = Sociability; ImpSS = Impulsive Sensation Seeking; Agg-Host = Aggression-Hostility; Infreq = Infrequency.

Infreq scale, which show a right asymmetry. The pattern of this aforementioned scale is consistent with previous studies with this version (Gomà-i-Freixanet, Valero, et al., 2008; Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008; Gomà-i-Freixanet et al., 2004). For the rest of the scales, items on each scale normally distribute the participants along a continuum on each dimension. Concerning the psychometric properties of the instrument, the pattern of internal consistencies was similar to that found in previous studies with student samples (Gomà-i-Freixanet et al., 2004), general population (Gomà-i-Freixanet, Valero, et al., 2008; Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008), or specific clinical samples (e.g., Albiol, Gomà-i-Freixanet, Valero, Vega, & Muro, 2014; Sáez-Francàs et al., 2014; Valero et al., 2014; Valero et al., 2012). In this sample, the N-Anx scale was the most reliable, and the Act and Agg-Host scales were the least reliable. This finding is consistent with previous research on Spanish samples among both student and general populations. Likewise, the pattern of low correlations among the ZKPQ scales was replicated, indicating the relative independence of the dimensions (Gomà-i-Freixanet et al., 2008; Gomà-i-Freixanet, Valero, et al., 2004). The pattern of correlations of the Infreq scale, neither correlating with the more desirable traits (e.g., Sy) nor with the less desirable ones (e.g., Agg-Host) is noteworthy, indicating that it assesses careless responding rather than social desirability as Zuckerman et al. (1993) pointed out.

Previous studies on the ZKPQ with student and general populations have shown the relevance of providing normative data differentiated by gender and age. Regarding gender differences, a general pattern was found, with women scoring higher on N-Anx and Sy, and lower on Agg-Host, although not reaching statistical significance. These gender differences are consistent with the results of this instrument in the general population (Gomà-i-Freixanet & Valero, 2008; Gomà-i-Freixanet, Valero, et al., 2008), and they follow the general trend found in the literature on sex differences in personality (i.e., Costa, Terracciano, & McCrae, 2001; Lynn & Martin, 1997). The pertinence of providing norms by age stems from previous studies with this instrument (Gomà-i-Freixanet, Valero, et al., 2008) and the significant differences found in this sample. In general, scores declined with age but, in the female sample, at higher ages there was a slight increase in Sy, and in the male sample, a slight increase in Agg-Host. We do not know whether this pattern is related to the kind of population under study, but these results could be consistent with the characteristics of the sample, made up of people with psychological problems, mostly related to mood and anxiety disorders and with a high presence of depressive symptomatology.

All in all, from the obtained results, we can conclude that the psychometric properties of the ZKPQ in a sample from primary mental health care services follow the general trend found in general populations. We are confident that the availability of the norms as well as the psychometric properties of the ZKPQ in clinical populations will improve its use in applied settings. Recent research with this instrument has shown its utility in clinical populations. In a study of pathological gamblers, Ramos-Grille et al. (2015) found that those with high scores on Impulsivity were 1.3 times more at risk of dropping out or relapsing, suggesting that patients with this personality profile would benefit from an increased number of sessions focused on motivational enhancement and relapse prevention. In another

study with burn patients, Giannoni-Pastor et al. (2015) found that those with high scores on N-Anx and Agg-Host tended to have higher depression scores, suggesting that they would benefit from closer monitoring and a preventive psychological intervention. Therefore, the ZKPQ is a valuable tool that has demonstrated utility in daily clinical practice.

Personality assessment has long been part of clinical practice (Costa & McCrae, 1992) and it has proven to be useful for case conceptualization, diagnosis, treatment planning, and predicting response to treatment. The assessment of personality in people with psychopathology will contribute relevant information both to the diagnostic and the therapeutic processes. Moreover, this information will lead to a better understanding of the patient's idiosyncrasies, enabling treatment individualization and thereby facilitating the therapeutic alliance. Identifying personality characteristics that distinguish people who respond differentially to treatments can provide an important pathway to moving toward individualized health care services. It should be borne in mind that norm-based decision making has the potential for significant and long-lasting consequences on real people, and when decisions are based on score comparisons, the quality of assessment improves if the scores are compared to norms fitted to the group of reference. Ultimately, quality population norms will benefit the accuracy of assessment and therapeutic decision making providing more effective treatment planning overall.

This study is a first step to approach the ZKPQ for general clinical use. Further research is needed to have a better understanding of the relationship among personality, prognosis, and treatment response.

Acknowledgments

Our gratitude goes to all those who gratefully agreed to participate in the project. We also appreciate the invaluable assistance of Mireia Ribas, Raquel Badrenas, and Yrina Català, and Carlos Aparicio for his involvement throughout the study.

References

- Albiol, S., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D., & Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos y controles [Personality traits (ZKPQ) of patients with fibromyalgia: A case-control study]. *Anales de Psicología*, *30*, 937–943. doi:10.6018/analesps.30.3.153791
- Aluja, A., García, O., & García, L. F. (2004). Replicability of the three, four and five Zuckerman's personality super-factors: Exploratory and confirmatory factor analysis of the EPQ-RS, ZKPQ, and NEO-PI-R. *Personality and Individual Differences*, *36*, 1093–1108. doi:10.1016/S0191-8869(03)00203-4
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.
- Chambers, D. A., Wang, P. S., & Insel, T. R. (2010). Maximizing efficiency and impact in effectiveness and services research. *General Hospital Psychiatry*, *32*, 453–455. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.07.011
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment, 4*(1), 5–13. doi:10.1037/1040-3590.4.1.5
- Costa, P. T., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 322–331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322
- De Pascalis, V., & Russo, P. M. (2003). Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire: Preliminary results of the Italian version. *Psychological Reports, 92*, 965–974. doi:10.2466/PRO.92.3.965-974
- Flynn, K. E., & Smith, M. A. (2007). Personality and health care decision-making style. *The Journal of Gerontology: Psychological Sciences, 62*, 261–267.
- Gaddis, B. H., Foster, J. L., & Lemming, M. R. (2015). A comparative review of current practices in personality assessment norming. *International Journal of Selection and Assessment, 23*(1), 14–26. doi:10.1111/ijsa.12091
- Giannoni-Pastor, A., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Fidel Kinori, S. G., Tasqué-Cebrián, R., Arguello, J. M., & Casas, M. (2015). Personality as a predictor of depression symptoms in burn patients: A follow-up study. *Burns, 41*(1), 25–32. doi:10.1016/j.burns.2014.07.028
- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, J., Valero, S., Pascual, J. C., & Pérez Sola, V. (2008). Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs. normal-range controls. *Journal of Personality Disorders, 22*, 178–190. doi:10.1521/pedi.2008.22.2.178
- Gomà-i-Freixanet, M., & Valero, S. (2008). Spanish normative data of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire in a general population sample. *Psicothema, 20*, 324–330.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A., & Albiol, S. (2008). Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychological Reports, 103*, 845–856. doi:10.2466/pr0.103.3.843-836
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J., & Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment, 20*, 134–146. doi:10.1027/1015-5759.20.2.134
- Gomà-i-Freixanet, M., Wisméijer, A. J., & Valero, S. (2005). Consensual validity parameters of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire: Evidence from self-reports and spouse reports. *Journal of Personality Assessment, 84*, 279–286. doi:10.1207/s15327752jpa8403_07
- Gutiérrez-Zotes, J. A., Ramos, J. A., & Sáiz, J. (2001). Desarrollo de la versión española del cuestionario de personalidad Zuckerman–Kuhlman (ZKPQ–III) y propiedades psicométricas [Development of the Spanish version of the ZKPQ questionnaire and psychometric properties]. *Psiquis, 22*, 239–250.
- Hyphantis, T., Antoniou, K., Floros, D. G., Valma, V., Pappas, A. I., Douzenis, A., ... Kuhlman, M. (2013). Assessing personality traits by questionnaire: Psychometric properties of the Greek version of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire and correlations with psychopathology and hostility. *Hippokratia, 17*, 342–350.
- Insel, T. R. (2009). Translating scientific opportunity into public health impact: A strategic plan for research on mental illness. *Archives of General Psychiatry, 66*, 128–133. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2008.540
- Israel, S., Moffitt, T. E., Belsky, D. W., Hancox, R. J., Poulton, R., Roberts, B., ... Caspi, A. (2014). Translating personality psychology to help personalized preventive medicine for young adult patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 106*, 484–498. doi:10.1037/a0035687
- Lynn, R., & Martin, T. (1997). Gender differences in extraversion, neuroticism, and psychoticism in 37 nations. *The Journal of Social Psychology, 137*, 369–373. doi:10.1080/00224549709595447
- Martínez Ortega, Y., Bosch, R., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J. A., Nogueira, M., & Casas, M. (2010). Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta [Differential personality features in adult ADHD subtypes]. *Psicothema, 22*, 236–241.
- National Institute of Mental Health. (2008). *Strategic plan* (Publication No. 08-6368). Retrieved from <http://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/index.shtml>
- Ostendorf, F., & Angleitner, A. (1994). A comparison of different instruments proposed to measure the Big Five. *European Review of Applied Psychology, 44*, 45–53.
- Peñate, W., Ibáñez, I., & González, M. (1999). La cuantía y naturaleza de las dimensiones básicas de personalidad: Una aproximación empírica [The number and nature of the basic personality dimensions: An empirical approach]. *Análisis y Modificación de Conducta, 25*, 103–130.
- Ramos-Grille, I., Gomà-i-Freixanet, M., Aragay, N., Valero, S., & Vallès, V. (2015). Predicting treatment failure in pathological gambling: The role of personality traits. *Addictive Behaviors, 43*, 54–59. doi:10.1016/j.addbeh.2014.12.010
- Romero, E., Luengo, M. A., Gómez-Freguela, J. A., & Sobral, J. (2002). La estructura de los rasgos de personalidad en adolescentes: El modelo de cinco factores y los cinco alternativos [The structure of personality traits in adolescents: The five-factor model and the alternative five]. *Psicothema, 14*, 134–143.
- Sáez-Francàs, N., Valero, S., Calvo, N., Gomà-i-Freixanet, M., Alegre, J., Fernández de Sevilla, T., & Casas, M. (2014). Chronic fatigue syndrome and personality: A case-control study using the alternative five factor model. *Psychiatry Research, 216*, 373–378. doi:10.1016/j.psychres.2014.02.031
- Sârbescu, P., & Negut, A. (2013). Psychometric properties of the Romanian version of the Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 29*, 241–252. doi:10.1027/1015-5759/a000152
- Vacc, N. A., Juhnke, G. A., & Nilsen, K. (2001). Community mental health service providers' codes of ethics and the standards for educational and psychological testing. *Journal of Counseling & Development, 79*, 217–24. doi:10.1002/j.1556-6676.2001.tb01963.x.2001
- Valero, S., Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Gomà-i-Freixanet, M., Ferrer, ... Roncero, R. (2014). Neuroticism and impulsivity: Their hierarchical organization in the personality characterization of drug-dependent patients from a decision tree learning perspective. *Comprehensive Psychiatry, 55*, 1227–1233. doi:10.1016/j.comppsy.2014.03.021
- Valero, S., Ramos-Quiroga, J. A., Gomà-i-Freixanet, M., Bosch, R., Gómez-Barrio, N., Nogueira, M., ... Casas, M. (2012). Personality profile of adult ADHD: The alternative five factor model. *Psychiatry Research, 198*(1), 130–134. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.006
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American Medical Association, 310*, 2191. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Zuckerman, M. (1992). What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all way down. *Personality and Individual Differences, 13*, 675–681. doi:10.1016/0191-8869(92)90238-K
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman–Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. In B. De Raad & M. Perugini (Eds.), *Big five assessment* (pp. 377–396). Seattle, WA: Hogrefe & Huber.
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., & Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*(1), 96–107. doi:10.1037/0022-3514.54.1.96
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Joireman, J., Teta, P., & Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology, 65*, 757–768. doi:10.1037/0022-3514.65.4.757
- Zuckerman, M., Kuhlman, D. M., Thornquist, M., & Kiers, H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences, 12*, 929–941.

4.1.1 Información adicional sobre el Estudio 1

Con el objetivo de describir las características de personalidad de la muestra clínica de nuestro estudio, comparamos los resultados obtenidos con los de una muestra poblacional, publicados por Gomà-i-Freixanet et al., (2008) en un estudio sobre las propiedades psicométricas del ZKPQ en población general adulta. Para evaluar las diferencias entre ambas muestras, utilizamos la prueba de comparación de medias *t* de Student para grupos independientes y calculamos el tamaño del efecto mediante la *d* de Cohen.

En la Tabla 7 mostramos los resultados obtenidos. Ambos grupos se diferenciaron significativamente en todas las escalas de personalidad, así como en la escala Infreq. La escala N-Anx es la que presentó un mayor tamaño del efecto, seguida de Sy. El grupo de pacientes con psicopatología puntuó significativamente más alto en las escalas N-Anx y Agg-Host, y significativamente más bajo en las escalas Sy y Act.

Tabla 7

Medias y desviaciones estándar de la muestra clínica y de la muestra de población general

Escala del ZKPQ	Rango	Muestra clínica (n = 314)		Muestra de población general ^a (n = 1000)		t	p	d Cohen
		M	DE	M	DE			
Neuroticismo-Ansiedad	0-19	12.64	4.73	8.14	4.72	14.73	<.001	0.95
Actividad	0-16	7.57	3.49	8.53	3.47	4.27	<.001	0.27
Sociabilidad	0-16	5.83	3.44	7.31	3.49	6.57	<.001	0.42
Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones	0-19	7.02	4.12	7.76	4.19	2.74	.006	0.17
Agresión-Hostilidad	0-16	7.71	3.34	6.82	3.19	4.26	<.001	0.27
Infrecuencia	0-8	1.85	1.76	2.29	1.98	3.52	<.001	0.22

Nota: ^aDatos obtenidos de Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A., y Albiol, S. (2008). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychological Reports*, 103, 845-856.

4.2 Art-2. *The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings*

Resumen del Art-2

Objetivos

El objetivo del estudio consistió en analizar las propiedades psicométricas y la estructura interna de la versión española del inventario *Coping Orientation to Problems Experienced* (COPE) en una muestra clínica de pacientes adultos que acudían a una consulta psiquiátrica de atención primaria. Así mismo, pretendíamos realizar los ajustes psicométricos necesarios en el COPE que permitieran incrementar la fiabilidad interna y por consiguiente su precisión y utilidad clínica.

Método

Administramos el COPE a una muestra de 301 participantes (37% hombres) de edades comprendidas entre 18 y 69 años.

Resultados

Los diagnósticos más prevalentes fueron los trastornos adaptativos (39.9%) y los trastornos depresivos (35.9%). El análisis en componentes principales ofreció una solución de nueve factores que explicaba el 61.23% del total de la variancia. La versión abreviada del COPE es un inventario teóricamente y empíricamente consistente, que mejora la estructura factorial e incrementa la fiabilidad interna de las escalas, con una alfa media de las escalas de .81.

Conclusiones

La nueva versión del COPE, el COPE-48, ofrece buenas propiedades psicométricas permitiendo una evaluación más fiable y parsimoniosa de las estrategias de afrontamiento. Su utilización en contextos clínicos aplicados ayudará a identificar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los pacientes, permitiendo seleccionar aquellas que deben ser incrementadas, modificadas o reducidas mediante el tratamiento psicológico.



Contents lists available at ScienceDirect

Psychiatry Research

journal homepage: www.elsevier.com/locate/psychres

The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings

Yolanda Martínez Ortega^{a,b,*}, Montserrat Gomà-i-Freixanet^b, Albert Fornieles Deu^c^a Centre de Salut Mental d'Adults, Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Catalonia, Spain^b Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalonia, Spain^c Department of Psychobiology and Health Sciences Methodology, Serra Hunter fellow, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalonia, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Coping behavior
Stress
Mental health
Clinical practice
Primary care
Assessment
COPE

ABSTRACT

The Coping Orientation to Problems Experienced inventory (COPE) is one of the most frequently used tools for assessing coping styles. However, there is a lack of information about its psychometric properties in applied settings. The aim of this study is to analyze the psychometric properties and internal structure of the COPE in an adult clinical sample attending a primary care mental health unit and to develop an adapted version to increase its reliability and clinical utility. We administered the questionnaire to 301 participants (37.5% men) aged 18–69 years. The most prevalent principal diagnoses were adjustment (39.9%) and mood disorders (35.9%). The principal component analysis yielded a nine factor solution accounting for 61.23% of the total variance. This shortened version of the COPE provides a theoretically and empirical consistent inventory, improves the factor structure and increases the reliability of the scales with a mean alpha value of .81. This version, the COPE-48, offers good psychometric properties, it takes about 20 min to administer, allowing a reliable and parsimonious evaluation. Its administration in applied settings could help with identifying which coping strategies are used and which can be modified and promoted by psychological treatment.

1. Introduction

In the 1980s, Lazarus and Folkman (1984) defined coping as the cognitive and behavioral strategies that people use to manage specific demands they perceive as taxing or exceeding their personal resources. A number of questionnaires have evaluated coping with stress in a general way, such as Ways of Coping (Lazarus and Folkman, 1984), the Coping Strategies Inventory (Tobin et al., 1984), the Coping Inventory for Stressful Situations (Endler and Parker, 1990) or the Coping Strategy Indicator (Amirkhan, 1990). Questionnaires to assess more specific issues have also been developed, such as coping with chronic pain (Rodríguez et al., 2004), sexual pain (Flink et al., 2015), cancer (Moorey et al., 2003), depression (Ring and Vázquez, 1993), stress of caregivers of the chronically ill (Braithwaite, 2000) or family coping with eating disorders (Fiorillo et al., 2015).

Currently, one of the most frequently used tools for assessing coping styles is the Coping Orientation to Problems Experienced inventory (COPE; Carver et al., 1989) which was created to overcome some of the theoretical and methodological limitations in previous instruments. The COPE drew on two theoretical models: Lazarus and Folkman's (1984) model of stress appraisal and coping, and Carver and

Scheier's (1981) model of behavioral self-regulation. The authors used either a rational or a theoretical methodology to generate the items and then developed scales to reflect the most relevant dimensions for the description of coping styles. Later, they added two new scales: Humor and Alcohol-drug Disengagement (Morán et al., 2010).

Since its publication, the COPE has been translated into several languages and adapted to different cultures. Despite its widespread use, however, a detailed analysis of the literature reveals that some of the scales show low reliability scores and that the factor solutions found are divergent (Gutiérrez et al., 2007; Litman, 2006; Lyne and Roger, 2000; Zuckerman and Gagne, 2003).

Although the COPE inventory was developed for being used in clinical settings, most publications providing data on its psychometric properties come from student samples. As a consequence, we do not know whether the internal structure of the COPE is maintained in clinical samples. This situation generates concerns about the inventory's validity and increases the risk of error when it comes to making decisions (Kazdin, 1992; Muñoz et al., 2015), since student and clinical populations differ in key aspects such as age range, level of education and exposure to stressful situations (Peterson, 2001).

Given the current lack of research into the psychometric properties

* Correspondence to: Centre de Salut Mental d'Adults, Fundació Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, C/ Dr. Llatjós s/n, 08243 Manresa, Barcelona, Spain.
E-mail address: ymartinezo@althaia.cat (Y. Martínez Ortega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.031>

Received 16 June 2016; Received in revised form 4 October 2016; Accepted 17 October 2016

Available online 17 October 2016

0165-1781/ © 2016 Elsevier Ireland Ltd. All rights reserved.

of the COPE inventory in clinical samples, the present study aims to: 1) analyze the psychometric properties and internal structure of the COPE in an adult clinical sample attending a primary care mental health unit, and 2) increase its reliability and therefore its clinical utility.

2. Methods

2.1. Participants

This study was carried out at Althaia University Hospital (Manresa, Barcelona). Participants had been referred to the Primary Care Psychiatry Unit by their family physician. The exclusion criteria were: Having problems of oral or written comprehension ($n=9$), being under the influence of toxic substances ($n=0$) or presenting acute, severe mental disorder ($n=0$). Of the 452 eligible candidates, 309 (67.3%) agreed to participate. Data from eight (1.74%) participants were excluded because one or more values from the COPE inventory were missing. The final sample was made up of 301 participants: 113 men (37.5%) and 188 women. Age ranged from 18 to 69 years ($M=44.11$, $SD=12.81$).

2.2. Measures

To evaluate coping we used the COPE (Carver et al., 1989). This self-administered, paper and pencil inventory consists of 60 items that assess 15 different strategies. Participants respond on a 4-point Likert scale (1=*I never do this*; 4=*I do this very often*), with high scores indicating a greater use of these strategies. This inventory has two versions which allow the assessment of coping styles from either a dispositional or a situational oriented perspective. In our study, we used the dispositional version adapted and translated into Spanish by Crespo and Cruzado (1997). This dispositional version allows the assessment of broader coping tendencies which are more useful in clinical settings. Sociodemographic data were collected through a brief questionnaire designed for this purpose and clinical diagnoses were extracted from medical records. The DSM-IV-TR diagnoses (American Psychiatric Association, 2000) were established by the treating psychiatrist and only the principal diagnostic category was recorded.

2.3. Procedure

Data collection began in April 2013 and ended in December 2014. Four trained psychologists administered the two questionnaires either before or after the psychiatric consultation, given that the dispositional version of the COPE assesses broader coping tendencies and not coping strategies to a particular situation.

The study was explained in full to the participants and all signed an informed consent form. Participation was anonymous, voluntary and non-remunerated. Our study complied with the Declaration of Helsinki guidelines (World Medical Association, 2013) and was approved by the Ethics Committee of the hospital.

2.4. Data analyses

For the statistical analysis we used the SPSS (version 22.0). In the first stage, we replicated the statistical procedure used by Crespo and Cruzado (1997). We performed a descriptive analysis of the socio-demographic and clinical variables, and a principal component analysis (PCA) of the COPE with Quartimax rotation. From this factor solution, we determined the internal consistency using Cronbach's alpha and calculated Pearson correlations among the 15 scales of the original version.

In the second stage, we performed a new PCA with Oblimin rotation since the factors were partially correlated. With the original 60 items, we tested a number of factor solutions and selected the one which had the closest fit to the criteria of factor adequacy (factor weight $\geq .30$ and

Table 1
Descriptive statistics of the sociodemographic and clinical variables ($n=301$).

Variable		
Gender (%)		
Men	113	(37.5%)
Women	188	(62.5%)
Age		
Mean (SD)	44.11	(12.81)
Range	18–69	
Level of education (%)		
Primary school	143	(47.5%)
High school	122	(4.5%)
University	36	(12%)
Marital status		
Married / Cohabiting	190	(63.1%)
Not married	55	(18.3%)
Separated or divorced	49	(16.3%)
Widowed	6	(2%)
Geographical origin		
Spain	280	(93%)
South America	13	(4.3%)
Morocco	2	(.7%)
Eastern Europe	6	(2%)
Principal diagnostic category (DSM-IV-TR)		
Adjustment disorder	120	(39.9%)
Mood disorder	108	(35.9%)
Anxiety disorder	29	(9.6%)
Personality disorder	23	(7.6%)
Substance related disorder	8	(2.6%)
Eating disorder	7	(2.3%)
Disorder of Infancy	2	(.7%)
Other	2	(.7%)
Not recorded	2	(.7%)

Note: Disorder of Infancy = Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence.

percentage of explained variance) and at the same time provided higher internal consistency, parsimony in the description of the factor structure, high interpretability and theoretical consistency. Finally, we recalculated the descriptive statistics of the new scales, their internal consistency, gender differences using the Student's *t*-test and correlations among scales.

3. Results

Table 1 presents the descriptive statistics of the sociodemographic and clinical variables. The most prevalent profile was: Woman (62.5%), middle-aged ($M=44.11$, $SD=12.81$), living with a partner (63.1%) and of Spanish origin (93%). Regarding the educational level, 88% had completed primary or high school education. The most prevalent principal clinician-assigned diagnoses were adjustment (39.9%) and mood disorders (35.9%).

Table 2 displays the PCA with Quartimax rotation of the 60 items from the COPE inventory. It shows factor weights $\geq .30$, commonalities and the percentage of explained variance by each factor. This factor solution accounted for 65.8% of the total variance. The scales' internal consistency ranged from $\alpha=.94$ to $\alpha=.25$ with a mean alpha value of .68; however 10 scales had alpha values $< .80$. Correlations among scales ranged from $r=.67$ to $r=.01$, with a mean of .19.

In the second stage, we conducted a PCA with Oblimin rotation. Both the Kaiser-Meyer-Olkin index ($KMO=.845$) and the Bartlett sphericity test ($B=7683.40$, $p < .001$) demonstrated the adequacy of the new factor structure. To identify potential items for item reduction, we used the following criteria: 1) loads $< .30$; 2) items whose relevance to a particular factor was difficult to justify from a theoretical point of

Table 2
Principal component analysis with Quartimax rotation of the 60 items (15 factors solution).

Item	A priori scale	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	h ²
32	5. Planning and Active Coping	.74															.63
39	13. Positive Reinterpretation	.74															.62
47	5. Planning and Active Coping	.71															.61
58	5. Planning and Active Coping	.68															.58
56	5. Planning and Active Coping	.66															.56
19	5. Planning and Active Coping	.63															.66
42	11. Efforts to Solve Problem	.58								.38							.69
33	11. Efforts to Solve Problem	.57													.40		.65
5	11. Efforts to Solve problem	.53															.49
44	8. Acceptance	.52															.67
25	5. Planning and Active Coping	.52															.43
59	12. Growth	.50														.46	.64
38	13. Positive Reinterpretation	.49										.30					.57
21	8. Acceptance	.47															.51
49	10. Restraint Coping	.47									.41						.53
41	10. Restraint Coping	.45								.42							.55
23	1. Seeking Social Support		.82														.73
52	1. Seeking Social Support		.80														.72
11	1. Seeking Social Support		.80														.70
14	1. Seeking Social Support		.69														.60
34	1. Seeking Social Support		.69														.61
30	1. Seeking Social Support	.32	.68														.61
45	1. Seeking Social Support		.67														.57
4	1. Seeking Social Support		.66														.63
35	4. Alcohol-drug Disengag.			.91													.86
26	4. Alcohol-drug Disengag.			.90													.86
53	4. Alcohol-drug Disengag.			.90													.84
12	4. Alcohol-drug Disengag.			.89													.84
36	3. Humor				.88												.86
50	3. Humor				.87												.84
20	3. Humor				.85												.79
8	3. Humor				.75												.68
18	2. Turning to Religion					.89											.85
48	2. Turning to Religion					.88											.84
7	2. Turning to Religion					.82											.77
60	2. Turning to Religion					.80											.72
3	7. Focus on / Venting of Emo.						.76										.67
46	7. Focus on / Venting of Emo.						.72										.58
28	7. Focus on / Venting of Emo.		.36				.67										.64
17	7. Focus on / Venting of Emo.						.61										.51
9	6. Behavioral Disengagement						.36			.35							.54
40	9. Denial							.75									.65
57	9. Denial							.69									.65
6	9. Denial							.62									.58
27	9. Denial							.61	.43								.70
37	6. Behavioral Disengagement								.73								.69
24	6. Behavioral Disengagement								.58								.64
10	10. Restraint Coping									.71							.65
16	15. Mental Disengagement									.55							.58
15	14. Distracting Activities										.69						.64
22	10. Restraint Coping										.61						.59
2	14. Distracting Activities											.58					.55
1	12. Growth	.41											.52				.59
29	13. Positive Reinterpretation	.43											.43			.36	.67
13	8. Acceptance												.73				.65
54	8. Acceptance	.36											.58				.68
43	14. Distracting Activities													.70			.65
51	15. Mental Disengagement													.63			.65
55	11. Efforts to Solve Problem														.65		.56
31	15. Mental Disengagement												.30			.57	.65
% Variance explained		11.74	8.65	6.23	5.68	5.43	4.31	3.83	2.94	2.93	2.59	2.45	2.45	2.37	2.11	2.08	

Note: h² = commonalities. Loadings of less than .30 were suppressed.

view; and 3) items which reduced the scale's internal consistency. Consequently, applying the first criterion we removed item 1 (Growth), and applying the third criterion we removed items 13 (Acceptance), 31 (Mental Disengagement) and 43 (Distracting Activities). The rest of the items (2, 9, 15, 16, 24, 25, 37 and 51) were removed following criteria 2 and 3. Finally, items 39 (Positive Reinterpretation) and 58 (Planning and Active Coping) had similar loads on two factors; consequently they were assigned to the one with the greater conceptual consistency. After considering different factor solutions and following the above men-

tioned criteria, the final version comprised 48 items distributed in nine scales (see Appendix A) accounting for 61.23% of the total variance. Table 3 shows the factor weights of each item ≥.30, commonalities and the percentage of explained variance by each factor.

Table 4 shows the descriptive statistics of the new scales for the total sample and by gender, internal consistency coefficients, gender comparisons and Cohen's *d*. The internal consistency of the new scales ranged from $\alpha=.94$ to $\alpha=.55$ with a mean alpha value of .81. There were significant gender differences in four of the nine scales. Women scored

Table 3
Principal component analysis with Oblimin rotation of the 48 items (9 factors solution).

Item	A priori scale	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	<i>h</i> ²
33	Efforts to Solve the Problem	.74									.53
32	Planning and Active Coping	.66									.59
19	Planning and Active Coping	.64									.54
47	Planning and Active Coping	.60									.60
55	Efforts to Solve the Problem	.58								-.35	.38
42	Efforts to Solve the Problem	.55									.43
56	Planning and Active Coping	.47									.51
5	Efforts to Solve the Problem	.46									.40
58	Planning and Active Coping	.40								.42	.52
35	Alcohol-drug Disengagement		.92								.86
53	Alcohol-drug Disengagement		.92								.83
12	Alcohol-drug Disengagement		.91								.85
26	Alcohol-drug Disengagement		.90								.85
3	Focus on and Venting of Emotions			.75							.62
46	Focus on and Venting of Emotions			.75							.58
28	Focus on and Venting of Emotions			.68							.61
17	Focus on and Venting of Emotions			.61							.45
23	Seeking Social Support				-.84						.72
11	Seeking Social Support				-.83						.69
52	Seeking Social Support				-.80						.69
4	Seeking Social Support				-.71						.52
34	Seeking Social Support				-.70						.58
45	Seeking Social Support				-.70						.55
14	Seeking Social Support				-.68						.59
30	Seeking Social Support				-.65						.57
36	Humor					.90					.85
20	Humor					.89					.80
50	Humor					.89					.83
8	Humor					.76					.64
18	Turning to Religion						-.90				.85
48	Turning to Religion						-.89				.81
7	Turning to Religion						-.82				.75
60	Turning to Religion						-.81				.69
27	Denial							.75			.61
57	Denial							.72			.65
40	Denial							.71			.58
6	Denial							.60			.52
10	Restraint Coping								.62		.47
22	Restraint Coping								.60		.41
41	Restraint Coping								.58		.49
49	Restraint Coping								.51		.44
29	Positive Reinterpretation									.63	.54
54	Acceptance									.54	.49
59	Growth									.50	.50
44	Acceptance							-.30		.49	.57
38	Positive Reinterpretation									.46	.52
21	Acceptance									.45	.49
39	Positive Reinterpretation									.35	.57
% Variance explained		.51	9.75	7.83	6.70	4.90	4.39	3.29	2.87	2.75	

Note: *h*² = communalities. Loadings of less than .30 were suppressed.

significantly higher on Focus on and Venting of Emotions, Turning to Religion and Denial, while men scored significantly higher on Alcohol-drug Disengagement. The highest effect sizes were on Focus on and Venting of Emotions (*d*=.64) and Turning to Religion (*d*=.49). Finally,

Table 5 shows the correlation matrix with values ranging from *r*=-.78 to *r*=.02, with a mean value of .19.

Table 4
Means, standard deviations, alpha coefficients and means comparison of the COPE scales.

Scale	Total sample (n =301)			Men (n =113)		Women (n =188)		<i>t</i>	<i>p</i>	CI 95%	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
1. Active Problem-focused Coping	2.48	0.51	.84	2.45	0.49	2.50	0.52	.842	.400	[-0.171, 0.068]	.10
2. Alcohol-drug Disengagement	1.34	0.68	.94	1.49	0.75	1.25	0.62	2.813	.005	[0.070, 0.401]	.35
3. Focus on and Venting of Emotions	2.79	0.70	.73	2.53	0.62	2.95	0.69	5.184	<.001	[-0.573, -0.257]	.64
4. Seeking Social Support	2.52	0.74	.90	2.43	0.71	2.57	0.75	1.592	.113	[-0.313, 0.033]	.19
5. Humor	1.72	0.76	.91	1.83	0.80	1.65	0.73	1.955	.052	[-0.001, 0.354]	.24
6. Turning to Religion	1.86	0.91	.90	1.59	0.81	2.02	0.93	4.183	<.001	[-0.629, -0.226]	.49
7. Denial	1.88	0.68	.69	1.73	0.60	1.97	0.72	3.025	.003	[-0.387, -0.081]	.36
8. Restraint Coping	2.45	0.59	.55	2.46	0.60	2.45	0.93	.195	.846	[-0.125, 0.153]	.01
9. Acceptance and Growth	2.61	0.61	.81	2.56	0.60	2.60	0.63	.401	.688	[-0.114, 0.172]	.07

Table 5
Correlations among the COPE scales ($n = 301$).

Scale	9	8	7	6	5	4	3	2
1. Active Problem-focused Coping	.62	.40	-.78	.19	.16	.40	.18	-.05
2. Alcohol-drug Disengagement	-.17	-.09	.19	-.20	.15	-.05	.10	
3. Focus on and Venting of Emotions	-.04	.13	.18	.14	-.09	.26		
4. Seeking Social Support	.42	.21	-.15	.07	.19			
5. Humor	.36	.12	.02	-.20				
6. Turning to Religion	.14	.11	.05					
7. Denial	-.19	.02						
8. Restraint Coping	.31							

Note: Values $> .10$ were statistically significant with an alpha of 5%.

4. Discussion

In this study, we analyzed the factor structure and psychometric properties of the Spanish version of the COPE inventory in a clinical sample with psychopathology. The sample comprised mainly middle-aged women with primary or high school level of education, living with a partner and of Spanish origin. The most prevalent primary diagnostic categories were adjustment and mood disorders.

With regard to the first aim, our results do not replicate the original factor structure (Crespo and Cruzado, 1997). In fact, our findings support previous studies which reported that there is no a single factor solution for the COPE (i.e., Lyne and Roger, 2000; Zuckerman and Gagne, 2003), and that the structure may diverge according to the composition of the samples (Lundqvist and Ahlström, 2006), gender (Matud, 2004), age (Amirkhan and Auyeung, 2007), or culture (Kuo, 2011). Moreover, the scales were intercorrelated, indicating that certain coping styles were not independent, as other authors have already stated (Carver et al., 1989; Folkman and Moskowitz, 2004). Finally, the reported low internal consistency of some of the scales could be due to the additive effect of the small number of items they contained (two or three), and of the overlapping of strategies in the same factor.

Regarding our second aim, we conducted a non-orthogonal PCA and assessed different factor solutions. The nine-factor solution was the one that showed the greatest theoretical consistency and the best adequacy from the psychometric point of view. Applying the statistical and rational criteria described before, we eliminated items belonging to Mental Disengagement, Distracting Activities and Behavioral Disengagement scales, as well as items 1, 13 and 25. To facilitate the interpretation of the obtained results, we maintained the labels of the original version except for two scales. The items of the Planning and Active Coping scales, and those of Efforts to Solve the Problem, which loaded on a single factor, were grouped together to constitute the Active Problem-focused Coping scale; and the items of the Acceptance scale and those of the Growth scale were grouped together to constitute the Acceptance and Growth scale. These groupings are coherent with the content of the scales and indeed these strategies are probably used in combination. Thus, in this new version, the Active Problem-focused Coping scale includes both behavioral and cognitive strategies aimed at actively solving the situation. As for the Acceptance and Growth scale, it is reasonable to consider that acceptance of a stressful situation can be the first step for considering it as an opportunity for personal growth.

This shortened version of the COPE provides a theoretically and empirical consistent inventory, improves the factor structure and

increases the reliability of the scales. The Restraint Coping scale is the only one with still low internal consistency scores. However, we retained it due to its clinical utility as it allows the assessment of strategies centered on self-control and because no other scales on the COPE address this concept.

In our sample, the most frequently used coping strategies were Focus on and Venting of Emotions and Seeking Social Support. Indeed this is what we might expect from a sample attending mental health services in search of support and professional help (Pozzi et al., 2015). Interestingly, Acceptance and Growth strategies were also widely used, as previous studies in clinical samples have reported (Gutiérrez et al., 2007; Lundqvist and Ahlström, 2006). In reference to gender differences, our results are similar to those obtained in previous studies, in that women tend to focus on emotions, denial and religion as coping strategies (Carver et al., 1989; Kallasmaa and Pulver, 2000) while men focus on alcohol and drug consumption (Nolen-Hoeksema, 2004). These findings may be due to gender differences in the process of socialization and/or in the type of stressful situations encountered (Matud, 2004).

Our results should be considered in the light of certain limitations. Our data are self-reported and respondents may have sought to give socially desirable replies and/or have magnified their problems, which might have introduced some biases. Moreover, the sample comprised mainly Caucasians, which may restrict the generalization of results to other cultures. Nevertheless, the obtained data have considerable ecological validity as the sample comprised a broad range of patients attending a psychiatric consultation. In contrast, most previous studies have been carried out with students, a population characterized by young people who have been exposed to fewer or less stressful situations and probably have greater resilience (Henrich et al., 2010; Lundqvist and Ahlström, 2006). Finally, the composition of the sample regarding to the diagnostic categories included might have had an impact on the obtained factor structure. Nevertheless, the diagnostic categories embraced a wide range of DSM diagnoses.

This new shortened version, the COPE-48, offers good psychometric properties, it only takes about 20 min to administer, allowing a fast, reliable and parsimonious evaluation of the main coping strategies described by Carver et al. (1989). Also, for the first time, we provide gender-specific reference data from a large clinical sample attending a psychiatric consultation. The administration of the COPE-48 in clinical settings may prove very useful for applied interventions as it identifies the most frequently used strategies to cope with highly stressful situations and therefore allows us to establish which ones are most amenable to modification or promotion by psychological treatment.

Funding sources

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest.

Acknowledgement

Our gratitude to all those who gratefully agreed to participate in the project. We also appreciate the invaluable assistance of Anna Arnau, Mireia Ribas, Raquel Badrenas and Yrina Català, and Carlos Aparicio for his involvement throughout the study.

Appendix A. The COPE-48. Scales and items belonging to each scale

Scale	No	Item
1. Active problem-focused coping	5	I concentrate my efforts on doing something about it.
	19	I make a plan of action.
	32	I try to come up with a strategy about what to do.
	33	I focus on dealing with this problem, and if necessary let other things slide a little.
	42	I try hard to prevent other things from interfering with my efforts at dealing with this.
	47	I take direct action to get around the problem.
	55	I put aside other activities in order to concentrate on this.
	56	I think hard about what steps to take.
	58	I do what has to be done, one step at a time.
2. Alcohol-drug disengagement	12	I use alcohol or drugs to make myself feel better.
	26	I try to lose myself for a while by drinking alcohol or taking drugs.
	35	I drink alcohol or take drugs, in order to think about it less.
	53	I use alcohol or drugs to help me get through it.
3. Focus on and venting of emotions	3	I get upset and let my emotions out.
	17	I get upset, and am really aware of it.
	28	I let my feelings out.
	46	I feel a lot of emotional distress and I find myself expressing those feelings a lot.
4. Seeking social support	4	I try to get advice from someone about what to do.
	11	I discuss my feelings with someone.
	14	I talk to someone to find out more about the situation.
	23	I try to get emotional support from friends or relatives.
	30	I talk to someone who could do something concrete about the problem.
	34	I get sympathy and understanding from someone.
	45	I ask people who have had similar experiences what they did.
52	I talk to someone about how I feel.	
5. Humor	8	I laugh about the situation.
	20	I make jokes about it.
	36	I kid around about it.
	50	I make fun of the situation.
6. Turning to religion	7	I put my trust in God.
	18	I seek God's help.
	48	I try to find comfort in my religion.
	60	I pray more than usual.
7. Denial	6	I say to myself "this isn't real".
	27	I refuse to believe that it has happened.
	40	I pretend that it hasn't really happened.
	57	I act as though it hasn't even happened.
8. Restraint coping	10	I restrain myself from doing anything too quickly.
	22	I hold off doing anything about it until the situation permits.
	41	I make sure not to make matters worse by acting too soon.
	49	I force myself to wait for the right time to do something.
9. Acceptance and growth	21	I accept that this has happened and that it can't be changed.
	29	I try to see it in a different light, to make it seem more positive.
	38	I look for something good in what is happening.
	39	I think about how I might best handle the problem.
	44	I accept the reality of the fact that it happened.
	54	I learn to live with it.
59	I learn something from the experience.	

References

American Psychiatric Association, 2000. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders fourth edition. American Psychiatric Association, Washington.

Amirkhan, J.H., 1990. A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator. *J. Pers. Soc. Psychol.* 59, 1066–1074. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.59.5.1066>.

Amirkhan, J.H., Auyeung, B., 2007. Coping with stress across the lifespan: absolute vs.

- relative changes in strategy. *J. Appl. Dev. Psychol.* 28, 298–317. <http://dx.doi.org/10.1016/j.appdev.2007.04.002>.
- Braithwaite, V., 2000. Contextual or general stress outcomes: making choices through caregiving appraisals. *Gerontologist* 40, 706–717. <http://dx.doi.org/10.1093/geront/40.6.706>.
- Carver, C.S., Scheier, M.E., 1981. *Attention and Self-regulation: A Control-theory Approach to Human Behavior*. Springer-Verlag, New York.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., Weintraub, J.K., 1989. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J. Pers. Soc. Psychol.* 56, 267–283. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>.
- Crespo, M., Cruzado, J.A., 1997. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios [The assessment of coping: spanish adaptation of the COPE questionnaire in a sample of university students]. *Anal. Modif. Conduct* 23, 797–830.
- Endler, N.S., Parker, J.D., 1990. *Coping Inventory for Stressful Situations (CISS) Manual*. Multi-Health Systems, Toronto.
- Fiorillo, A., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Luciano, M., Monteleone, A.M., Maso, D., Maj, M., 2015. Development and validation of the family coping questionnaire for eating disorders. *Int. J. Eat. Disord.* 48, 298–304. <http://dx.doi.org/10.1002/eat.22367>.
- Flink, I., Engman, Hedström, S., 2015. Coping with painful sex: development and initial validation of the CHAMP Sexual Pain Coping Scale. *Scand. J. Pain.* 9, 74–80. <http://dx.doi.org/10.1016/j.sjpain.2015.05.002>.
- Folkman, S., Moskowitz, T., 2004. Coping: pitfalls and promise. *Annu. Rev. Psychol.* 55, 745–774. <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>.
- Gutiérrez, F., Peri, J.M., Torres, X., Caseras, X., Valdés, M., 2007. Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *J. Res. Pers.* 41, 1032–1053. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jrp.2007.01.006>.
- Henrich, J., Heine, S.J., Norenzayan, A., 2010. The weirdest people in the world? *Behav. Brain Sci.* 33, 61–83. <http://dx.doi.org/10.1017/S0140525x0999152X>.
- Kallasmaa, T., Pulver, A., 2000. The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Pers. Individ. Dif.* 29, 881–894. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00240-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00240-8).
- Kazdin, A.E. (Ed.), 1992. *Methodological Issues & Strategies in Clinical Research*. American Psychological Association, Washington, DC, US. <http://dx.doi.org/10.1037/10109-000>.
- Kuo, B.C.H., 2011. Culture's consequences on coping: theories, evidences, and dimensionalities. *J. Cross Cult. Psychol.* 42, 1084–1100. <http://dx.doi.org/10.1177/0022022110381126>.
- Lazarus, R.S., Folkman, S., 1984. *Stress, Appraisal and Coping*. Springer Publishing, Nueva York.
- Litman, J.A., 2006. The COPE inventory: dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Pers. Individ. Dif.* 41, 273–284. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2005.11.032>.
- Lundqvist, L.O., Ahlström, G., 2006. Psychometric evaluation of the ways of coping questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *J. Psychosom. Res.* 60, 485–493. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2005.08.019>.
- Lyne, K., Roger, D., 2000. A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Pers. Individ. Dif.* 29, 321–335. [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(99\)00196-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(99)00196-8).
- Matud, M.P., 2004. Gender differences in stress and coping styles. *Pers. Individ. Dif.* 37, 1401–1415. <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2004.01.010>.
- Moorey, S., Frampton, M., Greer, S., 2003. The cancer coping questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psychooncology* 12, 331–344. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.646>.
- Morán, C., Landero, R., González, M.T., 2010. COPE-28: a psychometric analysis of the Spanish version of the brief COPE. *Univ. Psychol.* 9, 543–552.
- Muñiz, J., Hernández, A., Ponsoda, V., 2015. Nuevas directrices sobre el uso de los tests: Investigación, control de calidad y seguridad [New guidelines for test use: Research, quality control and security of tests]. *Pap. Psicol.* 36, 161–173.
- Nolen-Hoeksema, S., 2004. Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clin. Psychol. Rev.* 24, 981–1010.
- Peterson, R., 2001. On the use of college students in social science research: insights from a second-order meta-analysis. *J. Consum. Res.* 28, 450–461. <http://dx.doi.org/10.1086/323732>.
- Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Di Nicola, M., Janiri, L., 2015. Coping strategies in a sample of anxiety patients: factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain Behav.* 5, e00351. <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.351>.
- Ring, J., Vázquez, C., 1993. *The coping inventory of depression*. California School of Professional Psychol. Fac. De. Psicol. UCM.
- Rodríguez, L., Cano, F.J., Blanco, A., 2004. Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico [Assessment of chronic pain coping strategies]. *Actas Esp. Psiquiatr.* 32, 82–91.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V.C., 1984. *User's Manual for the Coping Strategies Inventory*. Ohio University, Department of Psychology, Athens, OH.
- World Medical Association, 2013. *Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects*. *J. Am. Med. Assoc.* 310, 2191–2194. <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2013.281053>.
- Zuckerman, M., Gagne, M., 2003. The COPE revised: proposing a 5-factor model of coping strategies. *J. Res. Pers.* 37, 169–204. [http://dx.doi.org/10.1016/S0092-6566\(02\)00563-9](http://dx.doi.org/10.1016/S0092-6566(02)00563-9).

4.3 Art-3. *The relationship between personality characteristics and coping strategies among clinical outpatients*

Resumen del Art-3

Objetivos

El objetivo de este estudio fue examinar la relación entre las dimensiones de personalidad del Modelo Alternativo de Cinco Factores (AFFM) y las estrategias de afrontamiento del estrés. Igualmente, se pretendía determinar qué variables de personalidad explican mejor la selección de determinadas estrategias de afrontamiento en pacientes ambulatorios con psicopatología.

Método

Administramos el *Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire* (ZKPQ) para evaluar las dimensiones de personalidad, y el COPE-48 para evaluar las estrategias de afrontamiento. La muestra final consistió en 261 pacientes (62.8% mujeres) de edades comprendidas entre 18 y 80 años.

Resultados

Todas las dimensiones de personalidad se relacionaron con estrategias específicas de afrontamiento. Particularmente, Neuroticismo-Ansiedad tuvo una asociación positiva con estrategias de expresión emocional, mientras que Sociabilidad se asoció positivamente con la búsqueda de apoyo social. Las características de personalidad explicaron mayor variabilidad de las estrategias Centrarse en las Emociones y Desahogarse, Negación y Afrontamiento Activo del Problema.

Conclusiones

Conocer la relación entre las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento aporta información útil para conocer mejor la idiosincrasia de cada paciente, permitiendo al profesional del ámbito clínico adaptar el tratamiento a las necesidades específicas de cada paciente.



The relationship between personality characteristics and coping strategies among clinical outpatients

Current status: Under Review (11/Aug/2017)

The relationship between personality characteristics and coping strategies among clinical outpatientsYolanda Martínez Ortega^{a,c,*}, Anna Arnau^b and Montserrat Gomà-i-Freixanet^c^a Centre de Salut Mental d'Adults, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Catalonia, Spain^b Clinical Research Unit, Althaia, Xarxa Assistencial Universitària de Manresa, Catalonia, Spain^c Department of Clinical and Health Psychology, Universitat Autònoma de Barcelona, Catalonia, Spain**ABSTRACT**

Most studies have investigated the relationships between personality and coping. However, this is the first time that this issue is analysed from the Alternative Five Factor Model of personality (AFFM). The aims of this study are: 1) To examine how personality dimensions are related to coping strategies, and 2) to determine which personality dimension (s) best explain a given coping strategy in a mental health clinical outpatient sample. We used the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire for the assessment of personality, and an adapted version of the Coping Orientation to Problems Experienced inventory, the COPE-48, for the assessment of coping. We administered the two questionnaires to 261 participants (62.8% female), aged 18-80 years. The most prevalent principal diagnoses were adjustment (37.9%) and mood (35.6%) disorders. We found that Neuroticism-Anxiety was associated with emotion expression, and Sociability with social support seeking. Focus on and Venting of Emotions, Denial, and Active problem-focused coping were the strategies most explained by personality characteristics. A better understanding of these personality traits and coping strategies—and the relation between them—will allow us to better adapt psychological treatments to the individual characteristics of each patient.

KEYWORDS: ZKPQ; COPE-48; personality; coping; Alternative Five Factor Model; mental health.

1. Introduction

In recent decades, a growing body of research has been performed to investigate the relationship between personality dimensions and coping strategies (Kim et al., 2016; Thornton, et al., 2003). The interest in the association between personality and coping is at least partially attributable to empirical findings showing both theoretical and empirical links between these two concepts (Carver and Connor-Smith, 2010). Studies have shown that personality can influence various aspects of coping such as the nature and intensity of stressors experienced, the appraisal or level of dangerousness assigned to those events, and even the likelihood of success for a given coping strategy (e.g., Bolger and Zuckerman, 1995; Carver and Connor-Smith, 2010; Derrybery, et al., 2003; Dunkley, et al., 2014; Vollrath, 2001). Consequently, the influence of personality on the aforementioned aspects may have important clinical implications. For example,

personality may influence the effectiveness of coping by either facilitating or interfering with the proper implementation of a given strategy (Bolger and Zuckerman, 1995; Connor-Smith and Compas, 2004; Dunkley, et al., 2003; Vollrath, 2001).

Most studies that have investigated the relationships between personality and coping (Connor-Smith and Flachsbart, 2007) have used the Costa and McCrae's personality model (1989) and the Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R; Costa and McCrae, 1992). According to a meta-analysis conducted by Connor-Smith and Flachsbart (2007), Neuroticism is the personality variable most consistently associated with coping strategies, specifically those strategies that use avoidance or withdrawal and those focused on negative emotions. The same meta-analysis also showed that Extraversion is associated with seeking social support strategies, and Conscientiousness with problem-solving

strategies. None of the other personality factors assessed in that meta-analysis were consistently associated with coping strategies. Despite the unquestioned value of previous studies, a more recent review conducted by Carver and Connor-Smith (2010) stressed the need to assess the link between personality and coping using models of personality other than the Big Five.

In accordance with this recommendation, in the present study we sought to evaluate the links between personality and coping strategies using the Alternative Five Factor Model of personality (AFFM; Zuckerman, et al., 1993) and the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ; Gomà-i-Freixanet, et al., 2004). This alternative model considers five personality factors: Neuroticism-Anxiety, Activity, Sociability, Impulsive-Sensation Seeking and Aggression-Hostility. Importantly, previous studies have shown that Neuroticism, Extraversion and Conscientiousness from the NEO PI-R are the personality variables most clearly linked to coping strategies. However, the AFFM takes a slightly different approach to the evaluation of these domains, providing a new perspective that may more clearly elucidate the relationship between personality and coping. For example, the Neuroticism-Anxiety dimension from the ZKPQ does not include impulsivity or hostility traits (whereas the NEO PI-R does) but rather it includes specific scales for those two traits; in addition, the Extraversion domain from the NEO PI-R is divided into two separate factors (Activity and Sociability) on the AFFM. As a result, using the ZKPQ under the AFFM framework should permit a more refined analysis of the relationship between personality and coping.

To assess coping strategies, we used an adapted version of the Coping Orientation to Problems inventory, the COPE-48 (Martínez Ortega, et al., 2016), which assesses nine different coping strategies: Active Problem-focused Coping; Alcohol-drug Disengagement; Focus on and Venting of Emotions; Seeking Social Support; Humor; Turning to Religion; Denial; Restraint Coping; and Acceptance and Growth. This shortened version of the COPE allows for a fast, reliable, and parsimonious evaluation of the main coping strategies described by Carver, et al., (1989), thereby providing a theoretically and empirically consistent inventory for use in mental health care settings, with improved factor structure and increased scale reliability (Martínez Ortega et al., 2016).

Given the context described above, the aim of the present study is twofold: 1) To examine how personality dimensions are related to coping strategies, and 2) to determine which personality dimension (s) best explain a given coping strategy in a mental health

clinical outpatient sample. We hypothesize that Neuroticism-Anxiety will explain a preference for coping strategies related with emotion expression and a dislike for engagement, and that Activity and Sociability will explain a preference for strategies aimed at seeking social support.

2. Methods

2.1 Participants

This study was carried out at Althaia University Hospital (Manresa, Barcelona). Potential participants were recruited from a sample of patients referred for diagnosis to the Primary Care Psychiatry Unit by their general practitioner. Recruitment was carried out between April 2013 and December 2014. Exclusion criteria included: Oral or written comprehension difficulties (2%); being under the influence of toxic substances (0%); or the presence of acute severe mental disorder (0%).

Of the 367 participants who met the inclusion criteria, 261 (71.1%) completed both questionnaires with no missing values. Therefore, the final total sample consisted of 261 outpatients (62.8% female), aged 18-80 years ($M = 44.33$, $SD = 13.98$). Of these, 42.1% had completed primary school. The most prevalent principal clinician-assigned diagnoses were adjustment (37.9%) and mood (35.6%) disorders.

2.2 Measures

To assess the basic personality dimensions, we used the Catalan version of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ; Gomà-i-Freixanet et al., 2004), a self-administered questionnaire containing 99 true/false items. The ZKPQ provides information about 5 personality factors, as follows: 1) Neuroticism-Anxiety (N-Anx), which includes emotions such as stress, worry, indecision, lack of self-confidence, and susceptibility to criticism; 2) Activity (Act), which describes the need to lead an active and occupied life, with an inability to relax and a high energy level; 3) Sociability (Sy), which describes a preference for social relations; 4) Impulsive Sensation Seeking (ImpSS), which describes the lack of planning, a tendency to act impulsively without thinking, and the search for new and exciting experiences; and 5) Aggression-Hostility (Agg-Host), which describes the readiness to express verbal or behavioural aggression, impatience, and rudeness and carelessness towards others. The ZKPQ questionnaire also includes an Infrequency scale, which detects lack of attention to the task and/or a tendency to give socially desirable answers. This questionnaire has shown good psychometric properties in Spanish samples, with internal consistency alpha coefficients ranging from .67 to .84. The factorial structure of this version has also been replicated in the general population (Gomà-i-Freixanet, et al., 2008b), with congruence coefficients

ranging from .84 to .96 (Gomà-i-Freixanet et al., 2004). The ZKPQ has also demonstrated consensual validity between self- and hetero-reports (Gomà-i-Freixanet, et al., 2005) and good discriminant validity in general mental health settings (Martínez Ortega, et al., 2017) and clinical samples diagnosed with Borderline Personality Disorder (Gomà-i-Freixanet, et al., 2008a), Attention Deficit Disorder (Martínez et al., 2010; Valero et al., 2012), Substance Use Disorder (Valero et al., 2014), or fibromyalgia (Albiol, et al., 2014). The ZKPQ also provides normative data for the general population (Gomà-i-Freixanet and Valero, 2008).

To evaluate the coping strategies, we used the COPE-48 (Martínez Ortega et al., 2016). This self-administered, paper and pencil inventory consists of 48 items that assesses nine different coping strategies, as follows: Active Problem-focused Coping; Alcohol-drug Disengagement; Focus on and Venting of Emotions; Seeking Social Support; Humor; Turning to Religion; Denial; Restraint Coping; and Acceptance and Growth. Participants respond on a 4-point Likert scale (1 = *I never do this*; 4 = *I do this very often*), with high scores meaning a greater use of these strategies. This inventory can be used to assess coping tendencies from a process-oriented perspective. This version has shown suitable psychometric properties, with a mean alpha value of .81 for the subscales.

The treating psychiatrist established the principal clinical diagnoses according to DSM-IV-TR criteria (American Psychiatric Association, 2000). We collected sociodemographic data through a brief purpose-designed questionnaire and extracted the principal clinical diagnoses from medical records.

2.3 Procedure

The questionnaires were administered by trained psychologists either before or after the psychiatric consultation. Participants who met the inclusion criteria were informed about the study aims and invited to participate. Those who agreed to participate signed an informed consent form. Participation was confidential, voluntary, and non-remunerated. The study complied with the Declaration of Helsinki guidelines (World Medical Association, 2013) and was approved by an independent Clinical Research Ethics Committee.

2.4 Data analyses

We calculated, for the total sample and by gender, the descriptive statistics of the ZKPQ and COPE-48 scales, as well as Cronbach's alphas for the total sample. We also analyzed gender differences by means of the Student's *t*-test and calculated the effect size with the Cohen's *d*. We tested bivariate correlations between ZKPQ and COPE-48 scales using Pearson correlation coefficient. Furthermore, we conducted a multiple linear regression analysis to

examine the independent contribution of each personality factor (ZKPQ) to each coping strategy (COPE-48).

For statistical analysis we used the SPSS® v.22 and we established bilateral statistical tests with an assumed alpha risk of 5%.

3. Results

Table 1 presents the sociodemographic and clinical characteristics of the participants. The most prevalent profile was as follows: Woman, middle-aged, with primary or high school level of education, living with a partner, and of Spanish origin. Both genders did not differ on age ($t = 0.25$; $p = .79$), level of education ($Chi^2 = 2.41$; $p = .49$), marital status ($Chi^2 = 5.01$; $p = .17$), geographical origin ($Chi^2 = 5.83$; $p = .82$), or clinical diagnoses ($Chi^2 = 14.47$; $p = .07$).

Means and standard deviations of the ZKPQ scales for the total sample and by gender, as well as gender differences and Cohen's *d*, can be seen in Table 2. Alpha coefficients for the total sample are also reported with a mean internal consistency reliability of .77. Both genders did not significantly differ on any scale but Neuroticism-Anxiety, with women scoring higher.

Table 3 shows means and standard deviations for the COPE-48 scales for the total sample and by gender, as well as gender differences and Cohen's *d*. Alpha coefficients for the total sample are also reported with a mean internal consistency of .82. All the scales, but Restraint Coping, show internal consistencies > .70. Genders differed significantly on all the scales except for: Active Problem-focused Coping, Restraint Coping, and Acceptance and Growth. Women scored significantly higher on Focus on and Venting of Emotions, Seeking Social Support, Turning to Religion and Denial; by contrast, men scored higher on Alcohol-drug Disengagement and Humor.

Correlations between the ZKPQ and COPE-48 scales were moderate to low (see Table 4). On one hand, Neuroticism-Anxiety was positive and significantly associated with Focus on and Venting of Emotions, and with Denial; and negatively associated with Acceptance and Growth scale. On the other hand, Activity was positive and significantly associated with Active Problem-focused Coping scale, while Sociability was positive and significantly associated with the Seeking Social Support scale. Finally, Impulsive Sensation Seeking was positive and significantly associated with Alcohol-drug Disengagement and Denial scales; and Aggression-Hostility was associated with Focus on and Venting of Emotions scale.

We performed a multiple linear regression analysis, in which the ZKPQ scales were the independent variables and the COPE-48 scales were

the dependent variables. Standardized regression coefficients (*BETA*) are shown in Table 5. This regression model showed that Neuroticism-Anxiety was the ZKPQ scale that most contributed to Focus on and Venting of Emotions coping strategies. The Activity scale most contributed to Active Problem-focused coping strategies and the Sociability scale to Seeking Social Support coping strategies. Finally, the Impulsive Sensation Seeking scale contributed mostly to Alcohol-drug Disengagement coping strategies. Variation in coping strategies explained by personality characteristics ranged from 3.77% for Turning to Religion to 27.75% for Focus on and Venting of Emotions.

4. Discussion

The present study sought to examine how personality dimensions are related to coping strategies and to determine the specific personality dimension(s) that best explain a given coping strategy in a mental health clinical outpatient sample. To our knowledge, this is the first study to use the AFFM and COPE-48 inventory to examine the relationship between personality traits and coping strategies.

With regards to the first study aim, we found that Neuroticism-Anxiety was associated with strategies focused on emotions and denial, and with the rejection of strategies linked to acceptance and growth. By contrast, Activity and Sociability were both associated with strategies focused on proactive and resolute strategies: More specifically, Activity was closely related to active problem-solving strategies and Sociability to strategies seeking social support. Impulsive-Sensation Seeking was associated with substance use and with denial, and Aggression-Hostility was associated with focusing on and venting of emotions. Thus, subjects scoring high on Neuroticism-Anxiety and Aggression-Hostility appear to be more prone to using strategies aimed at venting emotional feelings; while subjects scoring high on Neuroticism-Anxiety and on Impulsive-Sensation Seeking seem to be more prone to using denial to cope with stress.

Our findings corroborate the expected relationships between personality and specific coping strategies (Carver and Connor-Smith, 2010; Connor-Smith and Flachsbar, 2007); specifically, we found that Neuroticism-Anxiety was associated with emotion expression, and Sociability with social support seeking. Importantly, however, the present study provides a more fine-grained analysis of the relationship between personality and coping strategies. For example, as noted previously, Neuroticism-Anxiety from the ZKPQ does not include impulsivity or hostility traits, whereas the NEO PI-R does; instead, the ZKPQ includes two different scales to assess these

traits specifically. Assessing these two traits separately facilitated the identification of two differential personality profiles with regard to coping strategies: One profile describing those scoring high on Neuroticism-Anxiety and Aggression-Hostility, and another profile describing those scoring high on Neuroticism-Anxiety and Impulsive-Sensation Seeking. These two profiles cope with stress in a different manner, the former tends to express emotions overtly while the latter refrains from expressing emotions. Moreover, the ZKPQ also allows us to differentiate between active and social participants. Active subjects concentrate their coping efforts on designing a personal plan of action whereas social participants tend to look for emotional support from relatives, friends, and acquaintances. These differential patterns in the use of coping strategies may have valuable clinical implications, as we discuss below.

In terms of our second study aim, which consisted of determining which personality dimensions explain a given coping strategy, our results indicate that Neuroticism-Anxiety contributes to focusing on and venting of emotions, Activity to active problem-solving strategies, and Sociability to strategies aimed at obtaining emotional support and advice from others enduring similar experiences. Finally, the Impulsive Sensation Seeking variable contributes mostly to alcohol and/or drug use for coping. Considering the model as a whole, Focus on and Venting of Emotions, Denial, and Active Problem-focused Coping were the strategies most explained by personality characteristics. By contrast, the remaining strategies were only partially explained by personality factors.

Our results are consistent with those obtained in previous studies that used other personality models (Connor-Smith and Flachsbar, 2007), in which Neuroticism was associated with a tendency to focus on negative emotions while Extraversion was associated with seeking social support. However, our study provides a more in-depth understanding of the relationship between coping and personality in that we found that Activity was almost exclusively associated with strategies aimed at planning tactics to solve the problem, while Impulsive Sensation Seeking was more closely related to the use of alcohol/drugs to cope with stressors.

This study has some limitations. First, it is important to underscore that coping strategies are influenced by other variables besides personality, and the relationship between personality and coping strategies is not simple nor univocal. Second, situational and stable factors are both important in the prediction of coping responses, and these factors have not been considered in this study as the Lazarus and

Folkman (1984) transactional model suggested and some studies have reported (e.g., DeLongis and Holtzman, 2006; Rovira et al., 2005; Terry, 1994). Finally, to achieve a better understanding of the relationship between personality and coping, it would have been useful to have considered other variables such as appraisal, expectations, and perhaps even intelligence.

An important strength of this study is that we evaluated not only the linear relationship between personality and coping strategies, but also the extent to which personality variables from the AFFM contribute to explaining the coping strategies assessed by the COPE-48. A better understanding of how individuals with different personality profiles experience and manage stressful situations may help mental health professionals to individualize the therapeutic process, including specific assessment and interventional approaches. In terms of the assessment process, it may be helpful to know the patient's personality profile to help infer the patient's likely coping strategies (e.g., patients with a high Impulsive-Sensation Seeking profile should be tested for drug use). Similarly, in terms of the treatment process, the knowledge of the personality and coping strategy profile would provide a better understanding of the coping strategies that may need strengthening and those that should be minimized or eliminated. For instance, patients with heightened Neuroticism-Anxiety would probably benefit from problem-acceptance strategies such as mindfulness or acceptance and commitment therapies. In contrast, patients scoring high on both Neuroticism-Anxiety and Aggression-Hostility could benefit from therapies addressing emotional regulation, while those scoring high on Aggression-Hostility would likely benefit from self-control interventions. Additionally, identifying personality and coping strategies could also be useful for prognosis given that patients with high scores on Activity and Sociability tend to use problem-focused and interpersonal coping strategies, which have generally been considered more adaptive and effective (Afshar et al., 2015).

In summary, the results of this study suggest that there is a relationship between specific personality traits and certain coping strategies. A better understanding of these personality traits and coping strategies—and the relation between them—will allow us to better adapt psychological treatments and to create therapeutic plans that are specifically suited to the individual characteristics of each patient. Thus, we urge mental health professionals to evaluate not only personality characteristics but also the causes of stress as such information can be highly useful to improve the clinical decision-making process.

Funding sources

This research did not receive any specific grant from funding agencies in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Conflict of interest

The authors have no conflict of interest.

Acknowledgments

Our gratitude to all those who gratefully agreed to participate in the project. We also appreciate the invaluable assistance of Mireia Ribas, Raquel Badrenas and Yrina Català, and Carlos Aparicio for his involvement throughout the study.

References

- Afshar, H., Roohafza, H.R., Keshteli, A.H., Mazaheri, M., Feizi, A. and Adibi, P., 2015. The association of personality traits and coping styles according to stress level. *J Res Med Sci.* 20 (4), 353-358.
- Albiol, S., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D. and Muro, A., 2014. Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos y controles [Personality traits (ZKPQ) of patients with fibromyalgia: a case-control study]. *Anal. Psicol.* 30, 937-943. doi.org/10.6018/analesps.30.3.153791
- American Psychiatric Association, 2000. *American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, fourth ed. American Psychiatric Association, Washington
- Bolger N, Zuckerman A., 1995. A framework for studying personality in the stress process. *J. Pers. Soc. Psychol.* 69, 890–902. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.69.5.890
- Carver, C.S. and Connor-Smith, J., 2010. Personality and Coping. *Annu. Rev. Psychol.* 61, 679–704
- Carver, C. S., Scheier, M. F. and Weintraub, J. K., 1989. Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *J. Pers. Soc. Psychol.* 56, 267–283. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267
- Connor-Smith, J.K. and Compas, B.E., 2004. Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cogn. Ther. Res.* 28, 347–68
- Connor-Smith, J.K. and Flachsbart, C., 2007. Relations between personality and coping: A meta-analysis. *J. Personal. Soc. Psychol.* 93, 1080–107

- Costa, P.T., Jr. and McCrae, R.R., 1989. The NEO-PII NEO-FFI manual supplement. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T. and McCrae, R.R., 1992. Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO five-factor inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- DeLongis, A. and Holtzman, S., 2005. Coping in context: the role of stress, social support, and personality in coping. *J. Personal.* 73, 1–24
- Derryberry, D., Reed, M.A. and Pilkenton-Taylor, C., 2003. Temperament and coping: Advantages of an individual differences perspective. *Dev. Psychopathol.* 15, 1049–66.
- Dunkley, D. M., Zuroff, D. C. and Blankstein, K. R., 2003. Self-critical perfectionism and daily affect: Dispositional and situational influences on stress and coping. *J Pers Soc Psychol.* 84, 234-252.
- Dunkley, D. M., Ma, D., Lee, I. A., Preacher, K. J. and Zuroff, D. C., 2014. Advancing complex explanatory conceptualizations of daily negative and positive affect: Trigger and maintenance coping action patterns. *J Couns Psychol.* 61, 93-109.
- Gomà-i-Freixanet, M., Soler, J., Valero, S., Pascual, J. C. and Pérez-Sola, V., 2008a. Discriminant validity of the ZKPQ in a sample meeting BPD diagnosis vs normal range controls. *J Pers Disord.* 22 (2), 178-190.
- Gomà-i-Freixanet, M. and Valero, S., 2008. Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a general population sample. *Psicothema.* 20, 324-330.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A. and Albiol, S., 2008b. Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychol Rep.* 103, 845–856. doi:10.2466/pr0.103.3.843-836
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J. and Zuckerman, M., 2004. Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *Eur J Psychol Assess.* 20, 134–146. doi: 10.1027/1015-5759.20.2.134
- Gomà-i-Freixanet, M., Wismeijer, A.J. and Valero, S., 2005. Consensual validity parameters of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Evidence from self-reports and spouse reports. *J Pers Assess.* 84, 279-286. doi: 10.1207/s15327752jpa8403_07
- Kim, S.Y., Stewart, R., Bae, K.Y., Kim, S.W., Shin, I.S., Hong, Y.J., Ahn, Y., Jeong, M.H., Yoon, J.S. and Kim, J.M., 2016. Influences of the Big Five personality traits on the treatment response and longitudinal course of depression in patients with acute coronary syndrome: A randomised controlled trial. *J Affect Disord.* 203, 38-45. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.071.
- Lazarus, R.S. and Folkman, S., 1984. Stress, appraisal and coping. Springer Publishing, New York.
- Martínez, Y., Bosch, R., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J. A., Nogueira, M. and Casas, M., 2010. Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta [Differential personality features in adult ADHD subtypes]. *Psicothema*, 22 (2), 236-41.
- Martínez Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M. and Fornieles, A., 2016. The COPE-48: An adapted version of the COPE inventory for use in clinical settings. *Psychiatry Res.* 246, 808-814. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2016.10.031
- Martínez Ortega, Y., Gomà-i-Freixanet, M. and Valero, S., 2017. Psychometric properties and normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a psychiatric outpatient sample. *J Pers Assess.* 99 (2), 219-224. doi: 10.1080/00223891.2016.1217419
- Rovira, T, Fernández-Castro, J. and Edo, S., 2005. Antecedents and consequences of coping in the anticipatory stage of an exam: A longitudinal study emphasizing the role of affect. *Anxiety Stress Coping.* 18 (3), 209-225.
- Terry, D.J., 1994. Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *J. Pers. Soc. Psychol.* 66 (5), 895-910. doi: http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.66.5.895
- Thornton, C., Gottheil, E., Patkar, A. and Weinstein, S., 2003. Coping styles and response to high versus low-structure individual counseling for substance abuse. *Am J Addict.* 12 (1), 29-42.
- Valero, S., Ramos-Quiroga, J.A., Gomà-i-Freixanet, M., Bosch, R., Gómez-Barrio, N., Nogueira, M., Palomar, G., Corrales, M. and Casas, M., 2012. Personality profile of adult ADHD: The alternative five factor model. *Psychiatry Res.* 198 (1), 130-4. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.006

- Valero, S., Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Gomà-i-Freixanet, M., Ferrer, M., Casas, M. and Roncero, R., 2014. Neuroticism and impulsivity: Their hierarchical organization in the personality characterization of drug-dependent patients from a decision tree learning perspective. *Compr Psychiatry*. 55, 1227-1233.
- Vollrath, M., 2001. Personality and stress. *Scand J Psychol.*, 42, 335-347. doi:10.1111/1467-9450.00245
- World Medical Association, 2013. Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA*. 310, 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Zuckerman, M., Kuhlman, D., Joireman, J., Teta, P. and Kraft, M., 1993. A comparison of three structural models for personality: The Big Three, the Big Five, and the Alternative Five. *J. Personal. Soc. Psychol.* 65, 757-768.

Table 1
Descriptive statistics of the sociodemographic and clinical characteristics (n = 261).

Variable			
Age			
Mean (SD)		44.33	(13.98)
Range		18 - 80	
Gender (%)			
Men		97	(37.2%)
Women		164	(62.8%)
Level of education (%)			
Primary school		109	(42.1%)
High school		119	(45.9%)
University		31	(12.0%)
Marital status			
Married / Cohabiting		162	(62.1%)
Not married		50	(19.2%)
Separated or divorced		43	(16.5%)
Widowed		5	(1.9%)
Geographical origin			
Spain		243	(93.1%)
South America		12	(4.6%)
Morocco		2	(0.7%)
Eastern Europe		4	(1.5%)
Principal diagnostic category (DSM-IV-TR)			
Adjustment disorder		99	(37.9%)
Mood disorder		93	(35.6%)
Anxiety disorder		29	(11.1%)
Personality disorder		21	(8.1%)
Substance related disorder		6	(2.3%)
Eating disorder		4	(1.5%)
Disorder of Infancy		3	(1.2%)
Other		5	(1.9%)
Not recorded		1	(0.4%)

Note: Disorder of Infancy = Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood, or adolescence.

Table 2

Means, standard deviations and alpha coefficients of the ZKPQ scales for the total sample, gender differences and Cohen's *d*.

Scale	Total sample (<i>n</i> = 261)			Men (<i>n</i> = 97)		Women (<i>n</i> = 164)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Neuroticism-Anxiety	12.51	4.80	.87	10.57	5.01	13.65	4.29	5.27	.000	0.72
Activity	7.31	3.44	.70	7.54	3.50	7.18	3.40	0.82	.415	-0.11
Sociability	5.90	3.56	.77	5.61	3.66	6.07	3.50	1.03	.302	0.13
Impulsive-Sensation Seeking	6.84	4.11	.80	6.79	4.20	6.86	4.06	0.12	.901	0.02
Aggression-Hostility	7.81	3.29	.71	8.08	3.06	7.65	3.42	1.03	.302	-0.13
Infrequency	1.70	1.67	-	1.52	1.60	1.81	1.71	1.38	.168	0.17

Note: ZKPQ = Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire.

Table 3

Means, standard deviations and alpha coefficients of the COPE-48 scales for the total sample, gender differences and Cohen's *d*.

Scale	Total sample (<i>n</i> = 261)			Men (<i>n</i> = 97)		Women (<i>n</i> = 164)		<i>t</i>	<i>p</i>	Cohen's <i>d</i>
	<i>M</i>	<i>SD</i>	α	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>			
Active Problem-focused Coping	2.43	0.58	.85	2.43	0.55	2.43	0.59	0.05	.958	0.00
Alcohol-drug Disengagement	1.35	0.68	.95	1.48	0.77	1.27	0.62	2.32	.022	-0.34
Focus on and Venting of Emotions	2.78	0.72	.73	2.52	0.65	2.92	0.71	4.59	.000	0.56
Seeking Social Support	2.52	0.74	.90	2.39	0.72	2.59	0.75	2.18	.030	0.27
Humor	1.74	0.77	.91	1.86	0.84	1.66	0.73	2.01	.046	0.27
Turning to Religion	1.82	0.90	.91	1.57	0.84	1.96	0.92	3.47	.001	0.42
Denial	1.88	0.70	.72	1.69	0.60	1.99	0.73	3.58	.000	0.41
Restraint Coping	2.46	0.60	.57	2.41	0.62	2.48	0.59	0.93	.353	0.12
Acceptance and Growth	2.58	0.60	.80	2.60	0.56	2.57	0.62	0.26	.794	-0.05

Note: COPE-48 = Coping Orientation to Problems Experienced, 48 items version.

Table 4

Bivariate correlations between ZKPQ and COPE-48 scales for the total sample (*n* = 261).

Scale	Active	Alcohol	Emotions	Social	Humor	Religion	Denial	Restraint	Acceptance
Neuroticism-Anxiety	-.27*	.15	.45*	-.04	-.11	.09	.37*	.09	-.31*
Activity	.35*	.11	.05	.19*	.11	-.05	.06	.11	.22*
Sociability	.23*	-.01	.02	.34*	.18*	.02	-.08	.08	.21*
Impulsive Sensation Seeking	-.05	.36*	.22*	.01	.23*	-.08	.33*	-.03	-.06
Aggression-Hostility	-.09	.22*	.33*	-.05	.07	-.11	.20*	-.16*	-.15

Note: ZKPQ = Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire; COPE-48 = Coping Orientation to Problems Experienced, 48 items version; Active = Active Problem-focused Coping; Alcohol = Alcohol-drug Disengagement; Emotions = Focus on and Venting of Emotions; Social = Seeking Social Support; Religion = Turning to Religion; Restraint = Restraint Coping; Acceptance = Acceptance and Growth; Correlations higher than .30 are in bold. **p* < .01.

Table 5

Standardized regression coefficients (Beta). ZKPQ (independent variables) and COPE-48 scales (dependent variables).

Scale	Active	Alcohol	Emotions	Social	Humor	Religion	Denial	Restraint	Acceptance
Neuroticism–Anxiety	-0.16*	0.03	0.42*	0.08	-0.19*	0.15	0.29*	0.22*	-0.21*
Activity	0.31*	0.04	0.10	0.17*	-0.03	0.01	0.06	0.18*	0.18*
Sociability	0.15*	-0.07	0.05	0.34*	0.11	0.05	-0.12	0.09	0.16*
Impulsive Sensation Seeking	-0.10	0.32*	0.02	-0.11	0.26*	-0.10	0.25*	-0.10	-0.06
Aggression–Hostility	-0.06	0.13	0.22*	-0.05	0.05	-0.13	0.05	-0.21*	-0.09
<i>R</i> ²	19.72%	15.05%	27.75%	15.41%	10.07%	3.77%	21.58%	8.55%	15.73%

Note: ZKPQ = Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire; COPE-48 = Coping Orientation to Problems Experienced, 48 items version; Active = Active Problem-focused Coping; Alcohol = Alcohol-drug Disengagement; Emotions = Focus on and Venting of Emotions; Social = Seeking Social Support; Religion = Turning to Religion; Restraint = Restraint Coping; Acceptance = Acceptance and Growth.
Betas higher than .30 are in bold. * $p < .01$.

5. DISCUSIÓN GENERAL

5 Discusión general

Esta tesis consta de tres objetivos generales dirigidos a aportar conocimientos e instrumentos útiles para el profesional del ámbito clínico de salud mental. El **primer objetivo** pretendía describir el perfil de personalidad de las personas que acuden a una consulta psiquiátrica en atención primaria desde la perspectiva del AFFM, por lo cual fue necesario previamente analizar las propiedades psicométricas del ZKPQ en dicho contexto. El **segundo objetivo** consistía en describir las estrategias de afrontamiento que con más frecuencia utilizan las personas que acuden a una consulta psiquiátrica en atención primaria, por lo que primeramente analizamos las propiedades psicométricas del COPE en dicho ámbito, y realizamos los ajustes necesarios con el fin de mejorarlas. Finalmente, el **tercer objetivo** pretendía analizar la contribución de las variables de personalidad en los estilos de afrontamiento. Cada uno de los tres artículos se corresponde con cada uno de los tres objetivos descritos.

5.1 Estudio 1. Evaluación de la personalidad (Art-1)

El perfil de personalidad de la muestra estudiada se caracteriza por tener puntuaciones elevadas en las escalas de Neuroticismo-Ansiedad y Agresión-Hostilidad, y bajas en las escalas de Sociabilidad y Actividad, en comparación con los datos normativos de población general adulta (Gomà-i-Freixanet et al., 2008). Estos resultados indican que las personas que acuden a una consulta de psiquiatría en atención primaria presentan un perfil caracterizado por una elevada preocupación, tensión e inseguridad y una mayor tendencia a expresar hostilidad verbal y comportamientos negligentes hacia los demás, así como una moderada actividad y una baja sociabilidad prefiriendo realizar actividades en solitario. Este perfil es similar al de otras muestras clínicas que cursan con trastornos del estado de ánimo, adaptativos o de ansiedad (Kotov, Gamez, Schmidt y Watson, 2010; Malouff, et al., 2005). Con relación al **Neuroticismo-Ansiedad**, dicho resultado va en la misma línea que estudios anteriores con el ZKPQ, que hallaron que dicha escala se muestra elevada en muestras clínicas (e.g., Albiol, et al., 2014; Gomà-i-Freixanet et al., 2008; Pascual et al., 2007; Sáez-Francàs et al., 2014; Valero et al., 2012). Nuestros resultados son congruentes con trabajos previos realizados en distintas culturas y desde diferentes modelos de personalidad, en los que se ha hallado una estrecha relación entre el Neuroticismo y los

problemas de salud mental (e.g., Barlow, Sauer-Zavala, Carl, Bullis y Ellard, 2014; Costa y Widiger, 1994; Durbin y Hicks, 2014; Neeleman et al., 2004; Ormel et al., 2013; Ozer y Benet-Martínez, 2006). Con respecto a las puntuaciones elevadas en la escala [Agresión-Hostilidad](#), estudios previos hallaron resultados similares. En este sentido, Wang, Du, Liu, Liu y Wang (2002), utilizando este mismo instrumento, obtuvieron valores elevados en Agresión-Hostilidad en una muestra de pacientes con trastornos depresivos en comparación con un grupo de personas sanas. Dichos autores propusieron que las puntuaciones elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y Agresión-Hostilidad probablemente se deban a que ambos constructos comparten un sustrato neurobiológico similar en relación con alteraciones en los niveles de serotonina. Así pues, nuestros resultados van en la misma línea que la información científica disponible actualmente, indicando que las personas con problemas de salud mental presentan mayor nerviosismo, inseguridad, irritabilidad y hostilidad.

Con respecto al resto de escalas, hemos obtenido un perfil caracterizado por puntuaciones bajas en [Actividad](#) y [Sociabilidad](#), y similares en [Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones](#) en comparación con la población general. Dicho patrón resulta congruente con las características clínicas de nuestra muestra, compuesta mayoritariamente por personas con trastornos del espectro ansioso-depresivo, así como con los resultados hallados en estudios previos, realizados tanto desde el Modelo de los Cinco Grandes (Lamers, Westerhof, Kovács y Bohlmeijer, 2012) como del Modelo Alternativo de los Cinco Factores (Wang et al., 2002). Este perfil de personalidad es congruente con la literatura especializada, que apunta que los cambios hacia un patrón de comportamiento más inhibido y con tendencia al aislamiento podrían estar relacionados en parte con el desarrollo del propio problema psicopatológico (Bleidorn, Kandler y Caspi, 2014; Caspi et al., 2005). La escala de [Infrecuencia](#) obtuvo puntuaciones bajas en comparación con los datos normativos de población general española, aunque similar a las obtenidas en otras muestras clínicas. Ello podría ser debido a que nuestros participantes eran pacientes a la espera de una visita médica especializada, de modo que podrían haber realizado la prueba con mayor interés y/o atención, al considerar que los resultados podrían ser útiles para el tratamiento y evolución de su problema de salud mental.

En referencia al comportamiento psicométrico del ZKPQ en nuestra muestra clínica, el patrón de las consistencias internas fue similar al hallado en estudios previos tanto en población general (Gomà-i-Freixanet et al., 2008) como en muestras clínicas específicas (e.g., Albiol, et al., 2014; Ramos-Grille et al., 2015; Valero et al., 2012). Asimismo, se replican empíricamente las bajas correlaciones halladas entre las escalas del ZKPQ indicando la relativa independencia de las mismas.

Estudios anteriores en población general con este mismo instrumento, han mostrado la pertinencia de proporcionar datos normativos diferenciados por género y edad. Con relación al género, en nuestro estudio ambos sexos obtienen puntuaciones similares en todas las escalas, excepto en Neuroticismo-Ansiedad. Este patrón de comportamiento no es el hallado habitualmente con el ZKPQ, ni en muestras de estudiantes jóvenes (Gomà-i-Freixanet et al., 2004), ni en población general adulta (Gomà-i-Freixanet et al., 2008). El hecho de que ambos géneros no se diferencien significativamente en ninguna de las escalas excepto en Neuroticismo-Ansiedad, podría ser debido a las propias características de la muestra, ya que tanto hombres como mujeres cursan mayoritariamente con trastornos mentales del espectro ansioso-depresivo. Sin embargo, las tendencias diferenciales halladas generalmente entre ambos géneros se mantienen: las mujeres puntúan más alto en Neuroticismo-Ansiedad y Sociabilidad, y más bajo en Agresión-Hostilidad. Estas diferencias entre géneros son congruentes con los resultados de este mismo instrumento en población general (Gomà-i-Freixanet et al., 2008), así como en estudios realizados utilizando otros modelos de personalidad (e.g., Costa, Terracciano y McCrae, 2001).

Estudios empíricos previos con el ZKPQ hallaron diferencias significativas en todas las escalas en función del grupo de edad (Gomà-i-Freixanet et al., 2008). Explorando dicho extremo en nuestra muestra, observamos tales diferencias en todas las escalas excepto en Actividad. En población general, las puntuaciones en esta escala mostraron un patrón ascendente con la edad, sin embargo dicha tendencia no se observó en nuestra muestra. Este resultado podría ser congruente con las características de la muestra, con una elevada presencia de personas con trastornos mentales del espectro depresivo. Dichas patologías se caracterizan por un estado de ánimo inhibido, lo cual podría sin duda afectar al nivel de actividad independientemente de la edad.

En resumen, el primer estudio de este compendio ha permitido describir el perfil de personalidad de una muestra de pacientes ambulatorios con psicopatología, así como analizar las propiedades psicométricas del ZKPQ en dicha muestra, respondiendo así a los objetivos planteados. Además, en dicho estudio aportamos baremos diferenciados por género y edad, permitiendo una interpretación más precisa de las puntuaciones obtenidas en contextos clínicos aplicados.

5.2 Estudio 2. Evaluación de las estrategias de afrontamiento (Art-2)

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en nuestra muestra fueron aquellas dirigidas a **expresar emociones y desahogarse**, así como las de **búsqueda de apoyo social**, todo lo cual resulta coherente en personas que han acudido a una consulta de salud mental en busca de ayuda profesional (Pozzi et al., 2015; Matud, Bethencourt y Ibáñez, 2015). Asimismo, las estrategias dirigidas a la **aceptación** de la situación y a la consideración de ésta como una oportunidad de **crecimiento personal** también fueron ampliamente utilizadas, de modo similar a estudios previos en muestras clínicas (Gutiérrez et al., 2007; Lundqvist y Ahlström, 2006).

Nuestros resultados apuntan hacia la existencia de un patrón diferencial en las estrategias más utilizadas entre hombres y mujeres, de modo similar a los resultados hallados en estudios previos, en los que las mujeres tienden a centrarse más en las emociones y a utilizar estrategias de tipo religioso (e.g., Carver et al., 1989; Kallasmaa y Pulver, 2000) mientras que los hombres utilizan más el consumo de tóxicos (Nolen-Hoeksema, 2004). Dichas diferencias podrían deberse al propio proceso de socialización o al tipo diferencial de situaciones estresantes a las que se exponen habitualmente hombres y mujeres (Matud, 2004).

En referencia al análisis de la estructura interna y de las propiedades psicométricas de la versión española del COPE en una muestra clínica con psicopatología, nuestros resultados no confirman la estructura original de 15 factores hallada por Crespo y Cruzado (1997) en una muestra de estudiantes y van en la línea de hallazgos previos que constatan que no existe una solución factorial única para el COPE (Gutiérrez et al., 2007; Litman, 2006; Lyne y Roger, 2000; Zuckerman y Gagne, 2003). Por otra parte, las escalas correlacionan

entre ellas, indicando que determinados estilos de afrontamiento son interdependientes, tal como habían indicado previamente otros autores (Folkman y Moskowitz, 2004). Finalmente, y con relación a la baja consistencia interna de alguna de las escalas, podemos indicar que puede ser debido al efecto aditivo del reducido número de reactivos de algunas de ellas que sólo contienen dos o tres ítems, y al solapamiento de diferentes estrategias en un mismo factor.

Teniendo en consideración lo anteriormente expuesto, realizamos los ajustes pertinentes para mejorar sus propiedades psicométricas, proporcionando una estructura factorial teóricamente más congruente e incrementando la fiabilidad de todas las escalas. Solamente una de las escalas -Refrenar el Afrontamiento- mantuvo una consistencia interna baja. Sin embargo decidimos mantenerla en el cuestionario puesto que es la única escala que permite evaluar el afrontamiento centrado en el autocontrol, y es una estrategia de notable interés en el ámbito aplicado de salud mental debido a su utilidad clínica.

Desde un punto de vista clínico, es preciso considerar que entre las variables que permiten explicar las diferencias individuales, tales como la edad, el género, la personalidad, la historia de desarrollo, o la cultura, entre otras, el estilo de afrontamiento es la única que puede modificarse mediante estrategias terapéuticas cognitivo-conductuales, motivo por el cual consideramos imprescindible evaluar las estrategias más frecuentemente utilizadas por cada paciente puesto que permitirá personalizar y planificar mejor las intervenciones terapéuticas.

En resumen, a partir de los resultados del Estudio 2, propusimos el COPE-48, un instrumento que permite una evaluación amplia y parsimoniosa de las principales estrategias de afrontamiento descritas por Carver et al., (1989), que ha mejorado las propiedades psicométricas de la versión española del COPE y que lo hace aplicable en el ámbito clínico de salud mental.

5.3 Estudio 3. Relación entre personalidad y estrategias de afrontamiento en una muestra clínica (Art-3)

Los resultados de esta tesis culminan en el tercer estudio, que versa sobre la relación entre las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento en una muestra clínica. Los dos estudios previos eran requisitos necesarios e imprescindibles para llegar a este último, permitiendo disponer de instrumentos cuyas propiedades psicométricas fueran óptimas para estudiar las variables de interés.

Si nos atenemos al tercer objetivo de este proyecto, que consistía en analizar la relación entre las variables de personalidad y las estrategias de afrontamiento, a la vez que en determinar qué dimensiones de personalidad del AFFM tenían mayor contribución en las estrategias de afrontamiento evaluadas mediante el COPE-48, en una muestra clínica ambulatoria de pacientes con psicopatología, nuestros resultados muestran que la dimensión **Neuroticismo-Ansiedad** se relaciona con un mayor uso de estrategias de afrontamiento centradas en las emociones así como con estrategias de negación, y con una menor utilización de estrategias de aceptación y crecimiento personal. Por otro lado, la dimensión **Actividad** se relaciona con la aplicación de estrategias activas, dirigidas a solucionar la situación, y la dimensión **Sociabilidad** con estrategias dirigidas a la búsqueda de apoyo social. Con respecto a la dimensión **Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones**, ésta se asocia con un mayor uso de estrategias de consumo de sustancias y de negación de la situación. Finalmente, la dimensión **Agresión-Hostilidad** se asocia con estrategias de ventilación emocional. Los resultados apuntan a que las personas con puntuaciones simultáneamente elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y en Agresión-Hostilidad ante situaciones estresantes tienden a utilizar estrategias centradas en las emociones, mientras que las personas con puntuaciones simultáneamente elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y en Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones tienden a utilizar estrategias centradas en la negación. Nuestros resultados corroboran que existe una relación entre características de personalidad específicas y determinadas estrategias de afrontamiento del estrés (Carver y Connor-Smith, 2010; Connor-Smith y Flachsbart, 2007). Sin embargo, el Estudio 3 permite afinar mejor los resultados en relación con estudios previos realizados desde otros modelos de personalidad, puesto que el rasgo Neuroticismo-Ansiedad del AFFM no incluye la impulsividad ni la hostilidad, a diferencia la dimensión Neuroticismo del Modelo de los Cinco Grandes. Ésta particularidad ha permitido identificar dos perfiles diferenciados de

personalidad con relación a las preferencias por el uso de ciertas estrategias de afrontamiento: un perfil caracterizado por puntuaciones simultáneamente elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y Agresión-Hostilidad, y otro perfil caracterizado por puntuaciones simultáneamente elevadas en Neuroticismo-Ansiedad e Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones. En este sentido, los primeros tienden a utilizar estrategias centradas en la expresión de las emociones, mientras que los segundos utilizan mayormente estrategias de negación. Por otra parte, el AFFM también permite distinguir los estilos diferenciales de afrontamiento entre las personas activas y las sociables. Concretamente, los primeros tienden a centrarse en aplicar estrategias activas para solucionar la situación, mientras que los segundos tienden a buscar el apoyo de otras personas. Las diferencias descritas tienen implicaciones clínicas relevantes, que comentamos en el siguiente apartado.

En relación a la contribución de las características de personalidad a las estrategias de afrontamiento, nuestros resultados mostraron que las estrategias [Centrarse en las Emociones y Desahogarse, Negación, y Afrontamiento Activo del Problema](#) fueron las que más se explicaban por las variables de personalidad. El resto de estrategias probablemente reciba mayor influencia de otras variables implicadas en la respuesta ante el estrés (Lazarus y Folkman, 1984), como podrían ser la evaluación de la situación estresante, las expectativas o incluso la inteligencia, entre otras (e.g., DeLongis y Holtzman, 2006; Holahan y Moos, 1987; Rovira, Fernández-Castro y Edo, 2005; Terry, 1994).

En resumen, el tercer estudio de este compendio ha permitido conocer de manera mucho más detallada la relación entre las variables de personalidad del AFFM y las estrategias de afrontamiento, todo lo cual redundará en una mayor utilidad clínica.

5.4 Convergencias de los resultados de los tres estudios

5.4.1 Disponibilidad de instrumentos de evaluación en el ámbito clínico

Los Art-1 y Art-2 aportan datos relevantes sobre las propiedades psicométricas de dos instrumentos de evaluación -el ZKPQ y el COPE- en el contexto clínico de salud mental, además de proponer una nueva versión del COPE, que hemos denominado COPE-48. Según los requisitos propuestos por Muñiz et al. (2015) acerca de qué criterios utilizar para

seleccionar los instrumentos de evaluación, en relación al primero que hace referencia a que los profesionales deben estar familiarizados con los instrumentos que van a administrar, consideramos que los estudios que conforman esta tesis aportan **informaciones relevantes sobre ambas pruebas**, que permitirán que los profesionales conozcan mejor sus particularidades. Con respecto al segundo requisito, que consistía en que los instrumentos deben tener unas propiedades psicométricas adecuadas, en nuestro estudio aportamos datos que justifican la consideración de que ambos instrumentos tienen unas **propiedades psicométricas óptimas**. Asimismo, aportamos baremos diferenciados por género y edad para el ZKPQ, y datos sobre puntuaciones medias y desviaciones estándar de ambos instrumentos en muestras con psicopatología. Dichas aportaciones nos permiten, a partir de los resultados obtenidos en un paciente en concreto, situarlo en relación a su **grupo de referencia**. Finalmente, con respecto al tercer requisito, que estipula que los instrumentos de evaluación deben ser utilizados de acuerdo a los objetivos propuestos, consideramos que es el profesional quien debe cerciorarse de seleccionar adecuadamente el instrumento que responda mejor a dichos objetivos. Así pues, nuestro estudio responde a los tres requisitos propuestos por Muñiz et al. (2015), ya que nuestros instrumentos aportan informaciones claras y precisas acerca del constructo que evalúan, de los baremos a utilizar y de las propiedades psicométricas de los mismos.

5.4.2 Implicaciones clínicas

Los artículos compendiados en esta tesis versan sobre la personalidad y el afrontamiento, dos variables que explican diferencias individuales, así como sobre la relación entre ambas. Consideramos necesario mencionar algunas observaciones relativas a la utilidad práctica de este trabajo de investigación. Tal y como expusimos en la introducción, en las últimas décadas se han hallado relaciones relevantes entre los rasgos de personalidad y las estrategias de afrontamiento, y otras variables tales como la salud física y mental, la esperanza de vida, el bienestar subjetivo o la respuesta al tratamiento. Por todo ello consideramos que conocer el perfil de personalidad así como las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por una muestra de pacientes con psicopatología puede resultar muy útil para profesionales del ámbito aplicado. A partir de ahora, los profesionales del ámbito de la salud ya pueden disponer de ambos instrumentos

-ZKPQ y COPE-48 con garantías psicométricas suficientes para ser utilizados en la práctica clínica.

Por un lado, el mero hecho de administrar un determinado instrumento de evaluación, así como recibir información sobre los resultados puede tener un efecto favorecedor del [autoconocimiento](#) para el propio paciente, que tomará con mayor facilidad conciencia de su forma de ser y de reaccionar ante el estrés. Igualmente, por su parte, el profesional a partir de estos datos conocerá mejor la [idiosincrasia del paciente](#), todo lo cual sin duda puede redundar en una mejoría en la [relación terapéutica](#), sintiéndose el paciente mejor comprendido y atendido (Costa y McCrae, 1992b). Además, la información obtenida con respecto a las dimensiones de personalidad y las estrategias de afrontamiento ha mostrado ser útil en la [toma de decisiones](#) en el proceso terapéutico, como detallamos más adelante en este mismo apartado.

En esta investigación, hemos hallado que el perfil de personalidad de la muestra se caracteriza por obtener puntuaciones elevadas en las escalas de Neuroticismo-Ansiedad y Agresión-Hostilidad, y bajas en las escalas de Sociabilidad y Actividad. Igualmente, las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron las dirigidas a las emociones, las de búsqueda de apoyo social, así como las estrategias de aceptación y de crecimiento personal. Bajo nuestro punto de vista, disponer de [datos de referencia](#) sobre las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento en una muestra clínica de pacientes con psicopatología permite [interpretar el perfil](#) obtenido por un paciente particular en comparación con una muestra de características sociodemográficas y clínicas similares. Debido a la utilidad de dichas variables, recomendamos a los profesionales de la salud mental que las evalúen.

Igualmente, consideramos que conocer la relación entre la personalidad y las estrategias de afrontamiento en personas que consultan en servicios de salud mental tiene importantes implicaciones clínicas, tanto en el proceso de evaluación como en la planificación de la intervención. En referencia a la [evaluación clínica](#), por ejemplo, será imprescindible explorar el área de consumo de tóxicos en personas con puntuaciones elevadas en Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones. Con respecto al [tratamiento](#), el profesional conocerá qué tipo de estrategias es necesario potenciar o cuáles deben reducirse o

eliminarse. En este sentido, por ejemplo, hemos hallado que las personas con puntuaciones elevadas en Neuroticismo-Ansiedad muestran una tendencia a utilizar estrategias de negación, por lo que probablemente se beneficiarán de programas que favorezcan la aceptación de la realidad, como puede ser el *mindfulness* o la terapia de aceptación y compromiso. En cambio, hallamos que los pacientes con puntuaciones elevadas en Neuroticismo-Ansiedad y a la vez en Agresión-Hostilidad tienden a utilizar estrategias de expresión emocional, por lo que se beneficiarán más de programas de autorregulación emocional. De modo similar, para las personas con puntuaciones elevadas en Agresión-Hostilidad pueden ser útiles los programas de autocontrol.

Igualmente, conocer el perfil de personalidad y afrontamiento aporta información útil en relación al **pronóstico**, puesto que estudios previos han hallado relaciones entre dichas variables. Por ejemplo, hallamos que las personas con puntuaciones elevadas en Actividad y Sociabilidad tienden a utilizar estrategias centradas en solucionar el problema así como estrategias interpersonales, las cuales se han considerado más adaptativas y eficaces (Afshar et al., 2015).

Finalmente, hay que tener en consideración que los problemas de salud mental suponen importantes **costes económicos**, tanto directos como indirectos (Gustavsson et al., 2011; Parés-Badell et al, 2014). Tal y como hemos expuesto previamente, disponer de información sobre diferencias individuales, como las características de personalidad o las estrategias de afrontamiento, permite una planificación más ajustada y personalizada de los tratamientos, y en consecuencia, reducir dichos costes económicos, tal como han señalado previamente expertos sobre esta área (Beutler y Clarkin, 2013; Doran, 2013).

En resumen, recomendamos a los profesionales del ámbito clínico aplicado, especialmente psicólogos clínicos y psiquiatras, que tengan en cuenta las diferencias individuales al diseñar las intervenciones terapéuticas, no sólo las variables demográficas y psicopatológicas, sino también las características de personalidad y los estilos disposicionales de afrontamiento. Consideramos que utilizar el ZKPQ para la evaluación de la personalidad y el COPE-48 para la evaluación de las estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología aportará información útil y relevante tanto en el proceso diagnóstico como en el terapéutico. Todo ello permitirá un mayor conocimiento de la

idiosincrasia del paciente, facilitando la alianza terapéutica y posibilitando la personalización del tratamiento, además de reducir los costes económicos asociados.

5.5 Consideraciones finales y líneas de futuro

Los datos que aportamos a partir de los tres estudios de esta compilación resultan de utilidad en el ámbito clínico, tal como hemos ido señalando a lo largo de apartados anteriores. Igualmente, los estudios aportan información psicométrica relevante para el uso de los dos instrumentos de evaluación analizados también en contextos de investigación. No obstante, es preciso señalar ciertas limitaciones. En primer lugar, dado que la muestra recogida está compuesta por personas que consultan en un centro público de salud mental en régimen ambulatorio, sería conveniente ampliarla incluyendo también a personas que acuden a centros privados. De este modo incrementaríamos la **representatividad de la muestra** y por ende su generalización. En segundo lugar, los datos fueron recogidos mediante instrumentos autoadministrados y los participantes lo hicieron de forma voluntaria antes o después de la visita médica, por lo que las respuestas podrían estar afectadas por la deseabilidad social o bien por la magnificación del problema con el objetivo de recibir mayor atención. Sin embargo, estos posibles efectos, en el caso de producirse, ocurren igualmente en la práctica clínica habitual, por lo que consideramos que no restan validez externa al estudio. Finalmente, señalar que los resultados se contextualizan en una muestra clínica de personas con **trastornos psicopatológicos diversos**, por lo que los resultados podrían ser diferentes en el caso de muestras de personas con un mismo perfil psicopatológico (por ejemplo, que incluyeran únicamente personas con trastornos de la conducta alimentaria, o trastornos depresivos) u otros problemas de salud física. En este sentido, nuestro objetivo era proporcionar instrumentos que permitan una aplicabilidad de amplio espectro y desde una perspectiva transdiagnóstica en contextos de salud mental, por lo que incluimos un amplio rango de trastornos mentales de las principales categorías diagnósticas.

Para finalizar, es preciso señalar la necesidad de continuar investigando acerca de las relaciones de las características de personalidad desde el AFFM y las estrategias de afrontamiento del estrés, con respecto a **otras variables relevantes** del proceso terapéutico, tales como la gravedad del problema, las preferencias respecto a un determinado

tratamiento o la respuesta al tratamiento en sí misma. El hecho de conocer dichas relaciones permitirá en un futuro cercano personalizar los tratamientos así como realizar hipótesis pronósticas sobre la evolución de un determinado paciente.

6. CONCLUSIONES

6 Conclusiones

A continuación presentamos un resumen de las principales conclusiones de este proyecto de investigación, que responden a las hipótesis planteadas en el apartado 3.

Estudio 1. Evaluación de la personalidad mediante el ZKPQ en el ámbito clínico de salud mental.

- Las propiedades psicométricas y la consistencia interna de las escalas del ZKPQ obtienen valores similares a los hallados en estudios previos, tanto en relación con muestras de población general como con otras muestras clínicas con patologías específicas.
- El perfil de personalidad de la muestra consiste en puntuaciones elevadas en las escalas Neuroticismo-Ansiedad y Agresión-Hostilidad, y puntuaciones bajas en Sociabilidad y Actividad, en comparación con una muestra de población general.
- Existen diferencias de género en el perfil de personalidad. Concretamente, las mujeres puntúan más alto en Neuroticismo-Ansiedad.

Estudio 2. Evaluación de las estrategias de afrontamiento mediante el COPE en el ámbito clínico de salud mental.

- La estructura interna del COPE no se replica en nuestra muestra de personas con psicopatología. Proponemos una nueva versión, con nueve escalas y mayor consistencia interna que la versión original española.
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas en una muestra clínica de personas con psicopatología son las centradas en las emociones y las de búsqueda de apoyo social. Igualmente, las estrategias de aceptación y crecimiento personal son utilizadas mayoritariamente por dicha muestra.
- Existen diferencias en las preferencias de utilización de las estrategias de afrontamiento entre hombres y mujeres; concretamente, los hombres utilizan más el consumo de tóxicos, mientras que las mujeres utilizan mayoritariamente las estrategias centradas en las emociones así como estrategias de tipo religioso.

Estudio 3. Relación entre personalidad y estrategias de afrontamiento en una muestra clínica.

- Las variables de personalidad se asocian con un patrón particular de afrontamiento.
 - La escala Neuroticismo-Ansiedad correlaciona positivamente con las escalas del COPE-48 Centrarse en las Emociones y Desahogarse y Negación, y negativamente con Aceptación y Crecimiento personal.
 - Actividad tiene una correlación positiva con Afrontamiento Activo del Problema.
 - Sociabilidad correlaciona positivamente con Búsqueda de Apoyo Social.
 - Impulsividad-Búsqueda de Sensaciones correlaciona positivamente con las escalas Consumo de alcohol o drogas y Negación.
 - Agresión-Hostilidad correlaciona positivamente con Centrarse en las Emociones y Desahogarse.
- Las variables de personalidad del modelo AFFM explican una parte relevante de la varianza de ciertas estrategias de afrontamiento, especialmente la de Centrarse en las Emociones y Desahogarse, Negación y Afrontamiento Activo del Problema.

Así pues, los tres estudios realizados han permitido responder a los objetivos planteados inicialmente en este proyecto, aportando datos sobre las propiedades psicométricas de dos instrumentos de evaluación clínica, así como información útil sobre las características de personalidad, las estrategias de afrontamiento y la relación entre ambas variables en una muestra de personas con psicopatología.

7. INVESTIGACIONES EN CURSO

7 Investigaciones en curso

Este proyecto de tesis se enmarca en una de las líneas de investigación del equipo de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB) denominado *Grup de Recerca i Estudis en Personalitat i Diferències Individuals* (GEPDI). Desde dicho grupo se llevan a cabo otras líneas de investigación utilizando el AFFM.

Siguiendo la misma línea de investigación de los trabajos anteriormente presentados, estamos realizando dos estudios longitudinales en el ámbito de la salud mental. **El primero** versa sobre los cambios en las estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología tras la realización de un entrenamiento en *mindfulness* de nueve semanas. Esperamos hallar un incremento en el uso de las estrategias de aceptación y aquellas focalizadas en el problema, así como una disminución en el uso de las estrategias centradas en la expresión de las emociones y en las estrategias de negación. **El segundo** estudio trata de examinar las dimensiones de personalidad relacionadas con la respuesta al tratamiento de un entrenamiento en *mindfulness*. Pretendemos estudiar qué variables de personalidad contribuyen a una mayor adherencia al tratamiento (asistencia a sesiones presenciales y realización de las tareas para casa) y a una mejor respuesta terapéutica (disminución de síntomas de ansiedad y depresión), con el fin de detectar aquellas personas que precisarán de estrategias terapéuticas adicionales para maximizar los beneficios del tratamiento. De este modo podremos dar continuidad a los estudios iniciados en el GEPDI y constatar la utilidad clínica de lo que hemos propuesto.

8. REFERENCIAS

8 Referencias

- Afshar, H., Roohafza, H.R., Keshteli, A.H., Mazaheri, M., Feizi, A., y Adibi, P. (2015). The association of personality traits and coping styles according to stress level. *International Journal of Research in Medical Sciences*, 20(4), 353-358.
- Albiol, S., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Vega, D., y Muro, A. (2014). Rasgos de personalidad (ZKPQ) en pacientes con fibromialgia: Un estudio de casos y controles. *Anales de Psicología*, 30(3), 937-943. doi: 10.6018/analesps.30.3.153791
- Allport, G.W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. New York: Holt.
- Allport, G.W. (1961). *Pattern and growth in personality*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- American Educational Research Association, American Psychological Association and National Council on Measurement in Education. (2014). *Standards for educational and psychological testing*. Washington: American Educational Research Association.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Amirkhan, J.H. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The coping strategy indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1066-1074. doi: 10.1037/0022-3514.59.5.1066
- Anastasi, A. (1992). What counselors should know about the use and interpretation of psychological tests. *Journal of Counseling and Development*, 70, 610-615. doi: 10.1002/j.1556-6676.1992.tb01670.x
- Aspinwall, L.G., y Taylor, S.E. (1997). A stitch in time: Self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121, 417-436. doi:10.1037/0033-2909.121.3.417
- Austin, J.T., y Vancouver, J.B. (1996). Goal constructs in psychology: Structure, process, and content. *Psychological Bulletin*, 120, 338-375.
- Axelsson, M. (2013). Report on personality and adherence to antibiotic therapy: A population-based study. *BioMed Central Psychology*, 1(1), 24. doi: 10.1186/2050-7283-1-24.
- Axelsson, M., Brink, E., Lundgren, J., y Lötvall, J. (2011). The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: An

- epidemiological study in West Sweden. *PLoS ONE*, 6(3), 1-7. doi: 10.1371/journal.pone.0018241
- Ball, S.A. (2004). Personality traits, disorders, and substance abuse. En R.M. Stelmarck (Ed.), *On the psychobiology of personality: Essays in Honor of Marving Zuckerman* (pp. 203-222). Amsterdam: Elsevier. doi: 10.1016/B978-008044209-9/50013-0
- Ball, S.A. (2005). Personality traits, problems, and disorders: Clinical applications to substance use disorders. *Journal of Research in Personality*, 39(1), 84-102. doi: 10.1016/j.jrp.2004.09.008
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barlow, D.H., Sauer-Zavala, S., Carl, J.R., Bullis, J.R., y Ellard, K.K. (2014). The nature, diagnosis, and treatment of neuroticism: Back to the future. *Clinical Psychological Science*, 2(3), 344-365. doi: 10.1177/2167702613505532
- Beutler, L.E., y Clarkin, J.F. (2013). *Systematic treatment selection: Toward targeted therapeutic interventions*. New York: Routledge.
- Beutler, L.E., Harwood, T.M., Kimpara, S., Verdirame, D., y Blau, K. (2011). Coping style. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 176-183. doi: 10.1002/jclp.20752
- Biase, D.V., y Zuckerman, M. (1967). Sex differences in stress responses to total and partial sensory deprivation. *Psychosomatic Medicine*, 29, 380-390.
- Bleidorn, W., Kandler, C., y Caspi, A. (2014). The behavioural genetics of personality development in adulthood: Classic, contemporary, and future trends. *European Journal of Personality*, 28, 244-255. doi: 10.1002/per.1957
- Blom, M.B., Spinhoven, P., Hoffman, T., Jonker, K., Hoencamp, E., Haffmans, P.M., y van Dyck, R. (2007). Severity and duration of depression, not personality factors, predict short term outcome in the treatment of major depression. *Journal of Affective Disorders*, 104, 119-126. doi: 10.1016/j.jad.2007.03.010
- Bolger, N., y Schilling, E. (1991). Personality and the problems of everyday life: The role of neuroticism in exposure and reactivity to daily stressors. *Journal of Personality*, 59, 335-386. doi: 10.1111/j.1467-6494.1991.tb00253.x
- Bolger, N., y Zuckerman, A. (1995). A framework for studying personality in the stress process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69, 890-902. doi: 10.1037/0022-3514.69.5.890
- Braithwaite, V. (2000). Contextual or general stress outcomes: Making choices through caregiving appraisals. *Gerontologist*, 40, 706-717. doi: 10.1093/geront/40.6.706

- Brown, E.J., Juster, H.R., Heimberg, R.G., y Winning, C.D. (1998). Stressful life events and personality styles: Relation to impairment and treatment outcome in patients with social phobia. *Journal of Anxiety Disorders*, 12, 233-251. doi: 10.1016/S0887-6185(98)00012-7
- Brown, M.M., Brown, A.A., y Jason, L.A. (2010). Illness duration and coping style in chronic fatigue syndrome. *Psychological Reports*, 106(2), 383-393. doi: 10.2466/pr0.106.2.383-393
- Brown, P.J., Read, J.P., y Kahler, C.W. (2003). Comorbid posttraumatic stress disorder and substance use disorders: Treatment outcomes and the role of coping. En P. Ouimette y P.J. Brown (Eds.), *Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders* (pp. 171-188). Washington: American Psychological Association.
- Camera, W.J. (1997). Use and consequences of assessments in the USA: Professional, ethical, and legal issues. *European Journal of Psychological Assessment*, 13, 140-152. doi: 10.1027/1015-5759.13.2.140
- Cannon, W.B. (1932). *The wisdom of the body*. New York: Norton.
- Carretero-Dios, H., y Pérez, C. (2007). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales: Consideraciones sobre la selección de tests en la investigación psicológica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 863-882.
- Carver, C.S., y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology* 61, 679-704. doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., y Scheier, M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control-theory approach to human behavior*. New York: Springer-Verlag. doi: 10.1007/978-1-4612-5887-2
- Carver, C.S., y Scheier, M.F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. doi: 10.1037/0022-3514.56.2.267
- Casado, F.D. (2002). Modelo de afrontamiento de Lazarus como heurístico de las intervenciones psicoterapéuticas. *Apuntes de Psicología*, 20(3). 403-414.

- Caspi, A., Roberts, B.W., y Shiner, R.L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annual Review of Psychology*, 56, 453-484. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.141913
- Chambers, D.A., Wang, P.S., y Insel, T.R. (2010). Maximizing efficiency and impact in effectiveness and services research. *General Hospital Psychiatry*, 32(5), 453-455. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.07.011
- Chamorro-Premuzic, T. (2011). *Personality and individual differences (3rd Ed.)*. London: Wiley.
- Cohen, F. (1987). Measurement of coping. En S.V. Kasl y C.L. Cooper (Eds.), *Stress and health: Issues in research methodology* (pp. 283-305). Chichester: John Wiley and Sons.
- Connor-Smith, J.K., y Flachsbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 1080-1107. doi: 10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Contrada R.J., Cather C., y O'Leary. A. (1999). Personality and health: Dispositions and processes in disease susceptibility and adaptation to illness. En L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 576-604). New York: The Guilford Press.
- Corchs, F., Corregiari, F., Ferrão, Y.A., Takakura, T., Mathis, M.E., Lopes, A.C., ... y Bernik, M. (2008). Personality traits and treatment outcome in obsessive-compulsive disorder. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(3), 246-250. doi: 10.1590/S1516-44462008000300012
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1985). *The NEO personality inventory manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1986). Personality stability and its implications for clinical psychology. *Clinical Psychology Review*, 6, 407-423. doi: 10.1016/0272-7358(86)90029-2
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1992a). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO Personality Inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5-13. doi: 10.1037/1040-3590.4.1.5
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1992b). Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.

- Costa, P.T., Terracciano, A., y McCrae, T.T. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 322-331. doi: 10.1037//0022-3514.81.2.322
- Costa, P.T., y Widiger, T.A. (1994). *Personality disorders and the five factor model of personality*. Washington: American Psychological Association.
- Crespo, M., y Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: Adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta, 23*, 797-830.
- Danner, D.D., Snowdon, D.A., y Friesen, W.V. (2001). Positive emotions in early life and longevity: Findings from the nun study. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 804-813. doi: 10.1037/0022-3514.80.5.804
- DeLongis, A., y Holtzman, S. (2005). Coping in context: The role of stress, social support, and personality in coping. *Journal of Personality, 73*, 1-24. doi: 10.1111/j.1467-6494.2005.00361.x
- DeLongis, A., y Newth, S. (2001). Coping with stress. En H.S. Friedman (Ed.), *Assessment and therapy: Specialty articles from the encyclopedia of mental health* (pp. 139-150). San Diego: Academic Press.
- Derryberry, D., Reed, M.A., y Pilkenton-Taylor, C. (2003). Temperament and coping: Advantages of an individual differences perspective. *Development and Psychopathology, 15*(4), 1049-1066. doi: 10.1017/S0954579403000439
- Dinzeo, T.J., y Docherty, N.M. (2007). Normal personality characteristics in schizophrenia: A review of the literature involving the FFM. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*, 421-429. doi: 10.1097/01.nmd.0000253795.69089.ec
- Doran, C.M. (2013). *The costs and benefits of interventions in the area of mental health: A rapid review*. New South Wales: Sax Institute.
- Dunkley, D.M., Ma, D., Lee, I.A., Preacher, K.J., y Zuroff, D.C. (2014). Advancing complex explanatory conceptualizations of daily negative and positive affect: Trigger and maintenance coping action patterns. *Journal of Counseling Psychology, 61*(1), 93-109. doi: 10.1037/a0034673
- Durbin, C.E., y Hicks, B.M. (2014). Personality and psychopathology: A stagnant field in need of development. *European Journal of Personality, 28*(4), 362-386. doi: 10.1002/per.1962

- Ejeby, K., Savitskij, R., Öst, L., Ekblom, A., Brandt, L., Ramnerö, J., ... y Backlund, L.G. (2014). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family Practice, 31*(3), 273-280. doi: 10.1093/fampra/cmu006
- Emmerik, A.A., Kamphuis, J.H., Noordhof, A., y Emmelkamp, P.M. (2011). Catch me if you can: Do the five-factor model personality traits moderate dropout and acute treatment response in post-traumatic stress disorder patients? *Psychotherapy and Psychosomatics, 80*, 386-388. doi: 10.1159/000329111
- Eysenck, H.J. (1947). *Dimensions of personality*. London: Routledge and Kegan Paul.
- Eysenck, H.J. (1967). *The biological basis of personality*. Springfield, MA: C.C. Thomas.
- Farber, M.J. (2013). *Transdiagnostic evidence-based therapy: A single treatment plan to measurably change coping abilities and symptoms of anxiety, depression, and stress across emotional disorders* (Tesis doctoral). Wright Institute Graduate School of Psychology, Berkeley.
- Farhall, J., y Gehrke, M. (1997). Coping with hallucinations: Exploring stress and coping framework. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 259-261. doi: 10.1111/j.2044-8260.1997.tb01411.x
- Fernández-Ballesteros, R. (2011). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos (2ªEd.)*. Madrid: Pirámide.
- Folkman, S., y Moskowitz, J.T. (2004). Coping: Pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology, 55*, 745-774. doi: 10.1146/annurev.psych.55.090902.
- Freud, S. (1933). *New introductory lectures on psychoanalysis*. New York: Norton.
- Freud, S. (1962). *The ego and the id*. New York: Norton. (originally published in 1923)
- Friedman, H.S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain Behavior and Immunity, 22*, 668-675. doi: 10.1016/j.bbi.2007.09.004
- Friedman, H.S., Kern, M.L., y Reynolds, C.A. (2010). Personality and health, subjective well-being, and longevity. *Journal of Personality, 78*, 179-215. doi: 10.1111/j.1467-6494.2009.00613.x
- Friedman, H.S., Tucker, J.S., Schwartz, J.E., Tomlinson-Keasey, C., Martin, L.R., Wingard, D.L., y Criqui, M.H. (1995). Psychosocial and behavioral predictors of longevity. *American Psychologist, 50*, 69-78. doi: 10.1037/0003-066X.50.2.69

- Gaddis, B.H., Foster, J.L., y Lemming, M.R. (2015). A comparative review of current practices in personality assessment norming. *International Journal of Selection and Assessment*, 23(1), 14-26. doi: 10.1111/ijsa.12091
- Gamez, W., Watson, D., y Doebbeling, B.N. (2007). Abnormal personality and the mood and anxiety disorders: Implications for structural models of anxiety and depression. *Journal of Anxiety Disorders*, 21, 526-539. doi: 10.1016/j.janxdis.2006.08.003
- Gárriz, M., Gutiérrez, F., Peri, J.M., Baillés, E., y Torrubia, R. (2015). Coping strategies within a personality space. *Personality and Individual Differences*, 80, 96-100. doi: 10.1016/j.paid.2015.02.024
- Giannoni-Pastor, A., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Fidel Kinori, S.G., Tasqué-Cebrián, R., Arguello, J.M., y Casas, M. (2015). Personality as a predictor of depression symptoms in burn patients: A follow-up study. *Burns*, 41(1), 25-32. doi: 10.1016/j.burns.2014.07.028
- Gilhooly, K.J., Gilhooly, M.L.M., Sullivan, M.P., McIntyre, A., Wilson, L., Harding, E., ... y Crutch, S. (2016). A meta-review of stress, coping and interventions in dementia and dementia caregiving. *BioMedCentral Geriatrics*, 16(106), 1-8. doi: 10.1186/s12877-016-0280-8
- Godoy, D., Godoy, J.F., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S., y Vázquez, L., (2008). Propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés (EAEAE). *Psicothema*, 20(1), 155-165.
- Gomà-i-Freixanet, M., y Valero, S. (2008). Spanish normative data of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a general population sample. *Psicothema*, 20(2), 324-330.
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Muro, A., y Albiol, S. (2008). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Psychometric properties in a sample of the general population. *Psychological Reports*, 103, 845-856. doi: 10.2466/pr0.103.3.845-856
- Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Puntí, J., y Zuckerman, M. (2004). Psychometric properties of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire in a Spanish sample. *European Journal of Psychological Assessment*, 20(2), 134-146. doi.org/10.1027/1015-5759.20.2.134
- Gomà-i-Freixanet, M., Wismeijer, A.J., y Valero, S. (2005). Consensual validity parameters of the Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Evidence from self-reports

- and spouse reports. *Journal of Personality Assessment*, *84*, 279-286. doi: 10.1207/s15327752jpa8403_07
- Gray, J.A. (1970). The psychophysiological basis of introversion-extraversion. *Behaviour Research and Therapy*, *8*, 249-266.
- Gray, J.A. (1982). *The neuropsychology of anxiety: An enquiry into the functions of the septo-hippocampal system*. Oxford: Oxford University Press.
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E., ... y CDBE2010Study Group. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, *21*(10), 718-779. doi: 10.1016/j.euroneuro.2011.08.008
- Gutiérrez, F., Peri, J.M., Torres, X., Caseras X., y Valdés, M. (2007). Three dimensions of coping and a look at their evolutionary origin. *Journal of Research in Personality*, *41*, 1032-1053. doi: 10.1016/j.jrp.2007.01.006
- Hayes, S.C., Strosahl, K., y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- Henriques-Calado, J., Duarte-Silva, M.E., Junqueira, D., Sacoto, C., y Keong, A.M. (2014). Five-factor model personality domains in the prediction of Axis II personality disorders: An exploratory study in late adulthood women non-clinical sample. *Personality and Mental Health*, *8*, 115-127. doi:10.1002/pmh.1250
- Hernández, A., Tomás, M.I., Ferreres, A., y Lloret, S. (2015). Tercera evaluación de test editados en España. *Papeles del Psicólogo*, *36*(1), 1-8.
- Higgins, E.T. (1996). Ideals, oughts, and regulatory focus: Affect and motivation from distinct pains and pleasures. En P.M. Gollwitzer y J.A. Bargh (Eds.), *The psychology of action: Linking cognition and motivation to behavior* (pp. 91-114). New York: Guilford Press.
- Hogan, R., Johnson, J., y Briggs, S. (1997). *Handbook of personality*. San Diego: Academic Press.
- Holahan, C.J., y Moos, R.H. (1987). Personal and contextual determinants of coping strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, *52*(5), 946-955. doi: 10.1037//0022-3514.52.5.946
- Holley, S.R., Pasch, L.A., Belohlavek, A.L., Adler, N.E., y Katz, P. (2014). The effect of coping styles on mental health outcomes for women receiving IVF treatment. *Fertility and Sterility*, *102*,(3 Suppl), e15-e16. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.07.060

- Hopwood, C.J., Quigley, B.D., Grilo, C.M., Sanislow, C.A., Mcglashan, T.H., Yen, S., ... y Morey, L.C. (2008). Personality traits and mental health treatment utilization. *Personality and Mental Health*, 2(4), 207–217. doi: 10.1002/pmh.51
- Huang, I-C., Lee, J.L., Ketheeswaran, P., Jones, C.M., Revicki, D.A., y Wu, A.W. (2017). Does personality affect health-related quality of life? A systematic review. *PLoS ONE* 12(3), e0173806. doi: 10.1371/journal.pone.0173806
- Hudek-Knežević, J., y Kardum, I. (1996). A model of coping with conflicts between occupational and family roles: Structural analysis. *Personality and Individual Differences*, 21(3), 355–372 doi: 10.1016/0191-8869(96)00055-4
- Ibáñez, C. (2013). La elaboración de interpretaciones en evaluación clínica. *Summa Psicológica UST*, 10(1), 131-142.
- Ibáñez, E., y Galdón, M.J. (1985). Una historia interminable de la psicología de la personalidad. En M.J. Báguena y A. Belloch (Eds.), *Extroversión, neuroticismo y dimensiones emocionales de la personalidad* (pp. 3-51). Valencia: Promolibro.
- Joireman, J., y Kuhlman, D.M. (2004). The Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire: Origin, development and validity of measure to assess an alternative five-factor model of personality. En R.M. Stelmack (Ed.), *On the psychobiology of personality: Essays in honour of Marvin Zuckerman* (pp. 49-65). Amsterdam: Elsevier.
- Jung, C.G. (1933). *Psychological types*. New York: Harcourt, Brace and World.
- Jung, C.G. (1960). *The structure and dynamics of the psyche, collected works (Vol. 8)*. Princeton: Princeton University Press. (originally published in 1926)
- Jylhä, P., Melartina, T., y Isometsä, E. (2009). Relationships of neuroticism and extraversion with axis I and II comorbidity among patients with DSM-IV major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 114, 110-121. doi: 10.1016/j.jad.2008.06.011
- Kallasmaa, T., y Pulver, A. (2000). The structure and properties of the Estonian COPE inventory. *Personality and Individual Differences*, 29, 881-894. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00240-8
- Kardum, I., y Krapic, N. (2001). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30, 503-515. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00041-6

- Kashdan, T.B. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review, 30*(7), 865–878. doi: 10.1016/j.cpr.2010.03.001
- Kazdin, A.E. (1992). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10109-000
- Kern, M.L., y Friedman, H.S. (2008). Do conscientious individuals live longer? A quantitative review. *Health Psychology, 27*, 505-512. doi: 10.1037/0278-6133.27.5.505
- Kim, S.Y., Stewart, R., Bae, K.Y., Kim, S.W., Shin, I.S., Hong, Y.J., ... y Kim, J.M. (2016). Influences of the Big Five personality traits on the treatment response and longitudinal course of depression in patients with acute coronary syndrome: A randomised controlled trial. *Journal of Affective Disorders, 203*, 38-45. doi: 10.1016/j.jad.2016.05.071
- Koh, J.S., Ko, H.J., Cho, K.J., Kim J.C., Lee, S.J., y Pae, C.U. (2014). The association between personality traits and treatment outcomes in Korean patients with lower urinary tract symptoms suggestive of benign prostatic hyperplasia (LUTS/BPH): A preliminary study. *General Hospital Psychiatry, 36*(5), 545-548. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2014.05.015
- Koh, J.S., Ko, H.J., Wang, S.M., Cho, K.J., Kim, J.C., Lee, S.J., ... y Serretti, A. (2014). The association of personality traits on treatment outcomes in patients with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: An exploratory study. *Journal of Psychosomatic Research, 76*(2), 127-133. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.11.004
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., y Watson, D. (2010). Linking “big” personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin, 136*(5), 768–821. doi: 10.1037/a0020327
- Lahey, B.B. (2009). Public health significance of neuroticism. *American Psychologist, 64*(4), 241-256. doi: 10.1037/a0015309
- Lamers, S.M.A., Westerhof, G.J., Kovács, V., y Bohlmeijer, E.T. (2012). Differential relationships in the association of the big five personality traits with positive mental health and psychopathology. *Journal of Research in Personality, 46*, 517-524. doi: 10.1016/j.jrp.2012.05.012
- Lazarus, R.S. (1990). Theory-based stress measurement. *Psychological Inquiry, 1*(1), 3-13. doi: 10.1207/s15327965pli0101_1

- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, *1*, 141-170. doi: 10.1002/per.2410010304
- Levin, C., Ilgen, M., y Moos, R. (2007). Avoidance coping strategies moderate the relationship between self-efficacy and 5-year alcohol treatment outcomes. *Psychology of Addictive Behaviors*, *21*(1), 108-113. doi: 10.1037/0893-164X.21.1.108
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A., y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family carers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *139*(1), 1-11. doi: 10.1016/j.jad.2011.05.055
- Litman, J.A. (2006). The COPE inventory: Dimensionality and relationships with approach- and avoidance-motives and positive and negative traits. *Personality and Individual Differences*, *41*, 273-284. doi: 10.1016/j.paid.2005.11.032
- Lundqvist, L.O., y Ahlström, G. (2006). Psychometric evaluation of the ways of coping questionnaire as applied to clinical and nonclinical groups. *Journal of Psychosomatic Research*, *60*(5), 485-93. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.08.019
- Lyne, K., y Roger, D. (2000). A psychometric re-assessment of the COPE questionnaire. *Personality and Individual Differences*, *29*, 321-335. doi: 10.1016/S0191-8869(99)00196-8
- Maher, B.A., y Maher, W.B. (1994). Personality and psychopathology: A historical perspective. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*, 72-77. doi: 10.1037/0021-843X.103.1.72
- Malouff, J.M., Thorsteinsson, E.B., y Schutte, N.S. (2005). The relationship between the five-factor model of personality and symptoms of clinical disorders: A meta-analysis. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *27*, 101-114. doi: 10.1007/s10862-005-5384-y
- Martínez Ortega, Y., Bosch, R., Gomà-i-Freixanet, M., Valero, S., Ramos-Quiroga, J.A., Nogueira, M., y Casas, M. (2010). Variables diferenciales de personalidad en los subtipos de TDAH en la edad adulta. *Psicothema*, *22*(2), 236-241.
- Matud, M.P. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, *37*, 1401-1415. doi:10.1016/j.paid.2004.01.010

- Matud, M.P., Bethencourt, J.M., y Ibáñez, I. (2015). Gender differences in psychological distress in Spain. *International Journal of Social Psychiatry*, 61(6), 560-568. doi: 10.1177/0020764014564801
- Mayordomo-Rodríguez, T., Meléndez-Moral, J.C., Viguer-Segui, P., y Sales-Galán, A. (2015). Coping strategies as predictors of well-being in youth adult. *Social Indicators Research*, 122(2), 479-489. doi: 10.1007/s11205-014-0689-4
- McCrae, R.R., y Costa, P.T. (1999). A five-factor theory of personality. En L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 139-153). New York: Guilford.
- McCrae, R.R., y Costa Jr., P.T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405. doi: 10.1111/j.1467-6494.1986.tb00401.x
- McHugh, R.K., Whitton, S.W., Peckham, A.D., Welge, J.A., y Otto, M.W. (2013). Patient preference for psychological vs. pharmacological treatment of psychiatric disorders: A meta-analytic review. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 74(6), 595–602. doi: 10.4088/JCP.12r07757
- Milanlioglu, A., Özdemir, P.G., Cilingir, V., Gülec, T.C. Aydin, M.N., y Tombul, T. (2014). Coping strategies and mood profiles in patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 72(7), 490-495. doi: 10.1590/0004-282X20140089
- Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., y Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119, 322-348. doi: 10.1037/0033-2909.119.2.322
- Mineka, S., Watson, D.W., y Clark, L.A. (1998). Psychopathology: Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412. doi: 10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Moorey, S., Frampton, M., y Greer, S. (2003). The cancer coping questionnaire: A self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour. *Psychooncology*, 12, 331-344. doi: 10.1002/pon.646
- Moos, R.H., y Holahan, C.J. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1387-1403. doi: 10.1002/jclp.10229

- Moos, R.H., y Schaefer, J.A. (1993). Coping resources and processes: Current concepts and measures. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), *Handbook of stress: Theoretical and clinical aspects* (pp. 234-257). New York: Free Press.
- Morán, C., Landero, R., y González, M.T. (2010). COPE-28: A Psychometric analysis of the Spanish version of the brief COPE. *Universitas Psychologica* 9, 543-552.
- Moreland, K.L., Eyde, L.D., Robertson, G.J., Primoff, E.S., y Most, R.B. (1995). Assessment of test user qualifications: A research-based measurement procedure. *American Psychologist*, 50, 14-23. doi: 10.1037/0003-066X.50.1.14
- Morling, B., y Evered, S. (2006). Secondary control reviewed and defined. *Psychological Bulletin*, 132, 269-296. doi: 10.1037/0033-2909.132.2.269
- Muhonen, T., y Torkelson, E. (2001) Swedish version of the COPE inventory. *Lund Psychological Reports*, 1(2), 1-15.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J.R. (2000). La utilización de los tests en España. *Papeles del Psicólogo* 76, 41-49.
- Muñiz, J., y Fernández-Hermida, J.R. (2010). La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los tests. *Papeles del Psicólogo* 31(1), 108-121.
- Muñiz, J., Fernández-Hermida, J.R., Fonseca-Pedrero, E., Campillo-Álvarez, A., y Peña-Suárez, E. (2011). Evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 32(2), 113-128.
- Muñiz, J., Hernández, A., y Ponsoda, V. (2015). Nuevas directrices sobre el uso de los tests: Investigación, control de calidad y seguridad. *Papeles del Psicólogo*, 36(3), 161-173.
- Muñoz, M., Roa, A., Pérez, E., Santos-Olmo, A., y de Vicente, A. (2002). *Instrumentos de evaluación en salud mental*. Madrid: Pirámide.
- Murberg, T.A., Bru, E., y Stephens, P. (2002). Personality and coping among congestive heart failure patients. *Personality and Individual Differences*, 32, 775-784. doi: 10.1016/S0191-8869(01)00081-2
- National Institute of Mental Health. (2008). *Strategic plan* (Publication No. 08-6368). Retrieved 10 January 2015, from NIMH Web site: http://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/nimh_strategic_plan_2008_33976.pdf
- National Institute of Mental Health. (2015). *Strategic plan for research* (Publication No. 15-6368). Retrieved 10 February 2017, from NIMH Web site:

- https://www.nimh.nih.gov/about/strategic-planning-reports/nimh_strategicplanforresearch_508compliant_corrected_final_149979.pdf
- Neeleman, J., Bijl, R., y Ormel, J. (2004). Neuroticism, a central link between somatic and psychiatric morbidity: Path analysis of prospective data. *Psychological Medicine*, 34(3), 521-531.
- Newby, J.M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., y Dalglish, T. (2015). Systematic review and meta-analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, 40, 91-110. doi: 10.1016/j.cpr.2015.06.002
- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical Psychology Review*, 24(8), 981-1010.
- Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A.S., McCallum, M., y Rosie, J.S. (2003). NEO-five factor personality traits as predictors of response to two forms of group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 53, 417-442. doi: 10.1521/ijgp.51.4.525.51307
- Ormel, J., Bastiaansen, J.A., Riese, H., Bos, E.H., Servaas, M., Ellenbogen, M., ... y Aleman, A. (2013). The biological and psychological basis of neuroticism: Current status and future directions. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 37(1), 59-72. doi: 10.1016/j.neubiorev.2012.09.004
- Ormel, J., Rosmalen, J., y Farmer, A. (2004). Neuroticism: A non-informative marker of vulnerability to psychopathology. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 906-912. doi:10.1007/s00127-004-0873-y
- Oxman, T.E., Hegel, M.T., Hull, J.G., y Dietrich, A.J. (2008). Problem-solving treatment and coping styles in primary care for minor depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 933-943. doi: 10.1037/a0012617
- Ozer, D.J., y Benet-Martínez, V. (2006). Personality and the prediction of consequential outcomes. *Annual Review of Psychology*, 57, 401-421. doi: 10.1146/annurev.psych.57.102904.190127
- Parés-Badell, O., Barbaglia, G., Jerinic, P., Gustavsson, A., Salvador-Carulla, L., y Alonso, J. (2014). Cost of disorders of the brain in Spain. *PLoS ONE* 9(8): e105471. doi:10.1371/journal.pone.0105471

- Parkes, K.R. (1986). Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51(6), 1277-1292. doi: 0.1037/0022-3514.51.6.1277
- Pascual, J.C., Soler, J., Baiget, M., Cortés, A., Menoyo, A., Barrachina, J., ... y Pérez, V. (2007). Association between the serotonin transporter gene and personality traits in borderline personality disorder patients evaluated with Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ). *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35, 382-386.
- Pearlin, L.I. (1999). Stress and mental health: A conceptual overview. En A.V. Horowitz y T.L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 161-175). Cambridge: Cambridge University Press.
- Pelechano, V. (1993). *Personalidad: Un enfoque histórico-conceptual*. Valencia: Promolibro.
- Peñate, W. (2008). Psicología clínica y psicodiagnóstico: Sobre la vigencia del modelo de evaluación conductual. *Análisis y Modificación de Conducta*, 34(150-151), 95-125.
- Pervin, L.A. (1983). The stasis and flow of behavior: Toward a theory of goals. En M.M. Page y R. Dienstbier (Eds.), *Nebraska symposium on motivation (Vol. 31)*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Peterson, R.A. (2001). On the use of college students in social science research: Insights from a second order meta-analysis. *Journal of Consumer Research*, 28(3), 450-461.
- Ponsoda, V., y Hontangas, P. (2013). Segunda evaluación de tests editados en España. *Papeles del Psicólogo*, 24, 82-90.
- Powers, D.V., Gallagher-Thompson, D., y Kraemer, H.C. (2003). Coping and depression in Alzheimer's caregivers: Longitudinal evidence of stability. *The Journals of Gerontology, Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 57, 205-211. doi: 10.1093/geronb/57.3.P205
- Pozzi, G., Frustaci, A., Tedeschi, D., Solaroli, S., Grandinetti, P., Di Nicola, y M., Janiri, L. (2015). Coping strategies in a sample of anxiety patients: Factorial analysis and associations with psychopathology. *Brain and Behavior*, 5(8), e00351. doi: 10.1002/brb3.351
- Prieto, G., y Muñoz, J. (2000). Un modelo para evaluar la calidad de los tests utilizados en España. *Papeles del Psicólogo*, 77, 65-71.

- Quilty, L.C., De Fruyt, F., Rolland, J.P., Kennedy, S.H., Rouillon, P.F., y Bagby, R.M. (2008). Dimensional personality traits and treatment outcome in patients with major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *108*, 241-250. doi: 10.1016/j.jad.2007.10.022
- Quilty, L.C., Meusel, L.A.C., y Bagby, R.M. (2008). Neuroticism as a mediator of treatment response to SSRIs in major depressive disorder. *Journal of Affective Disorders*, *111*, 67-73. doi: 10.1016/j.jad.2008.02.006
- Ramos-Grille, I., Gomà-i-Freixanet, M., Aragay, N., Valero, S., y Vallès, V. (2015). Predicting treatment failure in pathological gambling: The role of personality traits. *Addictive Behaviors*, *43*, 54-59. doi:10.1016/j.addbeh.2014.12.010
- Rasmussen, N.H., Agerter, D.C., Bernard, M.E., y Cha, S.S. (2010). Coping style in primary care adult patients with abridged somatoform disorders. *Mental Health in Family Medicine*, *7*(4), 197-207.
- Ring, J., y Vázquez, C. (1993). *The coping inventory of depression*. California School of Professional Psychology and Facultad de Psicología UCM.
- Rodríguez, L., Cano, F.J., y Blanco, A. (2004). Evaluación de las estrategias de afrontamiento del dolor crónico. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *32*(2), 82-91.
- Rogers, C.R. (1959). A theory of therapy, personality and interpersonal relationships as developed in the client-centered framework. En S. Koch (Ed.), *Psychology: A study of a science. Vol. 3: Formulations of the person and the social context* (pp. 184-256). New York: McGraw Hill.
- Rogers, C.R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rosellini, A.J., y Brown, T.A. (2011). The NEO Five-Factor Inventory: Latent structure and relationships with dimensions of anxiety and depressive disorders in a large clinical sample. *Assessment*, *18*, 27-38. doi:10.1177/10731911110382848
- Roth, S., y Cohen, L.J. (1986). Approach, avoidance, and coping with stress. *American Psychologist*, *41*, 813-819.
- Rovira, T., Fernández-Castro, J., y Edo, S. (2005). Antecedents and consequences of coping in the anticipatory stage of an exam: A longitudinal study emphasizing the role of affect. *Anxiety, Stress and Coping*, *18*(3), 209-225. doi: 10.1080/10615800500134654

- Sáez-Francàs, N., Valero, S., Calvo, N., Gomà-i-Freixanet, M., Alegre, J., Fernández de Sevilla, T., y Casas, M. (2014). Chronic fatigue syndrome and personality: A case-control study using the Alternative Five Factor Model. *Psychiatry Research*, 216(3), 373-378. doi: 10.1016/j.psychres.2014.02.031
- Scheier, M.E, y Carver, C.S. (1988). A model of behavioral self-regulation: Translating intention into action. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (pp. 303-346). New York: Academic Press.
- Schmeiser, C.B. (1992). Ethical codes in the professions: Educational measurement. *Issues and Practice*, 11(3), 5-11. doi: 10.1111/j.1745-3992.1992.tb00243.x
- Schwarzer, R., y Schwarzer, C. (1996). A critical survey of coping instruments. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of Coping: Theory, Research, Applications* (pp. 107-132). New York: Wiley.
- Seyle, H. (1956). *The stress of live*. New York: McGraw-Hill.
- Skinner, E.A., Edge, K., Altman, J., y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129, 216-269. doi: 10.1037/0033-2909.129.2.216
- Sica, C., Novara, C., Dorz, S., y Sanavio, E. (1997). Coping Orientations to Problems Experienced: Traduzione e adattamento italiano. *Bollettino di Psicologia Applicata*, 223, 25-34.
- Smith T.W., y MacKenzie J. (2006). Personality and risk of physical illness. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2, 435-467. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095257
- Solano, M. (2013). *Relaciones entre el dolor por artritis reumatoide con el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos* (Tesis de maestría). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Solberg Nes, L., y Segerstrom, S.C. (2006). Dispositional optimism and coping: A meta-analytic review. *Personality and Social Psychology Review*, 10(3), 235-251. doi 10.1207/s15327957pspr1003_3
- Somerfield, M.R., y McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research: Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55(6), 620-625. doi: 10.1037/0003-066X.55.6.620
- Spores, J.M. (2012). *Clinician's guide to psychological assessment and testing, with forms and templates for effective practice*. New York: Springer Publishing Company.

- Steinert, C., Klein, S., Leweke, F., y Leichsenring, F. (2015). Do personality traits predict outcome of psychodynamically oriented psychosomatic inpatient treatment beyond initial symptoms? *British Journal of Clinical Psychology, 54*, 109-125.
- Stotts, V.N. (2009). *Pathways to obesity in women: The role of coping and emotional eating* (Tesis doctoral). University at Albany, New York.
- Suls, J., David, J.P., y Harvey, J.H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality, 64*, 711-735. doi: 10.1111/j.1467-6494.1996.tb00942.x
- Terry, D.J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology, 66*(5), 895-910. doi: 10.1037/0022-3514.66.5.895
- Thomas, S.F., y Marks, D.F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology, 4*(3), 231-237. doi: 10.1002/pon.2960040309
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., y Reynolds, R.V.C. (1984). *User's manual for the coping strategies inventory*. Athens OH: Ohio University, Department of Psychology.
- Trull, T.J., y Sher, K.J. (1994). Relationship between the five factor model of personality and axis I disorders in a nonclinical sample. *Journal of Abnormal Psychology, 103*, 350-360.
- Uliaszek, A.A., Zinbarg, R.E., Mineka, S., Craske, M.G., Sutton, J.M., Griffith, J.W., ... y Hammen, C. (2010). The role of neuroticism and extraversion in the stress-anxiety and stress-depression relationships. *Anxiety, Stress, and Coping, 23*(4), 363-381. doi: 10.1080/10615800903377264
- Vacc, N.A., Juhnke, G.A., y Nilsen, K. (2001). Community mental health service providers' codes of ethics and the standards for educational and psychological testing. *Journal of Counseling and Development, 79*(2), 217-224. doi: 10.1002/j.1556-6676.2001.tb01963.x.2001
- Valero, S., Daigre, C., Rodríguez-Cintas, L., Barral, C., Gomà-i-Freixanet, M., Ferrer, M., ... y Roncero, C. (2014). Neuroticism and impulsivity: Their hierarchical organization in the personality characterization of drug-dependent patients from a decision tree learning perspective. *Comprehensive Psychiatry, 55*(5), 1227-1233. doi: 10.1016/j.comppsy.2014.03.021
- Valero, S., Ramos-Quiroga, J.A., Gomà-i-Freixanet, M., Bosch, R., Gómez-Barrio, N., Nogueira, M., ... y Casas, M. (2012). Personality profile of adult ADHD: The

- alternative five factor model. *Psychiatry Research*, 198(1), 130-4. doi:10.1016/j.psychres.2011.11.006
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 335-347. doi: 10.1111/1467-9450.00245
- Wang, W., Du, W., Liu, P., Liu, J., y Wang, Y. (2002). Five-factor personality measures in Chinese university students: Effects of one-child policy? *Psychiatry Research*, 109, 37-44. doi: 10.1016/S0165-1781(01)00361-4
- Watson, D., Clark, L.A., y Harkness, A.R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 18-31.
- Watson, D., Gamez, W., y Simms, L. J. (2005). Basic dimensions of temperament and their relation to anxiety and depression: A symptom-based perspective. *Journal of Research in Personality*, 39, 46-66. doi: 10.1016/j.jrp.2004.09.006
- Weaton, B. (1999). The nature of stressors. En A.V. Horowitz y T.L. Scheid (Eds.), *A handbook for the study of mental health: Social contexts, theories, and systems* (pp. 176-197). Cambridge: Cambridge University Press.
- Widiger, T.A., y Costa, P.T. (2002). Five-factor model personality disorder research. En P.T. Costa y T.A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (2nd ed., pp. 59-87). Washington, DC: American Psychological Association.
- Widiger, T.A., y Trull, T.J. (1992). Personality and psychopathology: An application of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 60, 363-393. doi: 10.1111/j.1467-6494.1992.tb00977.x
- Widiger, T.A., Verheul, R., y van den Brink, W. (1999). Personality and psychopathology. En L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (pp. 347-366). New York: Guilford.
- Wolff, H.G. (1950). Life stress and bodily disease: A formulation. En H.G. Wolff, S.G. Wolf y C.C. Hare (Eds.), *Life stress and bodily disease*. New York: Hafner.
- World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *The Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053
- Zeidner, M., y Saklofske, D.S. (1996). Adaptive and maladaptive coping. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 505-531). New York: Wiley.

- Zheng, H., Shufeng, W., Zhiyan, C., y Guoliang, Y. (2010). A validation study of the coping inventory (COPE). *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 18(1), 5-7.
- Zuckerman, M. (1984). Sensation seeking: A comparative approach to a human trait. *Behavioural and Brain Sciences*, 7, 413-471. doi: 10.1017/S0140525X00018938
- Zuckerman, M. (1985). Biological foundations of the sensation-seeking temperament. En J. Strelau, F.H. Farley y A. Gale (Eds.), *The biological bases of personality and behavior: Theories, measurement techniques, and development* (Vol. 1, pp. 97-112). Washington: Hemisphere.
- Zuckerman, M. (1991). *Psychobiology of personality*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M. (1992). What is a basic factor and which factors are basic? Turtles all way down. *Personality and Individual Differences*, 13, 675-681. doi: 10.1016/0191-8869(92)90238-K
- Zuckerman, M. (2002). Zuckerman-Kuhlman Personality Questionnaire (ZKPQ): An alternative five-factorial model. En B. De Raad y M. Perugini (Eds.), *Big five assessment* (pp. 377-396). Seattle: Hogrefe and Huber.
- Zuckerman, M. (2005). *Psychobiology of personality: Second Edition, revised and updated*. New York: Cambridge University Press.
- Zuckerman, M., y Gagne, M. (2003). The COPE revised: Proposing a 5-factor model of coping strategies. *Journal of Research in Personality*, 37(3), 169-204. doi:10.1016/S0092-6566(02)00563-9
- Zuckerman, M., y Haber, M.M. (1965). Need for stimulation as a source of stress response to perceptual isolation. *Journal of Abnormal Personality*, 70(5), 371-377. doi: 10.1037/h0022462
- Zuckerman, M., y Kuhlman, D.M. (2000). Personality and risk-taking: Common biosocial factors. *Journal of Personality*, 68(6), 999-1029. doi: 10.1111/1467-6494.00124
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., y Camac, C. (1988). What lies beyond E and N? Factor analyses of scales believed to measure basic dimensions of personality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(1), 96-107. doi: 10.1037/0022-3514.54.1.96
- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Joireman, J., Teta, P., y Kraft, M. (1993). A comparison of three structural models for personality: The big three, the big five, and the alternative five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65(4), 757-768. doi: 10.1037/0022-3514.65.4.757

- Zuckerman, M., Kuhlman, D.M., Thornquist, M., y Kiers H. (1991). Five (or three) robust questionnaire scale factors of personality without culture. *Personality and Individual Differences*, 12(9), 929-941. doi: 10.1016/0191-8869(91)90182-B
- Zuckerman, M., Levine, S., y Biase, D.V. (1964). Stress response in total and partial perceptual isolation. *Psychosomatic Medicine*, 26(3), 250-260. doi: 10.1097/00006842-196405000-00004
- Zuckerman, M., y Neeb, M. (1979). Sensation seeking and psychopathology. *Psychiatry Research*, 1, 255-264. doi: 10.1016/0165-1781(79)90007-6

9. ANEXOS

9 Anexos

9.1 Otras aportaciones científicas de los datos preliminares obtenidos en esta tesis doctoral

A continuación mostramos referenciadas otras contribuciones científicas presentadas a partir de los datos preliminares de esta tesis doctoral en distintas reuniones científicas internacionales.

2017

Martínez, Y., Arnau, A., Ribas, M., Català, Y., Badrenas, R. y Gomà-i-Freixanet, M. (noviembre, 2017). *COPE-48: Evaluación del afrontamiento en el ámbito clínico*. Sesión de cartel presentado en el X Congreso Internacional y XV Nacional de Psicología Clínica. Santiago de Compostela (España).

Gomà-i-Freixanet, M., Martínez, Y., Arnau, A., Català, Y., Badrenas, R., Ribas, M. (julio, 2017). *Personalidad y vulnerabilidad psicopatológica*. Comunicación libre presentada en el XXXVI Congreso Interamericano de Psicología. Mérida (México).

2016

Martínez, Y., Arnau, A., Ribas, M., Badrenas, R., Català, I., y Gomà-i-Freixanet, M. (noviembre, 2016). *Personalidad y Afrontamiento en personas con psicopatología*. Sesión de cartel presentado en el IX Congreso Internacional y XIV Nacional de Psicología Clínica. Santander (España).

Gomà-i-Freixanet, M. y Martínez, Y. (julio, 2016). *Personality profile in mental health patients*. Sesión de cartel presentado en el 31st International Congress of Psychology. Yokohama (Japón).

2014

Martínez, Y., Ribas, M., Català, Y., Badrenas, R. y Gomà-i-Freixanet, M. (noviembre, 2014). *Estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología*. Sesión de cartel presentado en el VII Congreso Internacional y XII Nacional de Psicología Clínica. Sevilla (España).

9.2 Hoja de información al participante

TÍTULO: CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PERSONAS ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVO DEL ESTUDIO

Solicitamos su participación en este proyecto de investigación que tiene el objetivo de profundizar en el conocimiento de las características de personalidad y los estilos de afrontamiento de las personas atendidas en una Consulta de Psiquiatría de Atención Primaria.

EXPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

La aceptación de participar en el estudio supone responder el cuestionario ZKPQ, el cuestionario COPE, así como la hoja de datos sociodemográficos.

BENEFICIOS

Es posible que no obtenga ningún beneficio directo de su participación en este estudio. No obstante, un mejor conocimiento de la personalidad y los estilos de afrontamiento podría beneficiar en un futuro a otras personas, y contribuir a una mejor evaluación diagnóstica y tratamiento. En todo caso, su participación en este estudio no supone ningún riesgo ni perjuicio para su salud.

PROTECCIÓN DE LOS DATOS

Su identidad no se comunicará en ningún caso, pues se registra de forma codificada. Los datos se almacenarán en una base de datos informatizada, que permita su análisis. El acceso a esta información quedará restringido al personal directamente implicado en el estudio, De acuerdo con la Ley Orgánica de Protección de Datos, usted tiene derecho a acceder a sus datos personales y a su rectificación o cancelación. Si lo desea, puede solicitárselo a la persona responsable del estudio.

PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA

Usted tiene la libertad de aceptar o rechazar participar en este estudio. En cualquier caso, desde el Centro de Salud Mental se le ofrecerá la atención que necesite y la relación con el equipo que le atiende no se verá afectada. Asimismo, se puede retractar del consentimiento de participar en el estudio en cualquier momento.

MÁS INFORMACIÓN

En caso de que desee recibir más información sobre este estudio, puede ponerse en contacto con la persona responsable, Yolanda Martínez, en el *Centre de Salut Mental d'Adults (CSMA)* y/o en el teléfono 93.874.21.12 (ext. 3190).

9.3 Documento de consentimiento informado

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACEPTACIÓN VOLUNTARIA DE PARTICIPACIÓN EN EL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:

***“CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO
EN PERSONAS ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA”***

Yo,....., acepto libremente participar en el proyecto: ***“CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD Y AFRONTAMIENTO EN PERSONAS QUE ATENDIDAS EN UNA CONSULTA DE PSIQUIATRÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA”*** y declaro que:

1. He recibido y comprendido la información sobre el estudio.
2. He recibido una hoja informativa donde se explican las características del estudio.
3. Se me ha informado sobre los objetivos y beneficios derivados de mi participación.
4. Sé que mi participación es voluntaria y que puedo renunciar a este consentimiento en cualquier momento, sin necesidad de justificarlo y sin que ello repercuta en las atenciones sanitarias que reciba.

De conformidad con lo que establece la L.O. 15/1999, de 13 de Diciembre y de Protección de Datos de Carácter Personal (artículo 3, punto 6 del Real Decreto 223/2004), declaro haber sido informado/a de:

1. La existencia de un fichero o tratamiento de datos de carácter personal, de la finalidad de la recogida de estos y de los destinatarios de la información.
2. La identidad y dirección del responsable del fichero de datos.
3. La disponibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación y oposición, dirigiéndome por escrito al titular del fichero de datos.

Dejo constancia de que he obtenido la información que he requerido sobre el objetivo, procedimiento y beneficios de este estudio.

Fecha:

Firma del participante:

Firma del testigo:

9.4 Hoja de datos sociodemográficos

Por favor, responda las siguientes preguntas o marque con una cruz la opción que le corresponda a usted:

Edad: _ _

Sexo:

- Hombre
- Mujer

Estado civil:

- Soltero/a
- Casado/a ó vive en pareja
- Separado/a ó divorciado/a

Nivel de estudios

- Leer y escribir
- Primarios, EGB, Graduado Escolar
- Secundarios, FP, maestría, comercio...
- Universitarios (acabados o no)

País de nacimiento: _____

MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN

9.5 ZKPQ (Gomà-i-Freixanet, Valero, Puntí y Zuckerman, 2004)

ZKPQ

Por favor, cumplimente la siguiente información:

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ años

Sexo: Hombre Mujer

Estudios: _____

Fecha: _____

INSTRUCCIONES.

A continuación encontrará una lista de frases que hablan de diferentes sentimientos, pensamientos, deseos e intereses que pueden tener las personas. Deberá leer cada frase y decidir si le pasa o no lo que se expone en la frase. Debe contestar cada frase marcando la **V (Verdadero)** o la **F (Falso)** que hay al final. Para ello debe seguir los ejemplos siguientes:

Frases

- 1. Normalmente estoy nervioso. ~~X~~ ~~F~~
- 2. Me gusta ir al cine. V ~~X~~

La persona de este ejemplo ha señalado en la primera frase la **opción V**, eso quiere decir que la frase aplicada a él es **VERDADERA**. En la segunda frase ha señalado la **opción F** y eso indica que la frase aplicada a él es **FALSA**. Debe hacerlo igual, señale la **opción V** cuando su respuesta sea **VERDADERO**, señale la **opción F** cuando su respuesta sea **FALSO**, y si no puede decidirse no marque ninguna opción. Intente responder todas las frases y no piense demasiado en el significado exacto de cada una. No hay respuestas buenas o malas y por tanto cualquier opción es adecuada.

POR FAVOR, INTENTE RESPONDER TODAS LAS FRASES

1	Acostumbro a empezar una tarea nueva sin planificar mucho cómo la haré.	V	F
2	No me preocupan las cosas sin importancia.	V	F
3	Me divierte cuando alguien que no conozco está siendo humillado/a delante de los demás.	V	F
4	Nunca he conocido a alguien que no me haya gustado.	V	F
5	No me gusta perder el tiempo sentado/a y relajándome.	V	F
6	Generalmente pienso lo que voy a hacer antes de hacerlo.	V	F
7	No tengo mucha confianza en mí mismo/a o en mis habilidades.	V	F
8	Cuando me descontroló digo cosas que no debería decir.	V	F
9	En las fiestas, acostumbro a ser yo quien inicia las conversaciones.	V	F
10	Siempre he dicho la verdad.	V	F
11	Cuando estoy furioso digo "palabrotas".	V	F
12	No me importa salir solo/a y normalmente lo prefiero antes que ir con un grupo numeroso.	V	F
13	Llevo una vida más atareada que la mayoría de la gente.	V	F

14	Con frecuencia hago las cosas por el impulso del momento.	V	F
15	A menudo me siento intranquilo/a sin ninguna razón aparente.	V	F
16	Casi nunca ensucio las calles.	V	F
17	No me importaría estar solo/a en un sitio durante unos días sin ningún contacto humano.	V	F
18	Me gustan los trabajos complicados que requieren mucho esfuerzo y concentración.	V	F
19	Pocas veces pierdo mucho tiempo en detalles de planificación futura.	V	F
20	A veces me siento nervioso/a y tenso/a.	V	F
21	Pocas veces tengo la sensación de que me gustaría pegar a alguien.	V	F
22	Paso tanto tiempo como puedo con mis amigos/as.	V	F
23	No tengo mucha energía para las tareas más exigentes de la vida cotidiana.	V	F
24	Me gusta tener experiencias y sensaciones nuevas y excitantes, aunque sean un poco escalofriantes.	V	F
25	A menudo mi cuerpo está tenso sin ninguna razón aparente.	V	F
26	Siempre gano cuando juego.	V	F
27	Con frecuencia soy "el alma de la fiesta".	V	F
28	Me gustan más las tareas desafiantes que las rutinarias.	V	F
29	Antes de empezar una tarea complicada, la planifico cuidadosamente.	V	F
30	A menudo me siento emocionalmente alterado/a.	V	F
31	Si alguien me ofende, intento no pensar mucho en ello.	V	F
32	Nunca me he aburrido.	V	F
33	Me gusta estar haciendo cosas siempre.	V	F
34	Me gustaría hacer un viaje sin definir previamente ni su itinerario ni su duración.	V	F
35	Tiendo a ser muy sensible y me hieren fácilmente los comentarios y acciones irreflexivas de los demás.	V	F
36	En muchos establecimientos comerciales no te atienden a menos que empujes y te cueles delante de los demás.	V	F
37	No necesito tener un gran número de conocidos.	V	F
38	Puedo pasármelo bien estando tumbado/a y sin hacer nada activo.	V	F
39	Me encanta buscar situaciones nuevas donde no pueda predecir como acabarán las cosas.	V	F
40	Nunca me pierdo, incluso en lugares desconocidos para mí.	V	F
41	Me asusto fácilmente.	V	F
42	Si la gente me molesta, no dudo en decírselo.	V	F

43	Acostumbro a estar incomodo/a en las fiestas multitudinarias.	V	F
44	No siento la necesidad de estar haciendo siempre cosas.	V	F
45	Me gusta hacer cosas simplemente por la emoción que aportan.	V	F
46	Algunas veces tengo pánico.	V	F
47	Cuando estoy enfadado/a con alguien no trato de ocultárselo.	V	F
48	En las fiestas, me gusta mezclarme con mucha gente, tanto si la conozco como si no.	V	F
49	Me gustaría tener un trabajo que me proporcionase el máximo de tiempo libre.	V	F
50	Tiendo a cambiar de intereses/gustos frecuentemente.	V	F
51	A menudo creo que la gente que conozco es mejor que yo.	V	F
52	Nunca me enfado cuando alguien se me cuela mientras estoy haciendo cola.	V	F
53	Acostumbro a “salir de marcha” con mis amigos/as los jueves por la tarde-noche.	V	F
54	Generalmente parece que tengo prisa.	V	F
55	A veces me gusta hacer cosas que son un poco escalofriantes.	V	F
56	A veces, cuando estoy alterado/a emocionalmente, siento como si las piernas me fallasen.	V	F
57	Generalmente no digo “palabrotas” aunque esté muy enfadado/a.	V	F
58	Prefiero pasar el tiempo con los amigos/as que hacer algo solo.	V	F
59	Cuando estoy de vacaciones, prefiero practicar deportes activos que estar tumbado sin hacer nada.	V	F
60	Intentaré probarlo todo al menos una vez en la vida.	V	F
61	A menudo me siento inseguro/a de mí mismo.	V	F
62	Puedo perdonar con facilidad a la gente que me ha insultado o herido mis sentimientos.	V	F
63	No me importaría estar socialmente aislado/a en un lugar por un período de tiempo.	V	F
64	Me gusta quedar exhausto/a después de hacer un trabajo pesado o algún ejercicio duro.	V	F
65	Me gustaría llevar un tipo de vida en la que estuviera sin parar viajando, con mucho cambio y excitación.	V	F
66	Con frecuencia me preocupo por cosas que para los demás no tienen ninguna importancia.	V	F
67	Cuando los demás no están de acuerdo conmigo, no puedo evitar discutir con ellos.	V	F
68	Generalmente prefiero estar solo/a para poder hacer aquello que me gusta sin que nadie me distraiga.	V	F
69	Nunca he tenido problemas de comprensión cuando leo algo por primera vez.	V	F
70	A veces hago “locuras” sólo para divertirme.	V	F
71	Con frecuencia tengo problemas cuando tengo que elegir entre diferentes opciones.	V	F

72	Tengo un temperamento muy fuerte.	V	F
73	Nunca he perdido nada.	V	F
74	Me gusta estar activo/a tan pronto como me levanto por la mañana.	V	F
75	Me gusta explorar una ciudad o un barrio desconocido, aunque pueda perderme.	V	F
76	Mis músculos están tan tensos que me siento cansado/a la mayor parte del tiempo.	V	F
77	No puedo evitar ser un poco desagradable con la gente que no me cae bien.	V	F
78	Soy una persona muy sociable.	V	F
79	Prefiero los amigos/as que son encantadoramente impredecibles.	V	F
80	Con frecuencia tengo ganas de llorar sin ningún motivo aparente.	V	F
81	Siempre estoy a gusto, haga frío o calor.	V	F
82	Necesito sentir que soy parte vital de un grupo.	V	F
83	Me gusta estar siempre atareado/a.	V	F
84	Con frecuencia me dejo llevar por cosas e ideas nuevas y excitantes sin pensar en las posibles complicaciones.	V	F
85	No dejo que las cosas sin importancia me irriten.	V	F
86	Siempre tengo paciencia con los demás aunque me exasperen.	V	F
87	Generalmente prefiero hacer las cosas solo/a.	V	F
88	Puedo disfrutar haciendo actividades rutinarias que no requieran mucha concentración o esfuerzo.	V	F
89	Soy una persona impulsiva.	V	F
90	Con frecuencia me siento incómodo/a y a disgusto conmigo mismo/a sin ninguna razón aparente.	V	F
91	A menudo discuto con los demás.	V	F
92	Probablemente paso más tiempo del que debería con los amigos/as.	V	F
93	No me molesta que alguien se aproveche de mí.	V	F
94	Cuando hago cosas, las hago con mucha energía.	V	F
95	Me gustan las fiestas desenfundadas y desinhibidas.	V	F
96	Después de comprar algo, a menudo me preocupo de si he tomado la decisión correcta o equivocada.	V	F
97	Cuando los demás me levantan la voz, yo les replico.	V	F
98	Tengo más amigos/as que la mayoría de la gente.	V	F
99	A menudo los demás me aconsejan que me lo tome con más calma.	V	F

POR FAVOR, VERIFIQUE QUE HA CONTESTADO TODAS LAS FRASES

9.6 COPE (Crespo y Cruzado, 1997)

Nombre y apellidos
 Edad: años
 Género: Varón Mujer
 Estudios:

COPE

Instrucciones: Estamos interesados en cómo reaccionan las persona cuando se enfrentan a problemas o acontecimientos estresantes. Hay muchas formas de intentar manejar el estrés. Este cuestionario pregunta sobre lo que usted generalmente hace y siente cuando se encuentra con acontecimientos estresantes. Por supuesto, diferentes acontecimientos provocan diferentes reacciones, pero piense en lo que *normalmente* hace cuando se encuentra bajo un estrés intenso.

Responda a cada una de las siguientes afirmaciones utilizando una de las cuatro opciones que se le ofrecen abajo, por favor, trate de responder a cada pregunta *separándola mentalmente de las demás preguntas*. Escoja sus respuestas cuidadosamente, y responda lo que es verdad **PARA USTED**. Responda *todas* las preguntas. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", así que escoja la respuesta más aplicable a USTED, sin pensar en lo que "muchas gente" podría decir o hacer. **Indique lo que USTED hace normalmente cuando experimenta un acontecimiento estresante.**

ESCALA DE PUNTUACIONES:					
1 = No lo hago nunca		No lo hago nunca	Lo hago pocas veces	Lo hago bastantes	Lo hago muchas veces
2 = Lo hago pocas veces					
3 = Lo hago bastantes veces					
4 = Lo hago muchas veces					
1.	Intento desarrollarme como persona como resultado de la experiencia.	1	2	3	4
2.	Me vuelco en el trabajo o en otras actividades sustitutivas para apartar cosas de mi mente.	1	2	3	4
3.	Me altero y dejo que mis emociones afloren.	1	2	3	4
4.	Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.	1	2	3	4
5.	Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.	1	2	3	4
6.	Me digo a mi mismo: "esto no es real".	1	2	3	4
7.	Confío en Dios.	1	2	3	4
8.	Me río de la situación.	1	2	3	4
9.	Admito que no puedo hacerle frente y dejo de intentarlo.	1	2	3	4
10.	Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.	1	2	3	4
11.	Hablo de mis sentimientos con alguien.	1	2	3	4
12.	Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.	1	2	3	4
13.	Me acostumbro a la idea de lo que pasó.	1	2	3	4
14.	Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.	1	2	3	4
15.	Evito distraerme con otros pensamientos o actividades.	1	2	3	4
16.	Sueño despierto con cosas diferentes de ésta.	1	2	3	4
17.	Me altero y soy realmente consciente de ello.	1	2	3	4
18.	Busco la ayuda de Dios.	1	2	3	4
19.	Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
20.	Hago bromas sobre ello.	1	2	3	4
21.	Acepto que esto ha pasado y que se puede cambiar.	1	2	3	4
22.	Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
23.	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.	1	2	3	4
24.	Simplemente dejo de intentar alcanzar mi objetivo.	1	2	3	4

ESCALA DE PUNTUACIONES:		No lo hago nunca	Lo hago pocas veces	Lo hago bastantes	Lo hago muchas
	1 = No lo hago nunca 2 = Lo hago pocas veces 3 = Lo hago bastantes veces 4 = Lo hago muchas veces				
25	Tomo medidas adicionales para intentar hacer desaparecer el problema.	1	2	3	4
26	Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas.	1	2	3	4
27	Me niego a creer que ha sucedido.	1	2	3	4
28	Dejo aflorar mis sentimientos.	1	2	3	4
29	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.	1	2	3	4
30	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.	1	2	3	4
31	Duermo más de lo habitual.	1	2	3	4
32	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.	1	2	3	4
33	Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario dejo otras cosas un poco de lado.	1	2	3	4
34	Consigo el apoyo y comprensión de alguien.	1	2	3	4
35	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.	1	2	3	4
36	Bromeo sobre ello.	1	2	3	4
37	Renuncio a conseguir lo que quiero.	1	2	3	4
38	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.	1	2	3	4
39	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.	1	2	3	4
40	Finjo que no ha sucedido.	1	2	3	4
41	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.	1	2	3	4
42	Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.	1	2	3	4
43	Voy al cine o veo la televisión para pensar menos en ello.	1	2	3	4
44	Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.	1	2	3	4
45	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.	1	2	3	4
46	Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.	1	2	3	4
47	Llevo a cabo una acción directa en torno al problema .	1	2	3	4
48	Intento encontrar alivio en mi religión.	1	2	3	4
49	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.	1	2	3	4
50	Hago bromas sobre la situación.	1	2	3	4
51	Reduzco la cantidad de esfuerzo que pongo en marcha para resolver el problema.	1	2	3	4
52	Hablo con alguien de cómo me siento.	1	2	3	4
53	Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
54	Aprendo a vivir con ello	1	2	3	4
55	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.	1	2	3	4
56	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.	1	2	3	4
57	Actúo como si nunca hubiera sucedido.	1	2	3	4
58	Hago lo que ha de hacerse, paso a paso.	1	2	3	4
59	Aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
60	Rezo más de lo habitual.	1	2	3	4

9.7 COPE-48 (Martínez, Gomà-i-Freixanet y Fornieles, 2016)

COPE-48

Nombre y apellidos
 Edad: años
 Género: Varón Mujer
 Estudios:

Instrucciones: Estamos interesados en cómo reaccionan las persona cuando se enfrentan a problemas o acontecimientos estresantes. Hay muchas formas de intentar manejar el estrés. Este cuestionario pregunta sobre lo que *usted* generalmente hace y siente cuando se encuentra con acontecimientos estresantes. Por supuesto, diferentes acontecimientos provocan diferentes reacciones, pero piense en lo que *normalmente* hace cuando se encuentra bajo un estrés intenso.

Responda a cada una de las siguientes afirmaciones utilizando una de las cuatro opciones que se le ofrecen abajo, por favor, trate de responder a cada pregunta *separándola mentalmente de las demás preguntas*. Escoja sus respuestas cuidadosamente, y responda lo que es verdad PARA USTED. Responda *todas* las preguntas. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", así que escoja la respuesta más aplicable a USTED, sin pensar en lo que "mucha gente" podría decir o hacer. **Indique lo que USTED hace normalmente cuando experimenta un acontecimiento estresante.**

		Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muy a menudo
1	Concentro mis esfuerzos en hacer algo acerca de ello.				
2	Elaboro un plan de acción.				
3	Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.				
4	Me centro en hacer frente a este problema, y si es necesario deixo otras cosas un poco de lado.				
5	Intento firmemente evitar que otras cosas interfieran con mis esfuerzos por hacer frente a esto.				
6	Llevo a cabo una acción directa en torno al problema.				
7	Dejo de lado otras actividades para concentrarme en esto.				
8	Medito profundamente acerca de qué pasos tomar.				
9	Hago lo que ha de hacerse, paso a paso.				
10	Utilizo alcohol o drogas para hacerme sentir mejor.				
11	Intento perderme un rato bebiendo alcohol o consumiendo drogas.				
12	Bebo alcohol o tomo drogas para pensar menos en ello.				
13	Utilizo alcohol o drogas para ayudarme a superarlo.				
14	Me altero y deixo que mis emociones afloren.				
15	Me altero y soy realmente consciente de ello.				
16	Dejo aflorar mis sentimientos.				
17	Siento mucho malestar emocional y termino por expresar ese malestar.				
18	Intento conseguir consejo de alguien sobre qué hacer.				
19	Hablo de mis sentimientos con alguien.				

		Nunca	Pocas veces	Bastantes veces	Muy a menudo
20	Hablo con alguien para averiguar más acerca de la situación.				
21	Intento conseguir apoyo emocional de amigos o familiares.				
22	Hablo con alguien que pueda hacer algo concreto acerca del problema.				
23	Consigo el apoyo y comprensión de alguien.				
24	Pregunto a personas que han tenido experiencias similares qué hicieron.				
25	Hablo con alguien de cómo me siento.				
26	Me río de la situación.				
27	Hago bromas sobre ello.				
28	Bromeo sobre ello.				
29	Hago bromas de la situación.				
30	Confío en Dios.				
31	Busco la ayuda de Dios.				
32	Intento encontrar alivio en mi religión.				
33	Rezo más de lo habitual.				
34	Me digo a mí mismo: "esto no es real".				
35	Me niego a creer que ha sucedido.				
36	Finjo que no ha sucedido realmente.				
37	Actúo como si nunca hubiera sucedido.				
38	Me disuado a mí mismo de hacer algo demasiado rápidamente.				
39	Demoro hacer algo acerca de ello hasta que la situación lo permita.				
40	Me aseguro de no empeorar las cosas por actuar precipitadamente.				
41	Me obligo a esperar el momento adecuado para hacer algo.				
42	Acepto que esto ha pasado y que no se puede cambiar.				
43	Intento verlo de manera diferente para hacerlo parecer más positivo.				
44	Busco algo bueno en lo que está sucediendo.				
45	Pienso en cómo podría manejar mejor el problema.				
46	Acepto la realidad del hecho que ha sucedido.				
47	Aprendo a vivir con ello				
48	Aprendo algo de la experiencia.				

GRACIAS POR SUS RESPUESTAS

COPE-48, Martínez Ortega, Gomà-i-Freixanet & Fornieles, 2016

