

**PSICOLOGIA DE LA SALUD, DIMENSIONES
DE PERSONALIDAD Y MOTIVACION EN
ENFERMOS CRONICOS (II): PERSONALIDAD
Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO**

V. Pelechano¹

J.I. Capafóns

C.D. Sosa

Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA (Tenerife-España)

RESUMEN

Sobre una muestra total de 136 enfermos crónicos (30 hipertensos; 52 diálisis; 24 transplantados de riñón y 30 con distinta patología renal) se han aplicado unos cuestionarios de personalidad (tres factores de rigidez, tres factores de locus de control, seis factores de motivación realista y dos factores de motivación fantasiosa) y un cuestionario de estrategias de afrontamiento formado por ocho núcleos racionales. El análisis factorial de segundo orden del cuestionario de afrontamiento (sobre los factores racionales de primer orden) mostró dos factores potentes. Los factores racionales de afrontamiento han mostrado un considerable poder diferencial entre grupos de enfermos crónicos; los análisis discriminantes incrementan su poder de clasificación cuando a los factores de afrontamiento se añaden los de

personalidad y motivación. Los resultados se discuten dentro de un modelo teórico general en el que los factores de afrontamiento se entienden como habilidades-competencias de personalidad, dentro de un modelo de parámetros. Dentro de este esquema teórico general los resultados demuestran la necesidad por elaborar una psicología diferencial del enfermo crónico como alternativa a las personalidades del abecedario.

Palabras Clave: *medicina comportamental, psicología de la salud, psicología diferencial del paciente crónico.*

SUMMARY

A sample of 136 chronic physical patients (30 hypertension; 52 dialysis; 24 with transplanted kidneys and 30 with diverse renal disease) have accomplished a battery of different questionnaires: coping skills (eight rational factors), rigidity (three factors), actual motivation (six factors) and fantasy motivation (two factors). The factor analysis of the rational nuclei of coping skills shows a powerful structure of two second order factors; these rational factors give good and significant differences between criterion groups and the discriminant analysis between criterion groups is better with the inclusion of personality variables and coping skills factors than without personality factors. The results suggest another possibility for differential psychology than the alphabetical personalities within a parameter model of personality. The coping factors are interpreted as personality competencies (abilities) and the personality dimensions as traits.

Key Words: *behavioral medicine, health psychology, differential psychology of the chronic physical patient.*

INTRODUCCION

A la hora de enfocar el estudio de las relaciones entre psicología y salud se han ofrecido tradicionalmente dos enfoques. En el primero de ellos se entiende que una parte de la personalidad se encontraba a la base del desarrollo de la enfermedad; en el segundo se apelaba al papel que desempeña el estrés. Una posterior fuente de diferenciación existe en cada uno de los dos enfoques. En el caso de responsabilizar a la personalidad, se podía adscribir a todo o a una parte de la misma la responsabilidad (por ejemplo, entender que se trataba de "la" enfermedad y, por ello, que había distintas enfermedades que podían derivarse de

una misma estructura y/o funcionamiento personal o, alternativamente, defender que se trataba de distintas enfermedades y de distintas personalidades -estructuras y/o funciones- las que se encontraban comprometidas con el desarrollo de unas u otras alteraciones); en el caso de los investigadores del estrés y la enfermedad, se operacionalizó el estrés como estímulo o como respuesta (que fuese el estrés definido como situación estresante o el estrés definido como respuesta inadecuada). Ambos acercamientos se han presentado, por otra parte, como aproximaciones no solamente irreductibles sino incompatibles.

Por lo que se refiere a la personalidad entendida como variable independiente de la enfermedad, los desarrollos realizados dieron lugar a lo que hemos denominado en algún lugar (Pelechano, 1989) la "personalidad del abecedario" (A, B, C...), que se ha caracterizado por la elaboración de modelos funcionales al margen del desarrollo de la psicología de la personalidad académica, lo que dió como positivo el estudio de cuestiones especialmente relevantes pero, de rechazo, la separación de las líneas de investigación básica en personalidad arrojó a los investigadores a diseños con escasa validez, sesgos experimentales y en análisis de datos, carencias de conceptualización y problemas metodológicos que problematizan muchos de los resultados que se han publicado y demuestran palmariamente que no siempre de lo que más se publica es de lo que más se sabe, ni de lo que mejor se trabaja².

El estudio de las relaciones entre estrés y enfermedad exigió una conceptualización de estrés a nivel operativo. Y la primera conceptualización fue entenderlo como estímulo. Una situación caracterizada por un volumen excesivo de estimulación (o por la carencia radical de ella, como ocurrió con los experimentos de privación sensorial) llevaría aparejado un efecto nocivo sobre el organismo. El estudio de las enormes variabilidades intragrupalas, mayores, en más de alguna ocasión, de las variaciones entre-grupos, arrojó muchas dudas sobre esta metodología de estudio y propició una interpretación alternativa del estrés como respuesta ante las demandas amenazantes del ambiente (Billig y Moos, 1984; Folkman y Lazarus, 1980), lo que, por otra parte, no era radicalmente nuevo³. Un grave problema que se presenta con esta nueva conceptualización es el de su inserción teórica dentro de un modelo coherente. Algunos autores las interpretan desde un punto de vista psicosocial como demandas situacionales o del papel desempeñado en la situación (Pearlin y Schooler, 1978); otros las entienden como prácticas y preferencias culturalmente pautadas (Aldwin, 1985); otros, finalmente, las identifican con las estrategias y/o recursos cognitivos que se activan para resolver situaciones (Aldwin, Folkman, Schaefer, Coyne y Lazarus, 1980; McCrae, 1984; Meichenbaum, 1977; Rosenbaum, 1980). Consiguientemente con esta pluralidad de conceptualización se sigue una pluralidad de instrumentación: en función del modo de entenderlas se originará uno u otro tipo de instrumento de medida. Así se emplean en la actualidad protocolos de entrevista estructurada

(Brown y Harris, 1978; Folkman y Lazarus, 1980), cuestionarios e inventarios (Carver, Scheier y Weintraub, 1990; Endler y Parker, 1990; Folkman y Lazarus, 1980; Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley, 1990; Tobin, Holroyd y Reynolds, 1982 y hasta el Means-Ends-Problem-Solving-Procedure de Platt y Spivack, 1975) y hasta registros directos de conductas.

Desgraciadamente no todos los instrumentos poseen el mismo grado de elaboración, ni se encuentran con facilidad estudios de validación con instrumentación adecuada y participantes que, de hecho se encuentren en plena actividad de afrontamiento. Como ilustración baste con decir que el trabajo de Aldwin y Revenson (1987) cuyo objetivo era responder a la cuestión acerca del afrontamiento y de la salud mental, de hecho se convirtió en el estudio de las relaciones entre estrategias de afrontamiento y síntomas psicológicos de malestar y/o psicopatología, evaluados sobre una población de 291 adultos normales y con procedimientos de cuestionario, con resultados no siempre claros. Además, habría que decir que no siempre los tipos de análisis realizados resultan adecuados ni fácilmente justificables (por ejemplo, petición de una rotación factorial oblicua y no expresar la correlación existente entre los factores aislados, ni seguir factorizando en orden superior), asimilar los estudios de análogos a los de poblaciones con enfermos, denominación de factores que no siempre se corresponden con los contenidos de los elementos que los componen... Por lo demás, muy frecuente la utilización de estudiantes universitarios, sobre un inventario pensado para fines inmediatos y con afanes de generalización. De todos los instrumentos posiblemente el de Folkman y Lazarus (1980) es el de utilización más extendida aunque su bondad psicométrica es más asumida que demostrada, su aplicabilidad a poblaciones muy diversificadas ha dado resultados no siempre coherentes y ello podría ser interpretado bien sea como un problema de procedimiento o como un problema de conceptualización teórica, sin que, hasta el momento exista una respuesta clara⁴. En todo caso, parece claro que al ser conceptualizadas las estrategias de afrontamiento como "respuestas ante demandas", estas respuestas no está claro que sean aleatorias ni que su variabilidad sea infinita; antes bien, su covariación ordenada y polarizada alrededor de unas cuantas estrategias es un resultado esperable, con lo que sería posible ir aislando dimensiones de patrones/estilos de respuestas, que podrían ser posteriormente validadas siguiendo los procedimientos que se han aplicado en la instrumentación al uso en psicología, con lo que nada se perdería y podría ganarse mucho. Este largo proceso no tiene una respuesta clara, debería ser puesto en práctica sobre poblaciones en las que exista realmente una situación estresante clara y sobre la que podrían detectarse diferencias individuales en las estrategias de afrontamiento que se empleen.

El caso es, además, que en la medida en que se conceptúen las estrategias de afrontamiento como patrones-estilos de respuesta y se empleen criterios objeti-

vos de validación, la original incompatibilidad de acercamientos entre personalidad y estrés se difumina o permite una reconceptualización de unas y otra dentro de un esquema teórico común. De hecho, en un trabajo reciente, Pennebaker, Colder y Sharp (1990) sugieren una conceptualización alternativa de afrontamiento contraponiendo tres teorías: como aspectos de personalidad (en función de la cual, la manera de afrontar los problemas dependería básicamente de la estructura y dinámica personal), como fases-estadios de análisis y/o intento de solución de problemas (en función de la cual los humanos se diferenciarían en coping en función, básicamente, del momento de solución del problema) y la teoría de inhibición-confrontación (un intento de aunar ambos acercamientos anteriores apelando a análisis de lenguaje y al valor que el lenguaje expresivo y su expresión concreta posee en la generación de soluciones). En la medida, por otra parte y desde nuestra propia posición, en que las estrategias de afrontamiento hagan referencia a modos de enfrentarse a los problemas que se plantean en la vida del ser humano, es posible entenderlas como **habilidades de solución de problemas**; en la medida en que se trate de problemas interpersonales podrían denominarse habilidades interpersonales.

Una opción teórica distinta a la de Pennebaker y relacionada con lo que acaba de mencionarse en las últimas líneas es la propuesta del autor senior (Pelechano, 1990) en la que se distingue entre **rasgos de personalidad o atributos de corte fundamentalmente emocional y/o sentimental**, evaluados mediante inventarios y cuestionarios, fundamentalmente, y **capacidades de personalidad**, evaluadas mediante procedimientos de tests de rendimiento máximo y que se referirían a atributos o cualidades psicológicas de corte emocional o cognitivo y que se encontrarían comprometidas con la solución de los problemas personales e interpersonales: las habilidades de inteligencia social, así como las de solución de problemas interpersonales encontrarían aquí su lugar y, en un rango muy amplio, serían prácticamente independientes de la inteligencia evaluada según criterios tradicionales, lo que hemos demostrado en alguna ocasión ya (Pelechano, 1984). Estas habilidades -competencias de personalidad no deberían ser redundantes con las dimensiones conocidas de inteligencia ni con las de los rasgos de personalidad, deberían ser relevantes, asimismo, tanto para la comprensión de los fenómenos individuales como para la predicción de ciertos fenómenos comprometidos con la salud y, finalmente, deberían ser focos o patrones de diferencias individuales. Con este mínimo aparato teórico, los objetivos que se persiguen en el presente trabajo son los siguientes: (i) estudiar la viabilidad en la aplicación de un cuestionario de estrategias de afrontamiento a una muestra de adultos, enfermos crónicos; (ii) ofrecer datos acerca de la estructura factorial y poder diferencial de los factores de afrontamiento aislados; (iii) ofrecer datos acerca de la capacidad de diferenciación entre enfermos crónicos que poseen el añadido de factores de personalidad y motivación, ya experimentados

en otras ocasiones, a los factores de afrontamiento y (iv) ofrecer resultados acerca de la estructura factorial de los factores de afrontamiento y de personalidad y motivación. En todo caso, se hará especial hincapié en el perfil del enfermo renal terminal.

METODO, PROCEDIMIENTO, PARTICIPANTES

En este trabajo ha participado un total de 136 enfermos⁵ asistidos en los dos principales hospitales de Tenerife (Hospital Universitario de Canarias y Residencia Nuestra Señora de La Candelaria). El equipo médico en cada servicio era el que se encargaba de la selección de los enfermos por los datos de historia clínica y diagnóstico principal. Aprovechando una sesión de consulta, el facultativo exponía la posibilidad de participación en un proyecto de investigación; en el caso de que el enfermo aceptara se establecía contacto con el equipo de psicólogos y ya se quedaba de acuerdo para las entrevistas que se celebraban, usualmente y a la vista de la falta de espacio en los hospitales, en casa de los enfermos. De esta forma, el pase de pruebas fue individual. El volumen y tipo de enfermos fue el siguiente: 30 hipertensos, 30 pacientes con distintos problemas renales crónicos aunque no en estado terminal (pielonefritis, glomérulonefritis, etc.); 24 transplantados renales con éxito (período medio transcurrido desde la intervención, dos años) y 52 enfermos renales en fase terminal sometidos a diálisis. En todos los casos de los grupos criterio existía un ligero predominio de hombres, lo que dió un porcentaje final de los mismos de 60,29. Todos ellos cumplieron un considerable volumen de instrumentación (entrevista sobre calidad de vida, más cuestionarios de personalidad, escalas específicas sobre sus problemas físicos) de la que aquí nos ocupamos tan sólo en parte⁶ y dejamos para otra ocasión la elaboración de información correspondiente al resto de instrumentos.

Respecto a los instrumentos concretos sobre los que vamos a presentar información en este trabajo son los siguientes:

Cuestionario sobre estrategias de afrontamiento actuales (CEA-A) de Pelechano (1990), se trata de una prueba que junto a una depuración racional del cuestionario de Folkman y Lazarus incluye casi el doble de elementos. Este cuestionario se encuentra articulado alrededor de ocho núcleos racionales que son los siguientes:

(i) AF-1: **temor y desconfianza**, con ítems del estilo: "Me desespero y lloro solo durante un rato".

(ii) AF-2: **Búsqueda de información**: "Procuro hablar con los especialistas".

(iii) AF-3: **Búsqueda de soluciones**: "Después de pensarlo bien me propongo un par de soluciones distintas".

(iv) AF-4: **Optimismo**: “Pienso que, dentro de todo, tengo suerte”.

(v) AF-5: **Búsqueda de ayuda en los demás**: “Se lo digo a la familia para que me puedan ayudar”.

(vi) AF-6: **Inculpación**: “Pienso que soy el principal responsable del problema”.

(vii) AF-7: **Huida hacia adelante**: “Me vuelco en el trabajo o en otra actividad para olvidarme del problema”

(viii) AF-8: **Exculpación**: “Pienso que la culpa la tiene mi familia por los disgustos que me dan”.

Por lo que se refiere a los cuestionarios de personalidad y motivación: cuestionario R-3 de rigidez (Pelechano, 1972) que aisla tres factores empíricos: valoración rígida y extrema del trabajo (por ejemplo: “Mi vida se rige por aquello de que primero es la obligación y después la devoción”); sobreesfuerzo personal y actitud de élite (“Pienso que cuando trabajo, me esfuerzo más que la mayoría de la gente”) y principalismo o sobrevaloración de los primeros principios de funcionamiento social (“Pienso que debemos sacar las enseñanzas de nuestro glorioso pasado histórico”). Cuestionario LUCAM de locus de control (Pelechano y Báguena, 1983) del que se eligieron tres factores: fatum externo en relaciones personales (“Pienso que, haga lo que haga, lo que tiene que pasar, pasará”), exculpación en fracasos sociales (“La burocracia es la responsable del fracaso de muchas personas”) y auto-responsabilidad en relaciones personales (“Por mucho que se empeñen los demás, yo tengo la culpa de que las cosas no nos vayan bien juntos”); el cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución (Pelechano, 1975) con seis factores: tendencia a sobrecarga de trabajo (“Suelo llevarme trabajo a casa para hacerlo”), indiferencia laboral y separación entre mundo del trabajo y mundo de descanso (“Yo trabajo lo que se me pide y no más), autoexigencia laboral (“Dicen que trabajo más que los demás”), motivación general positiva hacia la acción (“Con tal de hacer algo, soy capaz de trabajar aunque no cobre”), inhibición en situaciones de estrés (“Cuando estoy haciendo una prueba no puedo concentrarme en lo que hago”) y superación en situaciones de estrés (“Las situaciones difíciles, más que paralizarme, me estimulan”) y el cuestionario EME (Pelechano, 1972) de motivación fantásica y extrema con dos factores: valoración extremada y fantásica de uno mismo (“Por mucho que se esfuercen los demás, siempre les faltará aquello que a mí me da el triunfo”) y valoración extremada del mundo del trabajo (“Sería un honor para muchos trabajar conmigo”); se trata de dos factores formados por ítems con una formulación extremada y radical, en los que las personas normales tienden a puntuar muy bajo.

Los resultados se presentan tanto a nivel global (por lo que se refiere a la composición factorial) como en comparaciones intergrupos de enfermos crónicos.

RESULTADOS

(i). **El análisis factorial de las escalas racionales de afrontamiento.**- Un primer tipo de resultado ha tratado de delimitar la relación y/o estructura existente entre las ocho escalas racionales de afrontamiento que han sido diferenciadas en el cuestionario aplicado. Se ha operado con una rotación varimax sin iteraciones a partir de componentes principales y los resultados se encuentran en la tabla número 1 que pasamos a comentar.

TABLA NUMERO 1.- MATRIZ FACTORIAL ROTADA (VARIMAX) DE LAS ESCALAS RACIONALES DEL CUESTIONARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMOS CRONICOS (N = 136).

ESCALAS	I	II	h ²
AF1.- Temor y desconfianza	-	84	81
AF2.- Búsqueda de informnación	72	-	63
AF3.- Búsqueda de soluciones	84	-	75
AF4.- Optimismo	89	-	80
AF5.- Búsqueda de ayuda en los demás	75	-	57
AF6.- Inculpación	-	60	55
AF7.- Huída hacia adelante	68	-	56
AF8.- Exculpación	-	83	70
Valor propio	3,35	2,03	
% de varianza explicada	41,88	25,38	

NOTA: En la matriz factorial se han omitido los ceros y la coma decimal. Se han incluido solamente las saturaciones > 0,50.

La solución factorial explica dos terceras partes de la varianza total, lo que representa un buen resultado en este nivel de análisis; hemos empleado un criterio de selección de variables para formar parte de un factor realmente duro (igual o superior a 0,50), lo que se ha decidido en función del estadio inicial de la investigación, número de participantes y estrategia primera de análisis. Así se han obtenido dos factores relativamente claros: el primero de ellos explica cerca del 42% de la varianza total extraída en la solución factorial y podría identificarse como un factor de **búsqueda activa de soluciones**, tanto en sus aspectos médico-técnicos como en sus aspectos humanos (se busca ayuda en los demás y soluciones,

así como información). Este factor guarda relaciones con las estrategias orientadas a la solución del problema si bien posee, además, elementos emocionales de apoyo social y humano.

El segundo factor explica el 25,38% de la varianza total y se encuentra definido por tres variables (temor y desconfianza, inculpación y exculpación). Parece claramente un factor de ansiedad con componentes de recelo que denominamos **temor e inculpación-exculpación** (fundamentalmente a la familia).

Estos resultados sugieren que, al menos provisionalmente, la diferenciación establecida por el grupo de Folkman y Lazarus en estrategias de afrontamiento no parece sostenerse en concreto en grupos de enfermos crónicos, si bien este tipo de consideraciones debe esperar a los estudios de validación diferencial con el fin de poder afinar un poco más en la capacidad que poseen tanto las áreas racionales como esta solución factorial encontrada.

(ii). **Las áreas racionales como fuentes de diferenciación entre grupos de enfermos crónicos.**- Entrando ya en los análisis diferenciales, en la tabla número 2 se presentan las diferencias significativas bivariadas entre los distintos grupos de enfermos crónicos sobre las áreas racionales que diferenciamos en el cuestionario de estrategias de afrontamiento.

Tal y como puede verse en la tabla, las diferencias significativas no se encuentran distribuidas por igual en todos los grupos y factores. Por lo que se refiere a los primeros, se concentran en su mayor parte en las comparaciones en las que entra a formar parte de ellas el grupo de enfermos sometidos a diálisis. Por lo que se refiere a los factores, parece claro que las diferencias se polarizan alrededor de dos o tres factores racionales. De estos factores racionales, los que pertenecían al primer gran factor empírico de segundo orden (búsqueda de ayuda e información) no parecen desempeñar un papel diferencial claro. Las diferencias en este primer factor de segundo orden son las siguientes: frente a los hipertensos, los enfermos sometidos a diálisis buscan mayor ayuda y apoyo en la familia y, por otro lado, también con relación a los hipertensos, los enfermos sometidos a diálisis se presentan con una mayor huida hacia adelante y, con relación a los transplantados, asimismo los enfermos de diálisis muestran una mayor huida hacia adelante.

Otra cosa distinta sucede en el caso de dos de los tres factores racionales comprometidos con el factor de segundo orden que denominamos ansiedad y culpa. Más de la mitad de las diferencias significativas tienden a detectarse en las áreas racionales de temor-desconfianza, por un lado, e inculpación, por otra. Frente a los transplantados, los enfermos sometidos a diálisis se inculpan significativamente más ($p < 0,001$) y son más temerosos y desconfiados ($p < 0,001$). Asimismo, los enfermos de diálisis se presentan más temerosos que los hipertensos y se inculpan más a nivel personal de su dolencia que los de otra patología renal. Los hipertensos, por otra parte, muestran más inculpación ($p < 0,01$) que los transplantados.

TABLA NUMERO 2.- DIFERENCIAS (PRUEBAS t) ENTRE GRUPOS DE ENFERMOS CRONICOS CON RELACION A LAS ESCALAS RACIONALES DEL CUESTIONARIO SOBRE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Nivel de significación para la comparación de grupos

Escalas	D/T	D/O	D/H	T/H	T/O	O/H
AF1. Temor y desconfianza	.001(D)	-	.001(D)	-	-	-
AF2. Búsqueda de información	-	-	-	-	-	-
AF3. Búsqueda de soluciones	-	-	-	-	-	-
AF4. Optimismo	-	-	-	-	-	-
AF5. Búsqueda ayuda en los demás	-	-	.005(D)	-	-	-
AF6. Inculpación	.001(D)	.06(D)	.01(H)	-	-	-
AF7. Huída hacia adelante	.07(D)	-	.06(D)	-	-	-
AF8. Exculpación	-	-	-	-	-	-

NOTA: En la tabla se indica la probabilidad exacta de las diferencias y se han incluido hasta los niveles de significación marginal (hasta $p < 0.10$). D = grupo de diálisis (N = 52); T = grupo de transplantados (N = 28); O = grupo de otra patología renal (N = 30); H = grupo de hipertensos (N = 30). En la tabla, la inclusión de una de estas letras mayúsculas entre paréntesis detrás de una comparación indica el grupo con mayor puntuación en el factor.

En suma, parece que las diferencias entre grupos tienden a presentarse en los factores en los que existe un componente claramente negativo” (temor-desconfianza, inculpación y, en menor medida, huída hacia adelante). Pasamos a ver a continuación si estas diferencias hacen sentido dentro de una concepción multivariada o, en todo caso, si las diferencias observadas tienden a ser redundantes por la relación existente entre los factores racionales.

(iii). **Análisis diferenciales multivariados con las áreas racionales de estrategias de afrontamiento.**- Con el fin tanto de contrastar los resultados diferenciales bivariados como de delimitar las diferenciaciones alcanzadas en función de su grado de redundancia funcional, se han llevado a cabo sucesivos análisis múltiples discriminantes (procedimiento incluyendo la V de Rao y lambda de Wilks) entre los grupos criterio. En el primero de ellos empleamos como

predictores los factores racionales de afrontamiento y los dos grupos criterio fueron el grupo de diálisis frente al de hipertensión. Los resultados se encuentran en la tabla número 3.

Los resultados parecen bastante claros: la mejor combinación de factores racionales de afrontamiento, que clasifican correctamente más de tres cuartas partes de enfermos de diálisis frente a los hipertensos se corresponde con una combinación de factores positivos y negativos de afrontamiento de forma que un enfermo de diálisis se identificaría por un mayor temor y desconfianza, mayor búsqueda de ayuda en los demás y menor búsqueda de información y de soluciones que un enfermo de hipertensión.

TABLA NUMERO 3.- RESUMEN DE ANALISIS DISCRIMINANTE ENTRE GRUPO DE DIALISIS (N = 52) Y GRUPO DE HIPERTENSION (N = 30) UTILIZANDO COMO PREDICTORES LOS FACTORES RACIONALES DE AFRONTAMIENTO

Se ha encontrado una función discriminante significativa con una correlación canónica de 0,55. Definida por las siguientes variables:

A favor del grupo

- | | |
|--|--------------|
| AF1. Temor y desconfianza | Diálisis |
| AF2. Búsqueda de información | Hipertensión |
| AF3. Búsqueda de soluciones | Hipertensión |
| F5. Búsqueda de ayuda en los demás | Diálisis |

Con esta función los resultados de clasificación fueron los siguientes: 78% de casos correctamente clasificados (82,7% correspondientes al grupo de diálisis y 70% correspondiente al grupo de hipertensión).

Veamos si esta función se mantiene por igual en todas las comparaciones. En la tabla número 4 aparecen los principales resultados de la función discriminante entre diálisis (N = 52) y otra patología renal, que incluye asimismo a transplantados que toman medicación (N = 54), en donde se puede apreciar la existencia de una función discriminante que, aunque posee un valor de clasificación, ésta es un poco menor que en el caso anterior.

Los resultados son, asimismo, bastante claros en el sentido de que los enfermos de diálisis parece que se caracterizan por el empleo de mayor volumen de estrategias de afrontamiento de temor y desconfianza, menos búsqueda de información, mayor inculpación personal y una más acentuada huída hacia adelante que el resto de enfermos renales. La función discriminante, además, identifica mejor al grupo de diversa patología renal que al grupo de diálisis.

TABLA NUMERO 4.- RESUMEN DE ANALISIS DISCRIMINANTE ENTRE ENFERMOS DE DIALISIS (N = 52) Y OTROS PACIENTES RENALES (N=54) UTILIZANDO COMO PREDICTORES LOS FACTORES RACIONALES DE AFRONTAMIENTO

Se ha encontrado una función discriminante significativa con una correlación canónica de 0,44 definida por las siguientes variables:

A favor del grupo

AF1. Temor y desconfianza	Diálisis
AF2. Búsqueda de información	Otra patología
AF4. Inculpación	Diálisis
AF7. Huida hacia adelante	Diálisis

Con esta función discriminante se obtuvieron los siguientes resultados de clasificación: 67,78% de clasificaciones correctas en total; 65,4% para el grupo de diálisis y 72,2% para el de otra patología renal.

Habría que decir que existe muy escasa solapación entre las variables que definen las dos funciones discriminantes que hemos visto hasta el momento, lo que implicaría la existencia de un cierto patrón y/o de especificidad funcional en el empleo más o menos intenso de una u otra combinación de estrategias de afrontamiento.

Finalmente, apuntaremos que los resultados llaman claramente a una conceptualización multivariada por lo que se refiere a la caracterización de las estrategias de afrontamiento y su capacidad de diferenciación entre grupos de enfermos crónicos. Parece que los grupos de enfermos se diferencian entre sí no por una, sino por varias maneras de enfrentarse a sus problemas y que estas maneras representan una específica combinación de factores positivos (por ejemplo la búsqueda de información) y negativos (por ejemplo, la inculpción personal).

(iv). **Análisis diferenciales multivariados con inclusión de afrontamiento y dimensiones de personalidad y motivación.**- Uno de los objetivos que perseguimos en este trabajo es el de evaluar si la inclusión de variables de corte más tradicional de personalidad y motivación llevan consigo el incremento de poder de diferenciación. En este sentido hemos repetido los análisis discriminantes añadiendo a los factores racionales de afrontamiento los empíricos de personalidad y motivación que han sido descritos más arriba. El procedimiento empleado ha sido el mismo que en las dos ocasiones anteriores y los resultados correspondientes a la diferenciación entre el grupo de diálisis y el de hipertensión se encuentran recogidos en la tabla número 5.

Comparando los resultados de la tabla número 5 con los de la 3, los mismos cuatro factores de afrontamiento que aparecían en la primera función discriminante asimismo se presentan en esta, lo que indica, de entrada, que no son redundantes los factores de personalidad con los de afrontamiento. Sin embargo, resulta importante reseñar que el orden de presentación de las variables en la tabla indica el orden de **importancia discriminante dentro de la función** y, en este caso, las dos primeras variables son de rigidez (sobrevaloración rígida del mundo laboral y sobreesfuerzo personal con actitud de élite) y 6 de las 10 variables en total son de personalidad, lo que sugeriría que las dimensiones de personalidad de corte tradicional parecen desempeñar un papel relevante en la psicología diferencial del enfermo crónico.

En segundo lugar, un resultado esclarecedor lo representa el incremento de clasificaciones correctas al incorporar los factores de personalidad. No sirve, en este caso, decir que ello se debe al incremento en el número de predictores que se han presentado en la función discriminante puesto que el incremento numérico, por sí mismo, no lleva aparejado un poder de discriminación entre grupos, sino en la medida en que estos predictores nuevos sean **relevantes**.

En tercer lugar, parece que a la hora de perfilar el retrato robot del enfermo de diálisis frente al del hipertenso habría que decir lo siguiente: valora menos el mundo laboral aunque se siente **perteneciente a un grupo** muy identificado, emplea más estrategias de afrontamiento de temor y desconfianza, busca menos información y soluciones concretas a sus problemas que el hipertenso aunque recaba mayor ayuda de los demás (y en especial de su familia), es menos

autoexigente en el trabajo que realiza, menos pasivo en situaciones de estrés e inculpa menos a los demás de sus propios fracasos sociales.

TABLA NUMERO 5.- RESUMEN DE ANALISIS DE FUNCION DISCRIMINANTE ENTRE GRUPO DE DIALISIS (N = 52) Y GRUPO DE HIPERTENSION (N = 30) UTILIZANDO COMO PREDICTORES LOS FACTORES DE PERSONALIDAD Y LOS DE AFRONTAMIENTO

Se ha encontrado una función discriminante significativa, con una correlación canónica de 0,74 y definida por las siguientes variables:

A favor del grupo

R1. Valoración extremada del mundo laboral.....	Hipertensión
R2. Sobre-esfuerzo personal y actitud de élite	Diálisis
AF1. Temor y desconfianza.....	Diálisis
AF2. Búsqueda de información	Hipertensión
AF3. Búsqueda de soluciones	Hipertensión
AF5. Búsqueda de ayuda en los demás	Diálisis
MA3. Autoexigencia laboral	Hipertensión
MA4. Motivación positiva hacia la acción	Diálisis
MA5. Inhibición ante situaciones de estrés	Hipertensión
LC2. Exculpación en los fracasos sociales	Hipertensión

La función discriminante clasifica correctamente al 85,4% de los casos y parece un poco mejor para el grupo de diálisis (88,5% de clasificaciones correctas) que para el grupo de hipertensión (80% de clasificaciones correctas).

Veamos lo que ocurre al comparar los enfermos renales entre sí. En concreto, el grupo de diálisis con el resto de pacientes renales. Los resultados correspondientes al resumen de la función discriminante se encuentran recogidos en la tabla número 6.

TABLA 6.- RESUMEN DE ANALISIS DE FUNCION DISCRIMINANTE ENTRE DIALISIS (N = 52) Y OTROS ENFERMOS RENALES (N = 54) UTILIZANDO COMO PREDICTORES DIMENSIONES DE PERSONALIDAD Y MOTIVACION JUNTO A FACTORES DE AFRONTAMIENTO

Se ha encontrado una función discriminante significativa con una correlación canónica de 0,48 definida por las siguientes variables:

A favor del grupo

AF1. Temor y desconfianza	Diálisis
AF2. Búsqueda de información	Otra patología
AF5. Búsqueda de ayuda en los demás	Diálisis
MA1. Tendencia a sobrecarga en el trabajo.	Otra patología
EM1. Valoración extremada y fantasiosa de uno mismo.	Diálisis

Esta función clasifica correctamente el 68,9% de los casos. Parece un poco más adecuada para el grupo de otra patología renal (70,4% de clasificaciones correctas) que para el grupo de diálisis (67,3% de clasificaciones correctas)

Los resultados en este caso son bastante distintos a los de la función anterior. Comparando con su cuadro correspondiente de los factores de afrontamiento parece claro que, en este caso, la inclusión de dimensiones de personalidad y motivación no lleva consigo una mejora en la clasificación o, lo que es lo mismo, en la definición del perfil del paciente de diálisis frente a otro de distinta patología renal. Parece claro en este caso que las mayores y más significativas diferencias se encuentran a nivel de factores de afrontamiento (tres de las cinco variables que definen la función se refieren a este tipo de variables). Este dato, tomado aisladamente, podría ser interpretado como que la enfermedad renal iría conformando una determinada forma-manera de ser personal a nivel de rasgos emocionales y, sin embargo, diferenciaría la manera concreta en que se enfrentan a sus problemas a personas que sufren distinto tipo de patología y, para ser más precisos, entre enfermos renales en estado terminal y resto de enfermos renales. Este resultado debería ser contrastado con otros estudios y ampliar el grupo de

pacientes de ambos tipos antes de poder entresacar algún tipo de información más precisa, así como llevar a cabo estudios con otros grupos de enfermedad crónica en estado terminal o casi terminal con el fin de conocer si realmente se trata de algo específico a la enfermedad renal terminal o, más bien se debe a estadio de enfermedad crónica más propiamente.

(v). **El análisis factorial conjunto de personalidad y afrontamiento.**- Con el fin de ofrecer un panorama integrador se ha realizado un análisis factorial de todas las variables sobre las que hemos presentado información en este estudio y para toda la muestra de enfermos crónicos (N = 136). Se ha hecho una rotación varimax sobre componentes principales y sin iteraciones. Los resultados pueden verse en la tabla número 7, en donde se incluyen la identificación de las variables, los pesos factoriales (el criterio de selección seguido ha sido poseer una saturación igual o superior a 0,50), el valor de la comunalidad, los valores propios y el porcentaje de varianza explicada por esta solución factorial. Entramos en ello a continuación.

La solución factorial explica poco más de las dos terceras partes de la varianza observada, lo que puede entenderse como un buen resultado. La solución factorial ha arrojado seis factores que podrían ser identificados de la siguiente manera.

El **primer factor** se encuentra formado prioritariamente por los factores racionales de afrontamiento que hemos denominado "positivos" (búsqueda de información y ayuda, optimismo, huida hacia adelante) y en el que satura 0,51 un factor de locus de control interno de responsabilidad en las relaciones personales. Por ello denominaríamos tentativamente a este factor como **búsqueda de soluciones e información con responsabilidad personal consciente**. Explica un 17% de la varianza total.

El **segundo factor** se encuentra representado por los factores correspondientes al cuestionario de rigidez y que teóricamente se asientan sobre un nivel básico de personalidad. Se trata claramente de un factor de **rigidez laboral y social** al que se acompaña de exculpación en fracasos interpersonales. Explica el 19,80% de la varianza extraída por la rotación.

El **tercer factor** se encuentra definido por escalas motivacionales que pueden entenderse como facilitadoras-favorecedoras del rendimiento a nivel de expresión semántica y que, en el caso de enfermos, podrían representar una valoración fantasiosa-irreal del mundo laboral, del que, en algunos grupos al menos, se encuentran excluidos: sobrecarga de trabajo, motivación general positiva hacia la acción, reacción de superación en situaciones de estrés y una valoración fantasiosa y extremada tanto de uno mismo en el trabajo que realiza como de la propia labor realizada son las variables que definen este factor. Por ello lo denominaríamos como **motivación imaginativa positiva y extremada hacia la acción** explica el 17,5% de la varianza rotada y el 12,02% de la total.

TABLA NUMERO 7.- SOLUCION FACTORIAL VARIMAX SOBRE COMPONENTES PRINCIPALES PARA LAS DIMENSIONES DE PERSONALIDAD, MOTIVACION Y AFRONTAMIENTO EN PACIENTES CRONICOS (N = 136).La explicación en el texto

Escala	Factores						h ²
	I	II	III	IV	V	VI	
R1. Valoración rígida del trabajo	-	63	-	-	-	-	70
R2. Sobre-esfuerzo y élite	-	76	-	-	-	-	73
R3. Principialismo social	-	58	-	-	-	-	59
MA1. Tendencia a sobrecarga	-	-	75	-	-	-	72
MA2. Indiferencia laboral	-	-	-	-	69	-	56
MA3. Autoexigencia laboral	-	-	-	-	-75	-	68
MA4. Motivación general positiva	-	-	72	-	-	-	66
MA5. Inhibición en estrés	-	-	-	-	-	75	76
MA6. Superación en estrés	-	-	63	-	-	-	58
EM1. Valoración extremada de uno mismo	-	-	64	-	-	-	79
EM2. Valoración extremada de trabajo	-	-	51	-	-	-	72
LC1. Fatum externo en relaciones personales	-	-	-	-	-	78	72
LC2. Exculpación en fracasos sociales	-	67	-	-	-	-	65
LC3. Auto-responsabilidad en relaciones personales	51	-	-	-	-	-	51
AF1. Temor y desconfianza	-	-	72	-	-	-	79
AF2. Búsqueda de información	74	-	-	-	-	-	67
AF3. Búsqueda de soluciones	81	-	-	-	-	-	74
AF4. Optimismo	88	-	-	-	-	-	80
AF5. Búsqueda de ayuda	74	-	-	-	-	-	66
AF6. Inculpación	-	-	-	77	-	-	77
AF7. Huida hacia adelante	62	-	-	-	-	-	64
AF8. Exculpación	-	-	-	55	-	-	57
· Valor propio	2,7	3,0	2,6	2,0	1,9	1,9	
% varianza explicada del total	16,7	13,6	12,0	9,1	8,7	8,5	

NOTA: Se han omitido los ceros y la coma decimal en las saturaciones y comunalidades. Se han incluido solamente los pesos factoriales iguales o mayores a 0,50.

El **cuarto factor** se encuentra formado por el resto de las escalas de afrontamiento que no formaban parte del primer factor y que ya habían salido unidas en el análisis del cuestionario de afrontamiento. Parece claramente un factor de **temor y culpa**, bien sea hacia uno mismo o hacia la familia. Explica el 9,1% de la varianza total.

El **quinto factor** se encuentra definido por dos escalas motivacionales comprometidas teóricamente (y en función de las saturaciones que presentan) con un rendimiento negativo: la indiferencia laboral (0,69) y la autoexigencia en el trabajo (-0,75). Explica un 8,7% de la varianza total y lo denominamos **rechazo laboral**.

El **sexto factor** explica el 12,36% de la varianza extraída por la rotación y se encuentra definido asimismo por dos variables: una reacción de inhibición en las situaciones de estrés (0,75) y el reconocimiento de un **fatum** externo y depresivo en las relaciones personales (0,78). Parece un factor de componentes inhibitorios de ansiedad junto a sentimientos de impotencia-indefensión en las relaciones personales. Lo denominamos, por ello, **inhibición-indefensión** en situaciones de estrés y relaciones personales.

DISCUSION

El planteamiento original abogaba por la inclusión y reconceptualización de las denominadas estrategias de afrontamiento en un modelo teórico integrado de personalidad en el que éstas fuesen entendidas como competencias-habilidades de personalidad. Los resultados que presentamos, pese a la provisionalidad que les caracteriza van en la línea confirmatoria de este supuesto teórico: no son redundantes con factores conocidos, presentan una estructura factorial coherente y que se mantiene aun cuando se incrementen considerablemente las variables a factorizar y poseen relevancia a la hora de construir una psicología diferencial del enfermo crónico.

A la vez, tanto la revisión teórica realizada como los resultados que presentamos sugieren que los enfoques bivariados carecen de sentido en el caso de emplear tanto escalas de afrontamiento como de dimensiones de personalidad y motivación por cuanto que los mejores resultados se alcanzan al introducir una lógica de diseño y discurso multivariada.

Hay que insistir, por otro lado, que ni el análisis de contenido de los elementos que conforman el cuestionario de estrategias de afrontamiento que hemos empleado nosotros (asentado sobre el de Folkman y Lazarus) ni los resultados empíricos justifican la división tripartita de estrategias de afrontamiento que pueblan la bibliografía. La ordenación racional de los contenidos de los elementos así como el patrón de covariación empírico que se obtiene en análisis factorial

tiende a una estructura bifactorial que parece muy firme, puesto que se mantiene como prácticamente independiente del resto de escalas utilizadas en este estudio.

Otro resultado de interés y que puede suscitar alguna discusión es el que se ha obtenido al comparar los análisis discriminantes con y sin escalas tradicionales de personalidad. Parece claro que, al comparar enfermos crónicos con distinta y claramente diferenciada patología y gravedad de sintomatología presente (diálisis frente a hipertensos), las diferencias son más claras entre ellos al incluir estas escalas de personalidad, pero que entre enfermos renales las diferencias no se incrementan al aumentar el número de predictores posibles y que las diferencias prácticamente se encuentran establecidas y fijadas con el empleo de estrategias de afrontamiento. Resulta un resultado provocativo y que esperamos contrastar en un próximo trabajo en el que se incluyan más grupos y volumen de participantes.

Lo que aquí presentamos representa un primer paso, que esperamos seguir con otros muchos y ya encaminados a una intervención con sentido, a partir de los resultados diferenciales que hemos alcanzado. Es una idea matriz del autor senior de este trabajo que la psicología de la personalidad puede representar una apoyatura seria y sólida a las estrategias de intervención psicológicas complejas encaminadas a tratar problemas complejos y multifacéticos, como una opción a la psicología del aprendizaje. Pero, para ello se requieren interpretaciones algo distintas de una serie de conceptos básicos en psicología de la personalidad, así como replanteamientos algo distintos de las estrategias de intervención y/o de los programas terapéuticos. Esperamos, en un futuro no lejano, ofrecer datos que avalen estas conjeturas, datos que van a encontrarse asentados en tipos de trabajos como éste.

NOTAS

¹. Este trabajo forma parte de un proyecto mucho más amplio sobre enfermedad renal terminal y calidad de vida, subvencionado por la Consejería de Educación del Gobierno Autónomo de Canarias y dirigido por el autor senior de este trabajo.

². Nos estamos refiriendo a diseños y resultados en los que la obtención de diferencias entre grupos es estadísticamente significativa pero no clínicamente significativa; o estilos de discurso en los que se redescubre la impulsividad, la recelosidad o el maquiavelismo; o en los que el análisis de la urgencia social ha

hecho olvidar los defectos de discurso que han sido ya superados por la psicología de la personalidad académica y que se encuentran llenando la bibliografía publicada. Así, por ejemplo en el trabajo de Gray et al. (1990) se realizan análisis de perfiles con detección de diferencias significativas pero se ignora la realización de análisis correlacionales para coherentizar-dar razón-contrastar la existencia de un verdadero "patrón de covariación" de las distintas escalas que emplea en el estudio.

3. De hecho, los mecanismos de defensa psicoanalíticos eran respuestas ante un ambiente, asimismo amenazante. Sin embargo, estos mecanismos de defensa no eran conscientes *prima facie*, debían ser descubiertos en sesión clínica y con un gran esfuerzo personal, actuaban fuertes resistencias en contra de su descubrimiento y no eran reconocidos por los que los empleaban, por lo que debían ser "desvelados" por el psicoanalista. Frente a ello, las denominadas estrategias de afrontamiento representan respuestas conscientes a acontecimientos externos (no intrapsíquicos), se obtienen mediante entrevista directa o cuestionarios explícitos y en contextos no necesariamente clínicos. Así, Endler y Parker (1990) recientemente han reinterpretado tanto sus antecedentes como su conceptualización actual.

4. Veamos lo que queremos decir. La falta de coherencia en los resultados alcanzados hasta el momento pueden ser debidos o bien a que la mayoría de estudios carecen de criterios claros de validación (se obtienen diferencias en puntuaciones con factores no bien delimitados psicométricamente y que pueden no repetirse; o que la significación funcional de los factores es distinta para distintos tipos de problemas) o bien falta un modelo teórico vertebrador y comprensivo para todos los fenómenos que se estudian (así, vaya por caso, se entiende que si no hay información consciente acerca de la existencia de una situación de estrés, el estrés como tal no existe, por lo que importa la información al sujeto, no la delimitación objetiva de la información, lo que explicaría, por ejemplo, que ante una pantera que se crea amaestrada la reacción sea de tranquilidad aunque si se sabe que esa pantera no está amaestrada, la reacción será de pánico, lo que explicaría esa situación pero no la aparición de enfermedades cuya existencia corre conjuntamente con una no-información consciente y sin embargo, puede ser producida por estrés, así, vaya por caso, lo que ocurre con el cáncer que, se dice, que cuando llega a un nivel consciente tiende a ser tarde o es peligrosamente tarde y se exigen tipos de intervenciones muy agresivas). Desde nuestro punto de vista se trata de ambas cosas a la vez y que requieren mucho y mejor trabajo experimental y teórico de base tanto para su reconceptualización teórica como para su validación a nivel metodológico y procedimental. Ni la definición teórica de estrés parece adecuada para todos los fenómenos conoci-

dos, ni los estudios encaminados a la validación de la instrumentación parece adecuada a los fines que se persiguen. Así, vaya por caso, el estilo de respuesta calificado como negación del problema ha sido conceptualizado en reiteradas ocasiones como un tipo de respuesta negativo, no adaptativo; en el caso de cáncer de esófago y de laringe se conocen muchos casos en los que la estrategia de negación del problema ha dado lugar a una mayor expectativa de vida que la esperable a partir de datos médicos y de reconocimiento por parte del enfermo del estado físico que le caracteriza. Aunque el análisis teórico y procedimental de todo esto no es el objetivo fundamental de este trabajo, deseábamos dejar constancia aquí de nuestra posición, cuyo desarrollo ocupará otras páginas en otra ocasión.

⁵. Agradecemos desde aquí al personal sanitario de los servicios de nefrología de ambos hospitales la inestimable ayuda prestada. En los servicios médicos de estos hospitales se seleccionaba a los enfermos, se tomaba el primer contacto con ellos y se apoyó en todo momento esta investigación.

⁶. Baste decir que se exigía un promedio de 25 horas de pase de pruebas por enfermo. Las entrevistas fueron realizadas por alumnos de último curso de psicología de la Universidad de La Laguna (Tenerife) o alumnos de doctorado, después de haber sido instruidos específicamente para ello. A todos ellos les damos las gracias por su dedicación y capacidad de sacrificio.

BIBLIOGRAFIA

- ALDWIN, C.M. (1985).- Cultural influences on the stress process. Trabajo presentado en el **International Symposium on the Management of Stress: Biological, Psychological and Clinical Implications**, Ensenada, México.
- ALDWIN, C.M., FOLKMAN, S, SCHAEFER, C, COYNE, J. y LAZARUS, R. (1980).- **Ways of coping**, Trabajo presentado en la reunión anual de la **American Psychological Association**, Montreal.
- ALDWIN, C.M. y REVENSON, T.A. (1987).- Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health, **J. Person. and Soc. Psychol.**, **53**, pp. 337-347.
- BILLIG, A.G. y MOOS, R.H. (1984).- The role of coping responses and social resources in attenuating the impact of stressful life events, **J. Behav. Medicine**, **4**, pp. 139-157.

BOOTH-KEWLEY, J. y FRIEDMANN, H.S. (1986).- Type A behavior pattern and coronary disease risk. Update and critical evaluation, *Amer. J. Epidemiol.*, **123**, pp. 923-960.

BROWN, G. y HARRIS, T. (1978).- *Social origins of depression: a study of psychiatric disorder in women*, Free Press, N. York.

CARVER, C.S., SCHEIER, M.F. y WEINTRAUB, J.K. (1989).- Assessing coping strategies: A theoretically based approach, *J. Personal. and Soc. Psychology*, **56**, pp. 267-283.

ENDLER, N.S. y PARKER, J.D.A. (1990).- Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation, *J. Personal. and Soc. Psychol.*, **58**, pp. 844-854.

FOLKMAN, S. y LAZARUS, R.S. (1980).- An analysis of coping in a middle-aged community sample, *J. Health and Soc. Behavior*, **21**, pp. 219-239.

GRAY, A., JACKSON, D.N. y HOWARD, J.H. (1990).- Identification of coronary profile for business managers: comparison of three approaches to type A assessment, *Behav. Medicine*, Summer, pp. 67-75.

MCCRAE, R. (1984).- Situational determinants of coping responses: loss, threat and challenge, *J. Personality and Soc. Psychology*, **46**, pp. 919-928.

MEICHENBAUM, D. (1977).- *Cognitive-behavior modification*, Plenum, N. York.

PEARLIN, L.I. y SCHOOLER, C. (1978).- The structure of coping, *J. Health and Soc. Behavior*, **19**, pp. 2-21.

PELECHANO, V. (1972).- *La personalidad en función de los parámetros de estímulo en la solución de problemas*, Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación.

PELECHANO, V. (1975).- *El cuestionario MAE de motivación y ansiedad de ejecución*, Fraser Ibérica S.A., Madrid.

PELECHANO, V. (1989).- Unas notas con algunas reflexiones respecto a la psicología de la personalidad y terapias-intervenciones científico-psicológicas, *Análisis y Modific. de Conducta*, **44**, pp. 177-192.

PELECHANO, V. y BAGUENA, M.J. (1983).- Un cuestionario de locus de control, *Análisis y Modific. de Conducta*, **20**, pp. 5-46.

PENNEBAKER, J.W., COLDER, M. y SHARP, L.K. (1990).- Accelerating the coping process, *J. Personal. and Soc. Psychol.*, **58**, pp. 528-537.

PLATT, J.J. y SPIVACK, G. (1975).- *Manual for the Means-End-Problem-Solving Procedure (MEPS)*, Filadelfia, Hahnehan Community Mental Health/Mental Retardation Center.

RHODE, P., LEWINSOHN, P.M., TILSON, M. y SEELEY, J.R. (1990).- Dimensionality of coping and its relation to depression, *J. Personal. and Soc. Psychol.*, **58**, pp. 499-511.

ROSENBAUM, M. (1980).- A schedule for assessing self-control behaviors: Preliminary findings, *Behavior Therapy*, **11**, pp. 109-121.

TOBIN, D.J., HOLROYD, K. y REYNOLDS, R. (1982).- The assessment of coping: Psychometric development of the coping strategies inventory. Trabajo presentado en la reunión de la **Association for the Advancement of Behavior Therapy**, Los Angeles, California.