

Vulnerabilidad psicológica al malestar subjetivo. un estudio en población general

Autores: Silvina Soledad Grill; María de la Paz Sánchez Gallo; Claudia Castañeiras & María Cristina Posada

E-mail: silchugrill@hotmail.com

Institución: Grupo de Investigación en Evaluación Psicológica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Mar del Plata

Resumen

Numerosas investigaciones aportan evidencia sobre la existencia de características y estilos de personalidad que constituyen factores de riesgo de niveles elevados de ansiedad, depresión e ira, que pueden dar lugar a distintos grados de malestar subjetivo o de psicopatología (Berdichevsky Linares & González Ramella, 2005; Sivak, 2008). El malestar subjetivo hace referencia al grado de estrés percibido que una persona puede expresar en distintos niveles - cognitivo, emocional, conductual y relacional- con diferente intensidad y persistencia, y que puede afectar considerablemente el estado de salud personal, aunque por sí mismo no representa una condición psicopatológica (Hernández, Corbalán Berná & Limiñana Gras, 2007). Se expresa predominantemente a través de la presencia de emociones negativas (ira, miedo, tristeza u hostilidad), pero también por la ausencia de emociones positivas (alegría, esperanza, ilusión, optimismo).

En este sentido, los estudios sobre la vida emocional aportan una importante fuente de conocimiento acerca de la influencia que tienen en los estados de bienestar y/o malestar de los individuos. El carácter universal y adaptativo de las emociones -tanto positivas como negativas- ha sido destacado por diversos autores y tradiciones teóricas (Cano Vindel & Miguel Tobal, 2000). En la actualidad los hallazgos de investigación informan sobre la influencia favorable de las emociones positivas sobre la salud (Lefcourt & Martin, 1986, Nezu & Blissett, 1988, citados en Cano Vindel & Miguel Tobal, 2000), y también sobre el efecto de las emociones negativas que tienden a disminuirla (Cano Vindel, Miguel Tobal, González & Iruarrizaga, 1994, Fernández-Abascal & Palmero, 1999, Martínez-

Sánchez & Fernández Castro, 1994, citados en Cano Vindel & Miguel Tobal, 2000).

La investigación que se presenta tuvo por objetivo general estudiar y analizar las relaciones entre estilos de personalidad, grado de malestar subjetivo autoinformado (medidas de depresión, afecto negativo, afecto positivo, estado-rasgo de ira) y conducta de enfermedad en adultos de la ciudad de Mar del Plata, con el fin de indagar la presencia de diferencias en malestar subjetivo que se corresponden con rasgos de personalidad adaptativos-no adaptativos en una muestra no clínica. El estudio se basó en un diseño no experimental con metodología descriptiva-correlacional. Se administraron el Inventario de Estilos de Personalidad MIPS (Millon, 1997), la Escala de Afecto Positivo y Negativo PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988; versión española: Sandín et al., 1999), el Inventario de Depresión BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996; versión española: Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003), el Índice Whiteley de conducta de enfermedad IBQ (Pilowsky & Spence, 1983; versión española Ballester & Botella, 1993) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2 (Spielberger, 1999; versión española: Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel & Spielberger, 2001), a una muestra de 150 adultos de población general (58% mujeres; 42% hombres) con un rango de edad entre 18 y 55 años (M=33,60 años; DS=11,12).

Los resultados obtenidos en este estudio mantienen la tendencia de relación entre las características de personalidad consideradas menos adaptativas y las puntuaciones más elevadas en emociones negativas y puntuaciones más bajas en afecto positivo, y aportan datos sobre las diferencias individuales en la vulnerabilidad personal a experimentar distintos grados de malestar.

Palabras clave: Estilos de Personalidad - Malestar Subjetivo – Conducta de Enfermedad - Vulnerabilidad Psicológica

INTRODUCCIÓN

Diversas investigaciones en el campo de la salud mental señalan que existen rasgos y estilos personales compatibles con una mayor vulnerabilidad psicológica,

es decir, con un conjunto de factores predisponentes que pueden desencadenar o que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos psicopatológicos así como enfermedades de naturaleza somática bajo ciertas condiciones y en determinadas circunstancias (Berdichevsky Linares & González Ramella, 2005; Sivak, 2008). Un ejemplo de ello efectivamente se encuentra en la compatibilidad entre ciertas características de personalidad que pueden actuar como factores de riesgo para la presencia de niveles elevados de ansiedad y depresión (Berdichevsky Linares & González Ramella, 2005; Millon, 1976, 1997; Millon & Davis, 2000).

Entre los teóricos de la personalidad, Millon desarrolla desde una posición integradora, un modelo conceptual y un conjunto de técnicas para evaluar la personalidad y su psicopatología. Define la *personalidad* como “el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo que un miembro determinado de una especie muestra al relacionarse con su gama típica de ambientes” (Millon, 1997, p. 26). Este concepto hace referencia a las diferencias individuales, la estabilidad temporal y la consistencia comportamental que presentan los individuos en su funcionamiento personal. Postula que los estilos de personalidad constituyen modalidades de funcionamiento psicológico que en interacción dinámica dan lugar a patrones adaptativos que pueden resultar más o menos adecuados en distintos ambientes y situaciones (Millon, 1997; Sánchez-López, 1997), dando lugar a modos de funcionamiento que presenten distintos grados de vulnerabilidad personal a experimentar niveles de malestar subjetivo y psicopatología.

Se entiende por *malestar subjetivo* el grado de estrés percibido que una persona puede expresar en distintos niveles -cognitivo, emocional, conductual y relacional- con diferente intensidad y persistencia, y que puede afectar considerablemente el estado de salud personal (Hernández et. al., 2007). Se expresa predominantemente a través de la presencia de emociones negativas como ira, miedo, tristeza u hostilidad, pero también por la ausencia de emociones positivas. Se trata de dos dimensiones que representan estados afectivos o disposiciones personales de la emocionalidad más o menos estables. Estas emociones se corresponden con los constructos de *afecto positivo* (AP) y *afecto negativo* (AN)

respectivamente, representando este último una dimensión general de estrés subjetivo (Sandín et al., 1999).

Existe un importante consenso en considerar indicadores de malestar subjetivo las medidas de ansiedad, depresión e ira (Cano Vindel & Miguel Tobal, 2000; Sivak, 2008). El estudio de la fenomenología y naturaleza de la *ansiedad* está entre los temas con más investigación y desarrollo de la psicología contemporánea. Esta evolución ha dado lugar a distintos aportes sustantivos y técnicos, tanto sobre las diferentes manifestaciones de la ansiedad -cognitivas, emocionales, conductuales y fisiológicas- (Chávez de Anda, 2004; Medrano & Mirantes, 2008), como sobre la delimitación entre ansiedad adaptativa y psicopatología ansiosa, y también acerca de los modos más efectivos para su tratamiento. En términos generales, la ansiedad es definida como una emoción de base psicobiológica que se activa en respuesta a un estímulo que presenta algún grado de amenaza o peligro -real o potencial- para el sujeto (Cía, 2002).

Otra experiencia que forma parte del espectro de las emociones negativas es la tristeza. Este estado puede alcanzar una duración o intensidad que lo haga disfuncional, se convierte en patológico y puede derivar en estado de ánimo deprimido o llegar a niveles de depresión clínica. Los patrones que definen la *depresión* consisten en una variedad de síntomas que suelen agruparse en cuatro categorías: síntomas afectivos (bajo humor, tristeza, desánimo), síntomas cognitivos (pensamientos negativos de sí, del mundo y del futuro, baja autoestima, desesperanza, remordimiento), síntomas conductuales (retirada de actividades sociales, disminución de conductas habituales, lentitud al andar y al hablar, agitación motora, actitud desganada) y síntomas físicos (relativos al apetito, al sueño y, en general, a la falta de energía, así como otras molestias) (A.P.A, 1995; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979; Franchi, 2001). En consecuencia, la depresión, al igual que la ansiedad, se manifiesta en distintos niveles sintomáticos, de modo que dos personas pueden estar deprimidas y esto expresarse de un modo diferente según el área predominantemente afectada (Pérez Álvarez & García Montes, 2001).

En cuanto a la *ira* se define como un estado o condición emocional psicobiológica caracterizada por sentimientos subjetivos que pueden variar desde un moderado enfado o fastidio hasta una intensa furia o rabia; la ira va asociada generalmente a tensión muscular y a la excitación de los sistemas neuroendócrino y nervioso autónomo. El rasgo de ira se caracteriza por la tendencia a responder a situaciones enojosas o frustrantes con incremento del estado de ira; habitualmente

se considera un concepto más básico que la hostilidad y la agresión, ya que se refiere más a sentimientos que a actitudes y conductas destructivas y punitivas propias de estas últimas. En la teoría y en el estudio sobre la expresión y el control de la ira se suelen distinguir modalidades internas y externas (Spielberger, 1999). Finalmente y desde un modelo bio-psicosocial, los procesos de salud-enfermedad resultan de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y las experiencias de bienestar y malestar subjetivo constituyen un fenómeno dinámico que incluye la manera idiosincrásica en que las personas perciben, evalúan y actúan sobre sus modos de sentirse y sus estados de salud, y esto estará sin duda directamente relacionado con el modo de organizar sus *conductas de salud y de enfermedad* (Mechanic, 1962; Pilowsky, 1969, 1975, 1987, citados en Quero, Castañeiras & Villa, 1999).

Esta investigación empírica se propuso indagar la correspondencia entre características idiosincrásicas del funcionamiento personal y manifestaciones sintomáticas generadoras de malestar subjetivo en la población.

OBJETIVO

Analizar las relaciones entre estilos de personalidad, malestar subjetivo y conducta de enfermedad en adultos de la ciudad de Mar del Plata.

METODOLOGIA

El estudio se basó en un diseño no experimental con metodología descriptiva-correlacional. Se administraron un Registro de datos básicos, el Inventario de Estilos de Personalidad MIPS (Millon, 1997), la Escala de Afecto Positivo y

Negativo PANAS (Watson, Clark & Tellegen, 1988; versión española: Sandín et al., 1999), el Inventario de Depresión BDI-II (Beck, Steer & Brown, 1996; versión española: Sanz, Perdigón & Vázquez, 2003), el Índice Whiteley de Conducta de Enfermedad IBQ (Pilowsky & Spence, 1983; versión española Ballester & Botella, 1993) y el Inventario de Expresión de Ira Estado-Rasgo STAXI-2 (Spielberger, 1999; versión española: Miguel Tobal, Casado, Cano Vindel & Spielberger, 2001), a una muestra de 150 adultos de la ciudad de Mar del Plata (58% mujeres; 42% hombres) con un rango de edad entre 18 y 55 años (M=33,60 años; DS=11,12).

RESULTADOS

Se realizaron análisis de correlación (r de Pearson) entre las medidas MIPS, BDI-II (depresión), PANAS (afecto positivo-afecto negativo), STAXI-II (estado-rasgo de ira) e IBQ (conducta de enfermedad). En la Tabla 1 se presentan los resultados estadísticamente significativos.

Tabla 1. Correlaciones personalidad-malestar subjetivo

MIPS	MALESTAR SUBJETIVO						
	BDI-II	IW	STAXI-2			PANAS	
			Estado	Rasgo	Índice de Expresión	AP	AN
<i>Metas Motivacionales</i>							
1A Apertura	-0,44**	-0,24**	-0,22**	-0,32**	-0,40**	0,33**	-0,49**
1B Preservación	0,51**	0,33**	0,27**	0,40**	0,41**		0,52**
2A Modificación	-0,17*					0,32**	
2B Acomodación	0,30**		0,19*			-0,34**	
3A Individualismo							
3B Protección						0,17*	
<i>Modos Cognitivos</i>							
4A Extraversión	-0,18*					0,18*	-0,23**
4B Introversión	0,25**				0,17*	-0,24**	0,25**

5A Sensación						-0,18*		
5B Intuición				0,17*	0,20*			
7A Sistematización		-0,18*					0,25**	
7B Innovación								
<i>Relaciones Interpersonales</i>								
8A Retraimiento	0,29**		0,19*		0,20*	-0,19*	0,28**	
8B Comunicatividad						0,28**		
9A Vacilación	0,41**	0,23**	0,19*	0,25**	0,35**	-0,24**	0,40**	
9B Firmeza	-0,26**				-0,18*	0,35**	-0,18*	
10A Discrepancia	0,25**		0,32**	0,20*	0,22**		0,18*	
10B Conformismo			-0,19*		-0,20*	0,33**		
11A Sometimiento	0,51**	0,35**	0,21**	0,26**	0,26**		0,41**	
11B Control				0,18*	0,21**	0,21**		
12A Insatisfacción	0,33**		0,32**	0,39**	0,44**		0,35**	

p<0.05*; p<0.01**

En términos generales la tendencia de los resultados indica que las características de personalidad consideradas menos adaptativas se relacionan positivamente con puntuaciones más elevadas en depresión, dimensiones de ira y afecto negativo, y puntuaciones más bajas en afecto positivo.

Como puede observarse en la Tabla 1 las escalas Preservación y Acomodación del área Metas Motivacionales; Introversión del área Modos Cognitivos; y Retraimiento, Vacilación, Discrepancia, Sometimiento e Insatisfacción del área Relaciones Interpersonales ilustran esta tendencia. Mientras que aquellas características compatibles con un funcionamiento personal más adaptativo se relacionaron positivamente con afecto positivo y negativamente con depresión, ira y afecto negativo. Este es el caso de Apertura, Modificación y Protección en Metas Motivacionales; Extraversión y Sistematización en Modos Cognitivos; y Comunicatividad, Firmeza, Conformismo y Control en Relaciones Interpersonales. En el caso específico de conducta de enfermedad, si bien se mantiene la tendencia, sólo las relaciones con las escalas Preservación, Vacilación y

Sometimiento de modo positivo con IW, y Apertura y Sistematización de modo negativo presentaron significación estadística.

CONCLUSIONES

Este estudio empírico tuvo como objetivo analizar las relaciones entre estilos de personalidad y malestar subjetivo autoinformado (afecto negativo, sintomatología depresiva, estado-rasgo de ira, conducta de enfermedad y afecto positivo), en adultos de población general de la ciudad de Mar del Plata. De esta manera se buscó identificar qué características de personalidad se asociaban con mayores niveles de malestar subjetivo y conducta de enfermedad en la muestra bajo estudio.

Los resultados obtenidos confirman un efecto diferencial del estilo personal en la experiencia de malestar subjetivo y aportan datos sobre la influencia de diferencias individuales en la vulnerabilidad psicológica a distintos grados de malestar. Efectivamente, estilos de personalidad menos adaptativos predisponen a los sujetos a experimentar mayores niveles de malestar subjetivo. Las emociones negativas como la ansiedad, depresión e ira reducen el repertorio momentáneo de pensamiento-acción del individuo. En cambio, las emociones positivas amplían este repertorio y permiten desarrollar recursos personales duraderos que ofrecen la posibilidad de crecimiento y transformación (Fredrickson, 2002, citado en Carr, 2007).

Estudios de esta naturaleza probablemente nos acerquen a una comprensión más integrada de las experiencias humanas de bienestar y malestar, y estimulen el afianzamiento de una posición de prevención y promoción sobre aquellos aspectos que sostienen los estados saludables y reducen la probabilidad de enfermar.

BIBLIOGRAFÍA

A.P.A. (1995). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Ballester, R. & Botella, C. (1993). Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (64), 233-265.

Beck, A. T.; Rush, J.; Shaw, B. & Emery, G. (1979). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Beck, A. T.; Steer, R. A. & Brown, G. K. (1996). *BDI-II. Inventario de Depresión de Beck*. Buenos Aires: Paidós.

Berdichevsky Linares, F. & González Ramella, G. (2005). *Personalidad. Estilos y Trastornos*. Buenos Aires: Akadia.

Cano Vindel, A. & Miguel Tobal, J. J. (2000). Emociones negativas (ansiedad, depresión e ira) y salud. *I Congreso Virtual de Psiquiatría* [versión electrónica]. Recuperado el 5 de junio de 2008. Disponible en:
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa28/conferencias/28_ci_a.htm.

Carr, A. (2007). *Psicología Positiva: La ciencia de la felicidad*. Buenos Aires: Paidós.

Chávez de Anda, E. G. (2004). *Estrategias de afrontamiento a la ansiedad de evaluación y su relación con el desempeño académico en estudiantes universitarios incorporados a modelos educativos innovadores*. Tesis de postgrado de la Universidad de Colima [versión electrónica]. Recuperado el 2 de agosto de 2008. Disponible en:
http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/elsa_guadalupe_chavez_de_anda

Cía, A. (2002). *La Ansiedad y sus trastornos. Manual diagnóstico y terapéutico*. Buenos Aires: Ed. Roche.

Franchi, S. (2001). La Depresión en el Hombre. *Interdisciplinaria*, 18 (2), 135-154.

Hernández, R.; Corbalán Berná, F. & Limiñana Gras, R. (2007). Depresión en mujeres maltratadas: Relaciones con estilos de personalidad, variables contextuales y la situación de violencia. *Anales de psicología*, 23 (1), 118-124.

Medrano, L. & Mirantes, R. (2008). Manifestaciones cognitivas de ansiedad y su relación con el rendimiento académico: el papel de las creencias de autoeficacia. Ponencia presentada en las *XV Jornadas de Investigación y IV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*: Buenos Aires.

Miguel Tobal, J. J.; Casado, M. I.; Cano Vindel, A. & Spielberger, C. D. (2001). Adaptación española del Inventario de expresión de ira estado-rasgo STAXI-II. Madrid: Tea ediciones.

Millon, T. (1976). *Psicopatología moderna. Enfoque biosocial de los aprendizajes erróneos y de los disfuncionalismos*. Barcelona: Salvat.

Millon, T. (1997). *MIPS. Inventario Millon de Estilos de Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

Millon, T. & Davis, R. (2000). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson.

Pérez Álvarez, M. & García Montes, J. M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la depresión. *Psicothema*, 13 (3), 493-510.

Quero, S.; Castañeiras C. & Villa, H. (1999). *Conducta de enfermedad y trastorno de pánico*. Disponible en: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/conducta.pdf>

Pilowsky, I. & Spence, N. D. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire*. Department of Psychiatry, University of Adelaide.

Sánchez-López, M. P. (1997). El estilo psicológico como estudio de la diversidad humana: un ejemplo basado en los estilos de vida. *Revista de Psicología*, 15 (2), 223-252.

Sandín, B.; Chorot, P.; Lostao, L.; Joiner, T. E.; Santed, M. A. & Valiente, R. M. (1999). Escala PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11 (1), 38-51.

Sanz, J.; Perdigón, L. A. & Vázquez, C. (2003). Adaptación española del Inventario para la Depresión de Beck-II (BDI-II). Propiedades psicométricas en población general. *Clínica y Salud*, 14 (3), 249-280.

Sivak, R. (2008). Clínica de la vulnerabilidad [versión electrónica]. Recuperado el 19 de mayo de 2006. Disponible en: <http://www.gador.com.ar/iyd/vulner/sivak.htm>

Spielberger, C. D. (1999). *STAXI-II. State-Trait Anger Expression Inventory-II*. Odessa: Psychological Assessment Resources.

Watson, D.; Clark, L. A. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of personality and social Psychology*, 54, 1063-1070.