

Universidad de Palermo

Doctorado en Psicología

Tesis Doctoral

Rasgos Positivos de la Personalidad en Población Clínica: Su Relación con la
Autopercepción de Progreso Psicoterapéutico

Doctorando

Lic. Leandro Eidman

Directora

Dra. Guadalupe de la Iglesia, PhD

06 de septiembre del 2019

Resumen

La presente tesis de doctorado se propuso como objetivo principal estudiar rasgos positivos de la personalidad en población clínica y su relación con la autopercepción de progreso psicoterapéutico, síntomas psicopatológicos y aspectos sociodemográficos. Se realizaron dos estudios. En el estudio 1 se utilizaron dos muestras: una muestra clínica compuesta por 185 participantes ($M_{\text{EDAD}} = 30.19$, $DE = 11.59$, 59.5% mujeres, 40.5% varones) y una muestra de población general conformada por 203 sujetos ($M_{\text{EDAD}} = 31.63$, $DE = 10.22$, 64.5% mujeres, 35.5% varones) residentes en Resistencia, provincia del Chaco. En el estudio 2 se utilizó una submuestra derivada de la muestra clínica conformada por 38 pacientes ($M_{\text{EDAD}} = 36.82$, $DE = 12.76$, 63.2% mujeres, 36.8% varones). Los estudios psicométricos del Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) en población clínica indicaron el buen funcionamiento de la medida. Se encontró que los participantes pertenecientes a población clínica presentaron menor presencia de rasgos positivos de la personalidad en comparación con los individuos de población general. Además, los rasgos positivos de la personalidad se asociaron de forma negativa con la presencia de sintomatología psicopatológica. A su vez, los análisis permitieron demostrar que las mujeres presentaron mayor presencia de los rasgos integridad y humanidad, mientras que los hombres obtuvieron mayor presencia del rasgo serenidad. Se encontró que los rasgos vivacidad y foco y, moderación se asocian de forma positiva y significativa con la edad de los participantes y que las personas casadas tienen mayor presencia de vivacidad y foco en comparación con las personas solteras, mientras que las personas en concubinato tienen mayor presencia del rasgo moderación en comparación a las personas divorciadas. En relación a la situación ocupacional, las personas que percibían un salario y que estaban trabajando presentaron mayor presencia de vivacidad y foco en comparación a las personas que se encontraban sin remuneración y sin trabajo. Respecto de las asociaciones entre los

rasgos positivos de la personalidad, clase social y nivel educativo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Del estudio 2 se evidenció que los rasgos positivos de la personalidad resultaron ser predictores estadísticamente significativos de la autopercepción de progreso psicoterapéutico a los tres y seis meses de iniciado el tratamiento. Tanto en este análisis como en los precedentes se pudo visualizar el rol preponderante del rasgo vivacidad y foco por sobre el resto de los rasgos positivos de la personalidad.

Palabras Claves: rasgos positivos, personalidad, progreso psicoterapéutico, IRP-5, síntomas psicopatológicos, DSM-5

ABSTRACT

This doctoral thesis sets out as main objective to study the positive personality traits in the clinical population and its relationship with the self-perception in psychotherapeutic progress, psychopathological symptoms and social demographic aspects. Two studies have been carried out. In the first study, two samples were used: a clinical sample consisting of 185 participants ($M_{age} = 30.19$, $SD = 10.22$, 64.5 % women, 40.5 % men) and a general sample consisting of 203 participants ($M_{age} = 31.63$, $SD = 10.22$, 64.5% women, 35.5% men) living in Resistencia-Chaco. In the second study, a subsample derived from the clinical sample consisting of 38 patients ($M_{age} = 36.8$, $SD = 12.76$, 63.2% women, 36.8% men). The Positive Traits Inventory-5 (De la Iglesia & Castro Solano, 2018) designed to assess the positive reverse of the Personality Inventory for DSM-5-Adult (PID-5; Krueger et al., 2013) have shown good results in the clinical population. It has been found that the participants from the clinical sample present less positive personality traits in comparison to those from the general sample. What's more, positive personality traits were associated in a negative way in the presence of psychopathological symptomatology. Likewise, the analysis could demonstrate

that women present more integrity and humanity traits, while men show more serenity trait. It has been found that vivacity and focus, and moderation traits are positively and significantly associated with the age of the participants and that married people have more presence of vivacity and focus than single people, whilst people living in concubinage have more moderation trait than those of divorced people. When it comes to occupational status, those people who earn a salary and work present more vivacity and focus trait in comparison with those who were unemployed and without a salary. As regards, the associations among positive traits of personality, social status and education level, no significant differences in the statics levels were found. Positive personality traits resulted in significant statics predictors of self-perception of the psychotherapeutic progress after the first three and six months of treatment. Meanwhile, it could be observed, in this analysis as well as in the preceding ones, a predominant role of vivacity and focus above the rest of the positive traits of personality.

Key Words: positive traits, personality, psychotherapeutic progress, IRP-5, psychological symptoms, DSM-5

Agradecimientos

En primer lugar agradezco a la Dra. Guadalupe de la Iglesia, mi directora de tesis, por haberme acompañado en este proceso, por ser fuente de respuestas a mis dudas, por su tolerancia ante mi ansiedad, por haberme infundido esperanza, por confiar en mis capacidades, y fundamentalmente, por la calidad humana que me hizo sentir desde el comienzo hasta el final de este recorrido.

Agradezco profundamente al Dr. Alejandro Castro Solano y a la Dra. Laura Oros por su generosidad ante el conocimiento transmitido y por el acompañamiento constante ante mis inquietudes.

A mis docentes de grado y de doctorado de la Universidad de Palermo, por ser agentes formadores de mi profesión y por haberme dado la oportunidad de aprender y desarrollar una forma crítica de pensamiento.

A mi familia, mi madre, mi padre, mi hermano y mis sobrinos. Gracias por el apoyo, por haberme dado la fortaleza necesaria para sostener y lograr las metas que me propuse y por haber sido incondicionales.

A Alejandro, mi compañero de vida, por comprender el proceso de realización de una Tesis de Doctorado, por transmitirme confianza y especialmente por el amor. A mi familia nueva, Graciela, Ariel y Valeria.

A mis amigas, Gilda, Eugenia, Ana Paula, Laura, Adriana y Ayalén, que han sido parte de este proceso donde cada una me acompañó con su aliento, reforzando la confianza en mis capacidades y sobre todo, por sus abrazos.

A mis amigos, Ignacio y Nicollo, por disponerse con su presencia en los momentos en los que necesité de su ayuda para tareas que implicaron el proceso de esta tesis.

Finalmente, quiero agradecer a todos los que contribuyeron al desarrollo y finalización de esta Tesis de Doctorado.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	2
Agradecimientos	5
Índice de tablas	11
Índice de figuras	12
Presentación	13
PRIMERA PARTE: SECCIÓN TEÓRICA	17
CAPÍTULO 1	18
Rasgos Positivos de la Personalidad	18
1.1. Psicología positiva.....	18
1.1.1. Modelo médico vs. modelo salugénico: los antecedentes.....	19
1.1.2. Definiciones de psicología positiva.....	21
1.2 Bienestar psicológico.....	22
1.3. Fortalezas del carácter.....	27
1.3.1. Fortalezas de la sabiduría y el conocimiento.....	28
1.3.2. Fortalezas del coraje.....	28
1.3.3. Fortalezas de la humanidad.....	29
1.3.4. Fortalezas de la justicia.....	30
1.3.5. Fortalezas de la templanza.....	30
1.3.6. Fortalezas de la trascendencia.....	31
1.3.7. Evaluación de las fortalezas.....	32
1.4. Positive Personality Model: los rasgos positivos de la personalidad.....	35
1.4.1. Evaluación de los rasgos positivos de la personalidad.....	39

CAPÍTULO 2.....	42
Personalidad y Cambio.....	42
2.1. Conceptualizaciones generales de la personalidad	42
2.2. Estudio de la personalidad desde la psicología	43
2.3. Principales teorías psicológicas de la personalidad.....	45
2.3.1. Teoría psicodinámica.	46
2.3.2. Teoría fenomenológica.....	47
2.3.3. Teoría conductual.	48
2.3.4. Teoría social-cognitiva.....	49
2.3.5. Modelo bio-psico-social.....	50
2.3.6. Teoría de los rasgos.....	51
2.4. Five Factor Model	54
2.5. Rasgos de la personalidad: Estabilidad y cambio	59
2.5.1. Tipos de estabilidad y cambio a nivel poblacional.	60
2.5.2. Tipos de estabilidad y cambio a nivel individual.....	64
2.5.3 Aproximaciones teóricas sobre la estabilidad y el cambio en la personalidad. .	66
 CAPÍTULO 3.....	 72
Progreso en Psicoterapia y Cambio Psicológico	72
3.1. Las terapias psicológicas. ¿Son Efectivas?	72
3.1.1. ¿Qué es el cambio psicológico?.	74
3.1.2. ¿Qué se intenta cambiar a partir de un proceso psicoterapéutico?.....	75
3.2. El cambio psicológico desde una perspectiva psicodinámica	76
3.3. El cambio psicológico desde una perspectiva cognitiva	78
3.4. El cambio psicológico desde una perspectiva sistémica	81
3.5. El cambio psicológico desde una perspectiva humanístico-existencial.	82

3.6. ¿Qué hace al cambio psicológico?	83
3.7. Evaluación del cambio psicológico: Estrategias de operacionalización del cambio psicológico	88
3.7.1. Metodología para determinar la ocurrencia del cambio buscado.....	89
3.7.2. Instrumentos de medición del cambio. Perspectiva del terapeuta y del paciente: autopercepción de cambio psicoterapéutico.	92
3.7.3. Evaluación de la autopercepción de progreso psicoterapéutico.....	93
3.8. Factores que afectan al cambio	97
SEGUNDA PARTE: SECCIÓN EMPÍRICA	104
CAPÍTULO 4.....	105
Objetivos e Hipótesis.....	105
4.1. Objetivo General	105
4.2. Objetivos Específicos	105
4.2.1. Estudio 1.....	105
4.2.2. Estudio 2.....	105
4.3. Hipótesis.....	106
4.3.1. Estudio 1.....	106
4.3.2. Estudio 2.....	106
CAPÍTULO 5.....	107
Método.....	107
5.1. Tipo de Estudio y Diseño.....	107
5.2. Participantes	108
5.2.1. Participantes del Estudio 1.	108
5.2.2. Participantes del Estudio 2.	110

5.3. Materiales	112
5.3.1. Materiales del Estudio 1.....	112
5.3.2. Materiales del Estudio 2.....	114
5.4. Procedimiento	116
5.4.1. Análisis de datos.	117
5.5. Análisis psicométricos del OQ-42:2	118
CAPÍTULO 6.....	120
Resultados	120
6.1 Estudio 1.....	120
6.1.1. Objetivo 1.....	120
6.1.2. Objetivo 2.....	123
6.1.3. Objetivo 3.....	124
6.1.4. Objetivo 4.....	126
6.2. Estudio 2.....	128
6.2.1. Objetivo 5.....	128
CAPÍTULO 7.....	131
Discusión	131
7.1. Discusión para el objetivo 1	131
7.2. Discusión para el objetivo 2	133
7.3. Discusión para el objetivo 3	136
7.4. Discusión para el objetivo 4	145
7.5. Discusión para el objetivo 5	153
7.6. Limitaciones	157
7.7 Conclusiones generales y futuras líneas de investigación.....	158

Referencias bibliográficas	162
Anexo 1	232
Materiales para el estudio 1.....	232
Anexo 2.....	243
Materiales para el estudio 2.....	243

Índice de tablas

Tabla 1. Consistencia interna del IRP-5 en una muestra clínica.....	122
Tabla 2. Correlaciones entre IRP-5 y PID-5 ($n = 185$).....	123
Tabla 3. Diferencias en rasgos positivos de la personalidad: población clínica vs. Población general.....	124
Tabla 4. Correlaciones: rasgos positivos de la personalidad vs. Sintomatología psicopatológica.	125
Tabla 5. Diferencias en rasgos positivos de la personalidad según sexo.	126
Tabla 6. Correlaciones en los rasgos positivos de la personalidad según estado civil.	127
Tabla 7. Diferencias en rasgos positivos de la personalidad según ocupación.	128
Tabla 8. Regresión múltiple: predicción de autoprogreso en psicoterapia a los 3 y 6 meses ($n = 38$).....	130

Índice de figuras

Figura 1. Análisis factorial confirmatorio OQ-45:2.	119
Figura 2. Análisis factorial confirmatorio IRP-5 muestra clínica.....	121

Presentación

Las características positivas de los seres humanos han sido estudiadas a lo largo de la historia por la religión y las tradiciones filosóficas de Oriente y Occidente. Desde principios del siglo XX la temática fue considerada como objeto de estudio para la psicología mediante los trabajos de autores tales como Thorndike, Hartshorne, May, Erikson, Kohlberg, Maslow y Jahoda, entre otros (Cosentino, 2010; Cosentino & Castro Solano, 2017).

El interés por el estudio de estas características fue considerado uno de los temas más importantes de la psicología positiva (Park & Peterson, 2009). Tal es así que, Peterson y Seligman (2004) consideraron la necesidad de contar con una clasificación de nosologías de sanidades dando origen a una clasificación internacionalmente conocida denominada *Values in Action* (VIA, Peterson & Seligman, 2004). Sin embargo, a la fecha, esta clasificación no cuenta con un sustento empírico robusto que permita generalizar su uso a culturas que no sean anglosajonas (de la Iglesia & Castro Solano, 2018). También desde esta línea de investigación y utilizando un enfoque léxico, Cosentino y Castro Solano (2017) elaboraron el *High Five Model* derivado de las ideas que tienen las personas comunes acerca de las características psicológicas más valoradas. En su estudio, establecieron que el modelo se encuentra asociado positivamente a variables relacionadas con la salud física y mental de los individuos.

En esa misma línea de investigación y con la finalidad de explorar un marco conceptual sobre una nosología que dé respuesta a la evaluación holística en el campo de la salud mental, surgió el *Positive Personality Model* (PPM; de la Iglesia & Castro Solano, 2018). Este modelo se basó en la novedosa propuesta de la sección III del DSM-5 que abrió el camino a la perspectiva dimensional en la evaluación de los trastornos de la personalidad (Hopwood et al., 2013). Como resultado, se informó que el modelo puede constituir un polo positivo en el continuo de rasgos de la personalidad y que se encontraría relacionado a un funcionamiento

óptimo (de la Iglesia & Castro Solano, 2018). Al momento el PPM ha sido estudiado en población general siendo de vital importancia su análisis en otro tipo de poblaciones de interés como la población clínica.

En virtud de lo expuesto anteriormente, la motivación principal que rige el desarrollo de la presente Tesis de Doctorado fue, por un lado, investigar el comportamiento de los rasgos positivos de la personalidad en población clínica, explorando su relación con síntomas psicopatológicos y aspectos sociodemográficos, y, por otro lado, estudiar el valor predictivo de los rasgos positivos de la personalidad en relación a la autopercepción de progreso psicoterapéutico.

La presente tesis se desarrolló en dos partes: una primera parte teórica en la que se brinda un marco referencial relacionado a los antecedentes teóricos y empíricos que dan sustento a la formulación y el desarrollo de la investigación; y una segunda parte en la que se aborda la parte empírica de la investigación y se refieren los análisis realizados para el cumplimiento de los objetivos propuestos.

El capítulo 1 versa sobre los *rasgos positivos de la personalidad*. Este capítulo comienza describiendo una conceptualización histórica de la psicología positiva. Luego, se delimitan las diferencias entre el modelo médico y el modelo salugénico con la intención de arribar a concepciones actuales sobre los modelos de sanidad. Se hace principal foco en el estudio del bienestar y en el modelo de Valores en Acción (Peterson & Seligman, 2004). Finalmente, se introduce el Positive Personality Model (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) describiéndose la variable principal de la presente investigación: los rasgos positivos de la personalidad. Éstos son caracterizados también en cuanto a su relación con los rasgos normales, los rasgos patológicos y otras clasificaciones de sanidad.

En el capítulo 2 se realiza una conceptualización del constructo *personalidad* mediante la descripción de las diferentes teorías que abordan el concepto para luego delimitar los

abordajes centrales en su estudio. Posteriormente, se hace foco en el Five Factor Model (FFM) -Modelo de los Cinco Factores (Costa & McCrae, 1980)- y su relación con la estabilidad y el cambio. Finalmente, se introducen las relaciones entre los factores genéticos y ambientales relacionados al cambio desde la perspectiva poblacional e individual.

En el capítulo 3 se desarrolla la concepción empírica sobre la efectividad, eficiencia y eficacia relacionadas al cambio psicológico por parte de las diferentes escuelas de psicoterapia. Luego, se describen los instrumentos de evaluación para medir el cambio haciendo especial foco en aquellos que evalúan la autopercepción de progreso psicoterapéutico. Finalmente se exponen los factores que afectan al cambio, con la intención de presentar los estudios que postulan a los rasgos de la personalidad como predictores del *cambio psicoterapéutico*.

En el capítulo 4 se hace referencia al objetivo general y a los objetivos específicos derivados del mismo. Además, se enuncian las hipótesis formuladas a la luz de los antecedentes teóricos y estudios científicos realizados hasta la actualidad. En el capítulo 5 se describe la metodología seleccionada para llevar a cabo los dos estudios que conforman la investigación. Se describen los participantes, los materiales utilizados para la operacionalización de las variables, el procedimiento y la estrategia de análisis estadístico de los datos.

En el capítulo 6 se presentan los resultados obtenidos. En primera instancia se informa el comportamiento psicométrico del Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5 en adultos argentinos de población clínica y se exponen las diferencias en los rasgos positivos de la personalidad entre población clínica y población general. Posteriormente, se informan las asociaciones entre los rasgos positivos de la personalidad, la sintomatología psicopatológica y diversas variables socio-demográficas. Finalmente, se informa acerca del rol de los rasgos positivos como predictores de la autopercepción de progreso psicoterapéutico.

Para finalizar, en el capítulo 7 se discuten los resultados obtenidos a la luz de la teoría y de los principales antecedentes ubicados para el tema planteado. Además, se informa si se corroboraron las hipótesis propuestas, así como también, se mencionan limitaciones, conclusiones y futuras líneas de investigación.

Con esta Tesis de Doctorado se espera realizar una modesta pero sustentada contribución al conocimiento científico que plantea la necesidad de dejar de equiparar a la salud mental con la ausencia de la enfermedad y otorgarle peso a características salugénicas tales como los rasgos positivos de la personalidad en la predicción del funcionamiento del ser humano. La evaluación y promoción de la salud mental positiva resulta de relevancia para el diseño de futuras intervenciones psicoterapéuticas que, sin dejar por fuera la evaluación y tratamiento de la psicopatología se focalicen, a su vez, en potenciar los aspectos salugénicos del hombre.

PRIMERA PARTE: Sección Teórica

CAPÍTULO 1

Rasgos Positivos de la Personalidad

En este capítulo se realizará una descripción de la variable central de esta tesis: los *rasgos positivos de la personalidad*. Para ello, se comenzará con un recorrido histórico acerca de la psicología positiva. Luego se delimitarán las diferencias entre el modelo médico y el modelo salugénico para poder arribar a concepciones actuales sobre los modelos de sanidad. Se hará principal foco en el estudio del bienestar y en el modelo Valores en Acción (VIA, por sus sigla en inglés) propuesto por Peterson y Seligman (2004) para finalmente exponer el *Positive Personality Model* (PPM) –Modelo de Personalidad Positiva– (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) en el que se describirán los rasgos positivos de la personalidad que lo componen, su relación con los rasgos normales y los rasgos patológicos, así como con otras clasificaciones de sanidad.

1.1. Psicología positiva

La psicología positiva cuenta con más de 20 años de historia desde su nacimiento. Existe un consenso en considerar que el surgimiento se enmarcó en el año 1998 con el discurso inaugural de Seligman como presidente de la *American Psychological Association* (APA, por su sigla en inglés; Seligman, 1999). En dicho discurso, manifestó que su mandato tendría como misión enfatizar el interés en fortalecer y hacer más productiva la vida de las personas normales, como así también, promover la actualización del potencial humano.

Antes de la Segunda Guerra Mundial, la psicología se habría propuesto tres misiones que versaban en: curar la enfermedad, ayudar a las personas a tener una vida más productiva y satisfecha e identificar y promover el talento del hombre. Luego de dicho acontecimiento, en 1946 se creó la *Veterans Administration* y en 1947 se fundó el *National Institute of Mental Health*. Esto tuvo como consecuencia directa que los psicólogos clínicos e investigadores

pusieran el foco en el estudio de la enfermedad mental y las diferentes patologías implicadas (Gancedo, 2010; Lupano Perugini & Castro Solano, 2015). La cura de la enfermedad mental era la meta prioritaria de las misiones que se habría propuesto la psicología (Gancedo, 2010).

Desde la perspectiva de Seligman y Csikszentmihalyi (2000) el surgimiento de la psicología positiva se encuentra relacionado a retomar las misiones originales de la psicología que fueran olvidadas y, de esta forma, posicionarla dentro de un enfoque centrado en las potencialidades del hombre. Es por ello que, en un primer momento se consideró que el énfasis debía estar puesto en los aspectos preventivos. Sin embargo, desde esta perspectiva se continuaba enfocando la atención en aspectos relacionados a la enfermedad y el objetivo se centraba en evitarla o bien minimizar sus efectos (Seligman, 2003).

En relación a lo antes mencionado, se considera preciso destacar que el cambio de enfoque desde el centramiento en la enfermedad al desarrollo de las potencialidades, se venía gestando desde otras disciplinas. Sin embargo, Seligman fue quien obró como cristizador de una tendencia en ciencias sociales y su aporte consistió en identificarla, nombrarla, adaptarla a los cánones ortodoxos de la ciencia, organizarla en una estructura programática e impulsar su investigación y difusión (Gancedo, 2008; Linley, Joseph, Harrington & Wood, 2006). A esta tendencia, se la denominó *enfoque salugénico* con la intención de completar al modelo médico hegemónico en ciencia psicológica (Gancedo, 2008).

1.1.1. Modelo médico vs. modelo salugénico: los antecedentes.

Los antecedentes de la psicología positiva se encuentran en los escritos de James (1902), Allport (1955) y en exponentes de la psicología humanística donde se pueden encontrar los estudios de Rogers (1951; 1961), Maslow (1954; 1968), Jahoda (1958), Erikson (1963; 1982), Vaillant (1977), Deci y Ryan (1985), y Ryff y Singer (1996). La temática de los estudios versaba sobre apego, inteligencia emocional, conductas prosociales, valores humanos, creatividad y optimismo.

En consecuencia, el mérito que le fue atribuido a la psicología positiva es haber integrado en un corpus teórico con amplia validación empírica sobre los mencionados tópicos de interés (Perugini & Castro Solano, 2015). Es por ello, que se consideró necesario entroncar a la psicología positiva en la evolución del enfoque epistemológico en ciencias sociales y ciencias de la salud como un paso desde la exclusividad del modelo médico hacia la inclusión del enfoque salugénico (Gancedo, 2008).

El modelo médico se organizó desde y hacia la enfermedad (RAE; Real Academia Española, 2001). A partir de la década de los 50 del siglo XX, el diagnóstico, pronóstico, prevención y cura eran los tópicos más investigados, de manera tal que, la salud se reducía solamente a la ausencia de enfermedad (Gancedo, 2008). A mediados del siglo XX esta perspectiva comienza a manifestarse como insuficiente, un ejemplo de ello es la concepción de salud aportada por la Organización Mundial de la Salud (1947) donde la describe como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad.

A partir de los años 80 del siglo pasado, desde diferentes disciplinas (e.g. medicina, ciencias sociales) surge el concepto de promoción y prevención de la salud. Mientras que el primer concepto apunta a la enfermedad, el segundo apunta a la salud y a su salutogénesis (Godoy, 1999). Por consiguiente, desde esta perspectiva se complementó el modelo médico con un modelo salugénico que apunta a ser menos restringido en cuanto a sus intereses (Gancedo, 2008).

En la misma época, Antonovsky (1979; 1987) desde el ámbito de la sociología de la medicina, postuló la orientación salugénica con influencia en el modelo de promoción de la salud y en el enfoque salugénico. Propuso ver a la salud y a la enfermedad como extremos de un continuo más que con posiciones dicotómicas y se interesó en el estudio de los factores que promueven movimientos hacia el extremo favorable del continuo. Por su parte, desde el

ámbito de la psicología, la primera escuela que advirtió las limitaciones del modelo médico fue la psicología humanística quien postuló la necesidad de incrementar los estudios sobre el comportamiento y la mente del ser humano desde la perspectiva de las capacidades y no solo desde las falencias (Gancedo, 2008). En otras palabras, los autores y teorías que se adhieren a un enfoque orientado a la salud, adscriben a un modelo continuo de funcionamiento humano, en detrimento a un enfoque categorial (Maddux, Snyder & Lopez, 2004). Es decir que, el enfoque salugénico considera a la experiencia del hombre como una unidad donde los extremos del continuo se componen de buenas y malas experiencias, por lo tanto, aquellas intervenciones que sirvieran para disminuir lo negativo, también deberían servir para incrementar lo positivo y viceversa (Joseph & Linley, 2006).

Finalmente, desde la perspectiva de Seligman y Csikszentmihalyi (2000) el haber centrado el foco en los trastornos psicopatológicos trajo aparejado como costo adicional que la psicología se limite únicamente a la atención de aquellas personas que padecen trastornos mentales, dejando de lado el estudio del funcionamiento óptimo.

1.1.2. Definiciones de psicología positiva.

Como corolario del recorrido histórico de la psicología positiva, varios fueron los intentos de definirla. Seligman y Csikszentmihalyi (2000) informaron que la psicología positiva tiene como objetivo ampliar el foco de la preocupación casi exclusiva por reparar el daño, hacia un énfasis en el fortalecimiento de las cualidades positivas o de desarrollo de las potencialidades humanas y de esta forma, completar el modelo médico que la ciencia psicológica sostuvo durante la mayor parte de su historia.

En la misma línea, Sheldon y Kasser (2001) refirieron que la psicología positiva no es más que el estudio científico de las fortalezas y virtudes humanas, desde la perspectiva de lo que funciona, lo correcto y lo que mejora. Gable y Haidt (2005) la definieron como el estudio de las condiciones y proceso que contribuyen al óptimo funcionamiento de personas, grupos e

instituciones, y el *Journal of Positive Psychology* (2005) la definió como la perspectiva científica acerca de lo que hace que la vida sea digna de ser vivida, haciendo foco en los aspectos de la condición humana que llevan a la felicidad, a la completud y al progreso.

Por último, la perspectiva de Linley, Joseph, Harrington y Wood (2006) sintetizó la definición que a la actualidad es aceptada ampliamente por la comunidad científica. Desde el punto de vista de estos autores, la psicología positiva fue definida como el estudio científico de las posibilidades de un desarrollo humano óptimo que se propone reorientar y reestructurar teóricamente el desequilibrio entre las investigaciones y prácticas psicológicas, otorgando mayor importancia al estudio de los aspectos positivos de las experiencias vitales de los seres humanos, integrándolas con las que son causa de sufrimiento y dolor. Desde un punto de vista pragmático, se ocupa de los medios, procesos y mecanismos que hacen posible lograr una mayor calidad de vida y realización personal.

Finalmente, Gancedo (2008) destacó que todas las definiciones se encuentran dirigidas a poder ampliar el foco desde la preocupación casi exclusiva por reparar el daño hacia el fortalecimiento de las potencialidades; a la identificación, medición y promoción del bienestar en los sujetos, grupos o sociedades; a las experiencias positivas subjetivas; a las fortalezas del carácter; a los rasgos positivos individuales; y a realizar todo lo expuesto con la rigurosidad del método científico.

1.2. Bienestar psicológico

La psicología positiva sentó las bases científicas para los estudios sobre la felicidad y los caminos que conducen al ser humano hacia una vida plena. Estos temas de interés cuentan con sus antecedentes en las tradiciones filosóficas y dentro del campo de la psicología, durante las últimas cuatro décadas, se posicionó como tema central de estudio (Delle Fave, Brdar, Freire, Vella-Brodrick & Wissing, 2011). Los investigadores pusieron el foco en el

estudio de la felicidad humana desde el punto de vista de dos concepciones: el bienestar subjetivo o hedónico y el bienestar psicológico o eudaimónico (Kahneman, 1999; Ryan & Deci, 2001; Waterman, 1993).

La concepción hedónica ancla sus raíces en la filosofía griega, se podría situar a Epicuro como uno de los máximos representantes (Cieslik, 2017). La idea rectora se centró en que el objetivo de la vida se relaciona con experimentar la mayor cantidad de placer posible y la felicidad sería, en cierto modo, una suma de momentos placenteros. Es decir que, una persona feliz sería aquella que experimentó mayores emociones positivas por sobre las emociones negativas o que de forma disposicional tiende a ser más feliz, ya que el nivel de emocionalidad se encuentra relacionado a la personalidad y a factores genéticos heredables con poca probabilidad de cambios (Avia & Vázquez, 1998; Costa & McCrae, 1980).

Desde esta perspectiva, Diener y Biswas-Diener (2008, 2018) pusieron de relevancia el papel de la satisfacción vital y de las emociones positivas como componentes hacia el logro de la felicidad. Es así como, estos autores informaron que la longevidad, la salud física, mejores puestos laborales y una alta calidad en las relaciones interpersonales se encontraban asociadas a la felicidad. Por otra parte, Fredrickson (2000; 2009) postuló la teoría de la ampliación y la construcción situando a las emociones positivas como fundamentales para el florecimiento humano. Esta teoría permitió ampliar el conocimiento sobre el repertorio de los pensamientos y acciones de los sujetos que, en el mediano y largo plazo, posibilitaban la construcción de una reserva de recursos psíquicos y sociales disponibles para momentos de crisis que se puedan presentar en el futuro (Fredrickson 2000, 2009; Fredrickson & Branigan, 2005; Fredrickson & Le Nguyen, 2015).

Por otro lado, la concepción eudaimónica estableció que el bienestar se encuentra en la realización de actividades congruentes con valores personales y que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas (Waterman, 1993). Desde este

punto de vista, Ryff (1995) argumentó que las medidas de bienestar han adolecido históricamente de una buena base teórica y han olvidado importantes aspectos del funcionamiento positivo. Es por ello que, propuso el término de bienestar psicológico para distinguir su concepción del bienestar subjetivo más propio de la concepción hedonista e intentó superar las limitaciones definiendo el bienestar como el desarrollo del verdadero potencial de uno mismo (Ryff, 1995). En consecuencia, el bienestar psicológico no sería el principal motivo en la vida del hombre sino más bien el resultado de una vida bien vivida (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998).

El modelo multidimensional del bienestar psicológico propuesto por Ryff (1995) presenta seis dimensiones de bienestar psicológico que suponen un reto para las personas en su esfuerzo por funcionar positivamente (Keyes, Shmotkin & Ryff, 2002; Ryff & Keyes, 1995). De esta forma, las personas que experimentan bienestar eudaimónico presentan características relacionadas a la autoaceptación, al control ambiental, a la autonomía, a los propósitos en la vida y al crecimiento personal (Ryff, 1995). De modo similar, la teoría de la autodeterminación (Ryan & Deci, 2001) relaciona la perspectiva eudaimónica con la autorrealización como aspecto central del bienestar. Esta teoría, basada en el Humanismo, refiere que el bienestar es consecuencia de un funcionamiento psicológico óptimo y que el funcionamiento psicológico sano implica una adecuada satisfacción de tres necesidades psicológicas básicas (autonomía, competencia y vinculación) y, además, un sistema de metas congruentes y coherentes (Deci & Ryan, 2001).

Vázquez y Hervás (2008) informaron que la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas consiste en mantener un equilibrio vital que permita una satisfacción en cada una de las áreas de forma independiente, mientras que, mediante el sistema de metas congruentes y coherentes el modelo plantea que para el desarrollo del bienestar eudaimónico cada sujeto debe establecer sus metas personales con dirección intrínseca y coherente a los propios

valores, intereses y necesidades psicológicas. Tal como se puede observar, las necesidades psicológicas propuestas por esta teoría coinciden con tres de las dimensiones del modelo de Ryff (autonomía, control ambiental y relaciones positivas con otros). Además, desde la teoría de la autodeterminación, la satisfacción de las necesidades psicológicas básicas fomenta tanto al bienestar subjetivo como al bienestar eudaimónico (Ryan & Deci, 2001).

En este sentido, ambas teorías pueden considerarse diferentes vías de acceso hacia la felicidad. La concepción eudaimónica se centra en el contenido de la propia vida y en los procesos implicados en vivir bien, mientras que la concepción hedónica se centra en conseguir la presencia de afecto positivo y una sensación global de satisfacción con la propia vida (Seligman, 2003).

Más cercano a la actualidad, Keyes (2002, 2005, 2007) y Huppert y So (2011; 2013) realizaron un intento por integrar ambas tradiciones (hedónica y eudaimónica), es así como, buscaron dar explicación al funcionamiento mental mediante el concepto de *flourishing*, proponiendo que las personas pueden experimentar tanto la sensación de bienestar (hedónico) como percibir que tienen un funcionamiento efectivo/satisfactorio (bienestar eudaimónico). De este modo, Keyes et al. (2008) han estudiado la salud mental bajo la concepción de que la misma involucra algo positivo, y no simplemente la ausencia de psicopatología.

A través de una evaluación continua y el diagnóstico categórico, Keyes (2005, 2013) propuso un modelo de dos continuos ubicando a las enfermedades mentales en uno de los extremos y a la salud mental en el extremo opuesto. En consecuencia, aquellas personas con presencia de *flourishing* experimentarían un alto nivel de funcionamiento hedónico y eudaimónico, las personas situadas en el extremo opuesto experimentarían sentimientos de vacío, carecen de interés y compromiso, y quienes se sitúan en el medio presentarían un estado moderado de salud mental. Keyes (2007) planteó que los estudios que exploraban bienestar subjetivo, generaron una serie de síntomas de salud mental que incluyen los

criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) elaborado por Asociación Americana de Psiquiatras (APA, por su sigla en inglés). Por ejemplo, en la depresión, la contrapartida del síntoma anhedonia implica síntomas de hedonía (haciendo alusión a la vitalidad emocional y sentimientos positivos hacia la vida; Keyes, 2007).

Por su parte, Huppert y So (2013) identificaron mediante la revisión de los criterios para los trastornos de ansiedad y depresión, diez aspectos del bienestar positivo (por oposición a los indicadores patológicos de dichos trastornos), en el que se consideró la combinación de rasgos hedónicos y eudaimónicos del bienestar: competencia, estabilidad emocional, compromiso, significado, optimismo, emoción positiva, relaciones positivas, resiliencia, autoestima y vitalidad.

Con la intención de operacionalizar el constructo, se propuso el Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF; Keyes, 2005) como herramienta de evaluación que busca dar cuenta de manera integral el grado de salud mental positiva, la cual trasciende la ausencia de psicopatología al involucrar necesariamente un estado elevado de bienestar emocional, social y psicológico. En la actualidad, el MHC es uno de los instrumentos más utilizados a escala mundial en lo que refiere a indagar el bienestar del sujeto. En nuestro país, Lupano Perugini, de la Iglesia, Castro Solano y Keyes (2017) encontraron que el MHC-SF presenta un ajuste estadístico apropiado al modelo tridimensional que propone, determinando que: la satisfacción con la vida y el afecto positivo se asocian al bienestar emocional, el bienestar social posee correlación significativa con una medida externa de bienestar y que el bienestar psicológico se vincula positivamente con la presencia de significado de la vida.

Considerando la perspectiva hasta aquí expuesta, se podría afirmar que el logro de un estado de salud mental completo se encuentra supeditado tanto a la inexistencia de síntomas psicopatológicos como a la vivencia de bienestar global de la persona. Ahora bien, retomando lo postulado por Gancedo (2008) otro aspecto fundamental que contribuyó al desarrollo

científico de la psicología positiva se encuentra en los estudios sobre las fortalezas del carácter.

1.3. Fortalezas del carácter

Dentro del marco de la psicología positiva la línea de investigación centrada en las fortalezas del carácter constituye el área que estudia los rasgos individuales positivos (Gable & Hadit, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Peterson y Seligman (2004) mediante el método científico impulsaron los estudios de las fortalezas del carácter con la intención de poder contar con una clasificación de virtudes y fortalezas. Para tal fin, se examinaron las respuestas sobre el comportamiento moralmente bueno que fue concebido en las tradiciones filosóficas y religiosas de impacto evidente y duradero en la civilización humana (Dahlsgaard, Peterson & Seligman, 2005).

Desde el punto de vista de Peterson y Seligman (2004) existen seis virtudes fundamentales que se repetían en las tradiciones confucionistas y taoístas (de China), en el budismo e hinduismo (del sur asiático), de la filosofía ateniense, el judaísmo, el cristianismo y el islamismo (de occidente). Es así como, con la finalidad de poder contar con una clasificación de las fortalezas del carácter, un grupo de académicos propuso una lista de fortalezas plausibles y posteriormente fueron refinadas mediante una serie de debates concluyendo en una clasificación denominada *Values in Action* (VIA, por sus siglas en inglés) conformada por seis virtudes que incluyen 24 fortalezas (Peterson & Seligman, 2004).

A continuación, se presentarán las definiciones de las fortalezas humanas correspondientes con la clasificación del carácter propuesta por Peterson y Seligman (2004; Park, Peterson & Seligman, 2004). Según los autores, el buen carácter se encuentra formado por diversos componentes ubicados en diferentes niveles de abstracción, aquellos componentes más abstractos son las virtudes y el nivel siguiente de abstracción se corresponde a las fortalezas

del carácter que las definen. No obstante, los autores informaron que esta clasificación era de carácter tentativo y podría ser alterada a consecuencia del progreso de los avances científicos.

1.3.1. Fortalezas de la sabiduría y el conocimiento.

Las fortalezas de la sabiduría y el conocimiento fueron definidas mediante la creatividad, la curiosidad, la apertura mental, el amor por el saber y la perspectiva. En relación a la *creatividad*, implica la producción de ideas o comportamientos novedosos, sorprendentes o inusuales y adaptativos incluyendo los aspectos artísticos sin limitarse a ellos. La fortaleza *curiosidad* representa el deseo intrínseco por experimentar y conocer, además, implica el reconocimiento activo, la búsqueda y la regulación de la propia experiencia en respuesta a situaciones desafiantes lo cual conduce a comportamientos dirigidos a un objetivo en respuesta a señales estimulantes. La *apertura mental* fue definida como la voluntad de buscar activamente evidencias en contra de las creencias, planes o metas preferidas del hombre y al momento de hallarlas hacer un proceso de evaluación de modo justo o imparcial siendo capaz de cambiar el punto de vista propio. La fortaleza *amor por saber*, describe el modo en que una persona se relaciona con habilidades e informaciones nuevas, además, las personas que son poseedoras de esta fortaleza fueron definidas como cognitivamente activas y capaces de experimentar sentimientos positivos al momento de adquirir nuevas habilidades, satisfacer su curiosidad, incrementar el conocimiento que poseen y aprender algo nuevo. Por último, la fortaleza del carácter *perspectiva*, representa un nivel superior de conocimiento, lo cual habilita al hombre a poder dar consejos a los demás y tratar preguntas sobre el desarrollo y significado de la vida (Cosentino, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.2. Fortalezas del coraje.

Las fortalezas del coraje fueron definidas a través de la valentía, persistencia, integridad y vitalidad. La *valentía*, fue definida como la disposición a actuar de forma voluntaria, incluso

en situaciones que sean significadas como peligrosas con la finalidad de alcanzar un objetivo, incluye la valentía física, pero no se limita a esta. Por su parte, la *persistencia* fue descrita como la continuación voluntaria de un comportamiento activo dirigido hacia una meta a pesar de los obstáculos, dificultades o desalientos y de esta forma, terminar con lo iniciado sintiendo placer en la finalización de la meta propuesta. La *integridad* refiere a ser moralmente probo y coherente con uno mismo, es decir, con los valores que uno propugna. Las personas que poseen esta fortaleza son descritas como realistas y con la capacidad de representar de forma exacta sus estados anímicos y sus conductas. Implica la justificación pública de las propias convicciones morales y la sensibilidad hacia las necesidades de los demás, que se demuestra al ayudar a otros. Por último, la *vitalidad* refiere a un aspecto dinámico del bienestar marcado por la experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía, se relaciona de forma directa e indirecta con los factores somáticos y psicológicos. A nivel somático, se encuentra vinculada con la salud física, la ausencia de fatiga y el buen funcionamiento corporal. A nivel psicológico, representa un estado mental activo y positivo que refleja experiencias de voluntad, efectividad e integración de uno mismo en lo interpersonal como en lo intrapersonal (Cosentino, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.3. Fortalezas de la humanidad.

Las fortalezas de la humanidad fueron descritas mediante el amor, la bondad y la inteligencia social. La fortaleza *amor*, representa una orientación emocional, comportamental y cognitiva hacia los demás que se presenta en las formas prototípicas de amor tales como: el amor de los hijos a los padres, el amor de los padres a los hijos y el amor romántico. Por su parte, la fortaleza *bondad* fue definida como una orientación de uno mismo hacia el otro que tiene una tonalidad emocional vinculada a la reivindicación y una humanidad compartida con el otro, al que se lo considera digno de atención, ayuda y respeto por derecho propio lo cual

genera comportamientos de ayuda a hacia los demás. Por último, la fortaleza *inteligencia social*, es definida como la capacidad de razonamiento sobre información emocional interna o externa que se utiliza en las relaciones interpersonales. Las personas con este tipo de fortaleza presentan una comprensión y evaluación exacta de si mismos y de los demás, de manera tal que, saben que hacer para ajustarse a diferentes situaciones sociales (Cosentino, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.4. Fortalezas de la justicia.

Las fortalezas de la justicia fueron definidas mediante las fortalezas de ciudadanía, imparcialidad y liderazgo. La *ciudadanía*, representa un sentimiento de identificación y un sentido de obligación para el bien común que abarca a uno mismo y se extiende hacia los demás. El individuo con esta característica presenta un adecuado comportamiento interpersonal y un espíritu emprendedor social, compromiso y participación ciudadana, desarrollando un sentimiento de responsabilidad hacia la comunidad. La *imparcialidad*, es definida como el producto del juicio moral, es decir, el proceso por el cual el individuo determina lo que es moralmente correcto, lo moralmente incorrecto y lo moralmente proscrito. Son ciudadanos responsables, amigos confiables y en general, personas con moral. Por último, la fortaleza de *liderazgo*, entendida como una cualidad personal que se refiere a una constelación integrada de atributos temperamentales y cognitivos orientados a influenciar y ayudar a los miembros del grupo al que pertenece. Además, motiva al individuo a acciones grupales orientadas al éxito colectivo y al mantenimiento de buenas relaciones entre los miembros del equipo (Cosentino, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.5. Fortalezas de la templanza.

Las fortalezas de la templanza se encuentran conformadas por la clemencia y misericordia, humildad/modestia, prudencia y autorregulación. La fortaleza *clemencia*, representa un

conjunto de cambios prosociales que suceden en un individuo al sentirse dañado por alguien cercano en el que las tendencias de acción hacia el transgresor se tornan más positivas. Se puede considerar a la clemencia como una forma especializada de *misericordia*, concepto que refleja benevolencia hacia un transgresor. La *humanidad* y la *modestia*, refieren a la estimación de los logros, talentos o méritos propios, la humildad se extiende a los demás y es así como, el individuo con esta característica reconoce el valor con el que diferentes personas pueden contribuir a mejorar el mundo. Además, estas personas se encuentran abiertas a consejos, ideas e información contradictoria. La fortaleza *prudencia*, se define como una orientación cognitiva hacia el futuro personal, como una forma de razonamiento práctico y de autogestión para alcanzar eficazmente los propios objetivos a largo plazo. Las personas con esta fortaleza, son poseedoras de un enfoque flexible y moderado sobre la vida, y luchan para que se establezca un equilibrio entre los logros y las expectativas propias. Finalmente, la *autorregulación*, hace referencia a la capacidad de regular, controlar o inclusive gobernar las respuestas de uno mismo a fin de adaptarse a un cierto patrón o cumplir con objetivos preestablecidos (Cosentino, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.6. Fortalezas de la trascendencia.

Las fortalezas de la trascendencia se circunscriben en las fortalezas de la apreciación de la belleza y la excelencia, gratitud, esperanza, humor y espiritualidad. La *apreciación*, fue definida como la capacidad de encontrar, reconocer y sentir emociones tales como el embelesamiento y admiración respecto de lo bueno del entorno físico y social. La *gratitud*, refiere a un sentimiento de agradecimiento y alegría que se origina como respuesta a reconocer que uno se ha beneficiado, además involucra momentos de alegría expansiva y pacífica evocada por la belleza natural. La fortaleza *esperanza*, representa una actitud cognitiva, emocional y motivacional hacia el futuro donde el individuo presenta expectativas

positivas de que se van a producir los acontecimientos y los resultados deseados movilizado por comportamientos tendientes al logro de los mismos. El *humor*, implica una visión alegre y serena que le permite ver el lado positivo de las cosas ante la adversidad, lo cual produce un buen estado de ánimo que se sostiene en el tiempo. Finalmente, la *espiritualidad*, fue definida como las creencias y prácticas que se basaron en la convicción de que hay una dimensión no física de la vida. El individuo con esta fortaleza cree en propósitos y significados de orden superior que proveen un sustento emocional y dan curso a conductas coherentes con este tipo de creencias (Cosentino, 2010; Park, Peterson & Seligman, 2004; Peterson & Seligman, 2004).

1.3.7. Evaluación de las fortalezas

La clasificación VIA (Peterson & Seligman, 2004) fue desarrollada con la intención de impulsar y generar un lenguaje común para los análisis científicos en psicología positiva (Castro Solano & Cosentino, 2018). En efecto, para la evaluación de las fortalezas fueron diseñados y validados tres instrumentos. En primer lugar, el *Values in Action Inventory of Strengths* (VIA-IS; Peterson & Seligman, 2004) para población adulta mediante el cual se responde de manera autoinformada 240 ítems que evalúan las fortalezas del carácter. En segundo lugar, el *International Personality Item Pool* (IPIP; Goldberg 1999; Goldberg et al., 2006), el instrumento provee 213 ítems de mediciones de diferencias individuales de variables de personalidad para evaluar las fortalezas del carácter propuestas en el modelo VIA (Peterson & Seligman, 2004). Por último, el *Inventario de Virtudes y Fortalezas* (IVyF; Cosentino & Castro Solano, 2015), conformado por ítems de párrafos de autopuntuación directa global para la evaluación de las 24 fortalezas del carácter. El instrumento se deriva de la clasificación de Peterson y Seligman (2004) y consta de 24 ítems bipolares que se corresponden cada uno a una fortaleza. Los análisis psicométricos del instrumento

demonstraron una confiabilidad aceptable y semejante a la encontrada para el VIA-IS (Peterson & Seligman, 2004; Ruch et al., 2010).

A raíz del desarrollo de diferentes instrumentos para la operacionalización de las variables que conforman los mismos, se realizaron estudios inspirados en la clasificación del modelo VIA (Peterson & Seligman, 2004) donde demostraron su relación con diferentes variables de interés. Es así como, en los estudios realizados por Peterson y Seligman (2004) y por Peterson (2006) informaron diferencias significativas a favor de las mujeres en las fortalezas de bondad, inteligencia social, espiritualidad, optimismo y sentido del humor. En la misma dirección, Biswas y Diener (2006) analizaron dos culturas (Maasai e Inughuit) donde comprobaron que la cultura Inughuit valoraba la amabilidad en la mujer y el autocontrol en el hombre, mientras que en la cultura Maasai, se valoraba el autocontrol en la mujer y la imparcialidad y el liderazgo en el hombre. Por su parte, Linley et al. (2007) en un estudio realizado en el Reino Unido informaron que las mujeres puntuaban más alto en amabilidad, amor e inteligencia social, mientras que los hombres se destacaban en creatividad. Mas cercano a la actualidad, los estudios de Brdar, Anié y Rijavec (2011) reportaron diferencias a favor de las mujeres en las fortalezas de autenticidad, amabilidad, amor, gratitud e imparcialidad y los hombres se destacaban en las fortalezas de autenticidad, esperanza, humor, gratitud y curiosidad. Además, el modelo VIA (Peterson & Seligman, 2004) fue estudiado en relación a la variable edad. Los estudios de Linley et al. (2007) informaron que, a mayor edad, mayor curiosidad, amor por el saber, imparcialidad, clemencia y autorregulación.

Asimismo, se estudió la genética asociada al modelo VIA (Peterson & Seligman, 2004), los resultados que se obtuvieron determinaron que existen influencias genéticas y de factores ambientales no compartidos para todas las fortalezas a excepción de compañerismo, humildad y humor (Steger, Hicks, Kashdan, Krueger & Bouchard, 2007). Por otro lado,

Cosentino y Castro Solano (2012) realizaron un estudio sobre las virtudes y fortalezas del carácter asociadas a grupos sociales en el cual hallaron que los militares puntuaban más alto que los civiles en varias fortalezas, especialmente en espiritualidad. Además, informaron que los cadetes con mejor adaptación a la academia militar del último año de estudio presentaron mayor persistencia (Cosentino & Castro Solano, 2012).

Asimismo, se considera de relevancia destacar los estudios que asociaron el modelo VIA (Peterson & Seligman, 2004) con la variable rasgos de la personalidad. McDonald, Bore y Munro (2008) informaron que los factores del Modelo de los Cinco Grandes Factores de la Personalidad se encontraban asociados con varias fortalezas, particularmente extraversión presentó la mayor cantidad de asociaciones, en tanto que neuroticismo la menor. En la misma línea, estudios locales de Cosentino y Castro Solano (2015) reportaron asociaciones entre las fortalezas y los rasgos de la personalidad, por una parte, asociaciones positivas de 23 fortalezas del carácter con responsabilidad, agradabilidad y apertura a la experiencia, y, por otro lado, asociaciones negativas de 20 fortalezas del carácter con neuroticismo.

Por último, se considera preciso mencionar que desde la perspectiva de Seligman (2002) en el ámbito clínico una psicoterapia positiva debería hacer foco en el cultivo de las fortalezas humanas, en la mejora de los rasgos positivos y en el soporte que se le da a los consultantes para estimular el cambio positivo. Es así como, en la última década existió una proliferación de programas de intervenciones dirigidos a la mejora en el bienestar de las personas mediante estudios correlacionales y longitudinales que permitieran detectar las variables psicológicas que diferencian a los individuos con alto y bajo bienestar. En este sentido, Seligman, Steen, Park y Peterson (2005) con la intención de incrementar la capacidad hedónica de las personas pudieron demostrar que las personas que realizaban ejercicios de bienestar mejoraban sus niveles de bienestar posterior a la intervención y mantenían las ganancias del bienestar a los tres y seis meses posteriores de determinada

intervención (ver H5). En la misma línea de investigación, Seligman, Rashid y Parks (2006) realizaron estudios de validación empírica de la psicoterapia positiva con grupos de pacientes diagnosticados con depresión severa y unipolar, como resultado, informaron que en todos los casos el grupo de tratamiento con psicoterapia positiva mejoró la sintomatología depresiva en comparación con grupos de tratamiento convencional y que estos resultados se mantuvieron, al menos, durante un año después del tratamiento. En suma, la perspectiva de la psicología positiva considera que la evaluación e intervención enfocada a los problemas debería poder ampliarse para incluir cualidades, capacidades y fortalezas del carácter (Peterson, Park, Castro Solano, 2011).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es preciso advertir que, desde la perspectiva de Seligman (2004) la clasificación VIA es tentativa y se encuentra sujeta a futuros cambios que se produzcan como consecuencia de la profundización de estudios científicos sobre la excelencia moral. En este sentido, en uno de los trabajos más recientes, Peterson intentó desarrollar una nueva nosología de la enfermedad mental a partir de la nosología de sanidad del modelo VIA (Seligman, 2014). Sin embargo, el trabajo no cuenta con suficiente evidencia empírica para considerarlo como acabado (de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

En consecuencia, de la Iglesia y Castro Solano (2018) se propusieron explorar un nuevo marco teórico para la evaluación de la personalidad que pudiera funcionar como una nosología de sanidad y dieron origen al *Positive Personality Model*.

1.4. Positive Personality Model: los rasgos positivos de la personalidad

El intento por destacar la manera en que se constituyen los trastornos patológicos y el peso otorgado por el consenso internacional a la taxonomía y caracterización de los mismos, produjo que la mayoría de las investigaciones en relación a la temática se encuentren dirigidas al estudio de la sintomatología psicopatológica. Sin embargo, en la actualidad es

conocido que la ausencia de síntomas psicopatológicos no garantiza un funcionamiento óptimo de la vida o una buena calidad de vida en los seres humanos (Organización Mundial de la Salud, 2014; Seligman & Csikszentmihalyi, 2014).

Es por ello Esbec y Echeburúa (2014) postularon una continuidad entre lo normal y lo patológico con la intención de poder abordar tratamientos para toda clase de pacientes con presencia o no de un diagnóstico de trastorno de la personalidad. En el marco de la personalidad entendida como un continuo dimensional, Strack y Lorr (2006) cuestionaron la línea divisoria entre salud y enfermedad, resaltando la arbitrariedad involucrada en el mismo continuo cuando se busca discriminar lo normal y lo patológico. Leary (1967) y Gunderson (1979), con antelación, y sentando precedentes, manifestaron que comportamientos de un tipo y otro conforman el mismo continuo, el cual es único, aunque con variaciones relativas al predominio de normalidad o patología. En la misma línea, Millon (2011, 2012) adhirió a la idea de un fenómeno único incorporando la caracterización según el concepto de adaptación, postulando así funcionamientos adaptativos y desadaptativos dentro del mismo continuo.

En la actualidad, el debate sobre la clasificación diagnóstica se centra en determinar los rasgos psicopatológicos que se encuentran presentes en los trastornos mentales existiendo cierto grado de consenso al respecto (American Psychiatric Association, 2013). Sin embargo, cuando se trata de describir y diagnosticar un comportamiento saludable –nosología de sanidad-, los enfoques son imprecisos. Dentro de las nosologías de sanidad se podría mencionar el modelo antes expuesto en el apartado 1.3: VIA (Peterson & Seligman, 2004).

Otro aporte que merece mención dentro de los intentos para lograr una nosología de sanidad es el propuesto por Leising, Rogers y Ostner (2009) quienes desarrollaron un modelo formulando los criterios invertidos para cada uno de los criterios de los trastornos de la personalidad incluidos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002). A partir de este análisis, se identificaron 10 grupos de aspectos valorados implícitamente como sanos

en el DSM: ser autosuficientes e independientes; tener confianza en sí mismo, pero de una manera realista; llevarse bien con los demás; tolerar la incertidumbre y la perfección; buscar lo bueno en las personas; ser convencional; tener autocontrol; conectarse con otros emocionalmente y tratarlos de manera justa; disfrutar de las relaciones y actividades sociales; y ser confiados.

Por su parte, tal como fuera mencionado en el apartado 1.2 desde el punto de vista teórico y centrados en el campo de la normalidad, Huppert y So (2013) desarrollaron una medida de *flourishing* (sensación de bienestar -bienestar hedónico- y funcionamiento efectivo -bienestar eudaimónico-) partiendo de los criterios sintomatológicos opuestos del trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno depresivo mayor descritos en el DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002) resaltando los aspectos positivos. En Argentina, Cosentino y Castro Solano (2017), utilizando un enfoque léxico, propusieron el Modelo de los Cinco Altos -High Five Model (HFM)- a través de un procedimiento inductivo que partió del punto de vista de las personas comunes sobre las características positivas (morales o no morales) y establecieron cinco rasgos positivos de la personalidad denominados factores altos: erudición, paz, jovialidad, honestidad, y tenacidad.

Considerando la perspectiva hasta aquí expuesta, de la Iglesia y Castro Solano (2018) propusieron el Modelo de Personalidad Positiva –Positive Personality Model (PPM)-. Este modelo incluye cinco dimensiones que representan los opuestos positivos de la clasificación dimensional de los trastornos de la personalidad introducidos en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y se basó particularmente en los indicadores patológicos incluidos en PID-5 (Krueger et al., 2013). El procedimiento consistió en formular la versión positiva de cada una de las 220 declaraciones PID-5 y agrupar esos elementos por dominios y facetas según lo estipulado en la puntuación PID-5 (ver H1).

Pasando a una descripción detallada de las cinco dimensiones, de la Iglesia y Castro Solano (2018) informaron que la *serenidad* es la versión positiva del continuo afectividad negativa-estabilidad emocional. Puntuaciones altas en esta dimensión representa a los sujetos caracterizados por una paz casi imperturbable, con la capacidad de dominar emociones negativas en situaciones que están fuera de su control, desagradables o que producen gran incomodidad. Además, estos sujetos tienden a permanecer tranquilos y de manera agradable cuando se enfrentan a conflictos interpersonales en los que su interlocutor experimenta emociones negativas. En relación a *humanidad*, en el polo opuesto se sitúa el continuo indiferencia-extraversión. Altas puntuaciones en esta dimensión representan a sujetos que son extremadamente sensibles a su entorno y son capaces de mostrarse vulnerables ante la presencia de otros, son compasivos, comprensivos y se sienten conmovidos por el sufrimiento ajeno intentando aliviarlo. Respecto de la dimensión *integridad*, emerge como el polo opuesto al continuo antagonismo-afabilidad. Las personas que presentan puntajes elevados en esta dimensión son descritas como confiables y honestas en función de sus intenciones, tienden al cumplimiento de sus promesas, a la sinceridad y se muestran como realmente son. Además, se caracterizan por la humildad, no presentan problemas al momento de admitir sus errores y espera un trato igualitario. Por su parte, el rasgo *moderación* se coloca en el polo opuesto del continuo desinhibición-escrupulosidad. Los sujetos con puntuaciones altas se caracterizan por tomarse el tiempo necesario para evaluar los riesgos y beneficios antes de actuar en determinadas situaciones, estas personas planifican sus acciones teniendo en cuenta las consecuencias y tienden a evitar riesgos innecesarios. Finalmente, la quinta dimensión fue denominada *vivacidad y foco* y emerge del continuo psicoticismo - apertura a la experiencia. Las personas con puntajes elevados se caracterizan por saber lo que quieren, tener metas claras y disfrutar de lo que hacen todos los días. Además, se sienten activos, enérgicos, satisfechos, útiles y seguros.

1.4.1. Evaluación de los rasgos positivos de la personalidad

El instrumento de medición propuesto por de la Iglesia y Castro Solano (2018) es el Inventario de Rasgos Positivos de la Personalidad (IRP-5) el cual cuenta con un adecuado formato para su uso y sus análisis psicométricos básicos indicaron un buen funcionamiento general de las medidas (ver H1). Al ser un constructo sumamente novedoso, aún no existen antecedentes que expliquen el vínculo de los distintos rasgos positivos de la personalidad y otras variables. Pero al estar vinculado a lo postulado por el DSM-5 en cuanto a los dominios de rasgos patológicos de la personalidad y la teoría del FFM, se podrían extrapolar algunos resultados vinculados a esas variables para hipotetizar relaciones con los rasgos positivos.

Por ejemplo, de la Iglesia y Castro Solano (2018) determinaron que, desde el punto de vista teórico vivacidad y foco se refiere a un rasgo estable en el tiempo e identificable en contextos que combinan el bienestar hedónico y eudaimónico tal como el concepto de *flourishing* propuesto por Keyes y Haidt (2002), pero en este caso, el rasgo es entendido como una predisposición, una forma usual de bienestar y no como una medida de resultado.

Si bien no es factible equiparar los rasgos positivos con el bienestar, se podría hipotetizar en base a los antecedentes relacionados con esta variable. En función de las diferencias sociodemográficas, diversos estudios determinaron que no se encontró suficiente evidencia para concluir que los hombres y las mujeres diferían en cuanto al bienestar (e.g. Donovan & Halpern, 2002; Helliwell, 2003). Sin embargo, los resultados no van todos en un mismo sentido, encontrándose otros estudios que hallaron puntuaciones significativamente mayores en bienestar psicológico en los hombres en comparación con las mujeres, mientras que, en otras investigaciones se describieron puntuaciones más elevadas en mujeres en algunas subescalas como ser las que evalúan las relaciones saludables (e.g. Huppert, Walters, Day & Elliott, 1989; Ryff & Singer, 1998), característica similar a la hallada en el PPM (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) en el rasgo humanidad. En la misma línea, los estudios sobre

flourishing demostraron que los hombres, los adultos entre 45 y 54 años, los adultos con 16 o más años de educación y los adultos casados tenían más posibilidades de presentar *flourishing* (Keyes, 2002; Keyes & Simoes, 2012), es así como, los datos sociodemográficos solían agregarse menos a la varianza explicada en los resultados del bienestar cuando se tomaban en cuenta otras variables (Demir & Weitekamp, 2007; Keyes, 2002; ver H4).

Además, en el estudio realizado por Shimai, Otake, Park, Peterson y Seligman (2006) sobre la influencia de la cultura en la distribución de las fortalezas del carácter en adultos jóvenes de los Estados Unidos y Japón, las mujeres presentaban mayormente las características de amor (e.g. humanidad en el PPM) y amabilidad, mientras que los hombres tenían más probabilidades de reportar valentía y creatividad. En ambas muestras, no se reportaron diferencias en las características de vitalidad, entusiasmo (e.g. vivacidad y foco en el PPM) y gratitud (ver H4).

En la misma línea, Bruna, Mercedes y Cardenal Hernández (2017) estudiaron las fortalezas humanas desde la perspectiva del género en una población española, como resultado informaron que existían diferencias significativas entre hombres y mujeres en las fortalezas creatividad, bondad, amor, inteligencia social, liderazgo, imparcialidad, perdón, gratitud y honestidad (e.g. integridad en el PPM) a favor de las mujeres. Otro estudio que merece mención es el realizado por Cosentino y Castro Solano (2017) sobre las virtudes y fortalezas del carácter en población local. Los resultados informaron que no hay evidencia a favor de diferencias según sexo y edad, es decir que se podría hipotetizar que no existen diferencias significativas en los rasgos positivos de la personalidad ya que comparten características con el VIA (Peterson & Seligman, 2004) tales como autorregulación (e.g. serenidad en PPM), humanidad, amor, templanza (e.g. humanidad en PPM), integridad (e.g. integridad en PPM), prudencia (e.g. moderación en PPM) y, vitalidad y entusiasmo (e.g. vivacidad y foco en PPM; ver H4).

Finalmente, el modelo propuesto por Peterson y Seligman (2004) presenta amplio apoyo empírico respecto de la predicción de resultados psicológicos como el incremento en el manejo del estrés laboral (Harzer & Ruch, 2015), en productividad laboral (Lavy & Littman-Ovadia, 2017), logros académicos (Wagner & Ruch, 2015), aumento de la felicidad y disminución de síntomas depresivos (Proyer, Gander, Wellenzohn & Ruch, 2015). Estos resultados se podrían extrapolar al PPM (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) debido a las características que los rasgos positivos de la personalidad comparten con el modelo.

En un reciente estudio realizado por Castro Solano y Cosentino (2017) estudiaron la asociación entre los factores del HFM y el riesgo de enfermedades médicas, mentales y de personalidad. Es así como, los hallazgos informados fueron que niveles elevados de jovialidad y paz (e.g. serenidad en el PPM) se relacionan con una alta percepción de bienestar hedónico, bienestar eudaimónico y con ausencia de factores de riesgo para la salud, por otro lado, bajas puntuaciones en paz se encontraban asociadas con salud mental entre moderada y pobre. Adicional a esto, informaron que los altos valores en el HFM tales como en los rasgos de paz y honestidad (e.g. integridad en el PPM) se asociaban a ausencias de síntomas psicopatológicos y de rasgos patológicos de la personalidad. Por otro lado, bajos valores en los factores del HFM se asociaban de forma inversa con estas variables (ver H3).

Aquí finaliza el primer capítulo de este trabajo en el que se describió el recorrido hacia la concepción científica de la psicología positiva haciendo foco en los componentes que complementan al modelo médico y dieron origen al estudio de las variables salugénicas. A continuación, se presentará el segundo capítulo del presente trabajo de investigación mediante el cual se introducirá el conocimiento actual sobre las características que hacen a la estabilidad o al cambio de la personalidad a lo largo del tiempo.

CAPÍTULO 2

Personalidad y Cambio

En este capítulo se realizará una conceptualización de la personalidad. Para ello, se comenzará enunciando distintas teorías que abordan el concepto de personalidad. Luego, se delimitarán los abordajes centrales en su estudio para posteriormente, hacer foco en el Five Factor Model (FFM) - Modelo de los Cinco Factores – y su relación con la estabilidad y el cambio. Finalmente, se introducirán las relaciones entre los factores genéticos y ambientales asociados al cambio desde la perspectiva poblacional e individual.

2.1. Conceptualizaciones generales de la personalidad

El concepto de personalidad es tal vez uno de los más estudiados y discutidos dentro de la ciencia psicológica. Etimológicamente el término deriva del griego *prosopón* –careta, máscara–, y del latín *personare* –papel en la vida, apariencia ante los demás– (Polaino-Lorente, Truffino & del Pozo Armentia, 2003). Se refería así a las máscaras que los actores utilizaban en distintas representaciones teatrales (Moreno, García, Caballero, Suárez & Laffond, 2013). Cada máscara representaba un tipo de carácter, por lo que el público podía anticipar el papel que cada personaje representaría.

Ya en la antigua Roma, Cicerón enumeró cuatro aspectos centrales en el estudio de la personalidad, a saber: (1) la forma en cómo un individuo aparece frente a las demás personas; (2) el papel que una persona desempeña en la vida; (3) un conjunto de cualidades que comprenden al individuo; y, (4) como sinónimo de prestigio y dignidad mediante el cual se designa el término persona en relación a su nivel social. Un análisis de la personalidad iniciaría con la observación, es decir, la parte externa o superficial de un individuo –máscara– y concluiría en la identificación de características internas (Montaño Sinisterra, Palacios Cruz & Gantiva Díaz, 2009)

En la época clásica, se asoció el concepto personalidad a la Santísima Trinidad, siendo entendido como algo sustancial y no asumido, que no es una construcción sino algo que se encuentra en sí mismo (Montaño Sinisterra et al., 2009). No fue hasta la edad media que el concepto persona adquirió el significado que se le da actualmente refiriéndolo al de la propia identidad –anteriormente lo que se entendía por personalidad quedaba recogido en conceptos como razón, psique o ser humano– (Moreno et al., 2013).

Fue de la mano de la filosofía medieval que el concepto de personalidad implicó aspectos no sólo éticos sino también distintivos del individuo, sin embargo, puede identificarse la presencia de la idea de singularidad ya en la tradición grecolatina; cuando se empleaba el concepto para hacer referencia a las cualidades, las características y los rasgos que distinguen la individualidad de las personas en sus contextos y relaciones (Flores, 2016; Seelbach, 2012).

Con mayor precisión, en el siglo VI, Boecio sintetizó los términos persona y esencia para dar lugar al término personalidad, considerando a la persona como una sustancia individual, natural y racional (Montaño Sinisterra et al., 2009). Ese atributo de racionalidad sentó las bases para una serie de definiciones filosóficas. Una de las más relevantes fue la definición de Santo Tomás de Aquino quien le adjudicó al individuo un *status* superior al de la realidad. Simultáneamente, en el campo legal el concepto pasó a ocupar un rol central ya que, por ejemplo, no se consideraba que los esclavos fueran personas y se consideraba que no tenían dignidad ni autoridad sobre sí mismos (Allport, 1970).

2.2. Estudio de la personalidad desde la psicología

Dentro de la psicología, el constructo personalidad resulta central siendo uno de los más estudiados. Una definición general y bastante aceptada de lo que engloba el concepto personalidad es aquella que lo define como un patrón de conducta, pensamientos y

emociones bastante estable a lo largo del tiempo e identificable en distintos contextos (Cattell, 1965; Allport, 1937). Sin embargo, el estudio de la personalidad ha dado a lugar a distintas concepciones que no necesariamente se ven reflejadas en la definición expuesta. Castro Solano (2015) delimitó los diversos abordajes que buscaron describir este constructo. En principio diferenció los abordajes clínico o ideográfico, correlacionales o nomotéticos, y experimentales.

En el transcurso de la primera mitad del siglo XX, se llevaron a cabo diversos estudios clínicos que tenían una concepción holística del individuo (e.g. Freud, 1939; Kelly, 1950; Rogers, 1950). Estos buscaban comprender la singularidad y se los denominó *ideográficos* (Fierro, 1996) ya que los sujetos son considerados dueños de características únicas e irrepetibles. Estos estudios clínicos hacían foco en unos pocos sujetos bajo tratamiento psicoterapéutico con la intención de poder describir la causante del funcionamiento psíquico individual. Ejemplo de estos abordajes son los estudios de Freud, Rogers y Kelly.

Una perspectiva distinta se dio desde el abordaje correlacional mediante el cual se concibe que los seres humanos no se comportan de forma idéntica ante las situaciones, y se busca identificar patrones o pautas comunes que justifiquen determinados comportamientos (Cattell, 1965). Este enfoque viene de la mano de la administración de inventarios de personalidad a muchos sujetos y la identificación de rasgos comunes a todas las personas: la tradición *nomotética* (Eysenck, 1960). El foco estará dado también en buscar diferencias individuales entre las personas en esos rasgos identificables y comunes en todos ellos. Aquí podemos incluir a autores como Cattell y Eysenck.

Para finalizar, el abordaje experimental se centra en las leyes generales que rigen la conducta humana. En él se destacan las investigaciones realizadas en el siglo XX por autores tales como Dollard y Miller, responsables de sentar las bases de las teorías del aprendizaje y así formular los principios del funcionamiento individual (Rosenthal, 1994; Rosenthal &

Rubin, 1978; Steele, 1997). También dentro de este enfoque se incluyen a Bandura y Mischel quienes estudiaron la conducta humana dentro de un marco de trabajo cognitivo-social (Davidoff, 1998).

Por otro lado, Millon (1996) sistematizó los diferentes enfoques en el estudio de la personalidad de acuerdo a si la cantidad de categorías de análisis es única o son muchas – *monotaxonómicos* vs. *politaxonómicos*–, y el tipo de análisis –*teórico* vs. *empíricos*–. Dentro de los enfoques monotaxonómicos teóricos, por ejemplo, podemos ubicar a Kohut, Gunderson y Kernberg. Por el contrario, a Cattell y Eysenck se los considera en los enfoques monotaxonómicos empíricos. Uno de los enfoques politaxonómicos explicativos más conocidos es el de Millon. Y, finalmente, se puede distinguir dentro de los politaxonómicos empíricos a la propuesta de McCrae y Costa. A continuación, se describirán con mayor detalle algunas de las teorías psicológicas de la personalidad que fueron mencionadas.

2.3. Principales teorías psicológicas de la personalidad

El reflejo de la importancia que se le ha dado al estudio de la personalidad en la psicología, se encuentra en el desarrollo de diferentes teorías que intentan explicar cómo se constituye la personalidad humana. Distintos modelos han intentado describirla proponiendo, a la vez, diferentes modos de evaluar y/o medir la personalidad. En este apartado, se realizará un breve recorrido histórico de las principales teorías de la personalidad que se constituyen como hitos en su estudio. En este recorrido se podrán apreciar las dificultades al respecto de las unidades de análisis y los instrumentos de evaluación que se desarrollaron paralelamente a los fundamentos teóricos de los diversos modelos.

2.3.1. Teoría psicodinámica.

Desde la teoría psicodinámica de la personalidad, postulada por Freud (1939, 1985), se conceptualiza la conducta de una persona como el resultado de fuerzas psicológicas que operan a nivel inconsciente. Freud (1981) postuló la existencia de tres componentes del aparato psíquico: el *ello*, entendido como la única estructura que se encuentra presente desde el nacimiento y que es de carácter inconsciente; el *yo* –consciente y preconsciente– cuyo objetivo es la búsqueda de la satisfacción de los deseos del *ello* en el mundo externo, y se diferencia de éste en que actúa bajo el principio de realidad y no del placer; y, finalmente, el *superyó* que aparece en la vida adulta con la función de vigilar al yo para conducirlo hacia las acciones morales socialmente aceptadas. Freud (1985) planteó que, en la medida en que una persona pueda satisfacer sus deseos sexuales durante el curso de su vida, irá estructurando su personalidad la cual estará determinada por cada una de las etapas psicosexuales.

La descripción de la personalidad en estos términos estará dada por la asociación libre. Este método tiene como fin hacer que algunos aspectos de las ideas y recuerdos que resultan demasiado traumáticos para poder ser accesibles por la consciencia, puedan ser revelados indirectamente a través del lenguaje. Es decir, es una manera de sortear los mecanismos de represión y bloqueo de los contenidos mentales traumáticos. De este modo, haciendo que un paciente jugase con el lenguaje de forma improvisada, el psicoanalista sería capaz de alcanzar un nivel de comprensión más profunda sobre los problemas inhibidos de esa persona (Murstein, 1961).

Teniendo como basamento la teoría psicodinámica, los métodos proyectivos de evaluación psicológica proponen estudiar la personalidad recurriendo al análisis del mecanismo de proyección. Las técnicas proyectivas se fundamentan en supuestos relacionados a la determinación inconsciente del comportamiento (Murstein, 1961). Desde la perspectiva psicodinámica, la evaluación de la personalidad implica el empleo de técnicas de manchas o

tintas, técnicas pictóricas o gráficas, técnicas verbales, recuerdos autobiográficos y técnicas de ejecución (Montaño Sinisterra et al., 2009). Bajo esta metodología pueden destacarse una variedad de instrumentos tales como: el Test de Rorschach (1921, 1942); el Test de Apercepción Temática (Morgan & Murray, 1935); el Cuestionario Desiderativo (Córdoba & Pigem, 1946); el Test Proyectivo de la Figura Humana (Machover, 1949); el Test de Relaciones Objetales (Phillipson, 1955); la técnica de Mancha de Tinta de Holtzman (HIT; 1968) y el Test de la Familia Kinética (Burns & Kaufman, 1978), entre otros.

2.3.2. Teoría fenomenológica.

Desde la teoría fenomenológica de la personalidad Rogers (1959) informa que el ser humano no debe ser concebido como el resultado de conflictos ocultos e inconscientes, sino como poseedor de una motivación positiva desde la cual, conforme a la evolución en la vida, alcanzaría niveles superiores de funcionamiento. Es decir que, el ser humano es entendido como un organismo que existe en relación a un medio ambiente físico, social y cultural.

Además, planteó que los seres humanos desde que nacen son poseedores de capacidades y potenciales que continúan cultivándose a lo largo de la vida mediante la adquisición de destrezas las cuales denominó tendencias a la realización. En sintonía con esto, el ser humano construye su personalidad cuando se pone al servicio de metas positivas, entendidas como acciones que se dirigen a alcanzar logros que contemplen un componente benéfico (Rogers, 1959).

En consecuencia, desde los postulados planteados por Rogers (1962) se plantearon tres dimensiones que conforman la personalidad del ser humano. La primera dimensión fue denominada *organismo*, entendida como una unidad conformada por cuerpo y mente en su interacción con el medio; la segunda dimensión denominada *campo fenoménico*, hace referencia al conjunto de experiencias que tienen lugar en el organismo a medida que éste se relaciona con el medio y finalmente, la dimensión *concepto de sí mismo*, es decir una porción

del campo fenoménico que se diferencia y que contiene las percepciones, valores e ideales referidos a uno mismo.

Finalmente, Rogers (1962) postuló que el principal interés en la psicología de la personalidad se encuentra en las experiencias internas de los individuos, estas experiencias presentan una cualidad subjetiva y su significado se fundamenta en las interpretaciones de quienes están viviendo dichas experiencias por lo cual no pueden ser determinadas por medidas objetivas.

Las entrevistas no estructuradas y los estudios de casos son los métodos que tienen mayor peso a la hora de la evaluación de la personalidad desde la postura fenomenológica –en lugar de los instrumentos de medición de tipo objetivo– (Aiken, 2003). Además, con la intención de complementar la información obtenida mediante los métodos mencionados, utilizó la prueba proyectiva *Ordenamientos Q* creada por Stephenson (1953) en la década del 50. Esta prueba proporciona una representación integral de los puntos fuertes y débiles de la personalidad de un individuo.

2.3.3. Teoría conductual.

Desde un enfoque diferente, Davidoff (1998) retomó los conceptos desarrollados por Watson y Skinner para plantear la teoría conductual de la personalidad. Según esta, una persona recién nacida viene en blanco y es el ambiente el que determina la personalidad mediante el moldeamiento, tanto en la infancia como en la etapa adulta. En la misma línea, Pervin y John (1998) informaron que el enfoque conductual de la personalidad pone el énfasis en la situación, restando importancia a las manifestaciones internas. Los principales teóricos de este enfoque son Watson, Skinner y Hull.

Hull (1943) se basó en el modelo estímulo-respuesta para determinar el concepto estructural de la personalidad mediante el cual se sostiene que los estímulos llegan a conectarse a las respuestas para formar lazos y a partir de esta asociación se establecen los

denominados hábitos que conforman la estructura. Otro concepto introducido por Hull (1943) fue el *impulso*, definido como un estímulo capaz de activar la conducta de un individuo que cumplen la función de direccionar la respuesta.

Desde la perspectiva conductual de la personalidad se distinguen como instrumentos de evaluación el *Behavioral Coding System* (Cautela & Upper, 1973) construido en base a 21 categorías generales subdivididas en 283 conductas específicas. En la misma línea se encuentra el *Psychological Response Classification System* (PRCS; Adams, Doster, Calhoun, 1977) que, a diferencia del instrumento antes mencionado, no clasifica a las personas sino a sus conductas permitiendo la formulación de hipótesis en función de los aspectos motores, perceptivos, emocionales y sociales.

2.3.4. Teoría social-cognitiva.

El enfoque de la teoría social-cognitiva de la personalidad propuesto por Bandura (1978) considera que el funcionamiento humano consiste en una serie de interacciones de factores personales, conductas y acontecimientos en el medio. Dentro de este marco, el aprendizaje es construido como una actividad de procesamiento de información en la que el conocimiento se trata cognoscitivamente y forma parte de la construcción de la personalidad del ser humano.

La descripción de la personalidad desde la perspectiva antes mencionada, se sostiene en los planteos de Bandura (1977) quien postula que la personalidad es la interacción entre cognición, aprendizaje y ambiente. De esta manera, las expectativas internas de los individuos juegan un papel importante debido a que el ambiente influye en el comportamiento y por tanto modifica sus expectativas.

Por su parte, Mischel (1977) se interesó por estudiar las variables personales del aprendizaje social cognoscitivo como otra manera de percibir las diferencias conductuales; a partir de estos estudios se pudo especificar cómo las cualidades de una persona influyen en el ambiente y las situaciones, así como también que el individuo configura patrones de conducta

complejos y distintos en cada una de sus interacciones cotidianas. Por tal razón, es necesario identificar las aptitudes de un individuo para construir diversas conductas bajo ciertas condiciones; de la misma manera que es pertinente considerar la codificación y clasificación que hace un individuo de la situación, al igual que el interés por conocer sus expectativas respecto a los resultados esperados, los valores de esos resultados y los sistemas autorregulatorios de esa persona en particular (Mischel, 1977).

Uno de los instrumentos de evaluación de la personalidad que se distinguen desde la teoría social cognitiva de la personalidad es el postulado por Rotter (1966) quien presentó una escala para evaluar las expectativas generalizadas del individuo sobre el control interno o externo del reforzamiento (Escala I-E). El instrumento fue ampliamente criticado por presentar problemas de confiabilidad y validez (e.g. Barling & Bolon, 1980; Carment, 1974; Lao, 1970). De forma paralela, se desarrolló el *Attributional Style Questionnaire* (ASQ; Peterson et al., 1982) donde se introdujo la atribución como variable moderadora en la evaluación de los estilos de la personalidad.

2.3.5. Modelo bio-psico-social.

El modelo bio-psico-social de Millon (1985) se ubica dentro de los abordajes teóricos politaxonómicos. Para su postulación Millon (1990) extrajo nociones de las teorías psicodinámica, cognitiva, interpersonal y biológica. El eje central de esta teoría versa en la relación bidireccional existente entre los factores biológicos básicos y la influencia de las experiencias ambientales. Según Millon (1996) cada individuo es poseedor de patrones de sensibilidad y disposición en su comportamiento que se encuentran predeterminados por la herencia y conforman la experiencia. Las predisposiciones genéticas son las bases donde se asientan los factores heredados y constituyen la forma en la que la personalidad se va a expresar moldeada por el ambiente.

Millon (1997) refiere así a tres grandes áreas para la evaluación de la personalidad: (1) las metas motivacionales, que se refieren a la naturaleza del refuerzo que controla la conducta del sujeto, ya sea recompensa o aversión; (2) los modos cognitivos, que contemplan la fuente individual primaria para obtener información y la manera en que ésta es procesada; y, (3) las conductas interpersonales, que incluyen el estilo que presenta el ser humano a la hora de relacionarse con los demás. En consecuencia, la personalidad fue definida como un patrón complejo de características psicológicas en su mayor parte inconsciente que no pueden ser eliminadas fácilmente y que se expresan de manera automática en los comportamientos del hombre (Millon, 1998). Estas características surgen de una compleja matriz de disposiciones biológicas y de aprendizaje experienciales, y comprenden las características distintivas de los modos de percibir, sentir, pensar y afrontar la realidad de los sujetos (Millon, 1998).

El *Millon Inventory of Personality Styles* (MIPS; Millon, 1997) es una operacionalización de esta teoría mediante el cual se puede realizar una evaluación psicológica para caracterizar la personalidad de un individuo desde el punto de vista de las perturbaciones y anormalidades en la conformación de la misma, según el grado de presencia de cada una de las 24 dimensiones propuestas por el modelo bio-psico-social. El inventario propone un marco que establece una secuencia tripartita para evaluar el funcionamiento de las personas en los ambientes que frecuentan. El primer segmento de esta secuencia fue denominado modos motivacionales, el segundo segmento se denominó modos cognitivos y el tercer segmento conductas interpersonales (Millon, 1997). En este sentido, la caracterización y cuantificación de estas tres dimensiones otorgan información referida a las diferencias individuales de acuerdo a los principales rasgos que definen a la personalidad (Millon, 1998).

2.3.6. Teoría de los rasgos.

La teoría de los rasgos de la personalidad, encuentra a un antecedente fundamental en Allport y sus mayores exponentes son Cattell, Guildford y Eysenck. Allport (1970) puso el

foco en los factores individuales que determinarían la personalidad y estableció que, en la medida en que las metas motivacionales de las personas conduzcan a un comportamiento autónomo, determinarían su nivel de madurez. Para Allport (1974), la personalidad es una organización dinámica que a través de hábitos, actitudes, sentimientos y disposiciones determinan una interacción con el ambiente y habilitan al ser humano a llevar a cabo acciones.

En términos generales, puede afirmarse que la personalidad involucra necesariamente dos componentes: *temperamento* y *carácter*. El temperamento fue definido por Allport (1970) como un fenómeno naturalmente emocional. Se presenta a causa de factores genéticos o hereditarios, pudiendo los individuos reaccionar de manera rápida e intensa ante la estimulación ambiental. Es por ello, que su estado puede fluctuar conforme las exigencias del medio.

Por otra parte, Allport y Vernon (1930) definieron al carácter como el conjunto de influencias ambientales a las que está sometido un individuo. Es decir, aquello que es adquirido, modificable y educable. Su manifestación externa puede ser controlada mediante la educación y un proceso racional. En esta misma línea, Lluís (2002) enunció que el carácter controla, modifica, corrige y autorregula la actividad de los individuos a fin de poder dar respuestas satisfactorias a las exigencias del medio. Lo definió como una combinación de sentimientos y valores que un individuo va adquiriendo a lo largo de su desarrollo a través de la interacción, las condiciones y circunstancias externas, difiriendo en cada persona según su modo de interpretar la realidad.

Retomando lo postulado por Allport (1937) los rasgos de la personalidad dan cuenta de las regularidades en el funcionamiento de una persona a través de situaciones y a lo largo del tiempo. Es así como, los rasgos pueden ser definidos por tener dos propiedades: frecuencia e

intensidad; y se conciben como patrones consistentes de comportamiento, emoción y pensamiento (Allport, 1937; Cattell, 1965) de naturaleza dimensional (Goldberg, 1993).

Guildford (1959) ha concebido el rasgo como elemento perceptible y relativamente duradero para distinguir a un sujeto de otro. Por su parte, Eysenck (1960) propuso la existencia de factores de personalidad como dimensiones continuas sobre las que pueden disponerse cuantitativamente las diferencias individuales, es así como, el concepto de dimensionalidad implica un limitado número de dimensiones básicas de personalidad, y la distribución normal de las mismas formando un continuo en el que cualquier persona puede ser ubicada. Finalmente, Cattell (1965) concibió dos distinciones conceptuales para distinguir entre la multiplicidad de rasgos de la personalidad. Una de ellas diferencia a los *rasgos de superficie* de los *rasgos-fuente*. Los rasgos de superficie representan tendencias conductuales que son superficiales y pueden ser observadas, mientras que los rasgos-fuente fueron identificados como rasgos de origen que conforman las estructuras psicológicas internas.

Aquí también debe mencionarse el *Five Factor Model* (FFM; Costa & McCrae, 1985) que se enmarca dentro de la teoría de los rasgos y será descrito en el siguiente apartado.

También dentro de los rasguistas, se destaca a Cloninger (1999) quien propuso una teoría de siete rasgos agrupados en cuatro dimensiones temperamentales que reflejan disposiciones innatas de respuesta a estímulos persistentes a lo largo del tiempo, y tres dimensiones caracterológicas que reflejan diferencias individuales y se desarrollan en interacciones no lineales entre temperamento y experiencias vitales. Su propuesta estuvo acompañada de una operacionalización mediante el Inventario de Cloninger sobre el Temperamento y el Carácter (TCI; Cloninger, 1987). Debido a que este instrumento presentó problemas de validez y estructura interna, se requirió su reformulación y revisión dando lugar al TCI-Revisado (TCI-R; Cloninger, Przybeck, Dragan & Svrakic, 1994). A pesar de la revisión del inventario,

variadas investigaciones informaron débiles evidencias de validez empírica (eg. Ando et al., 2002; Gillespie et al., 2003; Gutierrez et al., 2001; Svrvik et al., 2002).

En cuanto a la teoría de los rasgos, uno de los instrumentos de medición utilizados es el 16-PF, desarrollado por Cattell (1970). A partir de él se miden 16 factores o dimensiones de la personalidad basándose en el análisis funcional. Otras pruebas desarrolladas desde este enfoque son: el MMPI (Hathaway & McKinley, 1942) y el MMPI-2 (Butcher, Dahlstrom, Graham, Tellegen & Kaemmer, 1989) y su versión para adolescentes, el *Eysenck Personality Inventory* (EPI; Eysenck & Eysenck, 1965); el Inventario de Personalidad para Niños (PIC; Wirt, Lachar, Klinedinst & Seat, 1984), el *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ-R; Eysenck & Eysenck, 1994) y el Inventario Psicológico de California (CPI; Gough & Bradley, 1996).

2.4. Five Factor Model

El *Five Factor Model* (FFM) o Modelo de los Cinco Grandes Factores de la personalidad se constituye como una propuesta dentro de los abordajes empíricos politaxonómicos. Este modelo surgió como resultado de investigaciones empíricas en las que se buscó establecer la dimensionalidad de la personalidad mediante estudios analíticos factoriales. Estos análisis coincidieron en el hallazgo de cinco grandes dimensiones compuestas por una serie de rasgos que posibilitan la explicación de las diferencias individuales en la personalidad (de la Iglesia & Freiberg Hoffmann, 2015). Desde el FFM se supone que los rasgos no pueden ser observados directamente, sino que son inferibles a partir de patrones de conducta y experiencia.

El modelo cuenta con antecedentes diversos entre los cuales el fundamental radica en los postulados de Galton (1884) quien utilizó adjetivos extraídos de diccionarios con la finalidad de lograr una descripción de la personalidad del ser humano. Siguiendo esta línea, Allport y

Odbert (1936) y Cattell (1943) incluyeron términos de relevancia para el estudio factorial de la personalidad que finalmente concluyeron con el hallazgo de cinco factores (e.g. Digman, 1990; Fiske, 1949; Norman, 1963; Norman & Goldberg, 1966). Un importante aporte fue el de Goldberg (1981), quien postuló el término *cinco grandes* para denominar a los factores que consideraba de recurrente aparición en las investigaciones.

Otro antecedente de relevancia fue el de Eysenck (1947) quien propuso un modelo de la personalidad constituido por dos factores: extraversión y neuroticismo. La disconformidad respecto de la idea planteada, motivó a Costa y McCrae (1976) a buscar modelos con mayor cantidad de factores y hallaron un tercer factor denominado apertura a la experiencia. Este trabajo trajo como consecuencia la creación del *Personality Inventory* (NEO-P; Costa & McCrae 1976, 1980) y luego fueron agregados los factores afabilidad y responsabilidad (Costa & McCrae, 1985). Posteriormente, construido sobre la base del esquema anterior, surge el *Revised Personality Inventory* (NEO PI-R; Costa & McCrae, 1992) y adicional a esto, cabe mencionar al *Big Five Inventory* (John, 1990; John, Donahue & Kentle, 1991) como otro antecedente que operacionalizó el FFM.

Los instrumentos nombrados anteriormente, al igual que otra larga serie de inventarios desarrollados para evaluar la personalidad según el FFM, comparten el mismo formato: frases cortas que representan rasgos específicos de cada uno de los cinco factores. Sin embargo, existen instrumentos de medición que emplean sólo un listado de adjetivos en formato de cuestionario autoadministrable y operacionalizan también el FFM. Un ejemplo es el Listado de Adjetivos para la Personalidad (AEP; Sánchez & Ledesma, 2007). Este formato tiene la ventaja de facilitar la lectura y comprensión para los participantes, así como también, insume poco tiempo de administración.

Es así como, a finales de la década de los 80 y principios de la década de los 90 la psicología de la personalidad se ve alentada por el resurgimiento del concepto de rasgo, el

interés por el análisis factorial y las ventajas derivadas de los supuestos léxicos (Sánchez & Ledesma, 2007). El Modelo de los Cinco Grandes Factores logró su desarrollo como resultado de la aplicación del método factorial sobre extensas muestras de términos descriptores de rasgos, que originalmente fueron seleccionados en el idioma inglés. La relevancia particular de cada rasgo fue definida por la cantidad de vocablos empleados para describir sus diversas graduaciones y variedades a la hora de dar cuenta de la personalidad (Widiger & Simonsen, 2005).

Este modelo explica la mayor parte de las diferencias individuales en la personalidad normal. Los cinco grandes factores del FFM son: *extraversión*, *afabilidad*, *responsabilidad*, *neuroticismo* y *apertura a la experiencia*. Las personas que obtienen puntuaciones altas en neuroticismo son proclives al malestar psicológico o emocional, a ideas poco realistas, necesidades excesivas, o dificultades de afrontamiento desadaptativas ante el estrés. Quienes obtienen puntuaciones elevadas en extraversión se caracterizan por ser sociables, activos, optimistas, amantes de la diversión y no experimentan dificultades para demostrar sus afectos. La dimensión apertura a la experiencia hace referencia a personas con capacidad para interesarse por las cosas, imaginativas y dispuestas a considerar nuevas ideas y valores poco convencionales, tienden a experimentar las emociones de forma más vívida o intensa que otras personas. Las puntuaciones elevadas en afabilidad tienden a ser bondadosos, compasivos, amables, confiados, dispuestos a ayudar y altruistas, son sensibles y empáticos y suelen pensar que los demás actúan como ellos. Finalmente, responsabilidad refleja el grado de organización, persistencia, control y motivación en el comportamiento dirigido a metas, quienes obtienen puntuaciones elevadas en esta dimensión son organizados, trabajadores, auto-controlados, puntuales, escrupulosos, ambiciosos y perseverantes (McCrae & Costa, 1999, 2003; Costa & McCrae, 1990).

El modelo ha sido replicado en distintas partes del mundo (e.g. Castro Solano & Casullo, 2001; Denissen, Geenen, Van Aken, Gosling & Potter, 2008; Ubbiali, Chiorri & Hampton, 2013) y se ha hallado gran aval empírico mediante estudios de validez convergente y discriminante (Widiger & Simonsen, 2005). En la actualidad es ampliamente aceptado a nivel mundial y se ha verificado su estabilidad en el tiempo resultando ser extrapolable a distintos contextos y culturas (Barrick & Mount, 2005).

Pasando a un mayor detalle en cuanto a las diferencias individuales en los rasgos del FFM, se han encontrado diferencias significativas según datos sociodemográficos. En relación al sexo, las mujeres puntúan más alto en los factores neuroticismo, extraversión, afabilidad y responsabilidad en comparación con los hombres que obtuvieron mayores puntuaciones en apertura a la experiencia (Costa, Terracciano & McCrae, 2001; Lehmann, Denissen, Allemand & Penke, 2013; Marsh, Nagengast & Morin, 2013). En cuanto a la edad, un metaanálisis de estudios longitudinales llevado a cabo por Roberts, Walton y Viechbauer (2006) informó que los rasgos de la personalidad muestran un claro cambio normativo, continúan cambiando luego de los 30 años y, en varios casos, lo hacen incluso en la ancianidad. Es así como, diferentes estudios han demostrado que a medida que el individuo va creciendo aumentan los puntajes en factores de afabilidad y responsabilidad y decrecen en neuroticismo, extraversión y apertura a la experiencia (e.g. Chan et al., 2012; Donnellan & Lucas, 2008; Lehmann, Denissen, Allemand & Penke, 2013; Soto, John, Gosling & Potter, 2011). En la misma dirección, Specht, Egloff y Schmukle (2011) verificaron un comportamiento curvilíneo de los rasgos de la personalidad extraversión, apertura a la experiencia y afabilidad desde la adolescencia hasta la adultez con un aumento entre los 40 y 60 años observándose un posterior decrecimiento (ver H4).

Adicional a esto, estudios transversales encontraron diferencias en los cinco grandes según la edad de los participantes, similares a las trayectorias de edades observadas en los estudios

longitudinales (e.g. Lucas & Donnellan, 2011). En detalle, los adolescentes presentaban mayores rasgos asociados al neuroticismo, extraversión y apertura a la experiencia que los adultos mayores, resultados similares a los encontrados en población local (e.g. Fazio, Prestofelippo & Sireix, 2015).

Además, se encontraron diferencias en los factores según diferencias culturales, para tal fin se verificó la estructura factorial del NEO-PI-R y los resultados informaron que la estructura del Big Five se replicaba con bastante exactitud (McCrae & Allik, 2002; Schmitt, Allik, McCrae & Benet-Martínez, 2007). Es aquí donde se encuentra el fundamento para que el modelo haya sido generalizado entrono a diferentes culturas. En esta línea, Schmitt, Allik, McCrae y Benet-Martínez (2007) realizaron una investigación sobre las diferencias en los factores entre distintas culturas y hallaron que las personas más extrovertidas residían en Serbia y Croacia, mientras que las menos extrovertidas en Bangladesh y Francia. En cuanto a la afabilidad, encontraron que los puntajes más altos fueron obtenidos para los residentes en la República del Congo y Jordania y los más bajos en Japón y Lituania. En relación a responsabilidad, los residentes en República del Congo y Etiopía presentaron puntajes altos y los puntajes bajos estaban presentes en los residentes de Japón y Corea del Sur. Respecto del rasgo neuroticismo, los argentinos y japoneses fueron los que obtuvieron mayores puntuaciones y las menores puntuaciones fueron para los congoleños y eslovacos. Por último, en función de la apertura a la experiencia, los chilenos y los belgas presentaron mayores puntajes, mientras que los japoneses y chinos obtuvieron los puntajes más bajos.

Al mismo tiempo que fueron estudiados los rasgos de la personalidad según diferencias sociodemográficas, se estudiaron otras variables de interés. Es así que, se observó que los rasgos de la personalidad fueron uno de los predictores con mayor relación al bienestar hedónico y eudaimónico, especialmente aquellas personas que puntuaban bajo en neuroticismo, alto en extraversión y apertura a la experiencia (DeNeve & Cooper, 1998;

Keyes, 2002; Lamers, Westerhof, Kovács & Bohlmeijer, 2012; Steel, Schmidt & Shultz, 2008). Adicional a esto, Huppert (2009) refirió que los rasgos de la personalidad extraversión y neuroticismo funcionan como predictores del estilo emocional de los seres humanos. Pareciera que, la extraversión se encontraría fuertemente relacionada a un estilo emocional positivo, mientras que el neuroticismo a un estilo negativo (e.g. Argyle & Lu, 1990; Diener, Suh, Lucas & Oishi, 2015). Además, en un reciente estudio longitudinal realizado por Abbott et al. (2008), informaron que las personas más extrovertidas reportan un mayor bienestar psicológico y menor sintomatología, en comparación con aquellas personas que poseen el rasgo neuroticismo ya que presentan menor bienestar psicológico y mayor sintomatología. Por otro lado, los rasgos de la personalidad también fueron asociados a los distintos trastornos mentales. Es así como, los estudios desarrollados por Quilty, Sellbom, Tackett y Bagby (2009) informaron que la presencia de un trastorno bipolar podría ser predicha por los rasgos neuroticismo, afabilidad y extraversión. En la línea de los estudios sobre las adicciones, Jafar (2012) informó que puntajes elevados en neuroticismo y puntajes menores en afabilidad estaban relacionados a la adicción al tabaco. Finalmente, en los estudios realizados por Bienvenu et al. (2004) concluyeron que la fobia social, la agorafobia y la distimia se asocian con puntajes bajos en extraversión, mientras que el trastorno obsesivo compulsivo se asocia con puntajes elevados en apertura a la experiencia y neuroticismo.

2.5. Rasgos de la personalidad: Estabilidad y cambio

Hasta aquí se realizó un recorrido sobre las diferentes conceptualizaciones del concepto de personalidad delimitando los abordajes centrales en su estudio para arribar a las descripciones de las teorías y las propuestas de medición empírica que suelen acompañar su estudio. Teniendo en cuenta que, por consenso, la personalidad fue definida como un patrón de pensamientos, sentimientos y conductas relativamente estables y consistentes que distinguen

a una persona de otra (Allport, 1937; Catell, 1965), se considera relevante el análisis sobre la estabilidad. Desde la perspectiva de Pelechano (2000), la estabilidad y coherencia se encuentran mediados por los contextos que rodean a las personas, es decir que, una larga duración de la estabilidad relacionada a la personalidad no siempre sería adaptativa cuando existen cambios continuos en el entorno.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, se profundizó el análisis sobre las diferentes versiones teóricas que pusieron énfasis en los aspectos de la estabilidad o en los aspectos de cambio en relación a la personalidad. Es así como, McCrae et al. (2000) sostuvieron la idea de que los rasgos de la personalidad se basan en la biología del temperamento, sustentados en que este aspecto es poco susceptible de las influencias ambientales, y, por ende, no variaría a lo largo del tiempo y en consecuencia no se vería modificada la personalidad (Bleidorn, Kandler, Riemann, Angleitner & Spinath, 2009). Por otro lado, Ashton, Lee, Goldberg y de Vries (2009), desde una perspectiva contextual de la personalidad, informaron que ésta es fundamentalmente fluida y variable, específicamente en períodos del desarrollo evolutivo en los que ocurren rápidos cambios físicos, cognitivos y sociales.

Actualmente, existen hallazgos que apoyan la idea de que la personalidad se caracteriza tanto por la estabilidad como por el cambio (Ferguson, 2010; Ferguson & Hull, 2018; Roberts & DelVecchio, 2000; Roberts, Wood & Caspi, 2008). Es por ello que, la estabilidad o el cambio de un rasgo a nivel poblacional es relativamente independiente de la estabilidad-cambio a nivel individual, por lo que, dependiendo del nivel de análisis de una variable, ya sea individual o poblacional, la relevancia de la estabilidad o el cambio puede resultar significativamente diferente (Ferguson & Hull, 2018; Roberts et al., 2008).

2.5.1. Tipos de estabilidad y cambio a nivel poblacional.

La estabilidad y el cambio de la personalidad abarca diferentes aspectos en función de diferentes niveles de análisis ya sean individual o poblacional, o bien, en función de si la

estabilidad o el cambio se producen en términos relativos o absolutos. Desde la perspectiva de Wrzus y Roberts (2017) apoyados en las investigaciones de Roberts, Wood y Caspi (2008) existen diferentes índices básicos de estabilidad y cambio de la personalidad.

En primer lugar, se encuentra el tipo de estabilidad denominado continuidad estructural que hace referencia a la invarianza de la estructura de covarianzas a lo largo del tiempo. Es decir, al grado de continuidad de las intercorrelaciones entre la estructura de rasgos de la personalidad. Este tipo de estabilidad permite conocer si la estructura de la personalidad evaluada en diferentes momentos temporales se mantiene estable y es comparable, o bien, si tiene variaciones que indiquen que la estructura cambia (a nivel poblacional) a lo largo del tiempo (Roberts et al., 2008). La estabilidad de la estructura es el primer paso de análisis de la estabilidad y el cambio de la personalidad, y determina si se mide el mismo constructo en los diferentes momentos temporales (Little, 1997; Wrzus & Roberts, 2017).

Diversos estudios previos acerca de la estabilidad estructural (e.g. Costa & McCrae, 1992; Robins, Fraley, Roberts & Trzesniewski, 2001) informaron que la estructura de la personalidad se mantiene robustamente invariante en un período que abarca desde la adolescencia hacia la edad adulta. Sin embargo, existen estudios en la vejez que informan resultados de estabilidad estructural similares, por lo que, no está claro si en esta etapa la estructura permanece o no estable (Mroczek, Ozer, Spiro & Kaiser, 1998; Turiano, Spiro & Mroczek, 2012).

Con la intención de clarificar la temática antes mencionada, Roberts et al. (2008) propusieron examinar la estabilidad en el orden de rango y el cambio en las puntuaciones medias. En primer lugar, la estabilidad en el orden de rango hace referencia al grado en que las diferencias relativas entre las personas permanecen invariantes con el paso del tiempo (Roberts et al., 2008). Es decir, indicaría a nivel poblacional, si con el paso del tiempo, la posición que ocupan las distintas personas según sus puntuaciones de personalidad se

mantendría igual o variarían, desde una perspectiva correlacional. En este sentido, las primeras revisiones de los años 40 apuntaban a índices de estabilidad en torno a los .80 en períodos breves comprendidos por varias semanas, que tenderían a disminuir a .50 cuando los períodos temporales eran más extensos (Roberts & DelVecchio, 2000). Más cercano a la actualidad, Roberts et al. (2008) realizaron un metaanálisis con 124 estudios longitudinales que incluían a más de 50.000 participantes con una media de 7 años entre evaluaciones, donde informaron correlaciones entre .35 y .52 en la infancia, .47 en la adolescencia y a partir de esta etapa las correlaciones se incrementaban hasta alcanzar .72 después de los 50 años.

A su vez, Ferguson (2010) realizó un metaanálisis con 47 estudios longitudinales que incluyó más de 30.000 participantes donde informó resultados similares a los de Roberts et al. (2008). En consecuencia, de los resultados informados se desprendió que los índices de estabilidad, a pesar de no mostrar una estabilidad perfecta, son notablemente elevados y, además, aparecen en todas las etapas del ciclo vital, especialmente entre los 30 y 50 años de edad. Es así como, aunque los rasgos de la personalidad mostraron cierto grado de cambio a cualquier edad, reflejaban un patrón creciente de mayor estabilidad a medida que el hombre crecía con lo cual se corroboró el principio de continuidad acumulativa que determina que los rasgos de la personalidad aumentan su consistencia en el orden de rango a lo largo de la vida (Ferguson, 2010; Roberts et al., 2008; Roberts & DelVecchio, 2000).

En segundo lugar, otro tipo de estabilidad estudiado es el cambio en las puntuaciones medias que se encuentra asociado con el grado en que se modifican las puntuaciones de personalidad a lo largo del tiempo (Roberts et al., 2008). Este tipo de cambio permite conocer si las variables de la personalidad evaluadas en diferentes momentos temporales aumentan o disminuyen de forma significativa. Se determinó que, los cambios en las puntuaciones medias se relacionaban con cambios normativos, entendidos como aquellos cambios que son producto de la maduración (Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006). La mayoría de los

estudios que involucran esta línea de investigación indicaron que a lo largo del tiempo mientras que, los rasgos de la personalidad extraversión y responsabilidad aumentan y el rasgo neuroticismo disminuye, el rasgo afabilidad solo aumentaba de forma significativa en la vejez y el rasgo apertura a la experiencia aumentaba en la adolescencia, pero iba disminuyendo con la edad (Roberts et al., 2008).

En consonancia con lo antes expuesto, Roberts et al. (2008) informaron que este patrón de cambio se asociaba al principio de maduración el cual indica que las personas se muestran más sociables, amables, responsables y emocionalmente estables a medida que van creciendo. De esta forma, se comprobó que las personas se mostraron más maduras con la edad siendo menos irresponsables, menos emocionalmente inestables y más amables, concluyendo que entre los 20 y 40 años de edad la personalidad maduraba con cambios que facilitaban el funcionamiento del hombre en la sociedad (Roberts et al., 2008).

En relación a las diferencias según género Roberts, Walton y Viechtbauer (2006) mediante un metaanálisis de 92 estudios informaron que no hubo diferencias en los patrones de cambio, a pesar de que observaron diferencias entre hombres y mujeres en distintos rasgos de la personalidad per se, no existieron diferencias en su desarrollo. Además, informaron que las diferencias entre puntuaciones medias son mayores cuanto mayor es el intervalo entre evaluaciones. Este resultado indicó que las personas no mantuvieron los cambios en largos períodos de tiempo, por lo que no existía un punto máximo de cambio o genéticamente predeterminado, como sugirieron algunos modelos biológicos (Roberts et al., 2008).

En suma, a nivel poblacional, los resultados indicaron que la personalidad va madurando con la edad. Respecto a la estabilidad en el orden de rango, todas las dimensiones de la personalidad resultaron índices de estabilidad entre moderados y altos, aumentando conforme aumenta la edad de los sujetos, mientras que el patrón de cambio en las puntuaciones medias

mostró que, con la edad, las personas son más responsables, emocionalmente más estables, con menor apertura a la experiencia y más amables (Donnellan & Robins, 2009).

2.5.2. Tipos de estabilidad y cambio a nivel individual.

Roberts, Wood y Caspi (2008) informaron que los tipos de estabilidad-cambio más estudiados se centraron a nivel poblacional, sin embargo, han sugerido que también pueden ser estudiados a nivel individual y que ambos aspectos pueden resultar relativamente independientes. El desarrollo de la personalidad a nivel individual fue evaluado mediante la estabilidad ipsativa y el cambio a nivel individual (Roberts, Wood & Caspi, 2008).

La estabilidad ipsativa (Roberts et al., 2008) revela conocimiento sobre la configuración de los rasgos de la personalidad de un sujeto y su estabilidad a lo largo del tiempo. Es decir, analiza el grado en que varían los rasgos de la personalidad de una persona concreta. Para tal fin, los diferentes estudios utilizaron el método correlacional (Ferguson, 2010; Roberts & Del Vecchio, 2000; Roberts et al., 2008). Los estudios previos sobre la temática, indicaron que existen diferencias individuales relacionadas con el nivel de cambio en la configuración individual de los rasgos y que éstos ocurren sobre todo en el inicio de la edad adulta (Bakker, Hopmann & Persson, 2015; Costa & McCrae, 2010; Costa, McCrae & Löckenhoff, 2019; De Fruyt et al., 2006; Shiner, Allen & Masten, 2017). En la misma línea Terracciano, McCrae y Costa (2010), informaron que un 10% de las personas menores de 30 años de edad mostraban bajos niveles de estabilidad en su perfil y, por otro lado, el 80% incrementaba su estabilidad a partir de esta edad. Es así como, los mayores cambios en cuanto a los perfiles de la personalidad ocurrían en las edades tempranas y posteriormente las personas van adquiriendo un patrón de personalidad más adulto incrementando su estabilidad (Anusic & Schimmack, 2016).

En segundo lugar, el cambio en el nivel individual se produce si el grado de cambio que muestra un sujeto en las diferentes puntuaciones de los rasgos de la personalidad evaluados

es significativo (Jacobson & Truax, 1991). Es decir, hace referencia al incremento o disminución que experimenta una persona en un rasgo determinado y, cuán significativo es. Para ello, se utilizó el *Reliable Index Change* (RIC; Block & Robins, 1993; Jacobson & Truax, 1991; Robins, Fraley, Roberts & Trzesniewski, 2001) un índice de cambio que compara el cambio ocurrido con el cambio esperado. Es así como, diferentes investigaciones informaron que aparecen cambios significativos en el RIC a nivel individual en todas las etapas de la vida (De Fruyt et al., 2006; Hoff, Briley, Wee & Rounds, 2018; Specht, Egloff & Schmukle, 2011; Vecchione, 2016). Desde la perspectiva de Hoff et al. (2018), estos cambios pueden deberse a experiencias vitales relevantes y son de importancia debido a que cambios en los rasgos de la personalidad, tales como el neuroticismo, pueden resultar cruciales en aspectos de la salud mental y la satisfacción con la vida (Leszko, Elleman, Bastarache, Graham & Mroczek, 2016; Roberts & Mroczek, 2008).

El cambio a nivel individual fue asociado con el principio de correspondencia (Roberts & Mroczek, 2008) el cual explica que el efecto de las experiencias vitales en el desarrollo de la personalidad es tan profundo como el efecto de las características que predisponen a las personas a este tipo de experiencia. Es decir, las experiencias vitales provocarían cambios en los rasgos de la personalidad, aunque los rasgos de la personalidad predisponen a que los individuos experimenten determinados tipos de eventos. A pesar de ello, estos cambios son moderados y no provocan transformaciones desmedidas de la personalidad (Roberts et al., 2008).

En suma, respecto de la estabilidad en el orden del rango, los índices de estabilidad son elevados en la infancia y en la adolescencia. Este incremento de estabilidad es parejo cuando se incrementan las variaciones sistemáticas de las puntuaciones medias en algunas características de la personalidad, tales como, el incremento en responsabilidad o la disminución en neuroticismo, especialmente desde la adolescencia hacia la edad adulta, lo

cual fue interpretado como maduración de la personalidad (Roberts et al., 2008). Por último, los resultados a nivel individual indicaron que la mayor parte de los individuos experimentan pocos cambios en cada una de las dimensiones y configuración de sus rasgos, especialmente en la edad adulta, apoyando la idea de que la estabilidad de la personalidad a nivel individual es elevada (Hoff et al., 2018; Roberts et al., 2008). Es por ello que, tal como fuera mencionado anteriormente, el calificativo relativamente estable implica que, si bien la característica más destacada de la personalidad es la estabilidad, ésta también experimenta cambios significativos a lo largo del ciclo vital tanto a nivel individual como poblacional.

2.5.3 Aproximaciones teóricas sobre la estabilidad y el cambio en la personalidad.

En el desarrollo de la temática sobre la estabilidad y el cambio en la personalidad, se distinguen tres aproximaciones teóricas de relevancia: social, genética y transaccional. Mediante estas teorías se pretendió explicar etiológicamente acerca de la estabilidad en el orden de rango y, en mayor medida, del cambio en las puntuaciones medias de la personalidad lo largo de la vida.

En concreto, desde la perspectiva social se postuló que el ambiente es el principal causante de la estabilidad de la personalidad, mientras que desde la óptica de la teoría genética se postuló que la estabilidad se debe únicamente a causas genéticas y biológicas, y desde la perspectiva transaccional la estabilidad se encontraba relacionada tanto a factores genéticos como ambientales.

En primer lugar, desde la perspectiva social (Kogan, 1990) se atribuyó un papel relevante al ambiente enfatizando su impacto en el desarrollo de la personalidad y haciendo hincapié en el análisis de las unidades sociocognitivas, como las habilidades sociales, o las metas personales (Kogan, 2017; Zafar, Lodhi & Shakir, 2018). Desde este punto de vista, la personalidad se mantendría estable debido a factores ambientales, relacionados fundamentalmente con el entorno social (Kogan, 2017). Lewis (2001) fue uno de los

máximos defensores de esta teoría, enfatizando la importancia de los cambios vitales y las transiciones de rol en el desarrollo de la personalidad, favoreciendo su estabilidad. En la misma línea, Roberts y DelVecchio (2000) propusieron que los ambientes estables y consistentes serían la causa más evidente de una mayor consistencia de la personalidad, dejando por fuera los factores genéticos. Desde la perspectiva de Glenn (1981) además de un ambiente estable, la experiencia acumulada sería otra causa relevante. Con la edad aumentan las experiencias de vida, disminuyen las novedades y los individuos afrontan las demandas del ambiente de forma más adaptativa por todo lo experimentado (Costa, McCrae & Löckenhoff, 2019). En línea con lo expuesto, como precedente, Caspi, Roberts y Shiner (2005) informaron que las personas se tornan más sociables, amables, responsables y emocionalmente estables con la edad debido a una mayor estabilidad en el ámbito social, una vez adquirido el rol adulto y como resultado del proceso de maduración psicológica.

Por otro lado, los estudios longitudinales de genética cuantitativa indicaron que este enfoque no presenta sustento empírico debido a que múltiples investigaciones realizadas en gemelos atribuyeron la responsabilidad exclusiva de la estabilidad de la personalidad a la genética implicada, mientras que el cambio sería fundamentalmente atribuido a factores ambientales (Bratko & Butkovic, 2007; Hopwood et al., 2011; Spengler, Gottschling & Spinath, 2012; Kandler et al., 2010). Por ejemplo, Kandler et al. (2010) informaron que los factores genéticos representan la fuente exclusiva de estabilidad de la personalidad a largo plazo en los adultos jóvenes. No obstante, desde este enfoque se postularon dos hipótesis: la hipótesis del punto de fijación y la hipótesis de maduración genética (Kandler et al., 2010).

La hipótesis del punto de fijación (Kandler et al., 2010) propuso que mientras que las variaciones ambientales afectan la personalidad a corto plazo, los factores genéticos determinan a largo plazo puntos de fijación de la personalidad a los que los individuos retornan. Así, por ejemplo, los sucesos vitales podrían causar desviaciones en los puntos de

fijación, pero sus efectos son generalmente transitorios y luego de un período de desviación, la persona regresa a su punto de fijación (Hudson, Lucas & Donnellan, 2017; Lucas, 2007). Asimismo, Kandler et al. (2010) informaron que la estabilidad de la personalidad a lo largo de la vida debería ser el resultado del descenso de los efectos de las variaciones ambientales con la edad, ya que la varianza en los puntos de fijación genética no cambia con el paso del tiempo. No obstante, la evidencia de que la estabilidad de la personalidad disminuía cuando el intervalo entre evaluaciones aumentaba (Roberts & DeVecchio, 2000) indicó que esta hipótesis no es del todo adecuada (Kandler et al., 2010).

Por otro lado, la hipótesis de la maduración genética (Kandler et al., 2010) propuso que los rasgos se desarrollan a lo largo de la infancia alcanzando la maduración en la edad adulta y permaneciendo estables y sin variación por influencia ambiental (McCrae & Costa, 1994; McCrae et al., 2000). De acuerdo con la perspectiva de McCrae y Costa (2000) los efectos ambientales significativos sobre la personalidad deberían ser resultado, únicamente de influencias del ambiente a corto plazo o a errores de medidas sistemáticas. Según McCrae y Costa (2000) diversos estudios longitudinales demostraron la impermeabilidad de los rasgos a las experiencias vitales, lo que sugiere que los rasgos no varían con sucesos experimentados, sino que se basarían en disposiciones endógenas de carácter genético (Blonigen, Hicks, Krueger, Patrick & Iacono 2006; Bratko & Butkovic, 2007; Harden, Quinn & Tucker-Drob, 2012). Sin embargo, McCrae y Costa (2008) sugirieron que el desarrollo de la personalidad está fundamentalmente guiado por factores genéticos, aunque es posible que aspectos ambientales puedan modificar en cierto grado estas tendencias básicas de forma indirecta mediante los sistemas biológicos que la regulan.

Tal como se mencionó, diferentes estudios informaron que la estabilidad de la personalidad sería atribuida a factores ambientales, lo que abrió paso a la perspectiva transaccional. Caspi, Roberts y Shinner (2005) consideran desde esta visión, que los factores

ambientales y de diferencias genéticas individuales se combinan e interrelacionan para promover la estabilidad. Es decir que, la personalidad influiría en el ambiente y el ambiente tendría un efecto sobre la personalidad en forma de intercambio e interacción de los rasgos y el contexto a lo largo de la vida. Según este enfoque existe consistencia y cambio de la personalidad a lo largo de la vida ya que las personas son consideradas como sistemas abiertos. La estabilidad y el cambio podrían variar siendo menor el efecto de factores culturales, sociales y psicológicos a mayor edad, debido en gran parte a los procesos de selección, optimización y compensación (Caspi, Roberts & Shinner, 2005). Es así como, la plasticidad de los procesos psicológicos permitiría el cambio durante el ciclo vital y la adaptación al entorno, favoreciendo una mayor estabilidad (Roberts, Walton & Viechbauer, 2006).

La perspectiva transaccional es la que otorga mayor evidencia científica ya que los resultados de los estudios de genética cuantitativa (Bratko & Butkovic, 2007; Hahn, 2017; Hopwood et al., 2011; Kandler et al., 2010; Spengler, Gottschling & Spinath, 2012) explicaron la forma en que los factores genéticos afectaban a la personalidad de modo directo, e indirectamente favorecían a la elección de ambientes congruentes, a la vez que otorgaban importancia a los efectos que la interacción con el ambiente tiene sobre la personalidad. Además, las transacciones persona-ambiente explicaron la mayoría de formas con las que la personalidad se mantuvo estable. Es decir que, el modo en que las personas de forma inconsciente filtraban sus experiencias, evocaban sus respuestas a los demás y seleccionaban sus trayectorias vitales, eran altamente consistentes con sus rasgos de la personalidad lo que otorgaba estabilidad (Caspi & Roberts, 2005).

Asimismo, esta perspectiva permitió explicar el cambio individual de la personalidad relacionado con el índice RIC de Jacobson y Truax (1991). Es así como las personas, de forma individual y en función de sus propios rasgos de la personalidad, provocaban

modificaciones en el entorno que eran congruentes con sus características y estos entornos revertían sus efectos sobre las personas (Hudson, Lucas & Donnellan, 2017; Lucas, 2007). De esta forma, el grado de cambio, significativo o no, que muestra una persona en sus rasgos de la personalidad dependería de las transacciones con el ambiente. En general, diversas investigaciones informaron que los cambios aparecen a nivel individual de forma significativa en todas las etapas de la vida y hasta un 35% de las personas experimentarían cambios individuales significativos en alguna dimensión (De Fruyt et al., 2006; King & Mitchell, 2015; Vaidya, Gray, Haig, Mroczek & Watson, 2008).

En la misma dirección, Caspi, Roberts y Shinner (2005) informaron que, si bien la mayor parte de la población mostraría estabilidad en todos sus rasgos, los cambios más significativos se encontraron relacionados al efecto de distintas experiencias vitales sobre el desarrollo de la personalidad. Es decir que, los sucesos vitales provocaban cambios en los rasgos, pero estas características de personalidad favorecían a que determinados sucesos vitales fueran experimentados. No obstante, tal como fuera mencionado anteriormente, estos cambios son en general modestos o bien naturales en determinados rasgos de la personalidad y no provocan transformaciones de la personalidad desmedidas (Roberts et al., 2008). Es por ello que, la aproximación transaccional sería la que mejor explica el cambio a nivel individual.

Finalmente, los cambios en respuesta a las contingencias ambientales, refuerzos y castigos, fueron estudiados según acciones concretas aplicadas sobre la conducta o acciones implícitas, asociadas a las demandas y expectativas sutiles, fruto de la adquisición de los roles que generan cambios en el comportamiento (Caspi & Roberts, 2001, 2005, 2008). Además, según Roberts et al. (2008) la observación de la propia conducta mediante un tratamiento psicoterapéutico de tipo cognitivo o psicodinámico podría causar cambios en la personalidad mediante la identificación de problemas tales como: cogniciones negativas o

conductas desadaptativas que interfieren negativamente en su vida y de esta forma modificar la conducta o las cogniciones para que sean más efectivas y adaptativas (Caspi & Roberts, 2001, 2005, 2008).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, en el siguiente capítulo se abordará la temática referida a los componentes personológicos que podrían hacer que la psicoterapia funcione o no más allá de los factores antes explicados, tales como la genética y el ambiente o bien, la combinación de ambos. Asimismo, se realizará un recorrido sobre aquellas teorías y estudios empíricos que hayan aportado evidencia científica referida al progreso psicoterapéutico y el cambio psicológico.

CAPÍTULO 3

Progreso en Psicoterapia y Cambio Psicológico

Hasta aquí se realizó un recorrido histórico acerca de la psicología positiva, una descripción del constructo personalidad en general y de los rasgos positivos de la personalidad en particular -variable central de la presente tesis doctoral-. En este capítulo se desarrollará la concepción empírica referente a la efectividad y eficacia de las diferentes escuelas de psicoterapia, la conceptualización del cambio psicológico en el que se sustentan y las estrategias de operacionalización del cambio. Seguidamente, se expondrán los instrumentos de evaluación para medir el cambio, específicamente aquellos referidos a la autopercepción del progreso psicoterapéutico por parte del consultante. Finalmente, se expondrán los factores que afectan al cambio con la intención de arribar al estudio de los rasgos de la personalidad como predictores significativos del cambio psicoterapéutico.

3.1. Las terapias psicológicas. ¿Son Efectivas?

La investigación sistemática en psicoterapia puede situarse a partir de la década del 50 a raíz de fuertes cuestionamientos realizados por Eysenck (1952) a los procedimientos terapéuticos. El autor afirmaba la escasez de evidencia científica en relación a los procesos psicoterapéuticos comparados con la ausencia de tratamiento, particularmente en pacientes diagnosticados con neurosis. Como fundamento, se basó en que aproximadamente dos tercios de los pacientes que fueron analizados en su estudio presentaron mejorías bajo cualquier tratamiento, incluso sin que hubiera existido una intervención psicológica (Poch & Avila Espada, 1998). En consecuencia, los pioneros sobre los efectos de los tratamientos psicológicos se propusieron como objetivo principal determinar si las psicoterapias psicológicas eran superiores al no tratamiento (Nathan, Stuart, & Dolan, 2000).

En términos generales, los investigadores coincidieron en que los tratamientos psicoterapéuticos eran superiores frente al no tratamiento y su fundamento lo encontraron, no solo en la remisión sintomática sino también, en que producían algún tipo de mejora en el funcionamiento general del individuo (Bergin & Lambert, 1971; Luborsky, Singer & Luborsky, 1975; Meltzoff & Konreich, 1970). Posteriormente, durante la década de los 60 y 70 el debate se centró en poder determinar los tratamientos específicos para determinados cuadros psicopatológicos, es así como, se puso foco en poder demostrar la superioridad de determinadas escuelas de psicoterapia por sobre otras (Lambert & Bergin, 1994). Es aquí donde un corpus de procesos psicoterapéuticos se imponía por sobre los procedimientos que carecían de evidencia científica en cuanto a su terapéutica.

En efecto, Paul (1967) abre el interrogante sobre qué tratamiento y realizado por quién resultaría el más eficaz para cada individuo. Con la intención de dar respuesta a lo mencionado, Fernández Ballesteros (1996) informó que todo conjunto de intervenciones debe ser entendido como un programa de intervención. A su vez, el autor definió a un programa como aquel conjunto de acciones sistematizadas que mediante su planificación y ejecución en un tiempo determinado conduciría a la resolución de un problema que se encuentre presente en un colectivo. Desde la perspectiva de Lambert (1989) el proceso tiene su inicio en poder determinar la necesidad específica del consultante, posteriormente se plantean metas y objetivos, luego el terapeuta sistematiza un conjunto de acciones de las que se esperan determinados resultados que permitan identificar el grado de aproximación hacia las metas planteadas.

En consecuencia, si los objetivos son alcanzados de forma plena, se infiere que las acciones implementadas fueron eficaces, por lo tanto, el plan diseñado fue exitoso (Lambert, 1989, 1994, 2013). Sin embargo, en aquellos casos en que no se hayan cumplido con los objetivos propuestos, pero el tratamiento resultó en cierta medida beneficioso para el paciente

o la población para la cual haya sido diseñado, se determinó que, si bien el programa implementado no fue eficaz, fue efectivo (Lambert, 1989, 1994, 2013; Lambert & Barley, 2001; Lambert & Bergin 1994).

Finalmente, el interés se focalizó en saber si los resultados que se obtenían se encontraban en relación a los recursos y medios empleados para conseguirlos, en este caso, cobra relevancia el análisis de la eficiencia (Lambert, 1989, 1994, 2013; Lambert & Barley, 2001; Lambert & Bergin 1994). Es decir, en la toma de decisiones y en los cambios que se puedan producir mediante la implementación de determinados programas en relación a los resultados obtenidos. En este punto, cabe la pregunta acerca de lo que se entiende por cambio psicológico y sobre la perspectiva de cambio considerada por las diferentes corrientes teóricas.

3.1.1. ¿Qué es el cambio psicológico?.

Seligman y Csikszentmihalyi (2000) informaron que, a lo largo de la historia, la psicología estuvo interesada en resolver la patología implicada en el psiquismo del hombre y por lo tanto preocupada por estudiar los malestares, padecimientos y la forma de proceder ante los mismos. Feixas y Miró (1993) describieron más de 400 modelos psicoterapéuticos en los cuales se propusieron diversas teorías sobre el funcionamiento mental y sus disfunciones, así como también, diferentes recursos técnicos para abordarlas. Kazdin (2015) informó que, si bien estos modelos se caracterizan por ser heterogéneos, persiguen un objetivo en común relacionado a la producción de alguna modalidad de cambio en el paciente que consulta.

Como nadie ignora, el tipo de cambio buscado no es el mismo según los diferentes abordajes psicoterapéuticos, cada modalidad presenta su foco de cambio y su manera de conceptualizarlo. Sin embargo, todas las psicoterapias comulgan con la intención de lograr, mediante sus procedimientos, alguna modificación en la condición inicial del paciente. A pesar del protagonismo del cambio para la psicoterapia y de su exponencial crecimiento en

investigación de las últimas décadas, no se logró un consenso en la forma de comprender al cambio y su relación con los objetivos del tratamiento (Lambert, 1989, 1994, 2013; Lambert & Barley, 2001; Lambert & Bergin 1994; Kazdin, 2015).

3.1.2. ¿Qué se intenta cambiar a partir de un proceso psicoterapéutico?.

Tradicionalmente la psicoterapia centró sus esfuerzos en la búsqueda de modificaciones en áreas determinadas y pre-establecidas para la mejora en las condiciones de vida de los sujetos (Feixas & Miró, 1993). Es por ello que, a pesar de la falta de consenso en cuanto a lo que se entiende por cambio psicológico, la expresión latina *Mutatis Mutandis* -utilizada en el ámbito jurídico- fue extrapolada para su uso en investigación psicológica (Fernández Ballesteros, 1996).

Desde la perspectiva de Cisneros Farías (2003) *Mutatis Mutandis* significa cambiar solo lo que se debe cambiar, manteniendo a su vez, aquello que debe conservarse idéntico. De esta forma, una de las primeras definiciones que debieron establecer los modelos psicoterapéuticos era aquello que debía modificarse en los pacientes para la mejora en su condición clínica. En consecuencia, a lo largo de la historia los modelos psicoterapéuticos fueron planteando diferentes objetivos de cambio mediante los cuales eran direccionados los abordajes. Es así como, las teorías terapéuticas establecieron las condiciones que deben lograrse en el paciente para alcanzar los objetivos planteados y producir los mecanismos de cambio (Doss, 2004).

A continuación, se realizará un recorrido sobre las principales escuelas psicoterapéuticas que han priorizado como objetivo el cambio psicológico en el individuo. Para ello, se apelará a los principales exponentes teóricos de cada modelo y, a su vez, a autores contemporáneos que dieron una perspectiva histórico-contemporánea de la visión del cambio según cada marco teórico.

3.2. El cambio psicológico desde una perspectiva psicodinámica

Desde los inicios de la práctica psicoterapéutica psicodinámica, en Freud se pueden localizar dos objetivos fundamentales del tratamiento psicoanalítico (Roth & Fonagy, 1996). En primera instancia, la desaparición de los síntomas que aquejan al paciente que pueda ser sostenida en el tiempo (Freud, 1904). En segundo lugar, que el sujeto logre cambios que le permitan reestablecer sus capacidades de rendimiento en términos laborales y productivos, así como también, gozar a partir de su vida cotidiana (Freud, 1904).

Estos criterios de salud, acompañaron a Freud a lo largo de toda su obra, inclusive en uno de sus últimos escritos, *Análisis terminable e interminable*, Freud (1964) reafirmó esta idea al definir la práctica psicoanalítica como el acto de liberar al sujeto de sus síntomas neuróticos, sus inhibiciones y anormalidades del carácter. Sin embargo, a lo largo de la obra de Freud los cambios que se consideraban necesarios para alcanzar los objetivos antes expuestos, fueron sufriendo importantes modificaciones.

En una primera etapa, el foco principal del psicoanálisis estaba centrado en cancelar las resistencias internas para modificar la vida anímica del paciente (Freud, 1917). Para tal objetivo, Freud (1917) postuló que una vez llenada todas las lagunas mnésicas y registradas las oportunidades en que la represión ejerció su efecto, el análisis podría considerarse como terminado. En un segundo momento, Freud (1964) sostuvo que el trabajo psicoanalítico fluctuaba entre dos objetos de análisis: el yo y el ello. De esta manera, se mantiene la idea de hacer consciente lo inconsciente que provenía del ello, pero, además, el análisis debía corregir también algo concerniente al yo (Freud, 1964). Es así como, la última fase de las teorizaciones psicoanalíticas permitió pensar en el restablecimiento de las funciones del yo y su autonomía como mecanismo de cambio psicoterapéutico.

En la misma línea, Bleichmar y Bleichmar (1976) refirieron que mediante la terapia psicoanalítica se buscaba hacer consciente lo inconsciente y, además, desarrollar un proceso

de reelaboración de significados. Por lo tanto, el fenómeno curativo operaba mediante una reorganización conceptual, que se remitía a una resignificación de la experiencia (Bleichmar & Bleichmar, 1967). En relación a lo mencionado, se considera necesario destacar que Krause, Altimir, Pérez y de la Parra (2015) compartieron la postura de Bleichmar, aunque desde una perspectiva trans-teórica. Los autores sostuvieron que a partir de la terapia se producen una serie de transformaciones subjetivas en el individuo en relación a su forma de interpretar la experiencia que deriva en modificaciones a nivel conductual y emocional. Según Krause et al. (2015) dichas modificaciones a nivel subjetivo representarían un mecanismo de cambio común a los diferentes abordajes psicoterapéuticos y no solo a los abordajes psicodinámicos.

Retomando los desarrollos específicos en el marco psicoanalítico, autores posteriores tales como: Adler, Jung, Breuer y Lacan, plantearon que los mecanismos de cambio en una terapia psicoanalítica se movían entre el polo del cambio estructural y la integración del conflicto inconsciente reprimido, y el polo de una reorganización acotada y parcial de la estructura psíquica en búsqueda de cambios sintomáticos relevantes (Poch & Avila Espada, 1998). Dichos polos, conforman lo que a la actualidad es conocido como el continuo apoyo-expresivo en terapias psicodinámicas (Fiorini, 2002; Kernberg, 2001). De esta forma, el énfasis en lo expresivo recuperaba la tradición psicoanalítica de interpretar significados ocultos, favoreciendo la expresión de conflictos del paciente, mientras que, un énfasis en el apoyo marcaba una estrategia orientada al sostén y restauración de funciones estructurales dañadas (Kernberg, 2001). Ambos extremos del continuo marcaban un espectro de cambios posibles para la psicoterapia psicoanalítica actual (Fiorini, 2002).

Por otra parte, y más cercano a la actualidad Bernardi (2015) creó el modelo de análisis grupal para la evaluación del cambio en tratamiento psicodinámico denominado El Modelo de los Tres Niveles (3-LM; Bernardim, 2015) y mediante grupos de 15 personas con espacios

de debate entre 10 y 12 horas planteó evaluar tres facetas del cambio de un tratamiento a partir de las narrativas de los terapeutas y sus viñetas del caso. Los tres niveles que evalúa el modelo son: la descripción fenomenológica de las transformaciones, la identificación de las principales dimensiones diagnósticas del cambio psicodinámico y el testeo de hipótesis explicativas del cambio (Bernardim, 2015).

3.3. El cambio psicológico desde una perspectiva cognitiva

Como meta psicoterapéutica, desde sus inicios, la terapia cognitiva (TC) se centró en la modificación de síntomas objetivos y específicos (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979). Los síntomas fueron conceptualizados como quejas frecuentes de los pacientes, en el inicio del proceso psicoterapéutico, que fueran resolubles mediante un abordaje cognitivo (Beck et al., 1979).

Beck y Weishaar (1989) indicaron que en un primer momento del tratamiento la terapia apuntaba a la modificación de las distorsiones cognitivas de los pacientes que originan las emociones y conductas desadaptativas. Estas distorsiones fueron consideradas como errores en el procesamiento de la información, tales como generalizaciones, inferencias arbitrarias y pensamientos dicotómicos, que podrían hacer que surjan y se mantengan diferentes tipologías sintomáticas de carácter psiquiátrico (Beck, et al., 1979). Desde la perspectiva de Beck (2011) las mejorías en las dimensiones emocionales y conductuales, en términos sintomáticos, se producía una vez que las personas aprendieran a analizar sus propios pensamientos y cogniciones de una forma más realista y adaptativa.

Es por ello que, mediante el avance de la terapia y la disminución sintomática, el objetivo terapéutico se va modificando. De este modo, la terapia puso el foco en la modificación de las creencias y supuestos incorrectos del paciente, los cuales lo conducen a la producción de sesgos sistemáticos en el pensamiento (Beck et al., 1979; Beck & Weishaar, 1989). Según

Beck et al. (1979) los cambios en estos patrones y supuestos nucleares son los que permiten evitar las potenciales recaídas que pudiera presentar el paciente. En esta circunstancia, se daría comienzo a la segunda etapa del tratamiento en la cual se abordarían a un nivel más profundo las cogniciones de los individuos (Beck, 2011). En consecuencia, al producirse modificaciones en las creencias nucleares que los pacientes presentan respecto de los demás, el mundo y de sí mismos, es como se van produciendo modificaciones en la conducta y en las emociones más duraderas (Beck, 2011). Por esta razón, Keegan (2008) afirmó que el cambio que debe producirse en una terapia cognitiva es que el paciente logre incorporar una forma más flexible de interpretar la realidad, en contraste con las formas de significado que, durante su vida, le han generado diversos conflictos.

Lo expresado en los enunciados precedentes indican que este tipo de abordaje proponen técnicas de intervención concretas que puedan ser monitoreadas y evaluadas de manera objetiva (Beck, 2011). En lo referente a la concepción de cambio, Ellis (2005) sostuvo que el foco debía estar puesto en las modificaciones que se produjeran en las representaciones de los pacientes lo cual traería como consecuencia cambios en los afectos y las conductas. A diferencia de la postura psicodinámica, las intervenciones raramente se encontrarían dirigidas a la interpretación, sino que, por el contrario, tienen como objetivo mantener la motivación del paciente para cumplir con las tareas que se propongan por parte del terapeuta que generalmente se encuentran dirigidas hacia el automonitoreo y el intento por cambiar las cogniciones y pensamientos negativos.

Desde sus inicios, los síntomas relacionados a los trastornos de ansiedad fueron los que en su mayoría recibieron mayor atención por parte de los terapeutas formados bajo la corriente teórica cognitiva (Beck, 2011; Hofmann & Smits, 2008). Hunot, Churchill, Silva de Lima y Teixeira (2008) se han propuesto examinar, mediante una revisión teórica, la eficacia y la aceptabilidad de las terapias psicológicas para su abordaje. Estos autores concluyeron que el

tratamiento basado en los principios de la TC ha obtenido buenos resultados en la reducción de los síntomas de ansiedad en un plazo corto de tiempo. Sin embargo, plantearon que no hay claridad respecto a si las personas que recibieron sesiones de TC fueron más proclives a la reducción sintomática de ansiedad que quienes asistieron a terapia psicodinámica o a terapia de apoyo, pues son muy escasos los estudios que comparan la efectividad de los enfoques mencionados, siendo requerido ampliar el estudio.

Más cercano a la actualidad, los trastornos de la personalidad (TPs) comenzaron a ser estudiados enmarcados en el modelo metodológico basado en la evidencia (Moriana & Martínez, 2011). Es así como, se observó una gran precariedad en los abordajes psicoterapéuticos ya que hoy en día aún no puede afirmarse la efectividad de ningún tratamiento psicológico para los TPs (Fernández Pérez, Gloger, & Krause, 2015; Romero & Pérez, 2001). Sin embargo, estos autores refirieron que la TC dialéctica y la terapia de la conducta para los trastornos *bordeline* son tratamientos apropiados y mayormente efectivos. Por su parte, Moriana y Martínez (2011), revisaron los criterios para el diseño y evaluación de guías de tratamiento de la APA (American Psychiatric Association, 2000) y el National Institute For Health and Clinical Excellence (NICE), poniendo en evidencia recomendaciones de tratamientos según el tipo de sintomatología que padece el sujeto. A modo de ejemplo, determinaron que la TC, la terapia interpersonal y la terapia de solución de problemas serían efectivas en el tratamiento de cuadros depresivos, para el abordaje de los trastornos de ansiedad, para sintomatología psicótica y otros trastornos.

Otra perspectiva es la aportada por Wampold (2001), para quien los enfoques terapéuticos no involucran diferencias en cuanto a los resultados, por lo que no existe un modelo que sea mejor que otro, y según el cual la eficacia del tratamiento se halla sujeta a otros factores, y no depende del tipo de psicoterapia en sí. En cambio, Echeburúa y De Corral (2001) afirmaron que la TC muestra superioridad en contraste a los tratamientos con enfoques psicodinámicos,

sistémicos, humanistas o eclécticos para una gran variedad de trastornos. De hecho, manifestaron que otras orientaciones resultan eficaces en la medida que adoptan algunas técnicas procedentes desde la TC. En la misma línea, Mustaca (2011) ha categorizado este enfoque como una terapia bien establecida, enmarcada desde el tratamiento psicológico basado en evidencia, con supremacía sobre otra clase de intervenciones.

3.4. El cambio psicológico desde una perspectiva sistémica

El modelo teórico sistémico apunta a producir cambios en los problemas individuales o síntomas de los pacientes, pero desde una perspectiva diferente a las antes mencionadas. Bajo la perspectiva sistémica, Minuchin (1974) afirmó que los síntomas o problemas individuales de los pacientes son los responsables de que una familia se encuentre motivada a la consulta y son identificados como elementos que operan al servicio del mantenimiento de una estructura patológica. Es decir, un funcionamiento familiar de tipo rígido y estereotipado. Por lo tanto, los síntomas individuales de los pacientes no son comprendidos como problemas exclusivamente del individuo, sino como emergentes de disfunciones familiares (García-Haro, García-Pascual & González, 2018).

En consecuencia, el abordaje desde la terapia sistémica, apunta a la producción de modificaciones a nivel de la estructura familiar -entendida como transformaciones- con la intención de que las mismas impacten en la experiencia personal de cada uno de los integrantes y, por consiguiente, en sus conductas y procesos psíquicos internos, entendidos como cambio (Hernández Córdoba, 2007). Si bien el cambio se producirá en los integrantes de la familia, ayudará particularmente al paciente consultante, otorgándole facilidades para el conocimiento acerca de su posición en el núcleo familiar y de esta forma el impacto recaerá sobre la disminución de sus propios síntomas (Minuchin, 1974).

En la misma línea, Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) informaron acerca de dos tipos de cambios en los sistemas. En primer lugar, los cambios de tipo 1, definidos como modificaciones que se producen dentro de un sistema, y que, en vez de modificar la estructura del sistema, tienden a hacerla perdurar en el tiempo. En contra posición, los cambios de tipo 2, implicaban cambios estructurales en dicho sistema. Watzlawick, Weakland y Fisch (1976) identificaron que los cambios de tipo 1 eran soluciones intentadas por los sistemas para sobrellevar ciertos desafíos y producían un doble efecto paradójico: obstaculizar el cambio del sistema y perpetuar el problema que intentaban solucionar.

Es por ello que, desde la perspectiva de Watzlawick et al. (1976) el verdadero cambio al que debían apuntar la terapia sistémica era el cambio de tipo 2. Es decir, un cambio del cambio que aleje al sistema de la trampa paradójica en la que se encuentra debido a soluciones intentadas enmarcadas en los cambios de tipo 1. En efecto, como explica Weinstein (2006) e Hidalgo et al. (2011) las intervenciones desde la psicoterapia sistémica buscaban influir en estos circuitos enfocadas en la comunicación y en la conducta, a fin de generar cambios que apunten a la salud en los sistemas humanos. En suma, el cambio apuntado a la modificación sintomática no se constituía como una meta en si misma, sino que solamente era utilizado en las fases iniciales de los tratamientos con la intención de identificar los elementos disfuncionales del sistema (García-Haro, García-Pascual & González, 2018).

3.5. El cambio psicológico desde una perspectiva humanístico-existencial

Por último y, a diferencia de las perspectivas teóricas antes mencionadas, los modelos humanísticos-existenciales no pusieron el foco en las modificaciones de la sintomatología y sus consecuencias en el funcionamiento de la vida cotidiana, sino que centraron sus objetivos en la existencia del hombre y el sentido de su vida (Frankl, 1946). En efecto, desde la

logoterapia propuesta por Frankl (1946) se buscó el cambio de naturaleza existencial en los pacientes, para que puedan desarrollar vidas dotadas de sentido. Es así como, la búsqueda del cambio se centró en que el paciente pueda, en primera instancia, sobrellevar su crisis existencial y, de esta manera, orientarse a la búsqueda de un sentido para su vida (Luna & Luna, 1996; Frankl, 1946; Meza et al., 2017).

En segunda instancia, este abordaje se focalizó en que el paciente logre encontrar el sentido de su vida y, además, que pueda proporcionar cierto valor a su existencia (Frankl, 1946; Meza et al., 2017). Este objetivo de cambio, fue considerado el fin último para la terapia creada por Frankl, aunque su consecución conllevaría también, a cambios a nivel de la conducta del paciente tendientes a ser consistentes con el sentido de su vida y con la posibilidad de sobrellevar las patologías que lo aquejen mediante modificaciones a nivel sintomático (Frankl, 1946).

Finalmente, la reducción sintomática no es una meta en si misma del abordaje terapéutico humanístico-existencial y las técnicas específicas no son muy utilizadas ya que se encuentran basadas en la intuición, la apertura a la experiencia y a la empatía (Meza et al., 2017; Roth & Fonagy, 1996) por lo que no es a la actualidad considerada una psicoterapia en si misma sino una forma de autoconocimiento o de crecimiento personal.

3.6. ¿Qué hace al cambio psicológico?

Teniendo en cuenta la diversidad de mecanismos de cambio (Doss, 2004) que propusieron los diferentes modelos terapéuticos expuestos en los apartados precedentes, se podría inferir que las distintas variaciones que fueron trazando el camino entre procedimientos clínicos, mecanismos de acción y cambios esperados, explican la diversidad teórico-clínica al momento de abordar y pensar el cambio en psicoterapia.

Al estudiar lo que se considera que hace al cambio psicológico, es pertinente destacar el estudio realizado por la Universidad de Vanderbilt como antecedente significativo. El estudio consintió en el tratamiento de un grupo de pacientes con psicoterapeutas entrenados y otro grupo con terapeutas sin entrenamiento (profesores) pero con buenas habilidades sociales en el trato con los alumnos (Strupp & Binder, 1984). Como resultado del estudio, se informó que los profesores, quienes no tenían entrenamiento en psicoterapia, ni sabían sobre psicología, obtuvieron importantes mejorías en comparación con los psicoterapeutas entrenados (Strupp & Binder, 1984).

Este trabajo fue considerado icónico para el estudio de los factores comunes que propician el cambio psicoterapéutico. Ahora bien, es preciso mencionar a qué se considera factores comunes o inespecíficos en psicoterapia. Una aproximación simple a la temática se encuentra en la explicación de manual (Nathan, Stuart & Dolan, 2000). El manual es la operacionalización o puesta en práctica de los componentes específicos de los tratamientos, dado que no existía evidencia empírica positiva a favor de la superioridad de un tratamiento por sobre otro (Nathan, Stuart & Dolan, 2000).

Williams y Morley (2018) informaron que, en primer lugar, mediante diferentes procesos psicoterapéuticos se alcanzaban metas similares, o bien, cada proceso involucraba la puesta en marcha de factores comunes o inespecíficos que no estaban mediados explícitamente en las intervenciones. Es por ello que, Nathan, Stuart y Dolan (2000) plantearon que independientemente de las intervenciones psicoterapéuticas, los factores comunes eran los responsables de explicar la mayor parte de la eficacia de las psicoterapias. Grencavage y Norcross (1990) conceptualizaron los factores comunes o inespecíficos en tres categorías: apoyo, aprendizaje y acción, los cuales representaban una secuencia que se iniciaba con el apoyo, mediante la relación terapéutica considerada como la base del cambio de actitudes y creencias.

En relación a ello, Fernández, Pérez, Gloger y Krause (2015) determinaron que, en términos generales, los factores comunes en psicoterapia incluyen distintas condiciones de la terapia, tales como: la alianza terapéutica, la función del terapeuta, la forma de interacción y la forma en que se organizan y se transmiten los contenidos terapéuticos. Adicional a esto, Bohart (2017) postuló el potencial de autoayuda del paciente.

En la misma línea, Probst, Lambert, Loew, Dahlbender y Tritt (2015) dividieron los factores comunes en cuatro áreas generales, a las cuales les fueron asignadas un porcentaje en función de su contribución a la mejoría de las personas que se encontraban en psicoterapia, por ejemplo: a los factores del paciente y eventos extra-terapéuticos un 40%, factores de la relación terapéutica un 30%, expectativas y efecto placebo un 15% y factores relacionados con las técnicas y modelos teóricos un 15%. En relación con este último factor, Wampold (2015) afirmó que las técnicas específicas eran responsables de sólo el 8% de la varianza de cambio en psicoterapia, dándole a la adherencia a modelos teóricos una importancia relativa.

Tal es así que, de los factores comunes antes mencionados, la alianza terapéutica es la variable mayormente investigada. Luborsky, McLellan, Woody, O'Brian y Auerbach (1985) informaron que la alianza terapéutica es el determinante esencial del éxito en psicoterapia, de esta forma, se podría inferir que anticiparon casi 20 años de investigación posterior que posicionó a este constructo como un factor de cambio común esencial y como punto en común para las líneas de investigaciones orientadas al efecto de autopercepción de progreso en psicoterapia (Asay & Lambert, 1999; Bachelor & Salamé, 2000; Etchevers et al., 2010; Horvath, 2001).

Al mismo tiempo que se investigó sobre los factores comunes de cambio en psicoterapia, surgió la investigación del proceso psicoterapéutico (e.g. Bastine, Fiedler & Kommer, 1989; Elliott, Slatick & Urman, 2001; Hartmann, Joos, Orlinsky & Zeeck, 2015; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994). Desde sus orígenes, la investigación del proceso psicoterapéutico se

diferenciaba en forma relativa de la investigación de los factores comunes. Sin embargo, ambos campos se encuentran vinculados y fue así como esta línea de investigación se centró tanto en el proceso de cambio experimentado durante la relación terapéutica como en la interacción del paciente con el terapeuta (Goldfried, Greenberg & Marmar, 1990; Kramer, Berthoud, Keller & Caspar, 2014; Steenkamp, Litz, Hoge & Marmar, 2015). En consecuencia, estas líneas de investigación se orientaron con mayor peso hacia los asuntos de mayor complejidad, abandonando la premisa de la homogeneidad del proceso psicoterapéutico para así entender la terapia como una sucesión variable de períodos, segmentos, fases y episodios de cambio (Norcross & Zimmerman, 2016; Valdés Sánchez, 2015).

Los episodios de cambio comenzaron a ser estudiados hace dos décadas y las investigaciones centradas en ellos continúan hasta la fecha. Entre los contenidos de los episodios que resultaron favorecedores del cambio se situaba a los momentos de resolución de problemas, de conciencia, de apoyo y momentos de insight (e.g. Allemand, Steiger, & Fend, 2015; Bastine, Fiedler & Kommer, 1989; Elliott & Shapiro, 1992; Fiedler & Rogge, 1989; Helmeke & Sprenkle, 2000; Llewelyn, Elliott, Shapiro, Hardy & Firth-Conzes, 1988; Mroczek & Spiro, 2007; Rice & Greenberg, 1984). La aproximación metodológica del episodio de cambio tuvo como objetivo la identificación y descripción de ciertos momentos que, en función de determinados criterios (e.g. efectos a corto y largo plazo), eran significativos para el progreso psicoterapéutico.

En lo referente a los resultados de las investigaciones centradas en el progreso, existen evaluaciones sobre efectos a corto plazo *-impacts-* como de resultados a largo plazo *-outcomes-*. En primera instancia, los efectos los *impacts*, fueron clasificados por Drisko (2004) en impactos sobre la resolución de problemas y tareas. Es decir, preocupaciones del paciente y en impactos afectivos e interpersonales, en los que la ayuda de un experto depende

directamente de la alianza terapéutica. Por otra parte, los estudios de episodios y elementos relevantes para el cambio en los resultados terapéuticos a largo plazo *-outcomes-*, determinaron como indicadores de efectividad terapéutica a los momentos de resolución de problemas, de conciencia, de apoyo y momentos de *insight* (e.g. Elliott, Westmacott, Hunsley, Rumstein-McKean & Best, 2015), como así también, momentos en que se tratan temas personales, se exploran y describen sentimientos, y momentos en los que se ejercitan nuevas formas de comportamiento (Hill, Spiegel, Hoffman, Kivlighan & Gelso, 2017).

En cierta medida, los resultados de procesos terapéuticos a corto y largo plazo, se superponen. Es por ello que, tanto la investigación de los factores comunes, como la de proceso terapéutico aportan información valiosa sobre los contenidos de cambio. Ya sean los síntomas, las conductas, o la esfera de los aspectos afectivos y cognitivos, resultan elementos que permiten elaborar a partir de la autopercepción del paciente la noción de cambio en psicoterapia (Gibbons, Thompson, Mack, Lee & Crits-Christoph, 2015). Los estudios realizados por Anderson y Strupp (2015) basados en el progreso en psicoterapia, mostraron la existencia de cuatro conglomerados que se asocian al cambio: mejoría sintomatológica, autocomprensión, autoconfianza y autodefinición. Estos son parte de lo que se considera la esencia del cambio psicoterapéutico genérico y se encuentran fundamentados en estudios basados en narrativas retrospectivas de los pacientes (Krause, Altimir, Pérez & De la Parra, 2015; ver H5).

Por último, retomando el análisis del cambio hasta aquí realizado, cabe la pregunta acerca de cómo medir el cambio, o bien, cuáles son las estrategias de operacionalización del cambio psicoterapéutico.

3.7. Evaluación del cambio psicológico: Estrategias de operacionalización del cambio psicológico

Miller, Hubble, Chow & Seidel (2013) establecieron que una dimensión de cambio para medir los resultados de un proceso psicoterapéutico tiene en cuenta la complejidad de diferentes niveles de operacionalización de las variables involucradas. En consonancia con la heterogeneidad de objetivos de cambio que se puedan proponer en una terapia, existe una amplia heterogeneidad de posturas respecto de la forma en que deben ser evaluados.

Como fuente principal para delimitar el recorrido histórico, Ogles (2013) informó diferentes estrategias para la operacionalización del cambio. Las primeras formas de medición del cambio en psicoterapia versaban sobre las impresiones de los terapeutas en relación a los resultados, por ejemplo, los datos recabados en la década del 20 en el Instituto Psicoanalítico de Berlín (Bergin & Lambert 1971). El análisis de los datos se realizaba mediante la revisión de archivos y notas de las sesiones con las que se clasificaba a los pacientes en base a las impresiones cualitativas que eran divididas en cuatro categorías a saber: curados, con mejoría importante, con una mejoría o no curados (Bergin & Lambert 1971).

Posteriormente, fueron desarrollados métodos estandarizados para medir el cambio, pero con una metodología dotada de mayor rigurosidad científica (Ogles, 2013). En este sentido, se sitúa al trabajo de Knight (1941) quien propuso cinco criterios específicos para que los terapeutas analicen a sus pacientes: recuperación sintomática, aumento de productividad, mejorías en la vida sexual, mejoría en sus relaciones interpersonales y haber logrado niveles de *insight* que le permitan sobrellevar conflictos psicológicos y estrés cotidiano. Esta metodología para la medición del cambio recibió críticas debido a la utilización de la visión del terapeuta para evaluar la eficacia de sus propias prácticas lo cual dio origen al

surgimiento de medidas basadas en la observación de jueces externos para evaluar indicadores de cambio en las sesiones (Krause et al., 2015).

Asimismo, se han desarrollado y utilizado diferentes instrumentos de evaluación psicodiagnóstica (e.g. Rorschach) comparando características de personalidad de los pacientes al inicio y al final de los tratamientos (Weiner & Exner, 1991). Por otra parte, mientras que las primeras medidas de resultado evaluaban el cambio de los pacientes de forma general, se fueron desarrollando instrumentos de medición más específicos para la problemática planteada por los pacientes. Con el surgimiento de este tipo de instrumentos de medición, se pudo establecer si un paciente con un diagnóstico determinado, al inicio del tratamiento, continuaba con los mismos criterios al culminar el proceso (Krause et al., 2015). Más cercano a la actualidad, la evaluación del cambio fue revalorizada mediante la indagación de la experiencia fenomenológica del paciente utilizando como instrumentos de medición las entrevistas en profundidad y los análisis cualitativos de las mismas (Altimir et al., 2010; Olivera, Braun, Gómez Penedo & Roussos, 2013).

3.7.1. Metodología para determinar la ocurrencia del cambio buscado.

Tal como fuera mencionado en el apartado anterior, las primeras formas -perspectiva del terapeuta- para ponderar la existencia del cambio en psicoterapia se basaban en la evaluación al momento de finalizar el proceso del tratamiento. Olges (2013) informó que mediante el surgimiento de las medida de auto-reporte para los pacientes y los métodos de evaluación mediante jueces externos, se comenzó a incorporar medidas antes de la terapia -pre-test- que luego era repetidas y comparadas al finalizar el tratamiento -post-test-. La diferencia entre estas medidas, fue lo que posteriormente se denominó cambio por medio del abordaje (Olges, 2013).

Sin embargo, existían pacientes que habían cambiado de forma espontánea (Nathan, 2007). Es así como, se comenzó a comparar la evolución de los pacientes que, con patologías

similares, no realizaban tratamientos psicoterapéuticos (grupo control) con aquellos que realizaban un proceso terapéutico. Para tal fin, se realizaron procedimientos estadísticos con la intención de determinar la ocurrencia del cambio entre ambos grupos. De esta forma, surgió el criterio de *significancia estadística* el cual permitía determinar si las diferencias que se observaban entre los grupos se encontraban en el orden de lo real o en cambio, podrían ser atribuidas al azar (Kraemer et al., 2003).

Los estudios realizados por Jacobson y Truax (1991), Jacobson, Roberts, Berns y MacGlinchey (1999), y Kraemer et al. (2003) mediante el criterio de significancia estadística, buscaron establecer la existencia de estas diferencias. Para tal fin, estudiaron la probabilidad de que los datos hayan surgido sin que existan diferencias verdaderas entre los grupos. Durand y Barlow (2007) informaron que la utilización de la significancia estadística a lo largo de la historia de la psicología consolidó a la disciplina como ciencia. A pesar de esto, Jacobson y Truax (1991) criticaron este criterio debido a que no tomaba en cuenta las variaciones intra-sujeto dentro de las muestras y se limitaba al estudio de las diferencias grupales. Tal es así que, uno de los déficits más destacados de la significancia estadística aplicada al estudio del progreso en psicoterapia, se centró en la falta de aporte de evidencia en comparación a la relevancia de los resultados obtenidos para los investigadores y para la sociedad en general (Gibbons, Thompson, Mack, Lee & Crits-Christoph, 2015).

Kraemer, Wilson, Fairburn y Agras (2002) informaron que la significancia estadística permitió determinar si existen diferencias significativas entre grupos, sin dar cuenta de la magnitud de la diferencia encontrada ni del valor de los resultados para los pacientes y los terapeutas. Del mismo modo, Smith y Jensen-Doss (2017) informaron que los resultados obtenidos en estudios basados en dicho criterio permitieron arribar a conclusiones parciales desde el punto de vista clínico, es decir que, la presencia de un efecto estadísticamente

significativo no garantizaba el haber alcanzado efectos valiosos y significativos desde esta mirada (ver H5).

Teniendo en cuenta las limitaciones que presentaba el método, surge el criterio que permitió la evaluación de la eficacia y eficiencia de los tratamientos, como así también, el análisis individual de cada paciente para observar su variabilidad intra-sujeto englobado bajo el concepto de *significancia clínica*. Este concepto se diferencia de la significancia estadística y constituye uno de los avances más significativos en relación a la investigación del progreso en psicoterapia (Jacobson & Truax, 1991; Peterson, 2008). El criterio de significancia clínica, presenta como fundamental determinar en qué medida los procesos psicoterapéuticos permiten obtener resultados significativos para los pacientes y los terapeutas. Es por ello que, la significancia clínica fue definida como la capacidad de un tratamiento de alcanzar los parámetros de progreso del paciente y los parámetros de eficacia establecidos por los terapeutas (Kraemer, Wilson, Fairburn & Agras, 2002).

A partir de la consolidación de este criterio, Scherer, Boecker, Pawelzik, Gauggel y Forkmann (2017), encontraron una correlación robusta entre los cambios clínicamente significativos y el nivel de progreso en psicoterapia. Aquellos pacientes que lograron alcanzar cambios clínicamente significativos mostraron a su vez, mayores niveles de satisfacción y autopercepción de progreso en comparación a aquellos que lograron cambios de moderados a nulos. En la misma línea de investigación, Lambert y Ogles (2009) evaluaron la validez de la significancia clínica tomando en cuenta distintas medidas de resultados, como ser la autopercepción de progreso en psicoterapia desde la perspectiva del paciente. Los resultados informaron que aquellos pacientes con cambios clínicamente significativos presentaban diferencias marcadas en comparación con aquellos pacientes que no presentaron cambios o empeoraron en los niveles de autopercepción de progreso, ya sea desde la mirada del paciente o del terapeuta, lo cual indicó evidencia a favor de la validez del constructo (ver H5).

En suma, la significancia clínica permite dar cuenta tanto al terapeuta como al paciente sobre los cambios que se fueron produciendo mediante la utilización de un método más confiable que la mera valoración cualitativa del clínico.

3.7.2. Instrumentos de medición del cambio. Perspectiva del terapeuta y del paciente: autopercepción de cambio psicoterapéutico.

Las primeras formas de medición del cambio psicológico recaían sobre la figura del terapeuta. Desde esta perspectiva se pueden situar los siguientes instrumentos para la medición del cambio psicoterapéutico: el Test de Rorschach (1921, 1942); el Test de Apercepción Temática (Morgan & Murray, 1935); el Cuestionario Desiderativo (Córdoba & Pigem, 1946); el Test Proyectivo de la Figura Humana (Machover, 1949); el Test de Relaciones Objetales (Phillipson, 1955); la técnica de Mancha de Tinta de Holtzman (HIT; 1968) y el Test de la Familia Kinética (Burns & Kaufman, 1978). Sin embargo, actualmente no se recomienda la utilización de los mismos debido a que existe amplia evidencia relacionada a los posibles sesgos en su interpretación (Lambert & Ogles, 2009; Olgues, 2013; Scherer et al., 2017). Es por ello que, en el presente apartado y teniendo en cuenta el abordaje temático de la presente tesis doctoral, se hará foco en los instrumentos de medición de cambio psicológico bajo la autopercepción de cambio referida por el paciente.

El desarrollo de la investigación en forma sistemática sobre la autopercepción de progreso en psicoterapia surge a raíz del cuestionamiento de la efectividad de los instrumentos cualitativos antes mencionados. Una concepción ampliamente utilizada para describir la autopercepción de progreso en psicoterapia (e.g. Elliott, 1984; Snyder, Michael, & Cheavens, 1999; Joyce & Piper, 1998) fue la propuesta por Frank (1971), quien postuló que el progreso en psicoterapia es entendido como la disminución de la desmoralización, vivenciada a través de la esperanza o las expectativas de ser ayudado. Este planteamiento, fue ampliamente apoyado por investigaciones posteriores tales como las realizadas por Howard, Lueger,

Maling y Martinovich (1993) quienes plantearon una teoría fásica del cambio en la cual el progreso en psicoterapia es considerado desde la perspectiva de fases consecutivas de remoralización, mejoría y rehabilitación. Por otro lado, desde la perspectiva de Berg y De-Jong (1996) este constructo fue definido como la construcción de un sentimiento de competencia o como una manera de poder manejar los propios problemas (Shilkret & Shilkret, 1993).

3.7.3. Evaluación de la autopercepción de progreso psicoterapéutico.

Entre los principales aportes de las teorías sobre el progreso en psicoterapia se encuentran: los que destacan la importancia de la forma de interacción y la forma en que se organizan e incorporan los contenidos terapéuticos correspondiente al enfoque titulado Factores Psicoterapéuticos en psicoterapia (Frank, 1971); el *Outcome Questionnaire System 45* (OQ-45; Lambert, 1996) que centra la evaluación de resultados de progreso psicoterapéutico en la práctica de rutina con el fin de mejorar la calidad del tratamiento, propone la autopercepción de progreso mediante los cambios en la sintomatología, relaciones interpersonales y rol social; el *Treatment Outcome Package* (TOP; Kraus, Seligman & Jordan, 2005) cuyo principal aporte radica en la identificación de fortalezas y debilidades de los pacientes, la autopercepción de progreso es entendida como posibilidad de cambio en 12 dimensiones diferentes de comportamiento, síntomas, calidad de vida y funcionamiento; y el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE; Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2006) basado en la medición, el monitoreo y el asesoramiento al paciente respecto de psicoterapias para la mejora en la calidad de vida, centrándose en el bienestar autoinformado del paciente y en su autopercepción de progreso finalizada la terapia

Por otra parte, se identifica el *Routine Outcome Monitoring* (ROM; Drapeau, 2012), que desde una perspectiva que involucra al terapeuta y al paciente lleva a cabo estudios basados en instrumentos de medición para la detección de los cambios en salud mental y determina el

monitoreo rutinario de resultados como herramienta fundamental para la evaluación de medidas de resultados en psicoterapia. Para ello, Drapeau (2012), identificó diez instrumentos de medición que conjuntamente constituyen el ROM.

Dentro de los instrumentos estudiados, aquellos instrumentos que presentaron mayor evidencia empírica en cuanto a su funcionamiento fueron: el *Outcome Questionnaire System 45:2* (OQ 45:2; Bergen & Parra, 2002; Lambert, 1996), el *Treatment Outcome Package* (TOP; Kraus, Seligman, & Jordan, 2005); el *Clinical Outcomes in Routine Evaluation* (CORE; Barkham, Mellor-Clark, Connell & Cahill, 2006) y el *Partners for Change Outcome Management* (PCOM; Lambert & Shimokawa, 2011).

Cada uno de ellos poseen similitudes y diferencias, así como fortalezas, debilidades y un amplio soporte empírico (Youn, Kraus & Castonguay, 2012). Los instrumentos se encuentran adaptados para su aplicación en adultos, jóvenes y niños. El PCOM, por ejemplo, incluye medidas de progreso psicoterapéutico y de alianza terapéutica, como así también, se encuentra traducido en 25 idiomas diferentes y fue incluido en el Registro Nacional de Programas y Prácticas Basados en la Evidencia (Lambert & Shimokawa, 2011).

Por otro lado, el TOP es el único que presenta un enfoque multidimensional de medidas de progreso en psicoterapia, lo cual permite rastrear el cambio en 12 dimensiones diferentes de comportamiento, síntomas, calidad de vida y funcionamiento (Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg & Hayes, 2011). En la misma dirección, el CORE fue utilizado no solamente para rastrear el progreso del paciente, sino también, para comparar los resultados de los pacientes a nivel clínico. Por lo tanto, esta medida habilitó la posibilidad de monitorear resultados de bajo rendimiento y realizar un seguimiento de las mejoras luego de las intervenciones que se realicen en la atención de rutina. En otras palabras, los terapeutas pueden medir formalmente, monitorear y rastrear el bienestar autoinformado por el paciente y predecir, así como también,

mejorar la respuesta final al tratamiento, especialmente con pacientes que empeoran durante el curso del mismo (Holmqvist, Philips & Barkham, 2015).

El OQ-45:2, fue una de las herramientas más estudiadas (e.g. Harmon et al., 2007; Hawkins, Lambert, Vermeersch, Slade, & Tuttle, 2004; Lambert, Whipple, Smart, Vermeersch, Nielsen & Hawkins, 2001; Slade, Lambert, Harmon, Smart, & Bailey, 2008). En los estudios realizados por Bergen y Parra (2002) se aplicó sistemáticamente el OQ-45:2 con la finalidad de desarrollar un registro sobre la percepción del paciente respecto de la mejoría sintomática e incremento en relaciones interpersonales saludables. Correa, Rojas, Labra, Río y Pastén (2006), también lo utilizaron, pero en este caso con el objetivo de evaluar la calidad de tratamiento de pacientes salvadoreños y encontraron que el instrumento es útil para ilustrar la mejoría experimentada. Mediante los análisis realizados se comprobó su utilidad como indicador sensible y válido para el estudio del progreso en psicoterapia (ver H5).

El OQ-45:2 también fue utilizado en una investigación realizada por Painepán y Kuhne (2012) en estudiantes universitarios que se atendían en un centro de atención de salud de Santiago de Chile. Los resultados indicaron que los puntajes obtenidos disminuyeron progresivamente por lo que sugería una autopercepción de progreso psicoterapéutico positiva. Entre sus resultados también se informó que, en términos de eficacia, la terapia limitada a doce sesiones es preferible a la terapia sin límites de tiempo (ver H5). El OQ-45:2 ha sido adaptado para su uso en varios países y utilizado para evaluar los resultados y monitoreo de la autopercepción de progreso de los pacientes en psicoterapia (Boswell, White, Sims Harrit & Romans, 2013; Garrido, Santelices & Pierrehumbert, 2009; Miller, Duncan, Brown, Sparks & Claud, 2003; Shulte, 1997).

Pasando ahora a las investigaciones sobre el progreso psicoterapéutico en Argentina, García y Fantín (2010) propusieron el modelo de Percepción de eficacia de la psicoterapia, en

el que conceptualizan el progreso como un conjunto de variables de influencia social que incluye la visión del paciente sobre su terapeuta como experto, creíble y confiable. En la investigación realizada, concluyeron que las personas valoran positivamente las intervenciones psicoterapéuticas, señalando que éstas mantienen un alto grado de efectividad. Los resultados indicaron que más del 40% de los encuestados informó haber recurrido a psicoterapia, y señalaron una amplia conformidad con la ayuda recibida -aún en los casos en los que la consulta no fue motivada por padecer trastornos psicopatológicos-. Leiderman (2008), por su parte, investigó acerca de los tiempos de tratamiento, comparando los tratamientos de corta y larga duración. Reportó que existen mejoras sintomáticas significativas en aquellos pacientes que asistían a un proceso de psicoterapia cognitivo conductual (12 sesiones), en comparación con pacientes que concurrían a terapia psicoanalítica (ver H5).

Olivera Ryberg, Braun, Balbi y Roussos (2011), por otro lado, con el objetivo de analizar la autopercepción de progreso y la forma en que relacionan el cambio con las intervenciones psicoterapéuticas realizaron entrevistas semi-estructuradas a sujetos de la ciudad de Buenos Aires. En dichas entrevistas se indagó sobre áreas de cambio, intervenciones significativas, vínculo terapéutico y condiciones de finalización de terapia. Los análisis indicaron que la mayoría de los participantes informaron cambios en sus procesos terapéuticos relacionados a modificaciones en los rasgos de la personalidad. En la misma línea, diferentes investigaciones demostraron el rol que cumplen los rasgos de la personalidad en relación a la autopercepción de progreso psicoterapéutico ya que predicen mayor éxito en el trabajo, la familia, y una mejor salud y longevidad (Allemand, Steiger, & Fend, 2015; Mroczek & Spiro, 2007; Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi & Goldberg, 2014).

3.8. Factores que afectan al cambio

El cambio psicológico que se genera a través de una ayuda profesional se encuentra constituido por un proceso complejo en el cual interactúan una gran diversidad de factores. Las variables que se encuentran relacionadas con el paciente fueron definidas como pre-existentes al proceso y consideradas como las mejores predictoras de resultados (Mintz, Lubrosky & Christoph, 1979; ver H5).

En efecto, Krause (2011) identificó la existencia de cinco condiciones previas al inicio del tratamiento psicoterapéutico pertenecientes al paciente que son relevantes para que se produzca el cambio. En este sentido, las condiciones son: la experiencia de los propios límites; la aceptación de la necesidad de ayuda; el cuestionamiento de los modelos explicativos personales; la transformación de la conceptualización de los propios problemas, síntomas y desarrollo de metas para la terapia; y las expectativas del paciente respecto del rol o función del terapeuta respecto del propio rol y de la estructura de la relación de ayuda (Krause, 2011).

A su vez, entre las variables con mayor frecuencia en su abordaje desde las investigaciones empíricas y la literatura, aquellas que alcanzaron un mayor grado de asociación con los resultados psicoterapéuticos se destacan: las variables sociodemográficas, las expectativas del consultante, la disposición personal y los rasgos de la personalidad (Arratia, 2007; Benítez, Bastidas & Camargo, 2009; Santibáñez Fernández, 2008; Winkler, Avendano, Krause & Soto, 1993; Winkler, Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1989).

En relación al género de los pacientes, existe escasa evidencia respecto de la relación significativa con el resultado en el proceso psicoterapéutico (Braakmann, 2015; Garfield, 1981; Jacobson & Truax, 1991; Peniston, 1988). No obstante, en determinadas situaciones, tales como, el caso de mujeres víctimas de violación, es probable que sea de importancia considerar el género del terapeuta debido a que podrían sentirse más cómodas en el

tratamiento con psicoterapeutas mujeres que con hombres (Genise, 2015; Trull & Phares, 2003).

En cuanto a la edad, se planteó que en igualdad de circunstancias los pacientes más jóvenes fueron considerados como los mejores candidatos en relación al cambio psicológico ya que se supone son más flexibles o tienen menos costumbres arraigadas (Genise, 2015). Sin embargo, la evidencia que sostiene dicha afirmación, es débil (Garfield, 1981; Trull & Phares, 2003). Respecto al nivel educativo y el nivel socioeconómico, Mac Nair & Corazzini (1994) y MacNair-Semands (2002) informaron que a mayores años de educación y mejor nivel socioeconómico del paciente mayor sería la probabilidad de cambio. Por otro lado, Fisher y Cohen (1972) señalaron que las actitudes del consultante hacia la ayuda profesional tienden a ser más positiva en la medida en que el paciente tenga un nivel educacional superior, sin embargo, estos resultados son controvertidos (Cramer, 1999; Fischer & Cohen, 1972; Park, Jeon, Lee, Ko, & Kim, 2018).

En relación a las creencias y expectativas acerca de la terapia con las que el paciente llega al tratamiento Shlien (1966) y Karyotaki (2018) informaron que las mismas podrían influir en los resultados y en la mejoría percibida por los consultantes. Es por ello que, Zalaquett, Manzi, Duque, Krebs y Animat (1982) plantearon que las expectativas de los pacientes, sin importar su clase social (Lorion, 1974), afectan a determinados aspectos que constituyen proceso tales como: la duración del tratamiento, la deserción del paciente y los resultados del tratamiento. Las expectativas con las que llegan los consultantes a la psicoterapia, se refieren tanto al tratamiento propiamente dicho y, también involucran expectativas acerca del terapeuta y creencias en relación a los beneficios que éste pueda obtener de la atención (Barkham et al., 1996; Basto et al., 2018; Stiles et al., 1990). En consecuencia, Lebow y Jenkins (2018) informaron que la mayor deserción se da entre la primera y la quinta consulta,

lo que permitió hipotetizar que cuando los consultantes prevén que el tratamiento excederá sus expectativas en duración, desertan.

Por otro lado, en cuanto a la disposición personal del paciente, Lebow y Jenkins (2018) observaron que los pacientes que presentaban una disposición negativa a la situación de tratamiento y se mostraban intransigentes a los esfuerzos de los terapeutas por establecer una alianza terapéutica obtenían resultados pobres, es así como, concluyeron que la disposición positiva al tratamiento y al cambio, favorecería al logro de resultados exitosos. Además, Errázuriz, Opazo, Behn, Silva y Gloger (2017) agregaron que, tanto la motivación, las expectativas y las necesidades del paciente, se constituyen como variables relevantes para el logro de una complementación y compromiso adecuado entre los involucrados en el proceso psicoterapéutico, lo cual las posicionó como una de las fuerzas de cambio en psicoterapia. En la misma línea, Trull y Phares (2003) determinaron que la psicoterapia, al ser un proceso voluntario, en situaciones donde el paciente se encuentre forzado a la realización de la misma rara vez se obtendrían beneficios de la experiencia.

Finalmente, en relación a los rasgos de la personalidad del consultante, algunos investigadores sugieren jerarquías teóricas de mutabilidad (e.g. Hooker & McAdams, 2003; Roberts & Pomerantz, 2004; Wrzus & Roberts, 2017) según las cuales se establecen diferentes niveles de cambio. De esta forma, pueden identificarse dos modelos conceptuales; el primero incluye tres niveles que van desde el más amplio -conformado por construcciones más estables y duraderas y por lo tanto, menos modificables por influencia externa-, pasando por un nivel medio -con una mayor permeabilidad de influencia ambiental- hasta un nivel estrecho -aún más modificable, constituido por las expresiones de estados como pensamientos momentáneos, sentimientos y comportamientos variables-; el segundo modelo conceptual presenta una distribución de niveles en relación a una dimensión temporal, y se extienden desde rasgos afectivos amplios y durables hasta las emociones más

transitorias/circunstanciales, pasando por estados de ánimo intermedios (Allemand & Flückiger, 2017).

En este sentido, Roberts y Jackson (2008) informaron que algunos atributos de la personalidad, tales como los rasgos amplios y duraderos se asocian a cambios lentos. En cambio, Fleeson (2001) informó que otros atributos tales como, las fluctuaciones rápidas en el comportamiento, estados psicológicos o procesos fisiológicos pueden ocurrir en el transcurso de días o en momentos dentro del día (ver H5).

Goldberg et al. (2016) informó que la terapia puede cambiar los rasgos de la personalidad además del funcionamiento psicológico, la autopercepción de progreso y el bienestar. Asimismo, las investigaciones realizadas por Kivlighan, Gelso, Ain, Hummel y Markin (2015) habrían demostrado que la psicoterapia, produce cambios en determinados rasgos de la personalidad tales como neuroticismo y extraversión y, a su vez, produce modificaciones en la autopercepción de progreso por parte del paciente. Además, un estudio reciente realizado por Riba, Balon y Roberts (2017) informó que las intervenciones clínicas se asociaron con cambios marcados en los rasgos de la personalidad, por ejemplo, disminuciones en neuroticismo y aumentos en extraversión, durante un tiempo promedio de 24 semanas (ver H5).

En la misma línea, Linares Ortiz, Robles Ortega y Peralta Ramírez (2014) realizaron un estudio con el objetivo de comprobar la posibilidad de modulación de variables de la personalidad tales como algunos de los cinco grandes factores a través de la aplicación de un programa de afrontamiento al estrés. Los resultados informaron la existencia de interacción en las variables optimismo, extraversión y responsabilidad, mostrando un incremento de las puntuaciones en estas variables en el grupo de casos y no encontrándose dicha interacción en el grupo control. Las puntuaciones en los componentes de neuroticismo, amabilidad, apertura a la experiencia y personalidad resistente no se modificaron en ninguno de los dos grupos.

Además, mostraron que entre momento (inicio y final de tratamiento), aquellos sujetos con mayores puntuaciones en optimismo y responsabilidad presentan diferencias estadísticamente significativas en comparación a los sujetos con rasgos de la personalidad asociados a la apertura a la experiencia y extraversión (ver H5).

De cualquier modo, la evidencia empírica a la fecha en relación a la autopercepción de progreso psicoterapéutico relacionada a los cambios en los rasgos de la personalidad proviene de tres líneas de investigación. Primero, investigaciones sobre la mutabilidad de experiencias de vida y entornos socioculturales que afecten a los rasgos de la personalidad (e.g. Jackson, Thoemmes, Jonkmann, Lüdtke & Trautwein, 2012); segundo, de ensayos clínicos y sub-clínicos donde el cambio de los rasgos de la personalidad ocurre como un efecto acompañante de las intervenciones que no se desarrollaron explícitamente para el cambio de los rasgos de la personalidad, sino que fueron diseñadas principalmente para abordar los problemas de salud mental (e.g. Tang et al., 2009) y en tercer lugar, a partir de intervenciones específicamente desarrolladas para promover cambios en los rasgos de la personalidad (Cuijpers, Donker, van Straten, Li & Andersson, 2010).

En relación a la primera evidencia planteada, los estudios de Jackson, Thoemmes, Jonkmann, Lüdtke y Trautwein (2012), informaron que las experiencias, circunstancias y eventos específicos de la vida pueden estar relacionadas al cambio en la autopercepción del progreso en psicoterapia, lo cual implica que las experiencias de vida reflejarían configuraciones naturales que pueden modificar los rasgos de la personalidad. Tal es así que, las experiencias de vida como el servicio militar o la transición de la universidad a la vida adulta se encuentran asociadas a los cambios de los rasgos de la personalidad en los individuos (e.g. Castro Solano & Casullo, 2005; Jackson, Thoemmes, Jonkmann, Lüdtke & Trautwein, 2012; Lüdtke, Roberts, Trautwein & Nagy, 2011).

A pesar de que las experiencias de vida puedan actuar como desencadenantes naturales del cambio de personalidad, también es posible que el hecho de poseer determinados rasgos de personalidad prediga la ocurrencia de eventos específicos en la vida cotidiana y de determinadas experiencias. De hecho, Luhmann, Orth, Specht, Kandler y Lucas (2014) demostraron que los rasgos de la personalidad pueden predecir la ocurrencia de experiencias de vida, tales como ser muy sociable en la edad adulta aumenta la probabilidad de comenzar la primera relación romántica y, además, el rasgo neuroticismo puede contribuir al desarrollo de síntomas de ansiedad y experiencias depresivas (e.g. Neyer & Lehnart, 2007; Zinbarg, Uliaszek & Adler, 2008). Es por ello que, la evidencia preliminar sugiere que percibir eventos estresantes de la vida como puntos de inflexión, se encuentra relacionado con los cambios en alguno de los rasgos de la personalidad (Sutin, Costa, Wethington & Eaton, 2010). Es decir que, los cambios en los rasgos de la personalidad pueden suceder como reacción a la ocurrencia e interpretación de experiencias y eventos de la vida.

Por otro lado, la segunda evidencia empírica informa que las intervenciones clínicas generalmente se destinan a los problemas de salud mental específicos -fobias- o generales -trastornos de la personalidad-. A pesar de que los rasgos de la personalidad pueden ser parte de los problemas de salud mental, las intervenciones clínicas no se han diseñado principalmente con el objetivo de cambiar los rasgos de la personalidad y de esta forma lograr una modificación en la autopercepción de progreso en psicoterapia (De Fruyt, Van Leeuwen, Bagby, Rolland & Rouillon, 2006).

Finalmente, respecto de la tercera evidencia informada en relación a los cambios en los rasgos de la personalidad y la autopercepción de progreso en psicoterapia, Andersson, Cuijpers, Carlbring, Riper y Hedman (2014) demostraron que los rasgos de la personalidad pueden cambiar como efecto acompañante de intervenciones psicológicas específicas, así

como también, las personas pueden modificar intencionalmente y de forma permanente sus rasgos en períodos de corto tiempo -tres a seis meses- (ver H5).

En relación a esto, Andersson y Cuijpers (2009) informaron que el cambio puede ser intencional o volitivo cuando está motivado por el deseo de ser, actuar y sentirse diferente, al igual que el cambio que se produce por una intervención deliberada. A pesar de ello, existe poca evidencia a la fecha que de cuenta de la posibilidad de cambio intencional relacionado a los rasgos de la personalidad y, en consecuencia, a la autopercepción de progreso en psicoterapia (Hudson & Faley, 2017).

A modo de reflexión del presente capítulo, la ocurrencia del cambio psicológico fue determinada en función de los postulados presentados por los diferentes modelos teóricos. A su vez, la mayoría de los abordajes comulgan con la intención de lograr alguna modificación en la condición inicial del paciente. En general, pareciera ser que el principal motor de cambio se localizaría en los factores comunes o inespecíficos de los tratamientos, lo cual explicaría gran parte de la mejoría experimentada por los pacientes. En particular, la evidencia a la fecha propone que los rasgos de la personalidad podrían ser los responsables de un importante porcentaje del cambio o bien incidir en la autopercepción de progreso psicoterapéutico.

SEGUNDA PARTE: Sección Empírica

CAPÍTULO 4

Objetivos e Hipótesis

4.1. Objetivo General

Estudiar rasgos positivos de la personalidad en población clínica y su relación con la autopercepción de progreso psicoterapéutico, síntomas psicopatológicos y aspectos sociodemográficos.

4.2. Objetivos Específicos

4.2.1. Estudio 1.

1. Evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Rasgos Positivos (IRP-5) en adultos argentinos de población clínica.
2. Verificar si existen diferencias en los rasgos positivos de la personalidad entre población clínica y población general.
3. Analizar si los rasgos positivos de la personalidad se asocian a la presencia de sintomatología psicopatológica en población clínica.
4. Analizar las relaciones entre rasgos positivos de la personalidad y aspectos socio-demográficos en población clínica.

4.2.2. Estudio 2.

5. Examinar si los rasgos positivos de la personalidad funcionan como predictores de la autopercepción de progreso psicoterapéutico de pacientes en psicoterapia a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento.

4.3. Hipótesis

4.3.1. Estudio 1.

1. Se espera replicar en población clínica las propiedades psicométricas del Inventario de Rasgos Positivos obtenidas en población general (OE. 1).

2. Los participantes pertenecientes a población clínica presentarán menor presencia de rasgos positivos de la personalidad en comparación con los individuos de población general (OE. 2).

3. Los rasgos positivos de la personalidad se asocian negativamente con la presencia de síntomas psicopatológicos en población clínica (OE. 3).

4. Quienes tengan mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad serán los hombres, los jóvenes, los solteros, quienes pertenecen a la clase social media y quienes tienen niveles educativos promedio (OE. 4).

4.3.2 Estudio 2.

5. Aquellos pacientes que tengan mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad percibirán mayor progreso en su psicoterapia a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento (OE. 5).

CAPÍTULO 5

Método

En este capítulo se refiere a la metodología seleccionada para llevar a cabo la presente investigación que se constituyó por dos estudios. Se describen los participantes de cada estudio, como así también, los materiales utilizados para la operacionalización de las variables, el procedimiento y estrategia de análisis de datos.

5.1. Tipo de Estudio y Diseño

En la presente investigación se realizaron dos estudios. El Estudio 1 fue de índole descriptivo, correlacional y de diferencias de grupos. Su diseño fue no experimental y de corte transversal. En él se evaluaron las propiedades psicométricas del *Inventario de Rasgos Positivos* (IRP-5; de la Iglesia & Castro Solano, 2018) para población clínica; se verificaron diferencias en los Rasgos Positivos de la Personalidad según población clínica y general, como así también, se analizaron las correlaciones entre los Rasgos Positivos y sintomatología psicopatológica. Además, se analizaron las correlaciones entre Rasgos Positivos y factores socio-demográficos.

En el caso del Estudio 2, el tipo de estudio fue explicativo y el diseño fue no experimental de corte longitudinal. Aquí, se analizó la estabilidad de los rasgos positivos de la personalidad a lo largo de un proceso psicoterapéutico, los cambios en la autopercepción de progreso en psicoterapia y, finalmente, se examinó la capacidad predictiva de los rasgos positivos por sobre la autopercepción de progreso en psicoterapia.

5.2. Participantes

Para llevar a cabo los dos estudios, se conformaron tres muestras de participantes mediante un muestreo no probabilístico y voluntario: dos para el primer estudio y una para el segundo. A continuación, se procederá a describirlas.

5.2.1. Participantes del Estudio 1.

En este estudio se utilizaron dos muestras: una muestra clínica y una muestra de población general. La *muestra clínica* estaba compuesta por 185 sujetos residentes en Resistencia, provincia del Chaco. El 69.2% ($n = 128$) eran nacidos en la ciudad de Resistencia, Chaco y el 30.8% ($n = 57$) en otra localidad. Su promedio de edad era de 30.19 años ($DE = 11.59$). El criterio para ser incluidos en la misma consistió en presentar puntaje T superior a 63 en al menos una de las escalas del Listado de 90 síntomas –Symptom Checklist 90-R- (SCL-90-R; Casullo & Castro Solano, 1999; Derogatis, 1977), de acuerdo al baremo de Casullo y Pérez (2008), excluyendo psicosis y demencias.

En relación al sexo, el 59.5% ($n = 110$) eran mujeres y el 40.5% ($n = 75$) varones. En cuanto a su estado civil, el 42.2% ($n = 78$) eran solteros, el 24.9% ($n = 46$) estaban de novios, el 14.16% ($n = 27$) casados, el 10.8% ($n = 20$) en concubinato y el 7.6% ($n = 14$) divorciados. Respecto del nivel de estudios máximo alcanzado, el 0.5% ($n = 1$) concluyó la escuela primaria, el 9.7% ($n = 18$) completó sus estudios secundarios y el 4.3% ($n = 8$) informó no haber terminado, el 12.4% ($n = 23$) terminó sus estudios terciarios y el 6.5% ($n = 12$) no logró terminar, el 11.9% ($n = 22$) informó haber concluido sus estudios universitarios, mientras que el 50.8% ($n = 94$) no lo concluyó. Finalmente, el 2.2% ($n = 4$) informó haber completado sus estudios de posgrado, mientras que el 1.6% ($n = 3$) se encontraba en proceso de finalización.

En lo que al nivel socio-económico se refiere, el 1.1% ($n = 2$) de los evaluados informó pertenecer a un estrato alto, el 18.4% ($n = 34$) medio-alto, el 65.9% ($n = 122$) medio, el

11.4% ($n = 21$) medio-bajo y el 3.2% ($n = 6$) bajo. Además, en lo referido a la ocupación de los participantes, el 8.6% ($n = 16$) refirió ser empleador, el 9.7% ($n = 18$) trabajar por su cuenta, el 37.8% ($n = 70$) ser empleado, el 2.2% ($n = 4$) trabajar sin salario, el 3.8% ($n = 7$) estar desempleado, el 2.7% ($n = 5$) ser ama/o de casa, el 1.6% ($n = 3$) pertenecer a la categoría de jubilado o pensionado y el 33.5% ($n = 62$) no trabajar.

La *muestra de población general* estaba compuesta por 203 sujetos residentes en Resistencia, provincia del Chaco, que tenían en promedio 31.63 años ($DE = 10.22$). El 65.5% ($n = 133$) habían nacido en Resistencia, mientras que el 34.5% ($n = 70$) habían nacido en otra localidad. El criterio para ser incluidos en la misma consistió en no presentar puntaje T superior a 63 en al menos una de las escalas del SCL-90-R (Casullo & Castro Solano, 1999; Derogatis, 1977), de acuerdo al baremo de Casullo y Pérez (2008).

El 64.5% ($n = 131$) eran mujeres y el 35.5% ($n = 72$) eran hombres. En lo que al estado civil se refiere, el 34% ($n = 69$) informó que estaban solteros, el 21.2% ($n = 43$) estaban de novios, el 20.2% ($n = 41$) estaba en concubinato, el 19.7% ($n = 40$) informó que estaban casados, el 3.9% ($n = 8$) estaban divorciados y el 1% ($n = 2$) restante, estaban viudos.

Pasando ahora al nivel de estudios máximo alcanzado de la muestra, el 8.9% ($n = 18$) informó haber terminado la escuela secundaria, mientras que, el 2% ($n = 4$) no logró finalizar, el 22.7% ($n = 46$) refirió haber finalizado sus estudios terciarios y el 2.5% ($n = 5$) no los finalizó, el 15.8% ($n = 32$) finalizó sus estudios universitarios y el 40.9% ($n = 83$) se encontraba en proceso de finalización. Finalmente, solo el 3% ($n = 6$) poseía estudios de posgrado y el 4.4% ($n = 9$) aún no lo habían finalizado.

En lo referido al nivel socioeconómico, el 67.5% ($n = 137$) informaron pertenecer a un estrato social medio, el 17.2% ($n = 35$) medio bajo, el 13.3% ($n = 27$) medio alto, el 1% ($n = 2$) alto y el 1% ($n = 2$) restante a un estrato social bajo.

En cuanto a la ocupación referida por los participantes, el 59.1% ($n = 120$) informó que estaba empleado en un trabajo, el 18.7% ($n = 38$) se encontraba sin trabajo, el 9.4% ($n = 19$) trabajaba por su cuenta, el 6.9% ($n = 14$) eran empleadores, el 3% ($n = 6$) eran amo/a de casa, el 1.5% ($n = 3$) desempleado, el 1% ($n = 2$) refirió ser jubilado/pensionado y el 0.5% ($n = 1$) trabajaba sin salario.

5.2.2. Participantes del Estudio 2.

La muestra del Estudio 2 estaba constituida por una submuestra de la muestra clínica descrita previamente. Estaba conformada por 38 casos que fueron evaluados de manera longitudinal al inicio, a los 3 y 6 meses de iniciado un tratamiento psicoterapéutico. En esta submuestra, los participantes tenían en promedio 36.82 años ($DE = 12.76$), el 63.2% ($n = 24$) eran mujeres y el 36.8% ($n = 14$) eran varones. En relación al estado civil el 28.9% ($n = 11$) eran solteros, el 21.1% ($n = 8$) estaban de novios, el 21.1% ($n = 8$) casados, el 18.4% ($n = 7$) en concubinato y el 10.5% ($n = 4$) divorciados.

Respecto del nivel de estudios máximo alcanzado el 2.6% ($n = 1$) concluyó la escuela primaria, el 10.5% ($n = 4$) terminó sus estudios secundarios y el 7.9% ($n = 3$) no logró terminarlos, el 2.6% ($n = 1$) informó haber concluido sus estudios terciarios, mientras que el 2.6% ($n = 1$) no lo concluyó y el 26.3% ($n = 10$) finalizó sus estudios universitarios, mientras que el 36.8% ($n = 14$) se encontraba en proceso de finalización. Finalmente, el 7.9% ($n = 3$) informó haber completado sus estudios de posgrado, mientras que el 2.6% ($n = 1$) se encontraba en proceso de finalización.

En lo que al nivel socio-económico se refiere, el 15.8% ($n = 6$) de los evaluados de esta submuestra informó pertenecer a un estrato medio-alto, el 71.1% ($n = 27$) medio, el 5.3% ($n = 2$) medio - bajo, el 7.9% ($n = 3$), mientras que, ningún participante refirió pertenecer a un estrato social alto. En cuanto a la ocupación de los participantes, el 18.4% ($n = 7$) informó ser empleador, el 15.8% ($n = 6$) trabajar por su cuenta, el 34.2% ($n = 13$) ser empleado, el 5.3%

($n = 2$) trabajar sin salario, el 5.3% ($n = 2$) estar desempleado, el 2.6% ($n = 1$) pertenecer a la categoría de jubilado o pensionado y el 18.4% ($n = 7$) no trabajar.

El motivo de consulta *principal* informado por los pacientes resultó ser para el 23.7% ($n = 9$) angustia, el 15.8% ($n = 6$) ansiedad, el 15.8% ($n = 6$) problemas familiares, el 10.5% ($n = 4$) olvidos, el 5.3% ($n = 2$) estrés por accidente de tránsito, el 5.3% ($n = 2$) conflictos de pareja, el 2.6% ($n = 1$) refirió amputación de miembro inferior, el 2.6% ($n = 1$) confusiones respecto del futuro, el 2.6% ($n = 1$) conflictos asociados al divorcio, el 2.6% ($n = 1$) irritabilidad, el 2.6% ($n = 1$) pánico, el 2.6% ($n = 1$) pérdida de conocimiento, el 2.6% ($n = 1$) temor a rendir un cargo laboral, el 2.6% ($n = 1$) problemas pasados a resolver y el 2.6% ($n = 1$) restante, refirió querer mejorar su calidad de vida.

En cuanto a los *antecedentes* clínicos psicológicos, el 81.6% ($n = 31$) manifestó haber sido diagnosticado con anterioridad, mientras que el 18.4% ($n = 7$) restante no refirió antecedentes diagnósticos. De los que habían asistido a un tratamiento psicológico y en relación al abordaje terapéutico, el 65.8% ($n = 25$) no lo recordaba, el 26.3% ($n = 10$) informó haber asistido a psicoterapia psicoanalítica y el 7.9% ($n = 3$) a psicoterapia cognitiva. Además, el 26.3% ($n = 10$) informó haber sido diagnosticado con ansiedad, el 23.7% ($n = 9$) con depresión, el 10.5% ($n = 4$) con trastorno obsesivo compulsivo, el 7.9% ($n = 3$) con trastorno de pánico, el 5.3% ($n = 2$) con trastorno de personalidad, al igual que el 5.3% ($n = 2$) con somatizaciones y el 2.6% ($n = 1$) con trastorno bipolar. Respecto del tiempo transcurrido en tratamiento, el 65.8% ($n = 25$) no lo recordaba, el 18.4% ($n = 7$) informó haber asistido a sesiones de psicología durante 6 meses, el 7.9% ($n = 3$) 12 meses, el 2.6% ($n = 1$) 5 meses, el 2.6% ($n = 1$) 24 meses y el 2.6% ($n = 1$) 120 meses. Finalmente, en cuanto a la ingesta de psicofármacos sólo el 21.1% ($n = 8$) informó haberlos ingerido.

En cuanto a los antecedentes médicos de los últimos tres años, el 28.9% ($n = 11$) informó haber asistido a algún tratamiento médico clínico no psiquiátrico. De ellos, el 10.5% ($n = 4$)

había sido diagnosticado con traumatismo craneoencefálico leve, el 5.3% ($n = 2$) con hipotiroidismo, el 2.6% ($n = 1$) con cefalea, el 2.6% ($n = 1$) con fibromialgia, el 2.6% ($n = 1$) depresión, el 2.6% ($n = 1$) diabetes tipo 1 y el 2.6% ($n = 1$) con nódulo mamario. Además, el 18.2% ($n = 7$) se encontraba actualmente bajo tratamiento medicamentoso.

Por otro lado, en base a la encuesta clínica completada por el terapeuta a cargo, se observó que el 86.8% ($n = 33$) presentaba una actitud colaboradora y el 13.2% ($n = 5$) impresionaba con abulia. Respecto del nivel de expectativas que presentaban los pacientes, 78.9% ($n = 30$) era alto y el 21.1% ($n = 8$) era medio.

Finalmente, en base al diagnóstico de acuerdo al Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-5, American Psychiatric Association, 2013), el 34.2% ($n = 13$) fue diagnosticado con F41.1 (trastorno de ansiedad generalizada), el 21.1% ($n = 8$) con F34.1 (trastorno distímico), el 15.8% ($n = 6$) con F33.1 (trastorno depresivo mayor moderado), el 13.2% ($n = 5$) con F43.1 (trastorno por estrés post traumático), el 10.5% ($n = 4$) con F41.0 (trastorno de angustia sin agorafobia), el 2.6% ($n = 1$) con F42.8 (trastorno obsesivo compulsivo) y el 2.6% ($n = 1$) con comorbilidad diagnóstica F41.1 y F34.1 (trastorno de ansiedad generalizada y trastorno distímico).

5.3. Materiales

5.3.1. Materiales del Estudio 1.

Encuesta Sociodemográfica. Mediante este instrumento se relevaron datos sobre el sexo, la edad, el estado civil, el lugar de nacimiento y residencia de la muestra, como así también, el nivel de estudios, nivel socioeconómico y ocupación.

Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5 (IRP-5; de la Iglesia & Castro Solano, 2018). Este instrumento es una medida de rasgos positivos de la personalidad. Se encuentra basado en el PID-5 (Krueger et al., 2013) el cual brinda medidas de cinco rasgos de

personalidad psicopatológica de acuerdo a los criterios diagnósticos propuestos en la Sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Los ítems se responden en base a una escala con formato Likert con 6 opciones de respuesta (0 = *completamente falso* a 5 = *completamente verdadero*). Cuenta con 60 ítems agrupados en cinco rasgos positivos: Vivacidad y Foco, Integridad, Serenidad, Moderación, y Humanidad. El inventario fue sometido a juicio experto y a un estudio piloto, análisis factorial exploratorio y confirmatorio. Además, se estudió su convergencia con medidas de rasgos patológicos y normales, así como su capacidad predictiva sobre la presencia de bienestar psicológico.

Inventario de Rasgos de Personalidad para el DSM-5, Forma Corta, Adultos -Personality Inventory for DSM-5, Short Form, -Adult- (PID-5-SF; Krueger et al., 2013). Este instrumento es una versión abreviada del instrumento psicométrico original *Personality Inventory for DSM-5 - Adult* (PID-5; Krueger et al., 2013). Fue diseñado con el objetivo de evaluar rasgos patológicos de la personalidad de acuerdo al DSM-5. Mediante 25 ítems mide los siguientes cinco rasgos: afectividad negativa, desapego, antagonismo, desinhibición y psicoticismo. Los ítems se responden en una escala Lickert de 4 valores comprendidos entre 0 (*Muy Falso* o *A menudo Falso*), 1 (*A veces* o *Algo Falso*), 2 (*A veces* o *Algo Verdadero*) y 3 (*Muy Cierto* o *A menudo Verdadero*). Góngora y Castro Solano (2017) estudiaron su funcionamiento psicométrico en población argentina analizando su dimensionalidad y consistencia interna, obteniendo evidencias de validez divergente con una medida de rasgos normales de la personalidad. En sus conclusiones, indicaron que la medida resulta apropiada para su uso en población local.

El Inventario de 90 Síntomas Revisado -Symptom Check List 90-R- (SCL-90-R; Derogatis, 1977). Este inventario es un autoinforme de 90 síntomas agrupados en nueve subescalas: ansiedad, depresión, ideación paranoide, psicoticismo, somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad fóbica y hostilidad. Los ítems se

responden en base a una escala Likert con 5 opciones de respuesta (0 = *nada* a 4 = *mucho*). Permite la obtención de tres índices globales: (1) índice de severidad global (GSI), (2) índice de malestar sintomatológico y (3) índice de síntomas positivos. En los estudios locales se realizó un análisis factorial replicando el procedimiento seguido por Derogatis (1977). Con el método de componentes principales y rotación varimax obtuvieron como resultado nueve factores que explican el 41% de la varianza. Respecto de la confiabilidad de la versión Argentina se obtuvo el coeficiente alfa de Cronbach para la escala completa, el coeficiente de Guttman para la división por mitades y el coeficiente de Spearman-Brown, obteniendo datos estadísticamente significativos (Casullo & Castro Solano, 1999; Casullo & Perez, 2008; Sanchez & Ledesma, 2009).

5.3.2. Materiales del Estudio 2.

Encuesta Sociodemográfica. Ídem anterior.

Encuesta Clínica para Pacientes. Mediante ella se relevaron datos sobre el motivo de consulta informado, la existencia de tratamientos psicoterapéuticos anteriores y su duración, la posibilidad de haber sido diagnosticado con algún trastorno psicopatológico o sintomatología asociada, la duración del tratamiento en caso que la respuesta sea afirmativa y el abordaje del tratamiento. Además, se indagó sobre la posibilidad de haber sido sometido a tratamiento psiquiátrico, la duración del tratamiento y si fue sugerida la ingesta de medicación, indicando el nombre de la misma con los miligramos prescritos. Finalmente, se preguntó acerca de la posibilidad de haber asistido a tratamiento médico durante los últimos 3 años y si fuera afirmativa la respuesta, se solicitó que indiquen el diagnóstico y medicación sugerida con su respectiva dosis.

Encuesta Clínica para Terapeutas. Se trata de una encuesta donde se solicitó al terapeuta que informe sobre el motivo de consulta en relación a su impresión clínica. Releva datos sobre la actitud del paciente ante el proceso psicoterapéutico e indaga sobre antecedentes de

datos clínicos significativos, el nivel de expectativas del paciente. Además, se le solicita al terapeuta que indique la clasificación diagnóstica de acuerdo al DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

Cuestionario para la Autoevaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia - Outcome Questionnaire 45:2- (OQ-45:2; Bergen & Parra, 2002; Lambert, 1996). Este test mide la autopercepción del paciente en relación a resultados en psicoterapia, tanto antes como después de finalizado el proceso terapéutico, y también sesión a sesión. Evalúa tres áreas: sintomatología, relaciones interpersonales y rol social. Es un instrumento autoadministrable que consta de 45 ítems con cinco opciones de respuesta en una escala Likert (0 = *nunca* a 4 = *casi siempre*). Cuenta con algunos ítems inversos por lo que para obtener su puntuación se debe invertir sus valores previamente. En su adaptación chilena Bergen y Parra (2002) obtuvieron valores de correlación para la confiabilidad de la técnica. La validez convergente se midió con el cuestionario DAS que mide sintomatología ansiosa, depresiva y somatomorfa (Alvarado, 1991). Los valores obtenidos en los coeficientes de correlación, confirmaron la validez convergente entre estos dos instrumentos. Actualmente, no cuenta con una adaptación local, por lo que, para la presente tesis se realizaron estudios psicométricos con la finalidad de dar cuenta de la calidad de la medida. Los resultados se describen en el apartado 5.5.

Inventario de Rasgos Positivos para en el DSM-5 (IRP-5; de la Iglesia & Castro Solano, 2018). Ídem anterior.

Inventario de Rasgos de Personalidad para el DSM-5, Forma Corta, Adultos -Personality Inventory for DSM-5, Short Form, -Adult- (PID-5-SF; Krueger, Derringer, Markon, Watson & Skodol, 2013). Ídem anterior.

El Inventario de 90 Síntomas Revisado -Symptom Check List 90 - R- (SCL-90-R; Derogatis, 1977). Ídem anterior.

5.4. Procedimiento

Los datos fueron recolectados mediante un muestreo no probabilístico entre mayo de 2016 y abril del 2018. La recolección estuvo a cargo del doctorando y bajo la supervisión de la directora de tesis. Para llevar a cabo el Estudio 1 se utilizaron las dos muestras descritas en el apartado 5.2.1. Tal como se mencionó previamente, el criterio de inclusión en la muestra clínica o en la de población general era la presencia o ausencia de sintomatología psicológica. Este indicador se determinó mediante la administración de la escala SCL-90-R (Casullo & Castro Solano, 1999; Derogatis, 1977). La utilización de este criterio de inclusión estuvo guiada por investigaciones precedentes (Caparrós-Caparrós, Villar-Hoz, Ferrer & Viñas-Poch, 2007; de la Iglesia, Santibáñez & Vinet, 2016; Liporace & Castro Solano, 2017;). Se determinó que eran casos clínicos aquellos casos en los que el puntaje T era superior a 63 en al menos una de las escalas del SCL-90-R de acuerdo al baremo de Casullo y Pérez (2008).

Una submuestra de la muestra clínica fue utilizada para llevar a cabo el Estudio 2. Los participantes asistían al consultorio privado y al consultorio público del Hospital Julio C. Perrando donde fueron atendidos por el doctorando. La muestra obtenida fue descrita en el apartado 5.2.2. Los participantes fueron evaluados en su primera consulta, a los tres y seis meses de iniciado un tratamiento psicoterapéutico. El tratamiento psicológico realizado estuvo a cargo del doctorando y siguió las pautas de la psicoterapia cognitiva (Fernández, García & Crespo, 2012). Teniendo en cuenta el objetivo del segundo estudio, no se realizaron intervenciones terapéuticas relacionadas a la aplicación de la psicología positiva.

En todos los casos, los sujetos que participaron del presente estudio fueron informados sobre los objetivos de la investigación y las características de la colaboración solicitada. Se consideró que un requisito indispensable para formar parte de la misma era la firma un consentimiento informado. En él se informaba acerca del tratamiento confidencial de los

datos, la característica voluntaria y no remunerada de la participación, y, en el caso del segundo estudio, se daba cuenta que la participación en el mismo no lo expondría a ninguna modificación en el tratamiento actual.

5.4.1. Análisis de datos.

En cuanto al análisis de datos, para el objetivo psicométrico la base epistemológica utilizada fue la psicometría clásica. Con la intención verificar las propiedades psicométricas de los instrumentos aquí utilizados en las muestras del estudio, se utilizó un análisis factorial confirmatorio para obtener evidencias de validez del instrumento y se calcularon alfas de Cronbach para estudiar su confiabilidad. Además, se analizó la validez convergente mediante una medida de rasgos patológicos.

Para los objetivos correlacionales se realizaron correlaciones de Pearson –ó Spearman según correspondiera– para así valorar la asociación entre variables. Además, se calcularon pruebas *t* de Student y ANOVAs one-way –o sus correlatos no paramétricos– para los objetivos de diferencias de grupos.

Al momento de indagar sobre la capacidad predictiva de la variable principal (rasgos positivos de la personalidad) se utilizaron regresiones lineales múltiples. Previamente, se utilizaron ANOVAs intra-sujeto con la intención de verificar la estabilidad de los rasgos positivos de la personalidad y la autopercepción de progreso psicoterapéutico.

Los datos fueron sistematizados y analizados con el programa estadístico SPSS-20 (Statistical Package for the Social Sciences, 2011) y el EQS 6.2 (Bentler, 2006). Como paso previo al análisis se realizó una depuración de la base a través de la identificación de errores en la carga de datos y de datos perdidos. En tales casos se recurrió a la fuente primaria de recolección de datos para su corrección y/o completamiento.

5.5. Análisis psicométricos del OQ-42:2

Como se mencionó en el apartado 5.3.2., el Outcome Questionnaire 45:2 (OQ-45:2; Bergen & Parra, 2002; Lambert, 1996), es un instrumento originalmente diseñado por Lambert (1996) que cuenta con una adaptación chilena de Bergen y Parra (2002). Su adaptación psicométrica local no era un objetivo central de esta tesis, sin embargo, resultaba necesario obtener evidencias psicométricas acerca de su comportamiento en la muestra aquí estudiada.

Para tal fin, se realizó un análisis factorial confirmatorio con el objetivo de confirmar si la estructura de segundo orden que planteaba un factor principal y tres subdimensiones se sostenía en la muestra evaluada del Estudio 2. La estructura se analizó mediante el programa EQS 6.2 (Bentler, 2006). El método de estimación utilizado fue MLR -Máxima Verosimilitud Robusto- y, dado que las variables se trataron como ordinales, se utilizó la matriz policórica, debido a que este tipo de matriz es más apropiada (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia & Fernández Liporace, 2013; Múthen & Kaplan, 1985).

Para valorar la bondad de ajuste del modelo, se examinaron diferentes índices: Chi-cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (*CFI*), índice de ajuste incremental de Bollen (*IFI*) y error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*). Todos mostraron un ajuste aceptable: $\chi^2 = 12238.200$, $p < .001$, $CFI = .977$, $IFI = .977$, $RMSEA = .052$, $IC\ 90\% [.048, .055]$, $p < .001$. Las cargas de los factores y de los ítems se pueden ver en la Figura 1.

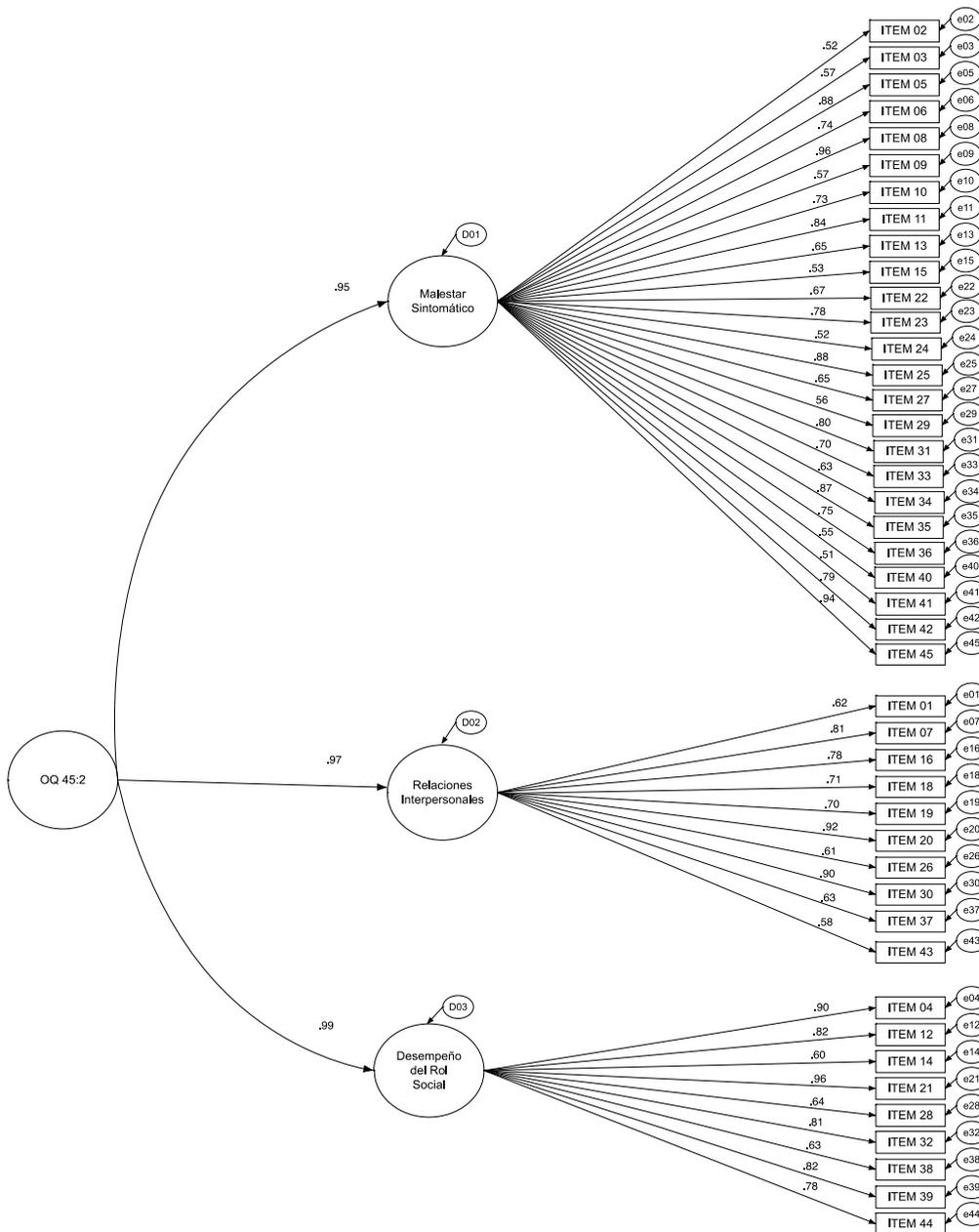


Figura 1. Análisis Factorial Confirmatorio OQ-45:2.

Además, se evaluó la confiabilidad de tipo consistencia interna de las puntuaciones compuestas. En todos los casos la consistencia interna resultó aceptable siendo un $\alpha = .765$ en la puntuación total, Malestar Sintomático $\alpha = .721$; Relaciones Interpersonales $\alpha = .702$ y Desempeño del Rol Social $\alpha = .712$.

CAPÍTULO 6

Resultados

En el siguiente capítulo se exponen los resultados del Estudio 1 y del Estudio 2 de la presente tesis doctoral. Para comenzar, se informan los resultados del comportamiento psicométrico del IRP-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) en adultos argentinos de población clínica. Luego, se exponen las diferencias estadísticamente significativas en los rasgos positivos de la personalidad según población clínica y general. Posteriormente, se informan las correlaciones entre los rasgos positivos de la personalidad y sintomatología clínica, como así también, las diferencias según factores socio-demográficos. Finalmente, se presentan los resultados sobre los rasgos positivos de la personalidad como predictores significativos del progreso psicoterapéutico.

6.1 Estudio 1

6.1.1. Objetivo 1.

El primer objetivo de esta tesis enunciaba “Evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Rasgos Positivos (IRP-5) en adultos argentinos de población clínica”. Para obtener evidencias acerca del comportamiento psicométrico del IRP-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) en adultos argentinos de población clínica se realizó un análisis factorial confirmatorio y un análisis de consistencia interna.

En primer lugar, se estudió la estructura factorial del inventario mediante un análisis factorial confirmatorio utilizando la muestra clínica del presente estudio. El modelo se analizó mediante el programa EQS 6.2 (Bentler, 2006). El método de estimación utilizado fue MLR -Máxima Verosimilitud Robusto- y, dado que las variables eran ordinales, se utilizó la matriz policórica, debido a que es más apropiada para este tipo de datos (Freiberg Hoffmann, Stover, de la Iglesia & Fernández Liporace, 2013; Múthen & Kaplan, 1985).

Para valorar la bondad de ajuste del modelo, se examinaron diferentes índices: Chi-cuadrado (χ^2), índice de ajuste comparativo (*CFI*), índice de ajuste incremental de Bollen (*IFI*) y error cuadrático medio de aproximación (*RMSEA*). Todos indicaron el buen ajuste del modelo de cinco factores en la muestra clínica: $\chi^2 = 14252.865$, $p < .001$; *CFI* = .947; *IFI* = .938; *RMSEA* = .050 90% IC [.046, .054], $p < .001$.

Además, los pesos de regresión para cada elemento -ver Figura 2- fueron los esperados ($>.40$; Kline, 2000), a excepción del ítem 06 y el ítem 52. Sin embargo, se decidió conservarlos debido a que el ajuste global era el esperado y en consideración de que la modificación de la medida afectaría la posibilidad de comparación con la población general.

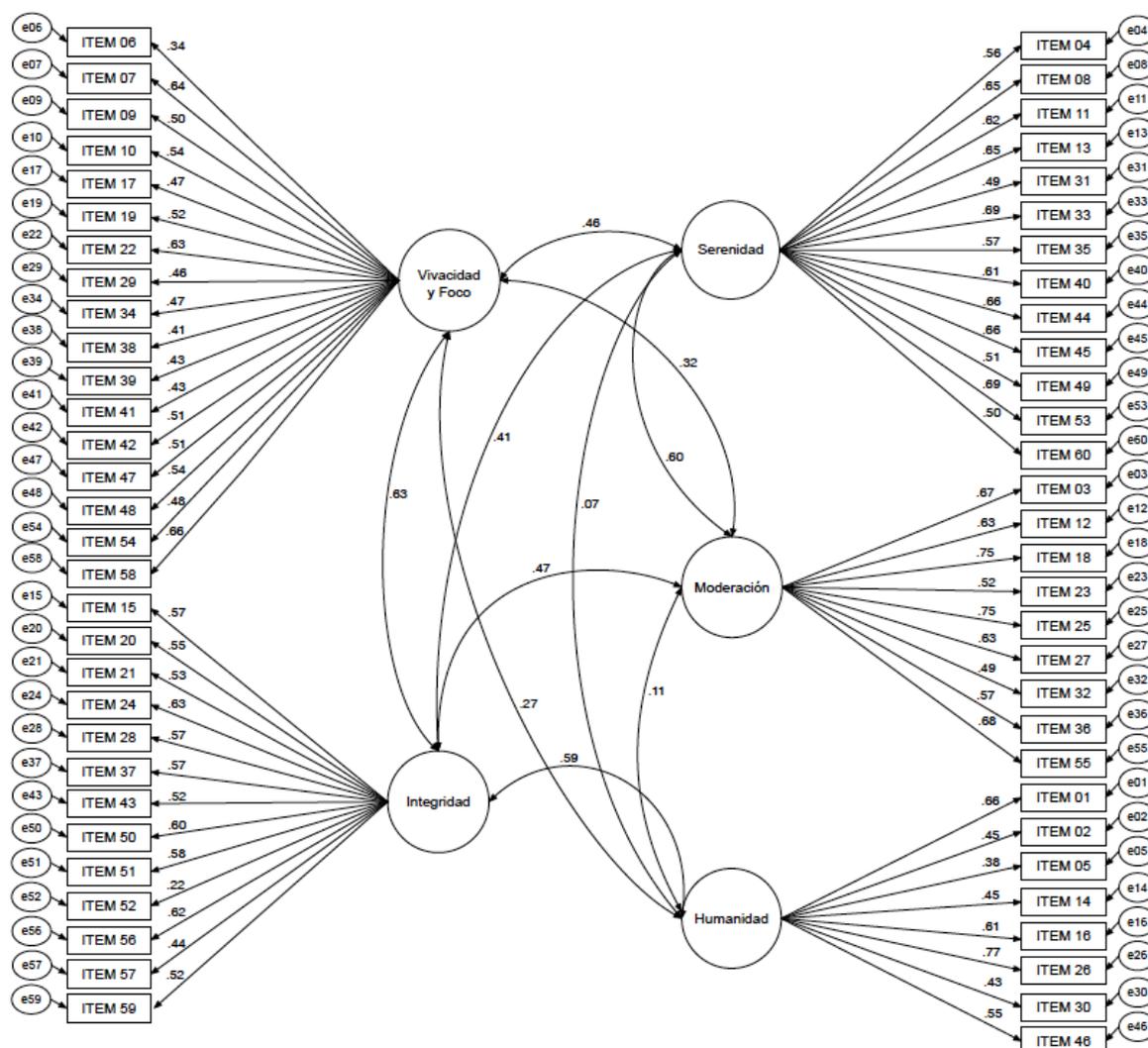


Figura 2. Análisis Factorial Confirmatorio IRP-5 Muestra Clínica.

Por otra parte, se evaluó la confiabilidad mediante el análisis de la consistencia interna de las puntuaciones del IRP-5. Todas las dimensiones demostraron tener excelente consistencia interna (ver Tabla 1).

Tabla 1.
Consistencia interna del IRP-5 en una muestra clínica.

Dimensiones	Alfa de Cronbach
Vivacidad y Foco	.895
Moderación	.855
Integridad	.811
Humanidad	.753
Serenidad	.887

Por último, se esperaban correlaciones negativas y altas entre el IRP-5 y el PID-5 para obtener evidencia de validez convergente negativa entre las dimensiones postuladas teóricamente como constructos opuestos (Coulacoglou & Saklofske, 2017). Algunas asociaciones encontradas fueron bajas, y otras entre moderadas y altas. Todas ellas estuvieron en línea con resultados esperados ya que indican que los rasgos positivos varían en la dirección opuesta a los rasgos patológicos -Tabla 2-. Esto proporciona algunos motivos para sugerir que tal como se observó en población general (de la Iglesia & Castro Solano, 2018), en población clínica el modelo de cinco rasgos positivos también se puede ubicar en el polo positivo del continuo generado a partir de las cinco dimensiones patológicas de la personalidad, según lo establecido en la sección III del DSM-5.

Tabla 2.
Correlaciones entre IRP-5 y PID-5 ($n = 185$).

	IRP-5				
	Vivacidad y Foco	Integridad	Serenidad	Moderación	Humanidad
<i>PID-5</i>					
Afectividad Negativa	-.204**	-.020	-.372**	-.224**	.271**
Desapego	-.294**	-.177*	-.116	-.318	-.192**
Antagonismo	-.186*	-.290**	-.126	-.228**	-.114
Desinhibición	-.293**	-.236**	-.315**	-.523**	-.055
Psicoticismo	-.190**	-.062	.000	-.024	-.026

* $p < .05$, ** $p < .01$; IRP-5 = Inventario de Rasgos Positivos para el DSM-5; PID-5 = Inventario de Rasgos de la Personalidad para el DSM-5.

6.1.2. Objetivo 2.

Mediante el segundo objetivo se pretendía “Verificar si existen diferencias en los rasgos positivos de la personalidad entre población clínica y población general”.

Teniendo en cuenta que de acuerdo a la prueba Kolmogorov- Smirnov, la distribución de las puntuaciones compuestas del IRP-5 -tanto en la muestra clínica como en la muestra de población general- no diferían de la distribución normal ($p > .05$) y se cumplimentaba con la homogeneidad de la varianza, se utilizaron pruebas paramétricas. Con la intención de verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en los rasgos positivos de la personalidad de acuerdo si el sujeto pertenecía a población clínica o a población general, se calcularon pruebas t de Student para muestras independientes y además se obtuvieron los valores relacionados al tamaño del efecto con el estadístico d de Cohen (Cohen, 1988).

A excepción del rasgo Humanidad en el que los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > .05$), se hallaron diferencias estadísticamente significativas en todos los rasgos positivos ($p < .05$). En todos los casos, los sujetos pertenecientes a población general demostraron tener mayor presencia de los rasgos positivos -Tabla 3-. En cuanto a los tamaños

del efecto, se pudo observar que en Moderación, Integridad y Serenidad el tamaño del efecto fue medio, y que, en Vivacidad y Foco, el tamaño del efecto fue grande.

Tabla 3.

Diferencias en Rasgos Positivos de la Personalidad: Población Clínica Vs. Población General.

Rasgos Positivos	Población General		Población Clínica		<i>t</i>	<i>gl</i>	<i>d</i> de Cohen
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>			
Vivacidad y Foco	3.91	0.554	3.35	0.774	8.295*	386	0.837
Moderación	3.44	0.816	3.13	0.950	3.436*	386	0.348
Integridad	4.27	0.506	4.04	0.620	3.958*	386	0.401
Humanidad	3.48	0.756	3.43	0.743	0.547	386	0.054
Serenidad	3.43	0.696	3.12	0.897	3.840*	386	0.387

* = $p < .005$

6.1.3. Objetivo 3.

Con el tercer objetivo se pretendía “Analizar si los rasgos positivos de la personalidad se asocian a la presencia de sintomatología psicopatológica en población clínica”. Para tal fin, se analizaron las correlaciones entre los rasgos positivos y las puntuaciones del Symptom Check List-90-Revisado (SCL-90-R; Derogatis, 1977). Para su cálculo se utilizaron correlaciones *r* de Pearson ó *rho* de Spearman, según se hubieran cumplido los supuestos de normalidad o no –ver Tabla 4-.

En relación a las sub-escalas de la SCL-90R y Vivacidad y Foco las correlaciones halladas fueron negativas y significativas ($p < .05$), a excepción de la sub-escala ansiedad en donde no se halló una relación estadísticamente significativa ($p > .05$). Por otro lado, la correlación entre el rasgo positivo de la personalidad Moderación y Hostilidad fue negativa y estadísticamente significativa ($p < .001$), siendo no significativas las correlaciones con las demás sub-escalas ($p > .05$). Además, las correlaciones entre Integridad y Obsesiones y Compulsiones, Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Ideación Paranoide, Psicoticismo y

Síntomas Positivos fueron todas negativas y significativas ($p < .01$; $p < .05$). No se hallaron relaciones estadísticamente significativas con las seis sub-escalas restantes ($p > .05$). Pasando ahora a las correlaciones entre Humanidad y las sub-escalas de la SCL-90-R, se halló una correlación positiva con Somatizaciones ($p < .05$) y negativa para el caso de la dimensión Obsesiones y Compulsiones ($p < .05$), mientras que las demás correlaciones fueron no significativas ($p > .05$). Finalmente, las correlaciones entre el rasgo positivo de la personalidad Serenidad y Sensibilidad Interpersonal, Hostilidad, Ideación Paranoide, Síntomas Positivos y el Índice de Severidad Global fueron significativas y negativas ($p < .01$; $p < .05$), siendo no significativas las correlaciones con las siete dimensiones restantes ($p > .05$) -Tabla 4-.

Tabla 4.

Correlaciones: Rasgos Positivos de la Personalidad Vs. Sintomatología Psicopatológica.

	Vivacidad y Foco	Moderación	Integridad	Humanidad	Serenidad
Somatizaciones	-.21**	-.12	.00	.15*	-.12
O. y C.	-.44***	-.03	-.23**	-.15*	-.13
S. Interpersonal	-.45***	-.09	-.20**	.05	-.22**
Depresión	-.24***	.05	.01	.08	.00
Ansiedad	-.08	-.03	.04	.11	-.01
Hostilidad	-.30***	-.23***	-.18**	-.06	-.36**
A. Fóbica	-.29***	-.00	-.03	.10	-.06
I. Paranoide	-.21**	-.11	-.22**	-.07	-.16*
Psicoticismo	-.32***	-.12	-.16*	.05	-.08
I.M.S.P.	-.39***	.01	-.20**	.05	-.06
S.P.	-.38***	-.11	.06	.02	-.16*
I.S.G.	-.41***	-.11	-.12	.05	-.18*

Nota. *** = $p < .001$; ** = $p < .01$; * = $p < .05$; O y C: Obsesiones y Compulsiones; S. Interpersonal: Sensibilidad Interpersonal; A. Fóbica: Ansiedad Fóbica; I. Paranoide: Ideación Paranoide; IMSP: Índice de Malestar Sintomático Positivo; SP: Síntomas Positivos; ISG: Índice de Severidad Global.

6.1.4. Objetivo 4

El cuarto objetivo versaba “Analizar las relaciones entre rasgos positivos de la personalidad y aspectos socio-demográficos en población clínica”.

El análisis de los aspectos socio-demográficos se realizó a través de las pruebas estadísticas *t* de Student y ANOVA *one way*, en los casos en los que se cumplieran los supuestos de distribución normal de la variable y de homogeneidad de varianza entre los grupos. En los casos en los que los supuestos de normalidad no se cumplieran, se utilizaron las pruebas Kruskal-Wallis y *U* de Mann Whitney.

En primera instancia, se estudió la existencia de diferencias según sexo. A excepción de los rasgos Vivacidad y Foco, y Moderación donde los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p > .05$), las mujeres presentaron mayor presencia de Integridad y Humanidad ($p < .001$), mientras que los hombres obtuvieron mayor presencia del rasgo positivo Serenidad ($p < .001$) (Tabla 5).

Tabla 5.
Diferencias en Rasgos Positivos de la Personalidad según sexo.

	Hombres			Mujeres			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>		
Vivacidad y Foco	3.30	0.79	75	3.42	0.72	110	-1.01	.512
	<i>RP</i>		<i>gl</i>	<i>RP</i>			<i>Z</i>	<i>p</i>
Moderación	94.45	-	75	91.88	-	110	-0.34	.730
Integridad	76.24	-	75	104.43	-	110	-3.52	.001
Humanidad	67.09	-	75	110.66	-	110	-5.44	.001
Serenidad	100.71	-	75	87.75	-	110	1.61	.036

Nota. R. P.: Rango Promedio.

Pasando ahora a las correlaciones encontradas entre la edad de los participantes y los rasgos positivos de la personalidad, se obtuvieron correlaciones estadísticamente

significativas para Vivacidad y Foco ($r_s = .232, p < .002$) y Moderación ($r_s = .165, p < .025$), mientras que, para los demás rasgos positivos de la personalidad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$).

En relación al estado civil de los participantes, se halló un efecto principal del rasgo positivo de la personalidad Vivacidad y Foco ($F(4,180) = 3.34, p < .05$). La prueba post-hoc de Bonferroni mostró que las personas casadas tienen mayor presencia del rasgo positivo de la personalidad que las personas solteras, mientras que entre las demás situaciones de estado civil no se hallaron diferencias significativas ($p > .1$). Además, se halló un efecto principal del rasgo positivo de la personalidad Moderación ($F(4,180) = 3.11, p < .05$). La prueba post-hoc de Bonferroni mostró que las personas en concubinato tienen mayor presencia del rasgo positivo de la personalidad Moderación que las personas divorciadas -Tabla 6-, mientras que entre las demás situaciones de estado civil no se hallaron diferencias significativas ($p > .1$).

Tabla 6.
Correlaciones en los Rasgos Positivos de la Personalidad según Estado Civil.

	Estado Civil					$F(gl)$	p	η^2
	Soltero	Novio	Casado	Concubinato	Divorciado			
V y F	M 3.22 AB	M 3.37 B	M 3.79 C	M 3.39 B	M 3.09 B	3.34 (4, 180)	.01	.069
Moderación	M 3.01 B	M 3.23 B	M 3.35 B	M 3.54 AB	M 2.57 BC	3.11(4, 180)	.01	.065
	RP	RP	RP	RP	RP	$X^2(gl)$	p	
Integridad	88.68	94.40	101.41	96.10	91.82	1.28 (4)	.86	-
Humanidad	89.28	100.79	101.48	72.15	101.57	5.43 (4)	.24	-
Serenidad	86.15	98.46	103.06	106.95	73.89	5.84 (4)	.21	-

Nota: Letras iguales indican subconjuntos homogéneos. V y F: Vivacidad y Foco.

Por otro lado, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas los rasgos positivos de la personalidad de acuerdo a las variables sociodemográficas clase social y nivel educativo de los participantes ($p > .05$).

Por último, se buscó estudiar si existían diferencia en los rasgos positivos de acuerdo a la situación ocupacional de los participantes. Para ello se recategorizó la variable Ocupación en Asalariados/Trabajo ($n = 111$) y No Remunerado/No Trabaja ($n = 74$), se hallaron diferencias significativas sólo para el rasgo Vivacidad y Foco ($p < .05$), no siendo significativas en los restantes rasgos positivos ($p > .05$) -Tabla 7-.

Tabla 7.
Diferencias en Rasgos Positivos de la Personalidad según Ocupación.

	Asalariados/ Trabajo			No Remunerado / No Trabaja			<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>gl</i>		
Vivacidad y Foco	3.48	0.75	183	3.15	0.76	183	2.898	.004
	<i>RP</i>		<i>gl</i>	<i>RP</i>			<i>Z</i>	<i>P</i>
Moderación	94.65	-	111	90.82	-	74	-0.45	.651
Integridad	94.91	-	111	90.14	-	74	-0.59	.553
Humanidad	94.58	-	111	90.63	-	74	-0.49	.622
Serenidad	96.88	-	111	87.18	-	74	-1.20	.227

6.2. Estudio 2

6.2.1. Objetivo 5.

Para el quinto objetivo se propuso “Examinar si los rasgos positivos de la personalidad funcionan como predictores de la autopercepción de progreso psicoterapéutico de pacientes en psicoterapia a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento”.

Como primer paso se buscó estudiar si el progreso psicoterapéutico autopercebido variaba en los tres momentos estudiados. Para ello se calculó la prueba estadística ANOVA intra-

sujetos. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación global del OQ ($\lambda = 0.155$, $F(2, 36) = 98.489$, $p < .001$, $\eta^2_p = .845$). Las comparaciones a posteriori, indicaron que las diferencias significativas se daban en todos los pares ($M = 76.05$; $M = 53.28$; $M = 37.89$). En análisis de las medias indicó que el puntaje del OQ disminuyó significativamente en cada evaluación, lo cual indica una autopercepción de progreso en psicoterapia favorable.

Además, era de interés como paso preliminar, analizar la estabilidad de los rasgos positivos de la personalidad a lo largo del proceso psicoterapéutico. Para ello, también se calculó una prueba ANOVA intra-sujetos con prueba multivariante. Los resultados indicaron que no existían diferencias estadísticamente significativas en las mediciones de los rasgos positivos en todos los casos ($p > .05$) a excepción de Vivacidad y Foco ($p = .034$). La comparación de a pares en relación a Vivacidad y Foco indicó que, a pesar de que el modelo general arrojó diferencias significativas, al analizar los pares, no se detectaron diferencias estadísticamente significativas ($p > .05$).

Con estos análisis preliminares que indicaban que efectivamente existió una mejora en el proceso psicoterapéutico y que los rasgos positivos no variaron en el tiempo, se procedió a analizar si los rasgos positivos resultaban ser predictores estadísticamente significativos del progreso psicoterapéutico. Para ello, se tomó como criterio a predecir la medición de progreso del mes 3 y del mes 6; y como variables predictoras, los cinco rasgos positivos tal como fueron medidos en el tiempo inicial.

El modelo resultó ser estadísticamente significativo ($F(1, 36) = 24.689$, $p < .001$), con un $r^2 = .39$ a los tres meses de iniciado el tratamiento. Es decir que un 39% de la varianza de la autopercepción de progreso en psicoterapia es predicha por el modelo de predicción. Un análisis de los rasgos en particular indicó que el rasgo Vivacidad y Foco era el único predictor estadísticamente significativo. Además, el modelo resultó ser estadísticamente

significativo ($F(1, 36) = 7.335$, $p < .005$), con un $r^2 = .146$ a los seis meses de iniciado el tratamiento, es decir que un 14.6% de la varianza de la autopercepción de progreso en psicoterapia es predicha por el modelo propuesto. Al analizar los predictores en detalle, el rasgo positivo de la personalidad Vivacidad y Foco resultó ser estadísticamente significativo -Tabla 8-.

Tabla 8.
Regresión múltiple: predicción de autoprogreso en psicoterapia a los 3 y 6 meses ($n = 38$).

	R^2	$F(gl)$	p	β Estandarizado	p
3 meses					
<i>Rasgos positivos</i>					
Vivacidad y Foco	.390	24.68 (1,36)	.001	.638	.001
Integridad	-	-	-	.130	.403
Serenidad	-	-	-	-.014	.926
Moderación	-	-	-	.014	.917
Humanidad	-	-	-	.295	.069
6 meses					
<i>Rasgos positivos</i>					
Vivacidad y Foco	.146	7.33 (1,36)	.010	.411	.010
Integridad	-	-	-	.165	.368
Serenidad	-	-	-	.171	.324
Moderación	-	-	-	-.020	.900
Humanidad	-	-	-	.244	.152

En suma, el análisis de los predictores particulares informó que Vivacidad y Foco, dentro del modelo era el único predictor estadísticamente significativo a diferencia de los otros rasgos que no resultaron ser predictores estadísticamente significativos ($p > .05$; $p > .001$).

CAPÍTULO 7

Discusión

El último capítulo de la presente tesis doctoral inicia con la discusión de los objetivos específicos que emergieron del objetivo general: *“Estudiar los rasgos positivos de la personalidad en población clínica y su relación con la autopercepción de progreso psicoterapéutico, síntomas psicopatológicos y aspectos sociodemográficos”*. Partiendo de un modelo dimensional de los rasgos positivos de la personalidad (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) y de modelos que involucran nosologías de sanidad (Peterson & Seligman, 2004) se comparan los resultados encontrados con antecedentes y se debaten las hipótesis propuestas. Posteriormente, se realiza una crítica sobre las limitaciones y se concluye con el señalamiento de temáticas vacantes para futuros trabajos de investigación.

7.1. Discusión para el objetivo 1

El primer objetivo de la presente investigación enunciaba “Evaluar las propiedades psicométricas del Inventario de Rasgos Positivos (IRP-5) en adultos argentinos de población clínica”. Para tal motivo se llevó a cabo, la adaptación y validación del Inventario de Rasgos Positivos de la Personalidad (IRP-5; de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

Este instrumento brinda información acerca de los rasgos positivos de la personalidad partiendo de aquellos criterios identificados como pertenecientes a los rasgos patológicos de la personalidad (de la Iglesia & Castro Solano, 2018), su diseño comenzó con la formulación positiva opuesta de 220 ítems del PID-5 (Krueger et al., 2013) que mide trastornos de la personalidad de acuerdo a los postulados del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), en su adaptación local quedó reducido a 60 ítems agrupados en cinco dominios positivos: Vivacidad y Foco, Integridad, Serenidad, Moderación y Humanidad (de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

Los resultados del análisis factorial confirmatorio, confirmaron la hipótesis que versaba en: *“Replicar las propiedades psicométricas del Inventario de Rasgos Positivos obtenidas en población general”*. Estos resultados se encuentran en consonancia con la escala original (Iglesia & Castro Solano 2018). Sin embargo, los pesos de regresión para el ítem 06 y el ítem 52, no fueron los esperados, lo cual podría estar relacionado al tamaño de la muestra y a las características clínicas de la misma (Sajobi & Lix, 2017). No obstante, se consideró que la modificación de la medida afectaría la posibilidad de comparación con la población general y se tuvo en cuenta que el ajuste global era el adecuado, por tal motivo, se decidió conservarlos.

Por otra parte, los índices de consistencia interna obtenidos dieron como resultado que con este instrumento se puede alcanzar una medida general confiable de los rasgos positivos de la personalidad que se encuentran presentes en adultos argentinos pertenecientes a población clínica. Esto se sustenta debido a que todas las dimensiones demostraron tener excelente consistencia interna en consonancia con los análisis de confiabilidad realizados para población general (de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

Al analizarse las asociaciones entre dominios del IRP-5 y el PID-5 con la intención de obtener evidencia de la validez convergente (Coulacoglou & Saklofske, 2017) entre las dimensiones postuladas teóricamente como constructos opuestos, algunas asociaciones encontradas fueron negativas bajas, y otras negativas entre moderadas y altas. Sin embargo, todas las asociaciones estuvieron en línea con los resultados esperados ya que indicaron que los rasgos positivos de la personalidad van en dirección opuesta a los rasgos patológicos, siendo estos resultados similares a los obtenidos por de la Iglesia y Castro Solano (2018) y consecuentes con el modelo de dos continuos (Keyes, 2005, 2013).

Finalmente, se concluye que el instrumento cuenta con un formato adecuado para su uso en población clínica argentina, y sus análisis psicométricos básicos indican un buen

funcionamiento general de sus medidas lo cual permite identificar la presencia o ausencia de rasgos positivos de la personalidad.

7.2. Discusión para el objetivo 2

En el segundo objetivo de la presente tesis se propuso “Verificar la existencia de diferencias en los rasgos positivos de la personalidad entre población clínica y población general”. Los resultados obtenidos mediante las pruebas estadísticas permitieron confirmar la hipótesis que postulaba: *“Los participantes pertenecientes a población clínica presentarán menor presencia de rasgos positivos de la personalidad en comparación con los individuos de población general”*.

Teniendo en cuenta lo novedoso que resulta el PPM (de la Iglesia & Castro Solano, 2018), no se encuentran a la fecha estudios precedentes que den cuenta de resultados obtenidos utilizando una muestra similar a la del presente estudio. Sin embargo, al compartir características similares a otros modelos de sanidad se podrían comparar los resultados con estudios que involucren la utilización de las mismas (e.g. Huppert & So, 2013; Keyes, 2007).

Es así como, estos hallazgos sugieren que los participantes pertenecientes a población general presentan en mayor medida los rasgos positivos de la personalidad serenidad, integridad, moderación y, vivacidad y foco en comparación con los participantes de población clínica. Estos resultados son similares a los hallados en población local por Cosentino y Castro Solano (2017) en el cual informaron que altos valores en el HFM se encuentran en población general en comparación con población clínica, específicamente los rasgos de la personalidad paz y honestidad (similares a los rasgos de serenidad e integridad en el PPM).

Además, el hecho de que exista mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad en población general, se relaciona con los resultados informados por Góngora y Castro Solano

(2017). En su estudio se comparó la presencia de salud mental y síntomas psicopatológicos en población adulta argentina y se halló que los participantes que presentaban una sensación de bienestar y funcionamiento efectivo (e.g. vivacidad y foco en PPM) obtuvieron mayor presencia de salud mental en comparación a los participantes que presentaban sentimientos de vacío, falta de interés y compromiso.

En consonancia con los estudios antes mencionados, Huta y Hawley (2010) utilizando el inventario VIA (Peterson & Seligman, 2004) estudiaron las fortalezas y virtudes del carácter en población similar a la estudiada en el presente estudio, es así como, determinaron que las fortalezas se encuentran relacionadas al bienestar (e.g. serenidad, moderación, vivacidad y foco e integridad en PPM). Sin embargo, también informaron que la vulnerabilidad cognitiva, entendida como la disposición interna a ser afectado por una amenaza endógena o exógena (Miu, 2016), se encuentra relacionada a las mismas variables. Por tal motivo, los autores concluyeron que estos hallazgos indican que tanto las fortalezas como las vulnerabilidades no son meros opuestos, sino que podrían considerarse como parte de un continuo.

Por otro lado, en relación al rasgo positivo de la personalidad humanidad las diferencias no fueron significativas entre las poblaciones estudiadas. Se podría inferir que las personas caracterizadas por ser extremadamente sensibles a su entorno y quienes se muestran vulnerables en presencia de otros (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) se encontraban presentes en ambas poblaciones. Debe considerarse que las personas que presentan este rasgo positivo de la personalidad se caracterizan por movilizarse ante la presencia de sufrimientos de otros e intentar aliviar este sufrimiento (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) lo que llevaría a pensar que de esta forma desatenderían a su problemática para desplazarse de sus propios sufrimientos enfocando la atención en el sufrimiento de otros (Rey-Gómez, Ruiz-Robledillo, Bellosta-Batalla, Sariñana-González & Moya-Albiol, 2016). De esta manera, podríamos hipotetizar que, aquellas personas con presencia del rasgo positivo de la

personalidad humanidad no percibirán la necesidad de asistir a un tratamiento psicoterapéutico.

Pasando ahora al análisis de los resultados sobre el tamaño del efecto, los rasgos integridad, moderación y serenidad se encontraron presentes de forma moderada en población general en comparación a población clínica. Es decir que, los sujetos pertenecientes a población general tendrían la capacidad de dominar sus emociones negativas en situaciones que se encuentran fuera de su control, permanecerían tranquilos y de manera agradable cuando se enfrentan a conflictos interpersonales en los que su interlocutor experimenta emociones negativas, presentarían características relacionadas al cumplimiento de sus promesas y la sinceridad, se mostrarían realmente como son sin presentar problemas al admitir sus errores, como así también, se tomarían el tiempo necesario para evaluar los riesgos y beneficios antes de actuar en determinadas situaciones (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) a diferencia de los sujetos pertenecientes a población clínica.

Es interesante destacar, que los rasgos positivos de la personalidad descriptos tienen una gran impronta de carácter social a diferencia del rasgo vivacidad y foco mediante el cual se observó una diferencia significativa con un tamaño del efecto grande entre las poblaciones estudiadas. Esto podría estar en consonancia con las características que presenta el rasgo, tales como: estar seguros de lo que quieren, proponerse metas claras y disfrutar de la cotidianidad, además de sentirse activos, enérgicos, satisfechos y útiles (de la Iglesia & Castro Solano, 2018), características que se encontrarían en mayor relación con la individualidad del ser humano en contraposición a la expectativa social (Chesney et al., 2005; Strümpfer, 2006). Se podría hipotetizar que, aquellas personas que demanden un proceso psicoterapéutico se encontrarían en la búsqueda del desarrollo de las características que definen al rasgo.

Ahora bien, teniendo en cuenta el análisis hasta aquí realizado, se podría afirmar que aquellos sujetos que no presentan sintomatología psicopatológica gozarían de un estado completo de salud mental (Keyes, 2005). Esta afirmación se sostiene en que los participantes de población general además de no haber presentado sintomatología psicopatológica, presentaron características positivas vinculadas al PPM, en contraposición a diferentes estudios donde se informó que una gran cantidad de personas refirieron no sentirse sanos ni funcionar efectivamente aún sin haber presentado sintomatología psicopatológica (e.g. Klein et al., 2018; Regier et al., 1993; Takayanagi, 2014).

A modo de conclusión del presente apartado, el PPM (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) fue tomado como el modelo que sustenta lo postulado en la presente investigación y mediante la utilización del IRP-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas que indicaron una mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad en población general. Considerando los resultados obtenidos por de la Iglesia y Castro Solano (2018) se podría hipotetizar que, los participantes de población general presentaron mayor bienestar emocional, psicológico y social debido a que se caracterizaron por tener mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad en contraposición a los sujetos de población clínica. En suma, se podría inferir que, de alguna manera, los rasgos positivos de la personalidad parecieran funcionar como factores de protección de la salud mental.

7.3. Discusión para el objetivo 3

El tercer objetivo de este trabajo se propuso “Analizar si los rasgos positivos de la personalidad se asocian a la presencia de sintomatología psicopatológica en población clínica”. El análisis correlacional permitió dar respuesta a la hipótesis que planteaba: “Los

rasgos positivos de la personalidad se asocian negativamente con la presencia de sintomatología psicopatológica”.

Los resultados permitieron confirmar de forma parcial la hipótesis ya que no todos los rasgos positivos de la personalidad correlacionaron de forma negativa y significativa con la sintomatología psicopatológica que se encontraba presente en la muestra clínica. Teniendo en cuenta que el IRP-5 comparte características similares con los modelos de sanidad propuestos por Peterson y Seligman (2004) y por Castro Solano y Cosentino (2017), se podrían inferir que los resultados obtenidos se encontrarían en línea con las investigaciones precedentes donde se incluían modelos de sanidad asociados a síntomas psicopatológicos (Cosentino & Castro Solano, 2017; de la Iglesia & Castro Solano, 2018; Góngora & Castro Solano, 2017; Keyes, 2002; Keyes & Simoes, 2012; Peterson & Seligman, 2004).

En detalle, los resultados informaron que ante la presencia del rasgo positivo de la personalidad vivacidad y foco existía una menor presencia de sintomatología psicopatológica, a excepción de los síntomas de ansiedad. Es decir que, las personas con características relacionadas a la vitalidad, a la experiencia subjetiva de sentirse vivo y con energía, presentarían menores síntomas somáticos y psicológicos. Este rasgo se encuentra relacionado a las características de compromiso (Appleton, Christenson & Furlong, 2008; Peterson & Seligman, 2004) las cuales reflejan un enfoque activo de la vida y pueden asumirse como una herramienta al momento de hacer frente a los sufrimientos psíquicos. Teniendo en cuenta que el número de síntomas reconocidos como presentes y la intensidad de malestar representada por los mismos (ISG; Casullo & Castro Solano, 1999; Casullo & Pérez, 2008; Derogatis, 1977; Sánchez & Ledesma, 2009) correlacionaron de forma negativa y significativa con vivacidad y foco, era esperable que los *clusters* de síntomas evaluados se correlacionen con el rasgo positivo en la misma dirección que el ISG. Es así como, se podría inferir que lo antes mencionado demostraría que aquellas personas de población clínica que se caracterizaron por

el rasgo positivo vivacidad y foco presentaron menor presencia de signos y síntomas característicos del rasgo patológico de la personalidad psicoticismo (American Psychiatric Association, 2013) el cual se encuentra en el polo opuesto de la estructura dimensional de los rasgos positivos de la personalidad (de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

Ahora bien, tal como fuera mencionado y a diferencia de lo hipotetizado, los resultados informaron que vivacidad y foco no se asocia de forma negativa y significativa con ansiedad. Teniendo en cuenta que en el medio del continuo que caracteriza al rasgo positivo de la personalidad se sitúa la apertura a la experiencia (de la Iglesia & Castro Solano, 2018), investigaciones precedentes en las que se estudió la asociación entre los rasgos normales de la personalidad y la ansiedad, los resultados fueron similares (Delgado, Inglés, Aparisi-Sierra, García-Fernández & Martínez-Monteagudo, 2018; Newby et al., 2017). El hecho de que los signos generales de ansiedad (Casullo & Castro Solano, 1999; Casullo & Pérez, 2008; Derogatis, 1977) no se encuentren relacionados al rasgo positivo vivacidad y foco (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) podría relacionarse con las características que comparte el rasgo con el modelo VIA (e.g. vitalidad y entusiasmo). Tal es así que, en particular estas características son definidas como estados emocionales activos que reflejan experiencias de voluntad, efectividad e integración de si mismo a nivel interpersonal e intrapersonal (Park, Peterson & Seligman, 2004), motivo por el cual, se podría inferir que el hombre con presencia de este tipo de fortaleza podría experimentar nerviosismo, tensión y miedos ante situaciones significadas como amenazantes. Además, la ausencia de información nos indica que la presencia de este rasgo puede estar acompañada de una variedad de niveles de ansiedad, lo cual tiene sentido si se piensa que quienes tienen energía, se embarcan en proyectos con metas claras y con concentración, pueden experimentar a la par altos niveles de ansiedad por el desafío que enfrentan, como así también, estar tranquilos por sentirse capaces. Lo mismo ocurriría con quienes tienen bajos niveles de vivacidad y foco, ya que

esto podría asociarse a una falta de ansiedad por no estar frente a una situación desafiante o por el contrario, por hallarse perdidos en cuanto a sus metas vitales.

Siguiendo con el análisis de las asociaciones encontradas entre los rasgos positivos de la personalidad y la sintomatología psicopatológica, los resultados informaron que para el rasgo moderación solo se encontró una correlación negativa y significativa con la sub-escala hostilidad, mientras que para las demás sub-escalas sintomatológicas no se encontraron asociaciones estadísticamente significativas. Es decir que, aquellas personas que se caracterizaron por evitar riesgos innecesarios y tomarse el tiempo para evaluar los mismos antes de actuar en determinadas situaciones, presentaron menores probabilidades de tener pensamientos, sentimientos y acciones características de personas con afectos negativos de enojo.

Este hallazgo, es coincidente con la conceptualización dimensional del PPM, donde el rasgo normal responsabilidad (Costa & McCrae, 1990; McCrae & Costa, 1999, 2003) se encuentra ubicado en el medio del modelo dimensional. Este rasgo alude a las diferencias individuales en la disposición a seguir las normas socialmente establecidas, controlar los impulsos y retrasar la gratificación inmediata. Además, comparte características similares a las propuestas por Peterson y Seligman (2004) respecto de las fortalezas humanas correspondientes a la clasificación del carácter. En particular con la fortaleza prudencia, lo cual indicaría que las personas con presencia del rasgo moderación poseen una orientación cognitiva hacia el futuro, razonamiento práctico y de autogestión para alcanzar de forma eficaz los propios objetivos a largo plazo. Es decir que, presentan un enfoque flexible y moderado sobre la vida y se comportan de manera tal que puedan alcanzar un equilibrio entre las metas y los fines. Esto se encuentra relacionado de forma inversa con las características que presenta la sintomatología de hostilidad, entendida como comportamientos de ira, enojo

y resentimiento (de la Iglesia, Castro Solano & Fernández Liporace, 2016; de la Iglesia, Fernández Liporace, & Castro Solano, 2015; de Rivera & Abuín, 2012).

Retomando la conceptualización dimensional del PPM, las características del rasgo moderación fueron identificadas como potencialmente importantes en relación a la salud (Friedman, 2000; Roberts, Bogg, Walton, Chernyshenko, & Stark, 2004). Sin embargo, tal como fuera mencionado, solo se halló una correlación negativa y significativa con hostilidad, mientras que, no se encontraron diferencias significativas con los demás clusters sintomatológicos. Se podría inferir que la mayoría de la literatura en relación a las características que definen al rasgo se encuadraron en estudios longitudinales de población general poniendo el foco en la mutabilidad de los rasgos normales de la personalidad en la edad adulta (e.g. responsabilidad en FFM; Roberts & Mroczek, 2008; Roberts, Walton & Viechtbauer, 2006; Soto, John, Gosling & Potter, 2011) a diferencia del presente estudio.

Pasando ahora a los resultados obtenidos en las correlaciones del rasgo integridad y la sintomatología psicopatológica, se obtuvieron asociaciones negativas y significativas con las dimensiones de obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, psicoticismo y con la sub-escala síntomas positivos. Es decir que, aquellas personas que se caracterizaron por ser confiables, honestas, con tendencia al cumplimiento de las promesas y sinceras (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) presentaron menores síntomas asociados a pensamientos, acciones e impulsos no deseados; menores sentimientos de inferioridad e inadecuación; menor presencia de sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo; menores pensamientos relacionados a la suspicacia y pérdida de autonomía, y menor intención de mostrarse mejor de lo que realmente están (Casullo & Pérez, 2008; Derogatis, 1977).

Retomando la propuesta dimensional del PPM, estos hallazgos se encuentran en línea con los estudios de la fortaleza coraje (e.g. integridad en PPM) y la fortaleza humanidad (e.g.

humanidad en PPM; Peterson & Seligman, 2004). Además, al analizar en detalle las características que comparten ambos modelos de sanidad, las personas que se caracterizan por el rasgo integridad son realistas consigo mismas, se aceptan y se hacen responsables de sus sentimientos y conductas, así como también son poseedoras de una sensibilidad hacia la necesidad de los demás (Peterson & Seligman, 2004), lo cual indicaría una relación inversa con la sintomatología psicopatológica antes descrita. Este hallazgo podría explicarse porque las características que definen al rasgo positivo de la personalidad podrían funcionar como factores de protección ante la vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología psicopatológica.

En contraposición a lo esperado, los resultados informaron que no son significativas las asociaciones del rasgo integridad con somatizaciones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica el índice global de severidad y el índice de malestar positivo. Sin embargo, este rasgo posee características similares al rasgo honestidad en el HFM que se encontró asociado negativamente a la presencia sintomatología (Cosentino & Castro Solano, 2017).

Pasando ahora a las asociaciones obtenidas entre el rasgo positivo de la personalidad humanidad y la sintomatología psicopatológica, los resultados informaron una asociación negativa y significativa con obsesiones y compulsiones; una asociación positiva y significativa con somatizaciones, mientras que, no se informaron correlaciones con las demás sub-escalas sintomatológicas. Es decir que, aquellas personas con mayor presencia de sensibilidad ante el entorno, vulnerables ante la presencia de otros, compasivas y conmovidas ante el sufrimiento de otro (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) presentarían menores síntomas relacionados a pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados (Casullo & Castro Solano, 1999; Casullo & Pérez, 2008; Derogatis, 1977; Sánchez & Ledesma, 2009). Este hallazgo podría explicarse porque el rasgo humanidad se encuentra relacionado a características similares a las del modelo VIA (e.g. humanidad, amor, amabilidad, clemencia y misericordia) el cual hace referencia a que las

personas con presencia de este tipo de fortalezas humanas presentan una orientación cognitiva y emocional hacia los demás representada mediante el amor hacia los referentes significativos y son benévoloos o compasivos ante personas que se encuentran en desigualdad de poder (Cosentino, 2010; Peterson & Seligman, 2004).

Además, estas características se encuentran relacionadas de forma negativa e inversa en aquellas personas que presentan una interferencia ansiosa que obstaculiza la conclusión de una acción ya iniciada, pensamientos extremistas, absolutistas y escasa tolerancia a asumir los propios errores, así como también, pensamientos que conducen a generarse un gran volumen de obligaciones y normas estrictas sobre como deberían ser las cosas (Cordero-Andrés et al., 2017).

Este resultado se encuentra en coincidencia con lo reportado por otras investigaciones que utilizaron modelos de sanidad similares al del presente estudio (e.g. Azañedo, Fernández-Abascal & Barraca, 2014; Seligman, 2015) en las que se encontró que las fortalezas de humanidad (e.g. humanidad en PPM) y templanza (e.g. humanidad en PPM) se asociaban de manera negativa y significativa con síntomas psicopatológicos.

Otro punto a considerar es que humanidad se encuentra en el polo positivo del continuo propuesto por el PPM, mientras que, en el medio, se sitúa el rasgo extraversión (American Psychiatric Association, 2013). En este sentido, los estudios realizados por Malouff, Thorsteinsson y Schutte (2005) y por Heinze, Vargas y Cortés Sotres (2008) informaron que existe una asociación negativa y significativa entre el rasgo normal de la personalidad y la sintomatología asociada a las obsesiones y compulsiones, en coincidencia con los hallazgos del presente estudio.

Por otro lado, y en contraposición a lo esperado, la asociación entre humanidad y somatizaciones fue positiva y significativa, lo cual indicó que aquellas personas con presencia del rasgo positivo de la personalidad eran susceptibles de presentar múltiples

síntomas somáticos que causan malestar e interferencia en las actividades de la vida diaria (American Psychiatric Association, 2013). Este resultado podría explicarse porque las personas con presencia del rasgo positivo humanidad tienden a ser extremadamente sensibles a su entorno y son capaces de mostrarse vulnerables ante la presencia de otros (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) motivo por el cual, existiría una tendencia a experimentar pensamientos, sentimientos o conductas excesivas en relación a sus síntomas. Sin embargo, se considera preciso mencionar que los resultados obtenidos en relación al rasgo humanidad en el análisis de diferencias de grupos realizado en el apartado 6.1.2., determinaron que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el rasgo humanidad entre población clínica y población general. Se podría inferir que la presencia de humanidad en población clínica a niveles iguales que las personas pertenecientes a población general, implicaría una sensibilidad que los hace permeables a conectarse con el sufrimiento ajeno y luego no contarían con las estrategias necesarias para lidiar con las emociones negativas.

Por otra parte, las asociaciones con las demás mediciones de síntomas no reportaron ser significativas. Este hallazgo podría estar relacionado al tipo de muestra seleccionada para la realización del presente estudio, se considera preciso recordar que las asociaciones analizadas fueron realizadas en una muestra clínica. Es por ello que, se debería tener en cuenta la naturaleza sistémica y no lineal que los problemas psicopatológicos humanos presentan (Fumero & Navarrete, 2016).

Por último, los resultados informaron que las asociaciones entre el rasgo positivo de la personalidad serenidad y la sintomatología psicopatológica resultaron ser negativas y significativas con las sub-escalas de sensibilidad interpersonal, hostilidad, ideación paranoide, síntomas positivos y el índice de malestar global. Estos resultados se encuentran en consonancia con los resultados de estudios que utilizaron modelos de sanidad similares al propuesto por el PPM (e.g. Cosentino & Castro Solano, 2017; Góngora & Castro Solano,

2015; Huta & Hawley, 2010; Peterson & Seligman, 2004; Seligman, 2014). Es por ello que, estos resultados pueden ser comprendidos desde la conceptualización del Modelo de Virtudes y Fortalezas Humanas (Peterson & Seligman, 2004), la perspectiva dimensional que presenta el PPM y el HFM. Es así como, se podría inferir que las personas con mayor presencia de características de dominio de emociones negativas en situaciones que se encuentran fuera de su control, con tendencias a permanecer tranquilos y de manera agradable cuando se enfrentan a conflictos interpersonales en los que su interlocutor experimenta emociones negativas (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) presentarían menores síntomas caracterizados por sentimientos de inferioridad e inadecuación (especialmente cuando se comparan con sus semejantes); menores pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos relacionados con el enojo; menor temor a la pérdida de autonomía y menor tendencia a exagerar la sintomatología general que se encuentre presente.

A su vez, este rasgo se encuentra relacionado con características similares a las descriptas en el rasgo paz en el HFM (Cosentino & Castro Solano, 2017) mediante el cual se informó que valores altos en este rasgo se encuentran asociados a una alta percepción de bienestar hedónico y eudaimónico (Keyes, 2005), lo cual se encontraría en consonancia con el modelo de sanidad propuesto en el PPM. Además, el rasgo serenidad comparte características similares a las que componen la fortaleza de templanza, específicamente la autorregulación (Peterson & Seligman, 2004), es por ello que, se podría inferir que las personas capaces de controlar, regular o gobernar sus respuestas propias a fin de adaptarse a cierto patrón o cumplir con ciertos objetivos, presentarían menor presencia de sintomatología psicopatológica.

Sin embargo, a diferencia de lo hipotetizado, no se hallaron asociaciones significativas entre serenidad y somatizaciones, obsesiones y compulsiones, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica, psicoticismo y el índice de malestar positivo. Nuevamente, se podría pensar que las

limitaciones van en dirección similar a las informadas anteriormente respecto de la constitución de la muestra. Además, las investigaciones relacionadas a la temática de estudio, generalmente utilizan al indicador general como referencia sintomatológica, lo cual podría disminuir la posibilidad de analizar en detalle. No obstante, al retomar lo postulado por el PPM, este rasgo encuentra su punto de equilibrio en el rasgo de estabilidad emocional (FFM; Costa & McCrae, 1990; McCrae & Costa, 1999, 2003) el cual mediante diferentes estudios (Spadafora, Farrell, Provenzano, Marini & Volk, 2018; Trofimova, Robbins, Sulis & Uher, 2018) se hipotetizó su relación con un sistema biológico destinado a ayudar a protegerse contra situaciones que son interpretadas como potencialmente peligrosas o dañinas, es aquí donde se podría fundamentar la falta de relaciones significativas entre la sintomatología mencionada y el rasgo positivo de la personalidad.

Finalmente, y a modo de conclusión de este apartado, se podría inferir que las correlaciones halladas en el presente estudio indicarían que, a mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad, menor sería la presencia de un funcionamiento psicológico deficiente. En particular, se considera pertinente destacar que el rasgo positivo de la personalidad vivacidad y foco fue el que mayormente se alejó de las variables psicopatológicas. Este hallazgo indicaría que la presencia de características vinculadas a la experiencia subjetiva de sentirse vivos, a la vitalidad, al bienestar hedónico y eudaimónico, se encontrarían relacionadas con un funcionamiento psicológico óptimo.

7.4. Discusión para el objetivo 4

El cuarto objetivo del presente estudio versaba en “Analizar las relaciones entre rasgos positivos de la personalidad y aspectos socio-demográficos en población clínica”. Al hilo del objetivo, la hipótesis postulaba que *“Quienes tengan mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad serán los hombres, los jóvenes, los solteros, quienes pertenecen a la clase*

social media y quienes tienen niveles educativos promedio” en coincidencia con lo reportado por otras investigaciones basadas en diferentes modelos de sanidad y en la conceptualización del continuo salud-enfermedad (Bruna, Mercedes & Cardenal Hernández, 2017; Castro Solano & Cosentino, 2017; Demir & Weitekamp, 2007; Donovan & Halpern, 2002; Helliwell, 2003; Keyes, 2002; Otake, Park, Peterson & Seligman, 2006; Ryff & Singer, 1998; Shimai, Huppert, Walters, Day, & Elliott, 1989; Specht, Egloff & Schmukle, 2011).

Los resultados mostraron que la hipótesis planteada puede ser aceptada de forma parcial. Más específicamente, en relación a la variable sexo las mujeres presentaron mayor presencia de los rasgos integridad y humanidad, los hombres presentaron mayor presencia del rasgo serenidad, mientras que no se hallaron diferencias significativas en los demás rasgos positivos de la personalidad. Estos hallazgos sugieren que las mujeres presentaron características relacionadas a la confiabilidad, la honestidad, al cumplimiento de las metas que se proponen, a demostrarse como realmente son, a la sinceridad -lo cual las habilita a poder admitir sus errores- y a esperar un trato igualitario (de la Iglesia & Castro Solano, 2018). Además, se caracterizan por una sensibilidad particular hacia el entorno, por la capacidad de mostrarse vulnerables ante la presencia de otros, la compasión, y sentimientos de conmoción por el sufrimiento ajeno intentando aliviarlo (de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

Teniendo en cuenta el paralelismo del PPM con el FFM estos hallazgos podrían ser comparados. Mediante estudios internacionales (e.g. Costa, Terracciano & McCrae, 2001; Lehmann, Denissen, Allemand & Penke, 2013; Marsh, Nagengast & Morin, 2013) se informó que las mujeres puntuaron más alto en los factores extraversión (continuo humanidad en PPM) y afabilidad (continuo integridad en PPM) en coincidencia con el presente estudio; mientras que los hombres puntuaron más alto en apertura a la experiencia (continuo vivacidad y foco en PPM) y las mujeres obtuvieron puntajes mas elevados en responsabilidad

(continuo moderación en PPM) a diferencia de los hallazgos obtenidos. Por otro lado, a diferencia de las mujeres, los hombres se caracterizaron por ser poseedores de una paz casi imperturbable, con capacidad de dominio de las emociones negativas en situaciones que podrían estar fuera de su control y una tendencia a permanecer tranquilos y de manera agradable cuando se enfrentan a conflictos interpersonales (de la Iglesia & Castro Solano, 2018).

Ahora bien, considerando el componente salugénico del PPM, estos resultados también se podrían comparar con investigaciones que estudiaron el bienestar (Keyes & Haidt 2002) y la variable sexo. La mayoría de los estudios informaron resultados que no van en un mismo sentido, por ejemplo, Donovan y Halpern (2002) al igual que Helliwell (2003) no encontraron evidencia suficiente para determinar diferencias significativas en bienestar (e.g. vivacidad y foco en PPM) según sexo. Sin embargo, en estudios precedentes (Huppert, Walters, Day & Elliott, 1989; Ryff & Singer, 1998) se informaron puntuaciones elevadas en bienestar para los hombres a diferencia de las mujeres, mientras que en las sub-escalas que evalúan las relaciones saludables (e.g. humanidad en PPM) las mujeres obtuvieron mayores puntuaciones, hallazgo que se encuentra en consonancia con los resultados del presente estudio. En forma similar, los estudios sobre *flourishing* (e.g. vivacidad y foco en PPM) demostraron que los hombres presentaban mayores características asociadas a sentimientos de bienestar y funcionamiento efectivo, pero a diferencia del presente estudio, estos hallazgos se obtuvieron cruzando la variable sexo con otras variables sociodemográficas tales como el nivel educativo y el estado civil de los participantes (Keyes, 2002; Keyes & Simoes, 2012), es decir que, los datos sociodemográficos solían agregarse menos a la varianza explicada en los resultados del bienestar cuando se tomaban en cuenta otras variables.

En suma, se podría inferir que los resultados discutidos presentan una notable disparidad en comparación con estudios similares. Estas diferencias podrían explicarse por el tipo de

muestra seleccionada, cabe recordar que la muestra estudiada pertenece a población clínica mientras que en otros estudios se utilizaron sujetos pertenecientes a población general. Además, es necesario tener en cuenta que lo considerado como una fortaleza en un entorno particular podría funcionar como una debilidad en otro, y viceversa (Aspinwall & Staudinger, 2003). En otras palabras, las asociaciones entre los modelos de sanidad y las variables de resultados podrían diferir entre poblaciones y diferentes contextos (Cosentino, 2011). En la actualidad nos encontramos inmersos en una sociedad que fue ampliando su punto de vista según el género y donde la igualdad se tiene como uno de los valores predominantes, y es posible que las poblaciones objeto de estudio de las investigaciones que han encontrado resultados dispares en las diferencias de sexo en los modelos de sanidad discutidos se encuentren caracterizadas por una construcción ideológica de género menos polarizada.

Pasando ahora al análisis de los resultados obtenidos según las asociaciones entre los rasgos positivos de la personalidad y la edad de los participantes, los hallazgos informaron que los rasgos vivacidad y foco, y moderación correlacionaron de forma positiva y significativa con la edad, mientras que para los demás rasgos no se encontraron correlaciones significativas. Es decir que, en la medida en que los sujetos crecen presentarían mayores características que comprendan la vitalidad, el entusiasmo, la satisfacción con los logros, la seguridad y la posibilidad de evaluar riesgos y beneficios antes de actuar en determinadas situaciones.

Al comparar estos resultados con estudios que utilizaron el FFM (e.g. Chan et al., 2012; Donnellan & Lucas, 2008; Lehmann, Denissen, Allemand & Penke, 2013; Soto, John, Gosling & Potter, 2011) han demostrado que a medida que el sujeto crece, aumentan los puntajes en los factores de apertura a la experiencia (continuo vivacidad y foco en PPM) y responsabilidad (continuo moderación en PPM). En la misma línea, los resultados informados por Specht, Egloff y Schmukle (2011) reportaron un comportamiento curvilíneo de los rasgos

de la personalidad apertura a la experiencia (continuo vivacidad y foco en PPM) y responsabilidad (continuo moderación en PPM) desde la adolescencia hasta la adultez con un aumento entre los 40 y 60 años. Si bien estos hallazgos se encuentran en consonancia con los resultados del presente estudio y el sustento podría encontrarse en lo postulado por Roberts, Walton y Viechbauer (2006), quienes refieren que los rasgos de la personalidad muestran un claro cambio normativo y continúan cambiando a lo largo del tiempo inclusive en la ancianidad, se considera relevante realizar estudios longitudinales en futuras investigaciones.

Pasando ahora a la comparación entre los resultados obtenidos y diferentes investigaciones que estudiaron la variable *flourishing* (vivacidad y foco en PPM) controlada por la edad (e.g. Capone, Caso & Keyes, 2015; Keyes, 2005; Lim, Shin & Cho., 2013; Petrillo, Karaś, Cieciuch & Keyes, 2014; Westerhof & Keyes, 2010) informaron que los jóvenes presentaron mayores niveles de salud mental a diferencia de estudios locales (e.g. Castro Solano & Cosentino, 2017). Estos resultados se encuentran en consonancia y en contraposición con los resultados del presente estudio. Particularmente, las diferencias que no fueron significativas en los hallazgos de estudios que utilizaron diferentes modelos de sanidad (Castro Solano & Cosentino, 2017; Góngora & Castro Solano, 2018) son coincidentes con los resultados correlacionales expuestos en esta investigación. Sin embargo, lo informado en relación a los rasgos moderación y, vivacidad y foco no van en la misma dirección, estas diferencias podrían ser explicadas teniendo en cuenta el punto de vista cultural, mas aún, siguiendo lo postulado por Peterson y Seligman (2004) quienes informaron que las fortalezas de carácter deben ser revisadas o bien ajustadas en función de las variables culturales.

Siguiendo con el análisis de los resultados encontrados, otra variable que merece atención es la que involucra el estado civil de los participantes y su relación con los rasgos positivos de la personalidad. En consecuencia, los resultados informaron diferencias estadísticamente significativas en el rasgo vivacidad y foco. La interpretación de los análisis *pos-hoc* indicó

que las personas que se encuentran casadas presentaron mayor presencia de vivacidad y foco en comparación con las personas solteras. En este sentido se podría inferir que aquellas personas que estaban casadas presentaron mayores características asociadas a tener dominio en el conocimiento respecto de sus necesidades, metas claras, disfrutar de lo que hacen todos los días, además de sentirse satisfechos, útiles y en integración a nivel interpersonal en comparación con las personas que se estaban solteras.

Además, se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el rasgo moderación. Mediante el análisis de las pruebas pos-hoc se encontró que las personas que se encuentran en concubinato presentaron mayor presencia del rasgo moderación en contraposición a las personas divorciadas. Pareciera ser que las personas que se caracterizaron por considerar los riesgos y beneficios antes de actuar, con capacidad de autogestión para alcanzar eficazmente los objetivos que se proponen y luchan por establecer un equilibrio entre las metas y los fines, son aquellas personas que están en concubinato en contraposición a los divorciados.

Sin embargo, ambos resultados no se encuentran en la misma dirección de lo hipotetizado. Cabe mencionar que la hipótesis versaba en que las personas solteras serían las que presenten en mayor medida los rasgos positivos de la personalidad en consonancia con estudios precedentes (Lindfors, Berntsson & Lundberg, 2006; Zimmermann & Easterlin, 2006). La inconsistencia podría sustentarse en que ambos estudios combinaron el estado civil con otras variables sociodemográficas. A su vez, Zimmermann y Easterlin (2006) informaron que el estado civil se encontraría relacionado al bienestar psicológico individual (e.g. vivacidad y foco en PPM) más que con el bienestar de la pareja, motivo por el cual se podría pensar que aquellas personas que se encuentran en una relación de pareja experimentarían sentimientos de bienestar y funcionamiento efectivo independientemente del vínculo.

En suma, se podría mencionar que la relación entre los modelos de sanidad y los acontecimientos vitales positivos y negativos aún no están claras ya que no todos los eventos

de la vida se podrían calificar objetivamente como positivos o negativos cuando se trata de resultados de bienestar (Schotanus-Dijkstra et al., 2016). En este sentido, se podría hipotetizar que aquellas personas con presencia de los rasgos positivos de la personalidad vivacidad y foco y, moderación presentarían mayores probabilidades de constituir un vínculo de pareja y casarse.

Finalmente, en el presente estudio se había hipotetizado que las personas de clase social media y con un nivel educativo promedio presentarían mayores rasgos positivos de la personalidad en consonancia con estudios precedentes (Alesina, Di Tella & MacCulloch, 2004; Chevalier & Feinstein, 2006; Huppert & Whittington, 2003). Sin embargo, los resultados informaron que no hay diferencias estadísticamente significativas en la presencia de rasgos positivos de la personalidad según la clase social y el nivel educativo. Estos resultados se encuentran en relación a lo informado por Ryff y Singer (1998) quienes hallaron que tanto la clase social como el nivel educativo no se encuentran relacionados a los niveles de bienestar. Por lo tanto, el presente estudio no encontró evidencia suficiente para informar que quienes presentan niveles educativos promedio y pertenecen a una clase social media presentarían mayor presencia de características relacionadas a los modelos de sanidad.

Se podría inferir que el bienestar, al estar más vinculado con cuestiones biológicas (Lyubomirsky, 2007), se encuentra menos afectado por el nivel educativo y la clase social. Por consiguiente, este hallazgo resultaría ser positivo ya que si los rasgos positivos de la personalidad se encuentran en niveles parecidos en las distintas clases sociales y educativas, todas las personas tendrían posibilidades de favorecerse de las consecuencias positivas asociadas a ellos.

Se considera necesario destacar que los estudios que sustentan la hipótesis planteada analizaron las variables aquí estudiadas con modelos multivariantes que permitían controlar

sus efectos de manera simultánea, algo que aquí no se realizó. Es probable que el rechazo de la hipótesis se deba al análisis univariado realizado.

Por último, si bien no se postuló una hipótesis en cuanto a la relación entre los rasgos positivos de la personalidad y la situación ocupacional de los participantes, se analizó esta variable con la intención de verificar si existían diferencias estadísticamente significativas en relación a ella. Para ello, se procedió a recategorizar la variable ocupación en “asalariados/trabajo” y “no remunerado/no trabaja”. Los resultados informaron que las personas pertenecientes a la categoría asalariado/trabajo presentaron mayor presencia del rasgo vivacidad y foco en comparación con las personas que se encontraban en la categoría no remunerado/no trabaja. Este hallazgo se encuentra en consonancia con estudios donde fueron utilizados diferentes modelos de sanidad asociados a la variable situación ocupacional (Gilmour, 2014; Keyes, 2005; Keyes, 2007; Lim, Shin & Cho., 2013; Yin et al. 2013). Este hallazgo podría explicarse por las características que presenta el rasgo positivo de la personalidad. Es decir que, las personas que se encuentren en actividad laboral percibiendo una remuneración se sentirían activos, enérgicos, satisfechos, útiles y seguros. Además, se podría inferir que aquellas personas con mayor presencia del rasgo positivo de la personalidad vivacidad y foco parecieran tener mayor éxito en la inserción en el campo laboral.

A modo de conclusión del presente apartado, tal como lo postuló Keyes (2002) el sexo, la edad, el estado civil, la clase social, el nivel educativo y la situación ocupacional podrían afectar al continuo de salud mental, es por ello que, se consideró de relevancia obtener evidencia respecto de las asociaciones entre los rasgos positivos de la personalidad controlados por las variables sociodemográficas.

7.5. Discusión para el objetivo 5

En el quinto objetivo se propuso “Examinar si los rasgos positivos de la personalidad funcionan como predictores de la autopercepción de progreso psicoterapéutico de pacientes en psicoterapia a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento”. Con la intención de analizar el objetivo propuesto se formuló la hipótesis que versaba en que *“Aquellos pacientes que tengan mayor presencia de rasgos positivos de la personalidad percibirán mayor progreso en su psicoterapia a los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento”*, en coincidencia con lo reportado por otras investigaciones que contemplaron los rasgos de la personalidad y las nosologías de sanidad relacionadas a la autopercepción de progreso psicoterapéutico (Allemand, Steiger, & Fend, 2015; Asay & Lambert, 1999; Bergen & Parra 2002; Kivlighan, Gelso, Ain, Hummel & Markin, 2015; Lambert & Barley, 2001; Linares Ortiz, Robles Ortega & Peralta Ramírez, 2014; Messer & Wampold, 2002, 2005; Mroczek & Spiro, 2007; Painepán & Kuhne, 2012; Riba, Balon & Roberts; 2017; Roberts, Kuncel, Shiner, Caspi & Goldberg, 2014; Wampold, Ahn & Coleman, 2001).

En primer lugar, se analizó si el progreso psicoterapéutico autopercibido variaba en los tres momentos que fueron estudiados. Mediante las pruebas estadísticas se obtuvieron diferencias significativas en la puntuación global del Cuestionario para la Autoevaluación de Resultados y Evolución en Psicoterapia -Outcome Questionnaire 45:2- (OQ-45:2; Bergen & Parra, 2002; Lambert, 1996). Las comparaciones posteriores indicaron diferencias significativas en todos los pares y el análisis de las medias indicó que el puntaje en el instrumento administrado disminuyó significativamente a los 3 y a los 6 meses de iniciado el tratamiento. Esto indica que los participantes reportaron una disminución sintomatológica en el transcurso del tiempo en el que asistieron al proceso psicoterapéutico. El resultado obtenido se encuentra en consonancia con lo esperado ya que existe amplia evidencia sobre la eficacia de los tratamientos psicoterapéuticos bajo el abordaje cognitivo (e.g. Fernández, García &

Crespo, 2012; Kivlighan, Gelso, Ain, Hummel & Markin, 2015; Riba, Balon & Roberts, 2017).

Posteriormente, se procedió a analizar la estabilidad de los rasgos positivos de la personalidad a lo largo del proceso psicoterapéutico, tal como fuera esperado no se detectaron diferencias significativas entre el inicio, los tres y los seis meses de iniciado el tratamiento. Este resultado confirma lo hipotetizado por de la Iglesia y Castro Solano (2018). Es decir que, los rasgos positivos de la personalidad resultaron ser estables a lo largo del tiempo.

Pasando ahora al análisis principal del presente apartado, los resultados obtenidos permitieron aceptar la hipótesis planteada. Por consiguiente, el modelo resultó ser estadísticamente significativo, lo cual permitió predecir un 39% de la varianza de la autopercepción de progreso en psicoterapia a los tres meses y un 14.6% de la varianza a los seis meses de iniciado el tratamiento. En este punto, cabe mencionar que la disminución de la varianza explicada entre los diferentes momentos en que fueron administrados los instrumentos se podría justificar desde el abordaje psicoterapéutico utilizado para el tratamiento de la muestra. Tal es así que, diferentes investigaciones determinaron que el abordaje psicoterapéutico cognitivo presenta evidencias de su funcionamiento a corto plazo, motivo por el cual muchos de los pacientes que asisten a psicoterapia experimentan mejoría sintomatológica en los primeros meses de iniciado el tratamiento (e.g. Bateman, Gunderson & Mulder, 2016; Bestard Bizet, Escobar De La Torre & Bestard, 2017; Quiñones, Ceric & Ugarte, 2015).

Además, se podría inferir que aquellas personas que se encuentren en tratamiento psicoterapéutico y presenten características relacionadas al PPM evolucionarían de forma favorable en el proceso. Este resultado podría explicarse teniendo en cuenta los resultados informados por de la Iglesia y Castro Solano (2018) en relación a la capacidad predictiva que

presenta el PPM sobre la salud mental. Es decir que, el PPM al superar la varianza explicada por el FFM sobre el bienestar, podría constituirse en el polo positivo del continuo de los rasgos de la personalidad y de esta forma estaría relacionado al funcionamiento óptimo.

En particular, en el análisis de los predictores individuales se pudo observar que vivacidad y foco es el único predictor estadísticamente significativo dentro del modelo. Este resultado se contrapone al estudio de Linares Ortiz, Robles Ortega y Peralta Ramírez (2014) quienes informaron que entre el momento de inicio y el final del tratamiento aquellos sujetos con rasgos asociados a la apertura a la experiencia (e.g. continuo vivacidad y foco en PPM) no experimentaron diferencias estadísticamente significativas en la autopercepción del progreso. Estas diferencias entre ambos estudios encuentran su lógica si se analiza que en el estudio mencionado la muestra seleccionada fue reducida a las personas con sintomatología asociada al estrés, sin embargo, en la muestra del presente estudio las sintomatologías de los pacientes varían en función de diversos diagnósticos (e.g. trastorno de ansiedad generalizada, trastorno depresivo mayor, trastorno por estrés post traumático, trastorno de angustia sin agorafobia, trastorno obsesivo compulsivo). Además, el número de participantes de la muestra estudiada ($n = 12$) difería en gran medida con el número de participantes de la muestra del presente estudio ($n = 38$) lo cual se podría pensar como un condicionante al momento de establecer relaciones significativas entre las variables estudiadas.

En la misma dirección, se podría inferir que diferentes estudios determinaron que los cambios psicoterapéuticos experimentados por los pacientes no se reducen únicamente a las características relacionadas a los rasgos de la personalidad, es así como Lambert y Barley (2001) concluyeron que el 40% de los cambios pueden ser atribuidos a cambios extra-terapéuticos y un 15% a las expectativas del paciente. Adicional a esto, las investigaciones de Jackson et al. (2012) informaron que el cambio en la autopercepción del progreso en psicoterapia se encuentra relacionados a las experiencias, circunstancias y eventos específicos

de la vida (e.g. Castro Solano & Casullo, 2005; Jackson, Thoemmes, Jonkmann, Lüdtke & Trautwein, 2012; Lüdtke, Roberts, Trautwein & Nagy, 2011). A pesar de los antecedentes expuestos, se podría inferir que el presente estudio aporta evidencia en relación al rol que cumplen los rasgos positivos de la personalidad en la autopercepción de progreso psicoterapéutico. Ahora bien, se considera que sería importante poder realizar futuros estudios que contemplen tanto a los rasgos positivos, acontecimientos vitales de relevancia para el ser humano y las expectativas de los pacientes.

Finalmente, siguiendo la línea de investigación establecida para el PPM, en el presente estudio se hallaron resultados que respaldan el rol primordial de los rasgos positivos por sobre la salud mental. En el caso de los antecedentes del PPM (de la Iglesia & Castro Solano, 2018), se informó una predicción significativa de los rasgos positivos de la personalidad en una muestra de población general que superaba aquella establecida por el FFM. Sin embargo, en este antecedente no se contempló el extremo opuesto de la salud mental -la sintomatología- se había efectuado un análisis longitudinal. Tal como fuera mencionado, en el análisis preliminar realizado para el objetivo propuesto de la presente tesis doctoral, se pudo corroborar en una muestra clínica que los rasgos positivos de la personalidad son estables y que la medición inicial predijo la autopercepción de progreso psicoterapéutico a los seis meses posteriores de iniciado el tratamiento -presencia sintomatológica-.

Es así como, se podría inferir que aquellas personas que se encuentren en atención psicoterapéutica con características de la personalidad relacionadas a sentimientos de seguridad en uno mismo, sentimientos de satisfacción y de disfrute ante las actividades que hacen a diario, presentarán una mejora significativa en su cuadro sintomático y, en consecuencia, evolucionarían de forma favorable en el proceso psicoterapéutico. Estos resultados se encuentran en consonancia con estudios precedentes donde informaron que, a diferencia de los rasgos típicos de la personalidad, las variables positivas son mejores

predictores de un funcionamiento óptimo (Drozd, Mork, Nielsen, Raeder & Bjørkli, 2014; Elston & Boniwell, 2011; Gander, Proyer, Ruch & Wyss, 2013; Mongrain & Anselmo-Matthews, 2012; Wood, Linley, Maltby, Kashdan, & Hurling, 2011; Young, Kashdan & Macatee, 2015).

7.6. Limitaciones

Como limitaciones de los estudios realizados en la presente tesis pueden mencionarse en primer lugar la dificultad relacionada a la muestra debido a que la recolección de datos se realizó con procedimientos de selección no probabilísticos, lo cual influyó directamente en los supuestos que subyacen a la mayoría de los análisis estadísticos. Por lo tanto, las posibilidades de generalizar los resultados hallados en la presente muestra se encuentran limitadas a muestras con características similares.

En segundo lugar, el primer estudio de la presente tesis ha tenido un carácter transversal lo cual no permite evaluar el valor predictivo y la evolución de los rasgos positivos de la personalidad. Los resultados obtenidos en él son meramente correlacionales y no deberían interpretarse relaciones causales entre las variables. El segundo estudio contó con un diseño longitudinal, sin embargo, debido a la dificultad de este tipo de diseños el tamaño de la muestra no fue tan numerosa como en el primero.

Otra limitación de este trabajo se encuentra en los análisis estadísticos realizados para la adaptación del IRP-5 (de la Iglesia & Castro Solano, 2018) debido que, al no haber administrado instrumentos que den cuenta de la presencia de los rasgos normales de la personalidad, no se obtuvieron estadísticos que determinen la validez convergente positiva (Coulacoglou & Saklofske, 2017) del instrumento. Futuras investigaciones podrían indagar este aspecto.

Por otro lado, en el estudio de los rasgos positivos de la personalidad relacionados a los factores sociodemográficos, no se analizaron las variables sociodemográficas de manera simultánea, sino que se analizaron de forma univariada en relación a los rasgos positivos de la personalidad. Esto podría haber afectado los resultados obtenidos debido a que la mayoría de los estudios precedentes obtuvieron resultados estadísticamente significativos al analizar las variables sociodemográficas en simultáneo.

Además, debe mencionarse como limitación, que las entrevistas semi-estructuradas y el tratamiento psicoterapéutico fueron realizados por el doctorando, lo cual limita la interpretación del diagnóstico de los participantes a la perspectiva clínica del psicoterapeuta.

Otra limitación de este trabajo se encuentra en relación al criterio de inclusión para conformar la población clínica del Estudio 1, tal como fuera mencionado en el Capítulo 5 - método- se utilizaron los baremos de Casullo y Pérez (2008) donde aquellos sujetos que presentaron puntaje T mayor a 63 en al menos una de las escalas del SCL-90 R (Casullo & Castro Solano, 1999; Derogatis, 1977) conformaron la muestra. A su vez, la muestra clínica del Estudio 2 se conformó de acuerdo a los criterios diagnósticos del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). De esta forma, las limitaciones se relacionan a la diversidad de diagnósticos con los que la muestra fuera conformada.

Finalmente cabe mencionar que, debido al carácter de novedad que reviste el PPM fue necesario realizar paralelismos con otras variables salugénicas – modelo VIA, HFM, bienestar, flourishing – y relacionadas – FFM, PID-5- ya que no era factible encontrar estudios previos que hayan utilizado el modelo y las variables aquí analizadas.

7.7 Conclusiones generales y futuras líneas de investigación

Tal como se expuso al comienzo de esta discusión, esta investigación se propuso estudiar los rasgos positivos de la personalidad en población clínica y su relación con la

autopercepción de progreso psicoterapéutico, síntomas psicopatológicos y aspectos sociodemográficos. Para ello, mediante el análisis factorial confirmatorio se lograron adaptar las propiedades psicométricas del Inventario de Rasgos Positivos de la Personalidad (IRP-5; de la Iglesia & Castro Solano, 2018) en adultos argentinos de población clínica. Sin embargo, no se logró realizar un análisis de validez externa convergente. Se sugiere en futuros estudios incluir en el análisis el Inventario de los Cinco Grandes -Big Five Inventory- (BFI; John, Donahue & Kentle, 1991) y determinar si los constructos son similares.

En cuanto al análisis sobre las diferencias en los rasgos positivos de la personalidad entre población clínica y población general, se pudo observar que los participantes de población clínica presentaron menor presencia de rasgos positivos en comparación a los sujetos de población general. Futuros estudios, deberían analizar la función que cumplen los rasgos positivos de la personalidad en aquellos sujetos que no presenten sintomatología psicopatológica. Es preciso recordar que diversos estudios informaron que existe una gran cantidad de personas que refirieron no sentirse sanos ni funcionar efectivamente sin haber experimentado sintomatología psicopatológica (e.g. Klein et al., 2018; Regier et al, 1993; Takayanagi, 2014).

En esta tesis también se analizó si los rasgos positivos de la personalidad se asociaban a la presencia de sintomatología psicopatológica en población clínica. El estudio realizado encontró evidencia parcial a favor de la hipótesis 3 ya que no todos los rasgos positivos de la personalidad correlacionaron de forma negativa y significativa con la sintomatología psicopatológica que presentaba la muestra. Más aún, se observó una predominancia de vivacidad y foco por sobre el resto de los rasgos positivos. Se considera preciso retomar como antecedente el estudio realizado por de la Iglesia y Castro Solano (2018) donde informaron que el rasgo positivo integridad funcionó como un predictor negativo del bienestar. Es por ello que, a pesar del entusiasmo que generan los avances en la ciencia de los

rasgos positivos de la personalidad, se considera pertinente tener en cuenta la perspectiva de Aspinwall y Staudinger (2003) quienes informaron que sería un grave error suponer que todo lo positivo es bueno. Es decir que, las características de la personalidad y las experiencias positivas tienen efectos únicamente favorables sobre el bienestar y la salud. Sería recomendable para futuros estudios analizar en cuales experiencias de vida (e.g. servicio militar, transición de la universidad a la vida adulta, casamiento) los rasgos positivos de la personalidad se vinculan con resultados benignos y cuando no, con la finalidad de adoptar una posición cercana a la realidad y equilibrada en la ciencia de los rasgos de la personalidad.

Por otro lado, se analizaron las relaciones entre los rasgos positivos de la personalidad y aspectos sociodemográficos en población clínica. Los resultados demostraron que la hipótesis pudo ser aceptada de forma parcial. Se recomienda para futuros estudios el análisis de las variables sociodemográficas con modelos multivariados, el empleo de determinadas evaluaciones que no revistan el carácter de autoinforme, la utilización de muestras con tamaños más representativos y considerar a los factores culturales como determinantes contextuales.

Futuros estudios también, podrían complementarse con los resultados obtenidos en esta tesis a partir de nuevas investigaciones empíricas que permitan dar cuenta de mayor evidencia respecto del rol predictivo de los rasgos positivos de la personalidad en población clínica que asista a tratamiento psicoterapéutico. Así como también, contemplar estudios utilizando el PPM como predictor de la autopercepción del progreso psicoterapéutico en muestras más grandes de pacientes diagnosticados con las mismas patologías. Sería de relevancia realizar estudios que permitan comparar el valor predictivo del PPM con el valor predictivo de los rasgos normales de la personalidad en la autopercepción de progreso psicoterapéutico.

Finalmente, y a modo de conclusión de la presente tesis de doctorado, el PPM demostró ser un modelo plausible de ser ubicado en el polo positivo del continuo generado a partir de las cinco dimensiones patológicas de la personalidad, según lo establecido en la sección III del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). En consecuencia, el PPM se podría utilizar como una clasificación de sanidad que se localice en el polo positivo e inverso de la psicopatología actual. Más aún, teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el estudio longitudinal, se puede ser optimista en cuanto al rol que cumplen los rasgos positivos de la personalidad en aquellas personas que se encuentran en tratamiento psicoterapéutico. Es decir que, el PPM al haber sido estudiado de forma longitudinal en población clínica, no solo demostró la estabilidad de los rasgos positivos de la personalidad a lo largo del tiempo, sino también, su capacidad predictiva en relación a la autopercepción de progreso en psicoterapia.

Referencias bibliográficas

- Abbott, R.A., Ploubidis, G.B., Croudace, T.J., Kuh, D., Wadsworth, M.E.J., & Huppert, F.A. (2008). The relationship between early personality and midlife psychological well-being: Evidence from a UK birth cohort study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(9), 679–687.
- Adams, H. E., Doster, J.A., & Calhoun, K.S. (1977). A Psychologically based system of response classification. *American Psychologist*, 38(7), 857-858.
- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Pearson Educación.
- Al-Dajani, N., Gralnick, T. M., & Bagby, R. M. (2016). A psychometric review of the Personality Inventory for DSM–5 (PID–5): Current status and future directions. *Journal of personality assessment*, 98(1), 62-81.
- Alarcón, R. (2001). Relaciones entre felicidad, género, edad y estado conyugal. *Revista de Psicología*, 19(1), 27-46.
- Alesina, A., Di Tella, R., & MacCulloch, R. (2004). Inequality and happiness: Are Europeans and Americans different?. *Journal of Public Economics*, 88, 2009–2042.
- Allemand, M., & Flückiger, C. (2017). Changing Personality Traits: Some Considerations From Psychotherapy Process-outcome Research for Intervention Efforts on Intentional Personality Change. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27(4), 476-494.
- Allemand, M., Hill, P. L., & Lehmann, R. (2015). Divorce and personality development across middle adulthood. *Personal Relationships*, 22(1), 122-137.
- Allemand, M., Steiger, A. E., & Fend, H. A. (2015). Empathy development in adolescence predicts social competencies in adulthood. *Journal of Personality Research*, 83(2), 229-241.
- Allport, G. (1970). *La personalidad*. Barcelona: Herder.
- Allport, G. W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York, NY: Holt.

- Allport, G. W. (1955). *Becoming; basic considerations for a psychology of personality*. Yale: University Press.
- Allport, G. W. (1966). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Allport, G. W., & Odbert, H. S. (1936). Trait-names: A psycho-lexical study. *Psychological monographs*, 47(1).
- Allport, G. W., & Vernon, P. E. (1930). The field of personality. *Psychological Bulletin*, 27(10), 677.
- Altimir, C., Krause, M., de la Parra, G., Dagnino, P., Tomicic, A., Valdés, N., ... & Vilches, O. (2010). Clients', therapists', and observers' agreement on the amount, temporal location, and content of psychotherapeutic change and its relation to outcome. *Psychotherapy Research*, 20(4), 472-487.
- Álvarez, O. V., Reyes, L., Ramírez, I., de la Parra, G., Aristegui, R., Tomicic, A., ... & Valdés, N. (2006). Indicadores genéricos de cambio en el proceso psicoterapéutico. *Revista latinoamericana de psicología*, 38(2), 299-325.
- Álvarez, R. B., López, C. L., & Pérez, C. C. (2014). *Estudio de la relación entre los Cinco Grandes Factores de la Personalidad y los Trastornos de la Personalidad* (Doctoral dissertation).
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3 ed.* Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association (2000). DSM-IV-TR: Diagnostic and statistical manual of mental disorders, text revision. *Washington, DC: American Psychiatric Association*, 75, 78-85.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Arlington, VA, USA: Author.

- American Psychological Association (2018). *Publication manual of the American Psychological Association (6th edition)*. Washington: American Psychological Association.
- Anderson, J.L., Sellbom, M., Bagby, R.M., Quilty, L.C., & Veltri, C.O. (2013). On the convergence between PSY-5 domains and PID-5 domains and facets: Implications for assessment of DSM-5 personality traits. *Assessment, 20*, 286-294.
- Anderson, T., & Strupp, H. H. (2015). Training in time-limited dynamic psychotherapy: A systematic comparison of pre-and post-training cases treated by one therapist. *Journal of Psychotherapy Research, 25*(5), 595-611.
- Andersson, G., & Cuijpers, P. (2009). Internet-based and other computerized psychological treatments for adult depression: a meta-analysis. *Cognitive behaviour therapy, 38* (4), 196-205.
- Andersson, G., Cuijpers, P., Carlbring, P., Riper, H., & Hedman, E. (2014). Guided Internet-based vs. face-to-face cognitive behavior therapy for psychiatric and somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. *World Psychiatry, 13*(3), 288-295.
- Ando, J., Ono, Y., Yoshimura, K., Onoda, N., Shinohara, M., Kanba, S., & Asai, M. (2002). The Genetic Structure of Cloninger's Seven-Factor Model of Temperament and Character in a Japanese Sample. *Journal of personality, 70*(5), 583-610.
- Antonovsky, A. (1979). Health, Stress, and Coping. *New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*, 12-37.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-bass.
- Anusic, I., & Schimmack, U. (2016). Stability and change of personality traits, self-esteem, and well-being: Introducing the meta-analytic stability and change model of retest correlations. *Journal of Personality and Social Psychology, 110*(5), 766.

- Anxieu, D. (1960). *Les méthodes projectives*. Paris: Universitaires de France, (Trad. cast. Thomas, J. J.). *Los métodos proyectivos*. Buenos Aires: Abaco.
- Anzieu, D. (1960). Aspects of Analytical Psychodrama applied to Children. *International Journal of Sociometry*, 2, 42-47.
- Appleton, J. J., Christenson, S. L., & Furlong, M. J. (2008). Student engagement with school: Critical conceptual and methodological issues of the construct. *Psychology in the Schools*, 45(5), 369-386.
- Ardito, R. B., & Rabellino, D. (2011). Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements, and prospects for research. *Frontiers in psychology*, 2, 270.
- Argyle, M., & Lu, L. (1990). The happiness of extraverts. *Personality and Individual Differences*, 11, 1011–1017.
- Arratia, M. (2007). La efectividad del proceso terapéutico en relación a la retroalimentación y la alianza terapéutica. *Ciencia Psicológica*, 1(2), 1-12.
- Asay, T. P., & Lambert, M. J. (1999). The empirical case for the common factors in therapy: Quantitative findings.
- Ashton, M. C., & Lee, K. (2001). A theoretical basis for the major dimensions of personality. *European Journal of Personality*, 15(5), 327-353.
- Ashton, M. C., Lee, K., Goldberg, L. R., & de Vries, R. E. (2009). Higher order factors of personality: Do they exist?. *Personality and Social Psychology Review*, 13(2), 79-91.
- Ashton, M.C., Lee, K., De Vries, R.E., Hendrickse, J., y Born, M.P. (2012). The maladaptive personality traits of the personality inventory for DSM-5 (PID-5) in relation to the HEXACO personality factors and schizotypy/dissociation. *Journal of Personality Disorders*, 26, 641-659.

- Aspinwall, L. G., & Staudinger, U. M. (2003). *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. American Psychological Association.
- Aspinwall, L.G. & Staudinger, U.M. (2003). A psychology of human strengths: Some central issues of an emerging field. En L.G. Aspinwall & U.M. Staudinger (Eds.), *A psychology of human strengths: Fundamental questions and future directions for a positive psychology*. (pp. 9-22). Washington, DC, EE.UU. American Psychological Association.
- Auszra, L., Greenberg, L. S., & Herrmann, I. (2013). Client emotional productivity—Optimal client in-session emotional processing in experiential therapy. *Journal of Psychotherapy Research, 23*(6), 732-746.
- Avia, M. D., & Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente: Psicología de las emociones positivas*. Madrid: Alianza Editorial.
- Azañedo, C. M., Fernández-Abascal, E. G., & Barraca, J. (2014). Fortalezas personales en España: validación del Cuestionario VIA-IS en una muestra española. *Clínica y Salud, 25*(2), 123-130.
- Bachelor, A., & Salamé, R. (2000). Participants' perceptions of dimensions of the therapeutic alliance over the course of therapy. *The Journal of psychotherapy practice and research, 9*(1), 39.
- Baker, A. L., Thornton, L. K., Hiles, S., Hides, L., & Lubman, D. I. (2012). Psychological interventions for alcohol misuse among people with co-occurring depression or anxiety disorders: a systematic review. *Journal of Affective Disorders, 139*(3), 217-229.
- Bakker, B. N., Hopmann, D. N., & Persson, M. (2015). Personality traits and party identification over time. *European Journal of Political Research, 54*(2), 197-215.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review, 84*(2), 191.

- Bandura, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American psychologist*, 33(4), 344.
- Bandura, A. & Locke, E. (2003). Negative Self-efficacy and goal effect revisited. *Journal of Applied Psychology*, 8, 87-99.
- Barkham, M., Mellor-Clark, J., Connell, J., & Cahill, J. (2006). A core approach to practice-based evidence: A brief history of the origins and applications of the CORE-OM and CORE System. *Counselling & Psychotherapy Research*, 6, 3-15. doi:10.1080/14733140600581218
- Barkham, M., Rees, A., Shapiro, D. A., Stiles, W. B., Agnew, R. M., Halstead, J., ... & Harrington, V. M. (1996). Outcomes of time-limited psychotherapy in applied settings: Replicating the Second Sheffield Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1079.
- Barling, J., & Bolon, K. (1980). Multidimensional locus of control: The case of White South African students. *Journal of Social Psychology*, 111, 295-296.
- Barrick, M. R. & Mount M. K. (2005). Yes, personality matters: Moving on to more important matters. *Human performance*, 18(4), 359-372.
- Bastiaansen, L., De Fruyt, F., Rossi, G., Schotte, C., & Hofmans, J. (2013). Personality disorder dysfunction versus traits: structural and conceptual issues. *Journal of Personality Disorders*, 27, 293-303.
- Bastiaens, T., Smits, D., De Hert, M., Vanwalleghem, D., & Claes, L. (2016). DSM-5 section III personality traits and section II personality disorders in a Flemish community sample. *Psychiatry Research*, 238, 290-298.
- Bastine, R., Fiedler, P. & Kommer, D. (1989). Was ist therapeutisch an der Psychotherapie? Versuch einer Bestandsaufnahme und Systematisierung der Psychotherapeutischen Prozeßforschung. *Zeitschrift für klinische Psychologie*, 18, 3-22.

- Basto, I., Stiles, W. B., Bento, T., Pinheiro, P., Mendes, I., Rijo, D., & Salgado, J. (2018). Fluctuation in the assimilation of problematic experiences: a case study of dynamic systems analysis. *Frontiers in psychology, 9*.
- Bateman, A. & Fonagy, P. (2011). Comorbid antisocial and borderline personality disorders: Mentalization-based treatment. *Journal of Clinical Psychology, 64*(2), 181-194.
- Bateman, A. W., Gunderson, J., & Mulder, R. (2016). Tratamiento del trastorno de la personalidad. *RET: revista de toxicomanías, 78*, 3-13.
- Beck, A. T. (Ed.). (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. (1989). *Cognitive therapy. Comprehensive handbook of cognitive therapy*. Nueva York: Springer.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guildford
- Beck, J. S. (2011). *Cognitive behavior therapy: Basics and beyond*. Nueva York: Guilford press.
- Belloch Fuster, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: Evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 17*(3), 295-311.
- Belloch Fuster, A., & Fernández Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Belloch Fuster, A., & Fernández Álvarez, H. (2010). *Tratado de Trastornos de la Personalidad*. Madrid: Síntesis.
- Bender, D. S., Morey, L. C., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM–5, part I: A review of theory and methods. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 332-346.

- Benítez, Á. P. R., Bastidas, I. L. O., & Camargo, Y. S. (2009). Factores que influyen en la deserción terapéutica de los consultantes de un centro universitario de atención psicológica. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 137-147.
- Bentler, P. M. (2006). *EQS 6 structural equations program manual*. Encino, CA: Multivariate software.
- Berg, I. K., & De Jong, P. (1996). Solution-building conversations: Co-constructing a sense of competence with clients. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 77(6), 376-391.
- Bergen, A. V., & Parra, G. D. L. (2002). OQ-45.2, cuestionario para evaluación de resultados y evolución en psicoterapia: adaptación, validación e indicaciones para su aplicación e interpretación. *Ter. psicol*, 20(2), 161-176.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 1, 217-270.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 1, 217-270.
- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). *The evaluation of therapeutic outcomes in SL Garfield & AE Bergin (Eds.). Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Bernardi, R. (2015). La evaluación de los cambios del paciente. El Modelo de los Tres Niveles (3-LM). *Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, 4, 1-16.
- Bestard Bizet, R., Escobar De La Torre, J. C., & Bestard Silva, D. D. C. (2017). Efectividad del metamodelo meditativo en el tratamiento de los trastornos neuróticos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 19(2), 516-536.
- Bienvenu, O. J., Samuels, J. F., Costa, P. T., Reti, I. M., Eaton, W. W., & Nestadt, G. (2004). Anxiety and depressive disorders and the five-factor model of personality: A higher-and

- lower-order personality trait investigation in a community sample. *Depression and anxiety*, 20(2), 92-97.
- Biswas-Diener, R. (2018). The subjective well-being of small societies. *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Biswas-Diener, R., & Wiese, C. W. (2018). *Optimal levels of happiness*. *Handbook of well-being*. Salt Lake City, UT: DEF Publishers.
- Blanchflower, D.G., & Oswald, A.J. (2008). Is well-being U-shaped over the life cycle?. *Social Science & Medicine*, 66, 1733–1749.
- Blashfield, R. K & Intoccia, V. (2000). Growth of the literature on the topic of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 472–473.
- Bleichmar, H., & de Bleichmar, E. D. (1976). *La depresión: un estudio psicoanalítico*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Bleidorn, W., Hopwood, C. J., & Lucas, R. E. (2018). Life events and personality trait change. *Journal of Personality*, 86(1), 83-96.
- Bleidorn, W., Kandler, C., Riemann, R., Angleitner, A., & Spinath, F. M. (2009). Patterns and sources of adult personality development: Growth curve analyses of the NEO PI-R scales in a longitudinal twin study. *Journal of personality and social psychology*, 97(1), 142.
- Block, J., & Robins, R. W. (1993). A longitudinal study of consistency and change in self-esteem from early adolescence to early adulthood. *Child development*, 64(3), 909-923.
- Blonigen, D. M., Hicks, B. M., Krueger, R. F., Patrick, C. J., & Iacono, W. G. (2006). Continuity and change in psychopathic traits as measured via normal-range personality: a longitudinal-biometric study. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 85.
- Bohart, A. C. (2017). A client-centered perspective on psychopathology. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(1), 14-26.

- Boswell, D., White, J., Sims, W., Harrist, S., & Romans, J. (2013). Reliability and validity of the Outcome Questionnaire-45.2. *Psychological Reports: Mental and Physical Health, 112*, 1-10.
- Bozok, B. & Bühler, K.E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie - spezifische und unspezifische Faktoren. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 56*, 119-132.
- Braakmann, D. (2015). Historical paths in psychotherapy research. In *Psychotherapy Research* (pp. 39-65). Springer, Vienna.
- Bratko, D., & Butkovic, A. (2007). Stability of genetic and environmental effects from adolescence to young adulthood: Results of Croatian longitudinal twin study of personality. *Twin Research and Human Genetics, 10*(1), 151-157.
- Brody, N. (1972). *Personality; research and theory*. Academic Press.
- Bruna, O., Mercedes, M., & Cardenal Hernáez, V. (2017). Las fortalezas humanas desde la perspectiva de género: un estudio exploratorio en población española. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología, 7*(2), 72-92.
- Burns, R. C., & Kaufman, S. H. (1978). *Los dibujos kinéticos de la familia como técnica psicodiagnóstica*. Buenos Aires: Paidós.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2: Manual for administration and scoring*.
- Caballo, V. E. (2001). Tratamientos cognitivo-conductuales para los trastornos de la personalidad. *Psicología Conductual, 9*(3), 579-605.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J., & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*(3).
- Cardenal, V., Sánchez, M., & Ortiz-Tallo, M. (2007). Los trastornos de personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *Clínica y salud, 18*(3), 305-324.

- Carment, D. W. (1974). Internal vs. external control in India and Canada. *International Journal of Psychology*, 9, 45-50.
- Caspi, A., Roberts, B. W., & Shiner, R. L. (2005). Personality development: Stability and change. *Annu. Rev. Psychol.*, 56, 453-484.
- Castonguay, L. G., Eubanks, C. F., Goldfried, M. R., Muran, J. C., & Lutz, W. (2015). Research on psychotherapy integration: Building on the past, looking to the future. *Journal of Psychotherapy Research*, 25(3), 365-382.
- Castro Solano, A. (2001). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas?. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90.
- Castro Solano, A. (2002). *Técnicas de evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Buenos Aires: Paidós.
- Castro Solano, A. (2011). Las rutas de acceso al bienestar. Relaciones entre bienestar hedónico y eudaimónico. Un estudio en población argentina. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(31).
- Castro Solano, A., & Casullo, M. M. (2001). Rasgos de personalidad, bienestar psicológico y rendimiento académico en adolescentes argentinos. *Interdisciplinaria*, 18(1).
- Castro Solano, A., & Casullo, M. M. (2005). Estilos de personalidad, afrontamiento e inteligencia como predictores de las trayectorias académicas de cadetes en una institución militar. *Anuario de psicología*, 36(2).
- Castro Solano, A., & Cosentino, A. C. (2017). High Five Model: Los factores Altos están Asociados con Bajo Riesgo de Enfermedades Médicas, Mentales y de Personalidad. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 17(2), 69-82.
- Castro Solano, A., & Cosentino, A. C. (2018). IVyF abreviado—IVyFabre—: análisis psicométrico y de estructura factorial en Argentina. *Avances en psicología latinoamericana*, 36(3), 619-637.

- Castro Solano, A., Casullo, M. M., & Pérez, M. A. (2004). *Aplicaciones del MIPS en los ámbitos laboral, educativo y médico*. Buenos Aires: Paidós.
- Casullo, M. M. et al (1996). Argentine studies on the MMPI- 2, en J. N. Butcher (ed), *International Adaptations of the MMPI-2*. Minneapolis. *University of Minnesota Press*, 315-329.
- Casullo, M. M., (1999). La evaluación psicológica: Modelos, técnicas y contexto sociocultural. *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1, 97-113.
- Casullo, M. M., & Castro Solano, A. (2000). Evaluación del bienestar psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica de Perú*, 18 (2), 36-68
- Casullo, M. M., & Castro-Solano, A. (2000). Adaptación del MIPS en Argentina. Sánchez-López, M^a. P. y Casullo, MM (2000). *Los estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid y Buenos Aires: Miño y Dávila.
- Casullo, M., & Pérez, M. (2008). *El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis*. Adapatación UBA. Conicet.
- Cattel, R. B. (1970). *El análisis científico de la personalidad y la motivación*. Madrid: Pirámide.
- Cattell, R. B. (1940). A culture-free intelligence test. I. *Journal of Educational Psychology*, 31(3), 161.
- Cattell, R. B. (1943). The description of personality: Basic traits resolved into clusters. *The journal of abnormal and social psychology*, 38(4), 476.
- Cattell, R. B. (1965). *The Scientific Analysis of Personality*. Baltimore: Penguin.
- Cattell, R. B. (1986). The 16 PF personality structure and Dr. Eysenck. *Journal of Social Behavior and Personality*, 1(2), 153.

- Cattell, R. B. (1993). *Lo profundo de la personalidad: aplicación del 16 FP*. México: El Manual Moderno.
- Cautela, J. R., & Upper, D. (1973). Behavioral coding system. In *Presidential address to the seventh annual meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy*, Miami.
- Chambless, D. L. (1998). Empirically Validated Treatments. En G.P. Koocher, J.C. Norcross & S.S. Hill III (Eds.), *Psychologists Desk Reference*. Oxford: Oxford University Press.
- Chan, W., McCrae, R. R., De Fruyt, F., Jussim, L., Löckenhoff, C. E., De Bolle, M. & Nakazato, K. (2012). Stereotypes of age differences in personality traits: Universal and accurate?. *Journal of personality and social psychology*, 103(6), 1050.
- Cherres, P. (2017). La paradoja de la equivalencia en psicoterapia. *Psiquiatría y Salud Mental*, 1, 150-151.
- Chesney, M. A., Darbes, L. A., Hoerster, K., Taylor, J. M., Chambers, D. B., & Anderson, D. E. (2005). Positive emotions: Exploring the other hemisphere in behavioral medicine. *International journal of behavioral medicine*, 12(2), 50.
- Chevalier, A., & Feinstein, L. (2006). Sheepskin or Prozac: The causal effect of education on mental health. *Report published by the Centre for the Economics of Education, London School of Economics*, London.
- Chida, Y. & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70(7), 741-756. doi: 10.1097/PSY.0b013e31818105ba
- Cicognani, E., Pirini, C., Keyes, C., Joshanloo, M., Rostami, R., & Nosratabadi, M. (2008). Social participation, sense of community and social wellbeing: A study on American, Italian and Iranian university students. *Social Indicators Research*, 89(1), 97-112.
- Cieslik, M. (2017). Philosophy and the History of Happiness. In *The Happiness Riddle and the Quest for a Good Life* (pp. 13-26). Palgrave Macmillan, London.

- Clark, A. E. (2016). Happiness, Habits, and High Rank. *Policies for Happiness*, 62.
- Clark, L. A. (2007). Assessment and diagnosis of personality disorder: Perennial issues and an emerging reconceptualization. *Annu. Rev. Psychol.*, 58, 227-257.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: A new paradigm for trait psychology. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 399-423.
- Clark, L. A., Livesley, W. J., & Morey, L. (1997). Special feature: Personality disorder assessment: The challenge of construct validity. *Journal of Personality Disorders*, 11(3), 205-231.
- Clark, L. A., Cuthbert, B., Lewis-Fernández, R., Narrow, W. E., & Reed, G. M. (2017). Three Approaches to Understanding and Classifying Mental Disorder: ICD-11, DSM-5, and the National Institute of Mental Health's Research Domain Criteria (RDoC). *Psychological Science in the Public Interest*, 18(2), 72-145.
- Cloninger, C. R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants: A proposal. *Archives of general psychiatry*, 44 (6), 573-588.
- Cloninger, C. R. (Ed.). (1999). *Personality and psychopathology*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Cloninger, C. R. (2000). A practical way to diagnosis personality disorder: a proposal. *Journal of Personality Disorders*, 14 (2), 99-108.
- Cloninger, C. R., Svrakic, N. M., & Svrakic, D. M. (1997). Role of personality self-organization in development of mental order and disorder. *Development and psychopathology*, 9 (04), 881-906.
- Cloninger, C. R., Thomas R., Przybeck, Dragan M., & D.M. Svrakic. (1994). *The Temperament and Character Inventory (TCI): A guide to its development and use*. St. Louis: Washington University Center for Psychobiology of Personality.

- Cohen, J. (1988). The effect sizes. *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 77-83.
- Cohen, R. J., Swerdlik, M. E., & Sturman, E. (2012). *Psychological testing and assessment: An introduction to tests and measurement*. Auckland: McGraw-Hill.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: Freeman.
- Cordero-Andrés, P., González-Blanch, C., Umaran-Alfageme, O., Muñoz-Navarro, R., Ruíz-Rodríguez, P. & Medrano, L. A., (2017). Tratamiento psicológico de los trastornos emocionales en atención primaria: fundamentos teóricos y empíricos del estudio PsicAP. *Ansiedad y Estrés*, 23(2-3), 91-98.
- Cordero, A., Pamos, A. & Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-R Manual. Adaptación Española*. Madrid: TEA.
- Córdoba, J., & Pigem, J. M. (1946). La expresión desiderativa como manifestación de la personalidad. *Medicina Clínica, Barcelona*, 4, 20-23.
- Correa, J., Rojas, P., Labra, J. F., Río, V. D., & Pastén, J. A. (2006). El uso del cuestionario OQ-45.2 como indicador de psicopatología y de mejoría en pacientes psiquiátricos hospitalizados. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 44(4), 258-262.
- Cosentino, A. C. (2010). Evaluación de las virtudes y fortalezas humanas en población de habla hispana. *Psicodebate*, 10, 53-72.
- Cosentino, A. C. (2010). Las fortalezas del carácter. En A. Castro Solano (Ed.), *Fundamentos de Psicología Positiva* (pp. 111–135). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Cosentino, A. C., & Castro Solano, A. (2008). Adaptación y validación Argentina de la marlowe-crowne social desirability scale. *Interdisciplinaria*, 25(2), 197-216.
- Cosentino, A. C., & Castro Solano, A. (2017). The High Five: Associations of the five positive factors with the Big Five and well-being. *Frontiers in psychology*, 8, 1250.

- Cosentino, A. C., & Solano, A. C. (2012). Character strengths: A study of Argentinean soldiers. *The Spanish journal of psychology*, *15*(1), 199-215.
- Cosentino, A. C., & Solano, A. C. (2015). IVyF: validez de un instrumento de medida de las fortalezas del carácter de la clasificación de Peterson y Seligman (2004). *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad*, *15*(2), 99-122.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1976). Age differences in personality structure: A cluster analytic approach. *Journal of gerontology*, *31*(5), 564-570.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1990). Personality disorders and the five-factor model of personality. *Journal of personality disorders*, *4*(4), 362-371.
- Costa Jr, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Four ways five factors are basic. *Personality and individual differences*, *13*(6), 653-665.
- Costa Jr, P. T., McCrae, R. R., & Löckenhoff, C. E. (2019). Personality Across the Life Span. *Annual review of psychology*, *70*, 423-448.
- Costa Jr, 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*(2), 322.
- Costa, P. T. & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1980). Influence of extraversion and neuroticism on subjective well-being: happy and unhappy people. *Journal of personality and social psychology*, *38*(4), 668.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1985). *The NEO Personality Inventory Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa.

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2008). The revised neo personality inventory (neo-pi-r). *The SAGE handbook of personality theory and assessment*, 2(2), 179-198.
- Coulacoglou, C. and Saklofske, D. H. (2017). *Psychometrics and Psychological Assessment Principles and Applications*. London: Elsevier, Academic Press.
- Cramer, K. M. (1999). Psychological antecedents to help-seeking behavior: A reanalysis using path modeling structures. *Journal of Counseling Psychology*, 46(3), 381.
- Crist-Christoph, P., Connolly Gibbons, M.B., & Mukherjee, D. (2013). Psicoterapy Process-Outcome Research. En M.J. Lambert (Ed). *Handbook of Psicoterapy and Behavior Change*, 6, 298-340. New Jersey: Willey.
- Cuijpers, P., Donker, T., van Straten, A., Li, J., & Andersson, G. (2010). Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychological medicine*, 40(12), 1943-1957.
- Cupani, M., Sánchez, D. A., Gross, M., Chiepa, J., & Dean, R. (2017). El modelo de los cinco factores y su relación con los trastornos de personalidad. *Revista Peruana de Psicología y Trabajo Social*, 2(2), 31-46.
- Czagalik, D. (1988). Mehrebenenanalyse der psychotherapeutischen Interaktion: Eine Verlaufsstudie am Einzelfall. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 17, 31-45.
- Czagalik, D. (1990). Wirkfaktoren in der Einzelpsychotherapie. En V. Tschuschke & D. Czagalik (Eds.), *Was wirkt in der Psychotherapie?: Zur Kontroverse um die Wirkfaktoren* (pp. 7-30). Berlín: Springer.
- Dahlsgaard, K., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2005). Shared virtue: The convergence of valued human strengths across culture and history. *Review of general psychology*, 9(3), 203-213.
- Davidoff, L. (1998). *Introducción a la psicología*. México: Libemex.

- De Fruyt, F., Bartels, M., Van Leeuwen, K. G., De Clercq, B., Decuyper, M., & Mervielde, I. (2006). Five types of personality continuity in childhood and adolescence. *Journal of personality and Social Psychology, 91*(3), 538.
- De Fruyt, F., Van Leeuwen, K., Bagby, R. M., Rolland, J. P., & Rouillon, F. (2006). Assessing and interpreting personality change and continuity in patients treated for major depression. *Psychological assessment, 18*(1), 71.
- de la Iglesia, G., & Castro Solano, A. (2018). The Positive Personality Model (PPM): Exploring a New Conceptual Framework for Personality Assessment. *Frontiers in Psychology, 9*, 2027.
- de la Iglesia, G., & Solano, A. C. (2018). El Inventario de Rasgos de Personalidad Positivos (IRP-5). Construcción y análisis de características psicométricas básicas. *Perspectivas en Psicología, 15*(1), 46-57.
- de la Iglesia, G., Liporace, M. F., & Castro Solano, A. (2017). Screening de síntomas psicológicos en adolescentes argentino. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica, 9*(3).
- de la Iglesia, G., Stover, J., Castro Solano, A., & Fernández-Liporace, M. (2015). Validez de constructo del LSB-50 en Adultos argentinos: validación cruzada e invarianza factorial. *Acción Psicológica, 12*(2), 43-58.
- de la Iglesia, G. & Freiberg Hoffmann, A. (2015). La aproximación analítico-factorial: el modelo de los cinco factores (pp. 33-48). En M. Fernández Liporace & A. Castro Solano (Eds.), *Evaluación de la personalidad normal y sus trastornos* (pp. 33-47). Buenos Aires: Lugar.
- de Rivera, L., & Abuín, M. L. (2012). *LSB-50 Listado de Síntomas Breve: Manual*. España: TEA Ediciones.

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). The general causality orientations scale: Self-determination in personality. *Journal of research in personality, 19*(2), 109-134.
- del Rey Gómez, C., Ruiz Robledillo, N., Bellosta-Batalla, M., Sariñana-González, P., & Moya Albiol, L. (2016). El contagio emocional conlleva un deterioro de la salud en población no clínica. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala, 19*(1), 374-387.
- Delgado, B., Inglés, C. J., Aparisi Sierra, D., García-Fernández, J. M., & Martínez-Montegudo, M. C. (2018). Relación entre la Ansiedad Social y las Dimensiones de la Personalidad en Adolescentes Españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica, 46*, 81-92. doi: 10.21865/RIDEP46
- Delle Fave, A., Brdar, I., Freire, T., Vella-Brodrick, D., & Wissing, M. P. (2011). The eudaimonic and hedonic components of happiness: Qualitative and quantitative findings. *Social Indicators Research, 100*(2), 185-207.
- Demir, M., & Weitekamp, L. A. (2007). I am so happy cause today I found my friend: Friendship and personality as predictors of happiness. *Journal of Happiness Studies, 8*(2), 181-211.
- DeNeve, K. M., & Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological bulletin, 124*(2), 197.
- Denissen, J. J., Geenen, R., Van Aken, M. A., Gosling, S. D., & Potter, J. (2008). Development and validation of a Dutch translation of the Big Five Inventory (BFI). *Journal of personality assessment, 90*(2), 152-157.
- Derogatis, L. R., (1977,1983,1994). *SCL-90-R. Symptom Checklist-90-R*. Bloomington: Pearson.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American psychologist, 55*(1), 34.

- Diener, E., & Biswas-Diener, R. (2008). *Rethinking happiness: The science of psychological wealth*. Malden: Blackwell Publishing.
- Diener, E. D., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of personality assessment*, 49(1), 71-75.
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. E. (2015). National accounts of subjective well-being. *American Psychologist*, 70(3), 234.
- Diener, E. & Larsen, R. (1991). The experience of emotional well-being. En Lewis, M. y Haviland, J M. (Eds.). *Handbook of Emotions*. New York: Guilford.
- Diener, E., & Ryan, K. (2009). Subjective well-being: A general overview. *South African Journal of Psychology*, 39(4), 391-406.
- Diener, E., & Seligman, M. E. (2002). Very happy people. *Psychological science*, 13(1), 81-84.
- Diener, E., & Tay, L. (2017). A scientific review of the remarkable benefits of happiness for successful and healthy living. *Happiness*, 90.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: Emergence of the five-factor model. *Annual review of psychology*, 41(1), 417-440.
- Dolan, P., Peasgood, T., & White, M. (2008). Do we really know what makes us happy? A review of the economic literature on the factors associated with subjective well-being. *Journal of Economic Psychology*, 29(1), 94-122. doi: 10.1016/j.joep.2007.09.001
- Domínguez, L. & Fernández, L. (1999). Individuo, sociedad y personalidad. *Revista Cubana de Psicología*, 16,1, 48-52.
- Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2008). Age differences in the Big Five across the life span: evidence from two national samples. *Psychology and aging*, 23(3), 558.
- Donnellan, M. B., & Robins, R. W. (2009). 12 The development of personality across the lifespan. *The Cambridge handbook of personality psychology*, 191.

- Donovan, N., Halpern, D., & Sargeant, R. (2002). *Life satisfaction: The state of knowledge and implications for government*. Cabinet Office, Strategy Unit.
- Doss, B. D. (2004). Changing the way we study change in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(4), 368-386.
- Dozois, D. J., & Beck, A. T. (2008). Cognitive schemas, beliefs and assumptions. In *Risk factors in depression* (pp. 119-143). Elsevier.
- Dozois, D. J., Seeds, P. M., & Collins, K. A. (2009). Transdiagnostic approaches to the prevention of depression and anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 23(1), 44-59.
- Drapeau, M. (2012). The value of tracking in psychotherapy. *Integrating Science & Practice*, 2, 26.
- Drisko, J. (2004). Common factors in psychotherapy outcome: Meta-analytic findings and their implications for practice and research. *Families in Society: The Journal of Contemporary Social Services*, 85(1), 81-90.
- Drozd, F., Mork, L., Nielsen, B., Raeder, S., & Bjørkli, C. A. (2014). Better Days—A randomized controlled trial of an internet-based positive psychology intervention. *The Journal of Positive Psychology*, 9(5), 377-388.
- Durand, M. & Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal (4ta ed.)*. México, DF: International Thompson.
- Durlak, J. A. (1979). Comparative effectiveness of paraprofessional and professional helpers. *Psychological Bulletin*, 86(1), 80.
- Echeburúa, E., & Corral, P. D. (2001). Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1(1), 181-204.

- Elliott, R. (1984). A discovery-oriented approach to significant change events in psychotherapy: Interpersonal process recall and comprehensive process analysis. *Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process*, 249-286.
- Elliott, R. & Shapiro, D. A. (1992). Client and therapist as analysts of significant events. En S. G. Toukmanien & D.L. Rennie (Eds.). *Psychotherapy process research: Paradigmatic and normative approaches* (pp. 163-186). Newbury Park, CA: Sage.
- Elliott, R., Slatick, E., & Urman, M. (2001). Qualitative change process research on psychotherapy: Alternative strategies. *Psychological Test and Assessment Modeling*, 43(3), 69.
- Elliott, K. P., Westmacott, R., Hunsley, J., Rumstein-McKean, O., & Best, M. (2015). The process of seeking psychotherapy and its impact on therapy expectations and experiences. *Clinical psychology & psychotherapy*, 22(5), 399-408.
- Ellis, A. (2005). Discussion of Christine A. Padesky and Aaron T. Beck, "Science and philosophy: Comparison of cognitive therapy and rational emotive behavior therapy". *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 19(2), 181-185.
- Elston, F., & Boniwell, I. (2011). A grounded theory study of the value derived by women in financial services through a coaching intervention to help them identify their strengths and practice using them in the workplace. *International Coaching Psychology Review*, 6(1), 16-32.
- Engel, B. (1996). *Teorías de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Erdelyi, M. H., & Goldberg, B. (2014). Let's not sweep repression under the rug: Toward a cognitive psychology of repression. *Functional disorders of memory*, 355-402.
- Erikson, E. H. (1963). *Youth: Change and challenge*. New York: Norton.
- Erikson, E. H. (1982). *The life cycle completed*. Ontario: Norton.

- Errázuriz, P., Opazo, S., Behn, A., Silva, O., & Gloger, S. (2017). Spanish adaptation and validation of the Outcome Questionnaire OQ-30.2. *Frontiers in psychology, 8*, 673.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2011). La reformulación de los trastornos de la personalidad en el DSM-V. *Actas Españolas de Psiquiatría, 39*(1), 1-11.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2014). La evaluación de los trastornos de la personalidad según el DSM-5: recursos y limitaciones. *Terapia psicológica, 32*(3), 255-264.
- Esbec, E., & Echeburúa, E. (2015). El modelo híbrido de clasificación de los trastornos de la personalidad en el DSM-5: un análisis crítico. *Actas Esp Psiquiatra, 43*(5), 177-86.
- Etchevers, M., González, M., Sacchetta, L., Iacononi, C., Muzzio, G., & Miceli, C. (2010). Relación terapéutica: su importancia en la psicoterapia. In Memorias del II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XVII Jornadas de Investigación. VI Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR 3, 49-52.
- Eysenck, H. J. (1947). Student selection by means of psychological tests—a critical survey. *British Journal of Educational Psychology, 17*(1), 20-39.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of consulting psychology, 16*(5), 319.
- Eysenck, H. J. (1960). *The structure of human personality*. Londres: Routledge and Keagan Paul.
- Eysenck, S. B. & Eysenck, H. J. (1985). A revised version of the psychoticism scale. *Personality and individual differences, 6* (1), 21-29.
- Eysenck, H. J. (1992). Four ways five factors are not basic. *Personality and individual differences, 13* (6), 667-673.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. G. B. (1965). *The Eysenck personality inventory*.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, S. G. B. (1994). *Manual of the Eysenck personality questionnaire:(EPQ-R adult)*. EdITS/Educational and Industrial Testing Service.

- Facio, A., Prestofelippo, M. E., & Sireix, M. C. (2015). La estructura de la personalidad evaluada a través del neo-pi-r. diferencias de edad entre adultos emergentes, adultos jóvenes y adultos mayores en una muestra argentina. En *VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.
- Farías, C. (2003). Diccionario de frases y aforismo latinos. Una compilación sencilla de términos jurídicos. *Instituto de Investigaciones jurídicas serie Estudios jurídicos*, (51).
- Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F., & Luciano, J. V. (2017). World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and rehabilitation*, 39(23), 2347-2380.
- Feixas, G., & Miró, M. T. (1993). *Aproximaciones a la psicoterapia: Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferguson, C. J. (2010). A meta-analysis of normal and disordered personality across the life span. *Journal of personality and social psychology*, 98(4), 659.
- Ferguson, S. L., & Hull, D. M. (2018). Personality profiles: Using latent profile analysis to model personality typologies. *Personality and Individual Differences*, 122, 177-183.
- Fernández Liporace, M. M., Cayssials, A., & Pérez, M. (2009). *Curso básico de Psicometría*. Buenos Aires: Lugar.
- Fernández-Ballesteros, R. (1980). *Concepto y metodología*. Madrid: Cincel.
- Fernández-Ballesteros, R. (1996). *Introducción a la evaluación psicológica*. Madrid: Síntesis.
- Fernández, O., Pérez, C., Gloger, S., & Krause, M. (2015). Importancia de los Cambios Iniciales en la Psicoterapia con Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 33(3), 247-255.

- Few, L. R., Lynam, D. R., & Miller, J. D. (2015). Impulsivity-related traits and their relation to DSM–5 section II and III personality disorders. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 6(3), 261.
- Fiedler, P. & Rogge, K. E. (1989). Zur Prozeßuntersuchung psychotherapeutischer Episoden. Ausgewählte Beispiele und Perspektiven. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 45-54.
- Fierro, A. (1996). El ámbito de la personalidad en psicología, en A. Fierro (comp.). *Manual de Psicología de la Personalidad*. Barcelona: Paidós.
- Fiestas, F., & Piazza, M. (2014). Prevalencia de vida y edad de inicio de trastornos mentales en el Perú urbano: Resultados del estudio mundial de salud mental, 2005. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 31, 39-47.
- Fiorini, H. J. (2002). *Teoría y técnica de psicoterapias*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Fischer, E. H., & Cohen, S. L. (1972). Demographic correlates of attitude toward seeking professional psychological help. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39(1), 70.
- Fiske, D. W. (1949). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different sources. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 44(3), 329.
- Fleeson, W. (2001). Toward a structure- and process-integrated view of personality: Traits as density distributions of states. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 1011-1027.
- Flores, R. P. (2016). Intereses dominantes de la personalidad en la práctica educativa de estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo: RIDE*, 6(12), 95-113.
- Fossati, A., Borroni, S., Somma, A., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2017). Testing relationships between DSM–5 Section III maladaptive traits and measures of self and

- interpersonal impairment in Italian community dwelling adults. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 8(3), 275.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *The Journal of psychology*, 8(2), 389-413.
- Frankl, V. E. (1946). *Man's searching for meaning*. Bandung: Nusa Cendikia.
- Fredrickson, B. (2000). Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. *Prevention & treatment*, 3(1), 1a.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity*. New York: Crown.
- Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & emotion*, 19(3), 313-332.
- Fredrickson, B. L., & Le Nguyen, K. D. (2017). Positive Emotions and Well-Being. In *Positive Psychology* (pp. 29-45). Routledge.
- Freiberg Hoffmann, A., Stover, J. B., de la Iglesia, G. & Fernández Liporace, M. (2013). Correlaciones Policóricas y Tetracóricas en Estudios Exploratorios y Confirmatorios. *Ciencias Psicológicas*, 7(2), 151-164.
- Freud, S. (1904). *El método psicoanalítico de Freud. Obras completas*, 7. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1917). *Duelo y melancolía. Obras completas*, 14, 235-255. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1939). *Obras completas*. España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1964). Analysis terminable and interminable. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Volume XXIII (1937-1939): Moses and Monotheism, An Outline of Psycho-Analysis and Other Works* (pp. 209-254).

- Freud, S. (1981). *Obras completas*. España: Biblioteca Nueva.
- Freud, S. (1985). Tres ensayos para una teoría sexual. En: *Obras completas* (4 ed.) Editorial Biblioteca Nueva: Madrid. Tomo II. pp. 1169 – 1237.
- Friedman, H. S. (2000). Long-term relations of personality and health: Dynamisms, mechanisms, tropisms. *Journal of Personality*, 68, 1089– 1108.
- Fumero, A., & Navarrete, G. (2016). Personalidad y malestar psicológico: Aplicación de un Modelo de Redes Neuronales. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 41(1).
- Fuster, A. B., & Fernández-Álvarez, H. (2002). *Trastornos de la personalidad*. Buenos Aires: Síntesis.
- Gable, S. L., & Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology. *Review of general psychology*, 9(2), 103.
- Gancedo, M. (2008). Historia de la Psicología Positiva. Antecedentes, aportes y proyecciones. *Prácticas en psicología positiva*, 11-38.
- Gancedo, M. (2010). Reflexiones y experiencias acerca del aprendizaje de la Psicología Positiva y los Enfoques Salugénicos. *Psicodebate*, 10, 83-102.
- Gander, F., Proyer, R. T., Ruch, W., & Wyss, T. (2013). Strength-based positive interventions: Further evidence for their potential in enhancing well-being and alleviating depression. *Journal of Happiness Studies*, 14(4), 1241-1259.
- García-Haro, J., García-Pascual, H., & González, M. G. (2018). Cuando los síntomas no dejan ver el sentido. Viaje existencial al centro de la psicoterapia. *Revista de Psicoterapia*, 29(109), 39-67.
- García, H. D., & Fantin, M. B. (2016). Percepción de eficacia de la psicoterapia en Argentina. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 21(1), 155-169.
- Garfield, S. L. (1981). Evaluating the psychotherapies. *Behavior Therapy*, 12(3), 295-307.

- Garratt, G., Ingram, R. E., Rand, K. L., & Sawalani, G. (2007). Cognitive processes in cognitive therapy: Evaluation of the mechanisms of change in the treatment of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(3), 224-239.
- Garrido, L., Santelices, M. P., & Pierrehumbert, B. (2009). Validación chilena del cuestionario de evaluación de apego en el adulto CAMIE. *Revista Latinoamericana de Psicología, 41*(1), 81-98.
- Geiger, K. A., & Kwon, P. (2010). Rumination and depressive symptoms: Evidence for the moderating role of hope. *Personality and Individual Differences, 49*(5), 391-395.
- Genise, G. (2015). Relación entre el estilo personal del terapeuta, estilo de apego y factores de personalidad del terapeuta. *Psicod debate. Psicología, Cultura y Sociedad, 15*(1), 9-22.
- Gentiletti, G. G., Tomiozzo, P. M., Cian, L. M., & Paschetta, F. (2016). Dirección Técnica de Productos Médicos: el impacto de la Ley de Educación Superior en el ejercicio profesional. *Revista Argentina de Bioingeniería, 20*(1), 47-49.
- Gervasi, A. M., La Marca, L., Lombardo, E., Mannino, G., Iacolino, C., & Schimmenti, A. (2017). Maladaptive Personality Traits and Internet Addiction Symptoms among Young Adults: A Study based on the alternative DSM-5 Model for Personality Disorders. *Clinical Neuropsychiatry, 14*(1).
- Gibbons, M. B. C., Thompson, S. M., Mack, R. A., Lee, J. K., & Crits-Christoph, P. (2015). The relation of baseline skills to psychotherapy outcome across diverse psychotherapies. *Journal of clinical psychology, 71*(6), 491-499.
- Gili, M., Campayo, J. G., & Roca, M. (2014). Crisis económica y salud mental. Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria, 28*, 104-108.
- Gillespie, L. D., Gillespie, W. J., Robertson, M. C., Lamb, S. E., Cumming, R. G., & Rowe, B. H. (2003). Interventions for preventing falls in elderly people. *Cochrane Database Syst Rev, 4*.

- Gilmour, H. (2014). Positive mental health and mental illness. *Health reports*, 25(9), 3-9.
- Glen, E. (1981). History and the life course. *Biography and society: The life history approach in the social sciences*, 77-115.
- Glicksohn, J., Golan-Smooha, H., Naor-Ziv, R., Aluja Fabregat, A., & Zuckerman, M. (2015). Uncovering the structure of personality space, with a focus on the ZKA-PQ. *International Journal of Personality Psychology*, 2018, vol. 4, num. 1, p. 13-24.
- Godoy, J. (1999). Psicología de la salud: Delimitación conceptual. En Miguel Angel Simón (Ed.), *Manual de psicología de la salud. Fundamentos, metodología y aplicaciones* (pp. 39-76). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- Goldberg, L. R. (1981). Language and individual differences: The search for universals in personality lexicons. *Review of personality and social psychology*, 2(1), 141-165.
- Goldberg, L. R. (1999). A broad-bandwidth, public domain, personality inventory measuring the lower-level facets of several five-factor models. *Personality psychology in Europe*, 7(1), 7-28.
- Goldberg, L. R., Johnson, J. A., Eber, H. W., Hogan, R., Ashton, M. C., Cloninger, C. R., & Gough, H. G. (2006). The international personality item pool and the future of public-domain personality measures. *Journal of Research in personality*, 40(1), 84-96.
- Goldberg, S. B., Rousmaniere, T., Miller, S. D., Whipple, J., Nielsen, S. L., Hoyt, W. T., & Wampold, B. E. (2016). Do psychotherapists improve with time and experience? A longitudinal analysis of outcomes in a clinical setting. *Journal of Counseling Psychology*, 63(1), 1.
- Goldfried, M. R., Greenberg, L. S., & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. *Annual review of psychology*, 41(1), 659-688.

- Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2012). ¿Cómo sabemos si nuestros pacientes mejoran? Criterios para la significancia clínica en psicoterapia: Un debate que se renueva. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 21.
- Gómez, D. & Zabuido, X. (1996). *Salud y prevención nuevas aportaciones de la evaluación psicológica*. Madrid: La España Moderna.
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2015). La validación de un índice de bienestar para población adolescente y adulta de la ciudad de Buenos Aires. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 7(2), 1.
- Góngora, V. C., & Castro Solano, A. (2017). Pathological Personality Traits (DSM-5), Risk Factors, and Mental Health. *SAGE Open*, 7(3), DOI: 2158244017725129
- Góngora, V., & Solano, A. C. (2018). Bienestar emocional, psicológico y social y variables demográficas en población adulta de la ciudad de Buenos Aires. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 18(1), 72-83.
- González, O., Pérez, N. & Redondo, M. (2007). Procesos básicos en una aproximación cognitivo-conductual a los trastornos de personalidad. *Clínica y salud*. 18, 3. 401-423.
- Gore, W. L., y Widiger, T. A. (2013). The DSM-5-dimensional trait model and five-factor models of general personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 122, 816-821.
- Gough, H. G., & Bradley, P. (1996). *California personality inventory manual*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists.
- Grant, B. F., Goldstein, R. B., Saha, T. D., Chou, S. P., Jung, J., Zhang, H. & Hasin, D. S. (2015). Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions III. *JAMA psychiatry*, 72(8), 757-766.

- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors?. *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(5), 372.
- Guerra Vio, C., Mújica Platz, A., Nahmias Bermúdez, A., & Rojas Vidal, N. (2011). Psychometric examination of the self-care behaviors scale for clinical psychologists. *Revista Latinoamericana de Psicología, 43*(2), 319-328.
- Guilford, D. W. (1959). Consistency of the factorial structures of personality ratings from different source. *Journal of Abnormal and Social psychology, 44*(3), 329-344.
- Gunderson, J. G. (1979). The relatedness of borderline and schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin, 5*(1), 17.
- Gutiérrez, F., Torrens, N., Boget, T., Martín-Santos, R., Sangorrin, J., Pérez, G., & Salamero, M. (2001). Psychometric properties of the Temperament and Character Inventory (TCI) questionnaire in a Spanish psychiatric population. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 103*(2), 143-147.
- Haaga, D. A. (2007). Could we speed this up? Accelerating progress in research on mechanisms of change in cognitive therapy of depression. *Clinical Psychology: Science and Practice, 14*(3), 240-243.
- Hahn, E., Gottschling, J., Bleidorn, W., Kandler, C., Spengler, M., Kornadt, A. E., ... & Lang, V. (2016). What drives the development of social inequality over the life course? The German TwinLife study. *Twin Research and Human Genetics, 19*(6), 659-672.
- Harden, K. P., Quinn, P. D., & Tucker-Drob, E. M. (2012). Genetically influenced change in sensation seeking drives the rise of delinquent behavior during adolescence. *Developmental science, 15*(1), 150-163.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L., Slade, K., & Lutz, W. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist/client

- feedback and clinical support tools. *Journal of Psychotherapy Research*, 17, 379-392.
doi:10.1080/10503300600702331
- Hartmann, A., Joos, A., Orlinsky, D. E., & Zeeck, A. (2015). Accuracy of therapist perceptions of patients' alliance: Exploring the divergence. *Journal of Psychotherapy Research*, 25(4), 408-419.
- Harzer, C., & Ruch, W. (2015). The relationships of character strengths with coping, work-related stress, and job satisfaction. *Front. Psychol.* 6:165. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00165
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1942). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Hawkins, E. J., Lambert, M. J., Vermeersch, D. A., Slade, K., & Tuttle, K. (2004). The effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Journal of Psychotherapy Research* 14, 308-327. doi:10.1093/ptr/kph027
- Heinze, G., Vargas, B. E., & Cortés Sotres, J. F. (2008). Síntomas psiquiátricos y rasgos de personalidad en dos grupos opuestos de la Facultad de Medicina de la UNAM. *Salud mental*, 31(5), 343-350.
- Helmeke, K. B. & Sprenkle, D. H. (2000). Clients' perceptions of pivotal moments in couples therapy: A qualitative study of change in therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 26, 4, 469-483.
- Helliwell, J.F. (2003). How's life? Combining individual and national variations to explain subjective well-being. *Economic Modelling*, 20, 331–360.
- Henry, W. P. (1998). Science, politics and the politics of science: The use and misuse of empirically validated treatment research. *Journal of Psychotherapy Research*, 8, 126-140.
- Hernández Córdoba, Á. (2007). Supervisión de psicoterapeutas sistémicos: un crisol para devenir instrumentos de cambio. *Diversitas*, 3(2), 227-238.

- Hidalgo, C. G., Hayden, V., Santis, R., Jaramillo, A., Lasagna, A., & Armijo, I. (2011). Desafíos y logros de la implementación de una intervención psicosocial de outreach familiar sistémico (IOFS) en jóvenes consumidores de drogas. *De Familias y Terapias*, (31).
- Hill, C. E. (1990). Exploratory in-session process research in individual psychotherapy: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 288-294.
- Hill, C. E., Spiegel, S. B., Hoffman, M. A., Kivlighan Jr, D. M., & Gelso, C. J. (2017). Therapist expertise in psychotherapy revisited. *The Counseling Psychologist*, 45(1), 7-53.
- Hoff, K. A., Briley, D. A., Wee, C. J., & Rounds, J. (2018). Normative changes in interests from adolescence to adulthood: A meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 144(4), 426.
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 621.
- Holmqvist, R., Philips, B., & Barkham, M. (2015). Developing practice-based evidence: Benefits, challenges, and tensions. *Journal of Psychotherapy Research*, 25(1), 20-31.
- Holtzman, W. H. (1968). Holtzman inkblot technique. In *Projective techniques in personality assessment* (pp. 136-170). Berlin: Springer.
- Hone, L. C., Jarden, A., Schofield, G. M., & Duncan, S. (2014). Measuring flourishing: The impact of operational definitions on the prevalence of high levels of wellbeing. *International Journal of Wellbeing*, 4(1).
- Hooker, K., & McAdams, D. P. (2003). Personality reconsidered: A new agenda for aging research. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 58(6).

- Hopwood, C. J., Donnellan, M. B., Blonigen, D. M., Krueger, R. F., McGue, M., Iacono, W. G., & Burt, S. A. (2011). Genetic and environmental influences on personality trait stability and growth during the transition to adulthood: A three-wave longitudinal study. *Journal of personality and social psychology, 100*(3), 545.
- Hopwood, C. J., Thomas, K. M., Markon, K. E., Wright, A. G., & Krueger, R. F. (2012). DSM-5 personality traits and DSM-IV personality disorders. *Journal of abnormal psychology, 121*(2), 424-432.
- Hopwood, C.J., Wright, A.G., Krueger, R.F., Shade, N., Markon, K.E., & Morey, L. C. (2013). DSM-5 Pathological personality traits and the Personality Assessment Inventory. *Assessment, 20*, 269-285.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Bartholomew, K. (1993). Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 549.
- Horvath, A. O. (2001). The therapeutic alliance: Concepts, research and training. *Australian Psychologist, 36*(2), 170-176.
- Howard, K. I., Lueger, R. J., Maling, M. S., & Martinovich, Z. (1993). A phase model of psychotherapy outcome: causal mediation of change. *Journal of consulting and clinical psychology, 61*(4), 678.
- Howell, R. T., Kern, M. L., & Lyubomirsky, S. (2007). Health benefits: Meta-analytically determining the impact of well-being on objective health outcomes. *Health Psychology Review, 1*(1), 83-136.
- Hudson, N. W., & Fraley, R. C. (2017). Volitional personality change. In *Personality development across the lifespan* (pp. 555-571).

- Hudson, N. W., Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2017). Day-to-day affect is surprisingly stable: a 2-year longitudinal study of well-being. *Social psychological and personality science*, 8(1), 45-54.
- Hull, C. (1943). *Principles of behavior*. New York: Appleton.
- Hunot, V., Churchill, R., Silva de Lima, M., & Teixeira, V. (2007). Terapias psicológicas para el trastorno de ansiedad generalizada. *Cochrane Database Syst Rev*, 1.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 1(2), 137-164.
- Huppert, F. A., & So, T. T. C. (2013). Flourishing Across Europe: Application of a New Conceptual Framework for Defining Well-Being. *Social Indicators Research*, 110(3), 837-861. DOI: 10.1007/s11205-011-9966-7.
- Huppert, F.A., & Whittington, J.E. (2003). Evidence for the independence of positive and negative well-being: Implications for quality of life assessment. *British Journal of Health Psychology*, 8, 107–122.
- Huppert, F.A., Walters, D.E., Day, N., & Elliott, B.J. (1989). The factor structure of the General Health Questionnaire (GHQ-30): A reliability study on 6317 community residents. *British Journal of Psychiatry*, 155, 178–185.
- Huta, V., & Hawley, L. (2010). Psychological strengths and cognitive vulnerabilities: Are they two ends of the same continuum or do they have independent relationships with well-being and ill-being?. *Journal of Happiness Studies*, 11, 71–93.
- Huta, V., & Ryan, R. M. (2010). Pursuing pleasure or virtue: The differential and overlapping well-being benefits of hedonic and eudaimonic motives. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 735-762.

- Jackson, J. J., Thoemmes, F., Jonkmann, K., Lüdtke, O., & Trautwein, U. (2012). Military training and personality trait development: Does the military make the man, or does the man make the military?. *Psychological science*, 23(3), 270-277.
- Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: a statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of consulting and clinical psychology*, 59(1), 12.
- Jafar, H. (2012). Personality characteristic in smokers and nonsmokers according to the five factor model of personality. *Journal of psychology*, 16 (3), pp. 252-250.
- Jahoda, M. (1958). *Current concepts of positive mental health*. New York: Van Nostrand.
- James, W. (1902). *The varieties of religious experience: A study in human nature*. New York: Longman, Green.
- John, O. P., & Srivastava, S. (1999). The Big Five trait taxonomy: History, measurement, and theoretical perspectives. *Handbook of personality: Theory and research*, 2(1999), 102-138.
- John, O. P., Donahue, E. M., & Kentle, R. L. (1991). *The big five inventory: Versions 4a and 54*, institute of personality and social research. California: Berkeley, CA.
- John, O. (1990). The five factor taxonomy: Dimension of personality in the natural language and in questionnaires. In L. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and Research*. New York: Guilford Press
- Joyce, A. S. & Piper, W. E. (1998). Expectancy, the therapeutic alliance, and treatment outcome in short-term individual psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Research*, 7, 236-248.
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, 3(25), 1-23.

- Kandler, C., Bleidorn, W., Riemann, R., Spinath, F. M., Thiel, W., & Angleitner, A. (2010). Sources of cumulative continuity in personality: A longitudinal multiple-rater twin study. *Journal of Personality and Social Psychology, 98*(6), 995.
- Karaś, D., Ciecuch, J., & Keyes, C. L. (2014). The polish adaptation of the mental health continuum-short form (MHC-SF). *Personality and Individual Differences, 69*, 104-109.
- Karyotaki, E., Ebert, D. D., Donkin, L., Riper, H., Twisk, J., Burger, S., ... & Geraedts, A. (2018). Does guided internet-based interventions result in clinically relevant changes for patients with depression? An individual participant data meta-analysis. *Clinical psychology review*.
- Kashdan, T. B., Biswas-Diener, R., & King, L. A. (2008). Reconsidering happiness: The costs of distinguishing between hedonics and eudaimonia. *The Journal of Positive Psychology, 3*(4), 219-233.
- Kazdin, A. E. (2015). Treatment as usual and routine care in research and clinical practice. *Clinical Psychology Review, 42*, 168-178.
- Keegan, E. (2008). *Escritos de psicoterapia cognitiva*. Buenos Aires: Eudeba.
- Kelly, G. A. (1950). *The psychology of personal constructs*. Volume 1: A theory of personality. WW Norton and Company.
- Kelly, G. A. (1966). *Teoría de la personalidad: la psicología de las construcciones personales*. Trokel.
- Kendler, K. S., Aggen, S. H., Neale, M. C., Knudsen, G. P., Krueger, R. F., Tambs, K. & Reichborn-Kjennerud, T. (2015). A longitudinal twin study of cluster A personality disorders. *Psychological medicine, 45*(7), 1531-1538.
- Kernberg, O. F. (2001). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós.
- Keyes, C. L. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of health and social behavior, 207-222*.

- Keyes, C. L. (2005). Mental Illness and/or Mental Health? Investigating Axioms of the Complete State Model of Health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 3*, 539–548.
- Keyes, C. L. (2006). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: An introduction. *Social indicators research, 77*(1), 1-10.
- Keyes, C. L. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing: A complementary strategy for improving national mental health. *American psychologist, 62*(2), 95.
- Keyes, C. L., & Haidt, J. E. (2003). Flourishing: Positive psychology and the life well-lived. *American Psychological Association.*
- Keyes, C. L., & Shapiro, A. D. (2004). Social well-being in the United States: A descriptive epidemiology. *How healthy are we, 15*(3), 350-72.
- Keyes, C. L., & Simoes, E. J. (2012). To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality. *American Journal of Public Health, 102*(11), 2164-2172.
- Keyes, C. L., Dhingra, S. S., & Simoes, E. J. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health, 100*(12), 2366-2371.
- Keyes, C. L., Wissing, M., Potgieter, J. P., Temane, M., Kruger, A., & Van Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum–short form (MHC–SF) in setswana-speaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy, 15*(3), 181-192.
- King, L. A., & Mitchell, G. L. (2015). Lost Possible Selves and Personality Development. In *Traumatic Stress and Long-Term Recovery* (pp. 309-325). Springer, Cham.
- Kinslinger, H. J. (1966). Application of projective techniques in personnel psychology since 1940. *Psychological Bulletin, 66*(2), 134.

- Kivlighan Jr, D. M., Gelso, C. J., Ain, S., Hummel, A. M., & Markin, R. D. (2015). The therapist, the client, and the real relationship: An actor-partner interdependence analysis of treatment outcome. *Journal of Counseling Psychology, 62*(2), 314.
- Klein, J. W., Peacock, S., Tsui, J. I., O'Neill, S. F., DesRoches, C. M., & Elmore, J. G. (2018). Perceptions of Primary Care Notes by Patients With Mental Health Diagnoses. *The Annals of Family Medicine, 16*(4), 343-345.
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. London: Routledge.
- Knight, R. P. (1941). Evaluation of the results of psychoanalytic therapy. *American Journal of Psychiatry, 98*(3), 434-446.
- Koch, H. L. (1955). Some personality correlates of sex, sibling position, and sex of sibling among five-and six-year-old children. *Genetic Psychology Monographs*.
- Kogan, N. (1990). Personality and aging. *Handbook of the psychology of aging, 3*, 330-346.
- Kogan, N. (2017). Research on Cognitive, Personality, and Social Psychology: II. In *Advancing Human Assessment* (pp. 413-452). Springer, Cham.
- Kotov, R., Krueger, R. F., Watson, D., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Bagby, R. M. & Eaton, N. R. (2017). The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of abnormal psychology, 126*(4), 454.
- Kraemer, H. C., Morgan, G. A., Leech, N. L., Gliner, J. A., Vaske, J. J., & Harmon, R. J. (2003). Measures of clinical significance. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 42*(12), 1524-1529.
- Kraepelin, E. (1970). Manic depressive insanity and paranoia. *The Journal of Nervous and Mental Disease, 53*(4), 350.
- Kramer, U., & Stiles, W. B. (2015). The responsiveness problem in psychotherapy: A review of proposed solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice, 22*(3), 277-295.

- Kramer, U., Berthoud, L., Keller, S., & Caspar, F. (2014). Motive-oriented psychotherapeutic relationship facing a patient presenting with narcissistic personality disorder: A case study. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 44*(2), 71-82.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S., & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research, 21*(3), 267-276.
- Kraus, D. R., Seligman, D. A., & Jordan, J. R. (2005). Validation of a behavioral health treatment outcome and assessment tool designed for naturalistic settings: The Treatment Outcome Package. *Journal of Clinical Psychology, 61*(3), 285-314.
- Krause, M. (1998). Construcción y transformación de teorías subjetiva a través de la psicoterapia. *Terapia Psicológica, 7*, 29-43.
- Krause, M. (2005). *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Buenos Aires: Universidad Católica.
- Krause, M. (2011). *Efectos Subjetivos de la Ayuda Psicológica Discusión Teórica y Presentación de un Estudio Empírico*. Psykhe, 1(1).
- Krause, M., Altimir, C., Pérez, J. C., & De la Parra, G. (2015). Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Journal of Psychotherapy Research, 25*(5), 533-545.
- Kretschmer, E. (1995). *Physique and Character: An Investigation of the Nature of Constitution and of the Theory* (Vol. 142). Routledge.
- Krueger, R. F., & Markon, K. E. (2014). The role of the DSM-5 personality trait model in moving toward a quantitative and empirically based approach to classifying personality and psychopathology. *Annual review of clinical psychology, 10*, 477-501.

- Krueger, R. F., Derringer, J., Markon, K. E., Watson, D., & Skodol, A. E. (2013). *The Personality Inventory for DSM-5 (PID-5)-Adult*. Massachusetts: American Psychiatric Association.
- Kuyken, W., Fothergill, C. D., Musa, M., & Chadwick, P. (2005). The reliability and quality of cognitive case formulation. *Behaviour Research and Therapy*, *43*(9), 1187-1201.
- Kwon, S. M., & Oei, T. P. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *34*(1), 73-85.
- Lambert, M. J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, *9*(4), 469-485.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. *Psychotherapy*, *50*(1), 42-51.
- Lambert, M. & Barley, D. (2001). Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *38*, 357-361.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. *Handbook of psychotherapy and behavior change*, *4*, 143-189.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Journal of Psychotherapy Research*, *19*(4-5), 493-501.
- Lambert, M. J. & Shimokawa, K. (2011). Collecting client feedback. In J.C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work* (2nd ed., pp. 203-223). New York: Oxford University Press.
- Lambert, M. & Supplee, E. (1997). Trends and practice in psychotherapy outcome assessment and their implications for psychotherapy and applied personality. In R.

- Hogan, J. Johnson, S. Briggs. (Eds). *Handbook of personality psychology*. New York: Academic Press.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S.L., & Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on client progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced?. *Journal of Psychotherapy Research, 11*, 49_68. doi:10.1080/713663852
- Lamers, S. M., Westerhof, G. J., Kovács, V., & 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*(5), 517-524.
- Lana, F., Sánchez-Gil, C., Ferrer, L., López-Patón, N., Litvan, L., Marcos, S. & Pérez, V. (2015). Efectividad de un programa terapéutico integrado para trastornos graves de la personalidad. Seguimiento pragmático de 36 meses. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental, 8*(1), 3-10.
- Lao, R.C. (1970). Internal-external control and competent and innovative behavior among Negro college students. *Journal of Personality and Social Psychology, 14*, 263-270.
- Larsen, R., Diener, E., Emmons, R. (1985). An evaluation of subjective well-being measures. *Social Indicators Research, 17*, 1-17.
- Larsson, H., Dilshad, R., Lichtenstein, P., & Barker, E. D. (2011). Developmental trajectories of DSM-IV symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder: Genetic effects, family risk and associated psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 52*(9), 954-963.
- Lavy, S., & Littman-Ovadia, H. (2017). My better self: using strengths at work and work productivity, organizational citizenship behavior and satisfaction. *J. Career Dev. 44*, 95–109. doi: 10.1177/0894845316634056
- Leal, I. Vidales, F. & Vidales, I. (1997). *Psicología General*. México: Limusa.

- Leary, T. (1957). *Interpersonal Diagnosis of Personality*. New York, NY: Ronald Press.
- Lebow, J. L., & Jenkins, P. H. (2018). What Can We Say About the Effectiveness of Psychotherapy?. *Research for the Psychotherapist*, 53-58.
- Lehmann, R., Denissen, J. J., Allemand, M., & Penke, L. (2013). Age and gender differences in motivational manifestations of the Big Five from age 16 to 60. *Developmental psychology*, 49(2), 365.
- Leiderman, E. (2008). *Prevalencia de tratamiento psicoterapéutico en los habitantes de la ciudad de Buenos Aires*. ERTE, 261.
- Leising, D., Rogers, K. & Ostner, J. (2009). The Undisordered Personality: Normative Assumptions Underlying Personality Disorder Diagnoses. *Review of General Psychology*, 13 (3), 230-241.
- Leszko, M., Elleman, L. G., Bastarache, E. D., Graham, E. K., & Mroczek, D. K. (2016). Future directions in the study of personality in adulthood and older age. *Gerontology*, 62(2), 210-215.
- Lévy, J. P., Martín, M. T., y Román, M. V. (2006). Optimización según estructuras de covarianzas. En J. P. Lévy y J. Varela (Eds.). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales* (pp. 11-30). Coruña: Netbiblo.
- Lim, Y. J., Ko, Y. G., Shin, H. C., & Cho, Y. (2013). Prevalence and correlates of complete mental health in the South Korean adult population. In *Mental Well-Being* (pp. 91-109). Springer, Dordrecht.
- Linares-Ortiz, J., Robles-Ortega, H., & Peralta-Ramírez, M. I. (2014). Modificación de la personalidad mediante una terapia cognitivo-conductual de afrontamiento al estrés. *Anales de psicología*, 30(1), 114-122.

- Lindfors, P., Berntsson, L., & Lundberg, U. (2006). Factor structure of Ryff's psychological well-being scales in Swedish female and male white-collar workers. *Personality and Individual Differences, 40*, 1213–1222.
- Links, P. S., Shah, R., & Eynan, R. (2017). Psychotherapy for borderline personality disorder: Progress and remaining challenges. *Current psychiatry reports, 19*(3), 16.
- Linley, P., Joseph, S., Harrington, S., & Wood, A. M. (2006). Positive psychology: Past, present, and (possible) future. *The Journal of Positive Psychology, 1*(1), 3-16.
- Lombroso, C. (1902). *Medicina legal*. Madrid: La España Moderna.
- Lorion, R. (1974). Social class, treatment, attitudes, and expectations. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 42*, 920.
- Lorr, M., & Strack, S. (1994). Personality profiles of police candidates. *Journal of Clinical Psychology, 50*(2), 200-207.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brian, C., & Auerbach, A. (1985). Therapist's success and its determinants. *Archives of General Psychiatry, 42*, 602–611.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: ¿Is it true that “everyone has won and all must have prizes”? *Archives of General Psychiatry, 32*, 995-1008.
- Lucas, R. E. (2007). Long-term disability is associated with lasting changes in subjective well-being: evidence from two nationally representative longitudinal studies. *Journal of personality and social psychology, 92*(4), 717.
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2011). Personality development across the life span: Longitudinal analyses with a national sample from Germany. *Journal of personality and social psychology, 101*(4), 847.

- Lüdtke, O., Roberts, B. W., Trautwein, U., & Nagy, G. (2011). A random walk down university avenue: life paths, life events, and personality trait change at the transition to university life. *Journal of personality and social psychology, 101*(3), 620.
- Luhmann, M., Hofmann, W., Eid, M., & Lucas, R. E. (2012). Subjective well-being and adaptation to life events: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 102*(3), 592–615.
- Luhmann, M., Orth, U., Specht, J., Kandler, C., & Lucas, R. E. (2014). Studying changes in life circumstances and personality: It's about time. *European Journal of Personality, 28*(3), 256-266.
- Luna, J. A., & Luna, J. A. (1996). *Logoterapia: un enfoque humanista existencial*. Buenos Aires: San Pablo.
- Lupano Perugini, M. L., de la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Fernández Liporace, M. (2017). Validación de una Escala sobre Work Engagement. Perfiles asociados a alta Performance y Satisfacción Laboral. *Ciencias Psicológicas, 11*(2), 127-137.
- Lyubomirsky, S. (2007). *The how of happiness: A scientific approach to getting the life you want*. New York, NY, US: Penguin Press.
- Llewelyn, S. P., Elliott, R., Shapiro, D. A., Hardy, G., & Firth-Cozes, J. A. (1988). Client perceptions of significant events in prescriptive and exploratory periods of individual therapy. *British Journal of Clinical Psychology, 27*, 105-114.
- Lluís Font, J. M. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema, 14*(4).
- Lluís, J. (2002). Personalidad: esbozo de una teoría integradora. *Psicothema, 14* (4), 693-701.
- Macdonald, C., Bore, M., & Munro, D. (2008). Values in action scale and the Big 5: An empirical indication of structure. *Journal of Research in Personality, 42*(4), 787-799.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure: A method of personality investigation*. Springfield: Charles Thomas.

- MacNair-Semands, R. R. (2002). Predicting attendance and expectations for group therapy. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(3), 219.
- MacNair, R. R., & Corazzini, J. G. (1994). Client factors influencing group therapy dropout. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 31(2), 352.
- Maddux, J. E., Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2004). Toward a Positive Clinical Psychology: Deconstructing the Illness Ideology and Constructing an Ideology of Human Strengths and Potential. In P. A. Linley & S. Joseph (Eds.), *Positive psychology in practice* (pp. 320-334). Hoboken, NJ, US: John Wiley & Sons Inc.
- Marsh, H. W., Nagengast, B., & Morin, A. J. (2013). Measurement invariance of big-five factors over the life span: ESEM tests of gender, age, plasticity, maturity, and la dolce vita effects. *Developmental psychology*, 49(6), 1194.
- Maslow, A.H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper.
- Maslow, A.H. (1968). *Toward a psychology of being*. New York: Van Nostrand.
- McCrae, R. R. & Allik, J. (2002). *The five-factor model of personality across cultures*. Nueva York: Plenum.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1994). The stability of personality: Observations and evaluations. *Current directions in psychological science*, 3(6), 173-175.
- McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (1999). A five-factor theory of personality. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 139-153.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2003). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective*. Guilford Press.
- McCrae, R. R., Costa Jr, P. T., Ostendorf, F., Angleitner, A., Hřebíčková, M., Avia, M. D., ... & Saunders, P. R. (2000). Nature over nurture: temperament, personality, and life span development. *Journal of personality and social psychology*, 78(1), 173.

- McDougall, W. (1932). Of the words character and personality. *Journal of Personality, 1*(1), 3-16.
- McReynolds, P. (1975). *Preface: Advances in psychological assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Meltzoff, J. & Kornreich, M. (1970). *Research in Psychotherapy*. Nueva York: Atherton Press.
- Messer, S. B., & Wampold, B. E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice, 9*(1), 21-25.
- Meyer, A.E. (1990). Eine Taxonomie der bisherigen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 14*, 287-291.
- Meza, J. P. A., Espinoza, T. A., Contreras, P. H. L., Becerra, J. N. M., Martínez, B. R., del Toro, L. R., & Contreras, M. P. (2017). *Tópicos Selectos de Logoterapia: Seis casos de aplicación*. Instituto de Reingeniería Actitudinal-INDRAC.
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Brown, J., Sparks, J. A., & Claud, D. A. (2003). The Outcome rating scale: a preliminary study of the reliability, validity, and feasibility of a Brief visual Analog Measures. *Journal of Brief Therapy, 2*(2), 91-100.
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Chow, D. L., & Seidel, J. A. (2013). The outcome of psychotherapy: yesterday, today, and tomorrow. *Psychotherapy, 50*, 88-97.
- Millon, T. (1969). *Psicopatología moderna*. Buenos Aires: Salvat.
- Millon, T. (1985). *Personality disorders: a biosocial learning approach*. New York: Wiley
- Millon, T. (1996). *Disorders of Personality*. Nueva York: Wiley & Sons.
- Millon, T. (1997). *Inventario Millon de estilos de personalidad (MIPS)*. Buenos Aires: Paidós.
- Millon, T. (1999). *Personality-guided therapy*. Nueva York: Wiley & Sons.

- Millon, T. (2012). *MCMII-III. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III*. Madrid: Pearson Psycorp.
- Millon, T., & Davis, R. (1998). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II* [Manual Second Edition]. Bloomington, MN: Pearson Assessments.
- Millon, T., & Everly, G. S. (1994). *La personalidad y sus trastornos: Theodore Millon, George S. Everly, Jr.; traducción de Josep Treserra i Torres; prólogo de Manuel Valdés*. Martínez Roca.
- Mintz, J., Luborsky, L., & Christoph, P. (1979). Measuring the outcomes of psychotherapy: Findings of the Penn Psychotherapy Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 47*(2), 319.
- Mischel, W. (1977). On the future of personality measurement. *American Psychologist, 32*(4), 246.
- Miu, J., Negin, J., Salinas-Rodriguez, A., Manrique-Espinoza, B., Sosa-Ortiz, A. L., Cumming, R., & Kowal, P. (2016). Factors associated with cognitive function in adults in Mexico. *Global health action, 9*(1), 30-47.
- Mongrain, M., & Anselmo-Matthews, T. (2012). Do positive psychology exercises work? A replication of Seligman et al. *Journal of clinical psychology, 68*(4).
- Montaño Sinisterra, M., Palacios Cruz, J., & Gantiva, C. (2009). Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina, 3*(2).
- Moreno, J. B., García, A. M. P., Caballero, J. A. R., Suárez, P. S., & Laffond, B. R. (2013). *Psicología de la personalidad*. Madrid: UNED.
- Morey, L. C. (2015). *Personality Assessment Inventory (PAI)*. John Wiley & Sons, Inc.
- Morey, L. C., & Staff, P. A. R. (1991). Personality assessment inventory. *Personality assessment, 2*, 181-228.

- Morey, L. C., Berghuis, H., Bender, D. S., Verheul, R., Krueger, R. F., & Skodol, A. E. (2011). Toward a model for assessing level of personality functioning in DSM-5, Part II: Empirical articulation of a core dimension of personality pathology. *Journal of Personality Assessment, 93*(4), 347-353.
- Morgan, C. D., & Murray, H. A. (1935). A method for investigating fantasies: The Thematic Apperception Test. *Archives of Neurology & Psychiatry, 34*(2), 289-306.
- Moriana, J. A., & Martínez, V. A. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica, 16*(2), 81-100.
- Moyano, N. C., Martínez Tais, M., & Pilar Muñoz, M. (2013). Propiedades psicométricas de la Escala de Satisfacción con la Vida de Diener. *Revista Argentina de Clínica Psicológica, 22*(2).
- Mroczek, D. K., & Spiro, A. (2007). Personality change influences mortality in older men. *Psychological Science, 18*(5), 371-376.
- Mroczek, D. K., Ozer, D. J., Spiro III, A., & Kaiser, R. T. (1998). Evaluating a measure of the five-factor model of personality. *Assessment, 5*(3), 287-301.
- Mulder, R. T. (2002). Personality pathology and treatment outcome in major depression: areview. *American Journal of Psychiatry, 159*(3), 359-371.
- Mullins-Sweatt, S., & Widiger, T. A. (2007). The Shedler and Westen Assessment Procedure from the perspective of general personality structure. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 618.
- Murstein, B. I. (1961). The complementary need hypothesis in newlyweds and middle-aged married couples. *The Journal of Abnormal and Social Psychology, 63*(1), 194.
- Mustaca, A. E (2004). Tratamientos psicológicos eficaces y ciencia básica. *Revista Latinoamericana de Psicología, 36*, 11-20.

- Mustaca, A. E. (2011). Evaluación objetiva de los tratamientos psicológicos: modelos basados en la ciencia. *Revista Colombiana de psicología*, 20(1), 99-106.
- Muthen, B., & Kaplan, D. (1985). A comparison of some methodologies for the factor analysis of non-normal Likert variables. *British Journal of Mathematical and Statistical Psychology*, 38, 171-189.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (1998–2010). *MPlus Users Guide (6th ed)*. Los Ángeles: Muthén & Muthén.
- Nathan, P. E. (2007). Efficacy, effectiveness, and the clinical utility of psychotherapy research. *The art and science of psychotherapy*, 69-83.
- Nathan, P. E., Stuart, S. P., & Dolan, S. L. (2000). Research on psychotherapy efficacy and effectiveness: Between Scylla and Charybdis?. *Psychological bulletin*, 126(6), 964.
- Neto, J., Neto, F., & Furnham, A. (2014). Gender and psychological correlates of self-rated strengths among youth. *Social indicators research*, 118(1), 315-327.
- Newby, J., Pitura, V. A., Penney, A. M., Klein, R. G., Flett, G. L., & Hewitt, P. L. (2017). Neuroticism and perfectionism as predictors of social anxiety. *Personality and Individual Differences*, 106, 263-267.
- Newton-Howes, J., Tyrer, P., & Johnson, T. (2012). Personality disorder and the outcome of depression: Meta-analysis of published studies. *British Journal of Psychiatry*, 188, 13-20.
- Neyer, F. J., & Lehnart, J. (2007). Relationships matter in personality development: Evidence from an 8-year longitudinal study across young adulthood. *Journal of personality*, 75(3), 535-568.
- Nicholson, I. A. (1998). "Gordon Allport, character, and the culture of personality, 1897–1937". *History of Psychology*, 1(1), 52.

- Nicholson, N. (1998). Personality and entrepreneurial leadership: A study of the heads of the UK's most successful independent companies. *European Management Journal*, 16(5), 529-539.
- Nietzel, M. T., & Fisher, S. G. (1981). Effectiveness of professional and paraprofessional helpers: a comment on Durlak. *Psychological bulletin*, 89(3), 555-565.
- Nolen-Hoeksema, S., & Rector, N. A. (2015). *Abnormal psychology*. Boston: McGraw-Hill.
- Norcross, J. C., & Zimmerman, B. E. (2016). Integrative Psychotherapies in Historical Perspective. *Comprehensive Textbook of Psychotherapy: Theory and Practice*, 188.
- Norman, W. T., & Goldberg, L. R. (1966). Raters, ratees, and randomness in personality structure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 4(6), 681.
- Ogles, B. M. (2013). Measuring change in psychotherapy research. *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 6.
- Olivera Ryberg, J. M., Braun, M., Balbi, P., & Roussos, A. (2011). Intervenciones y cambio en psicoterapia desde la perspectiva del paciente. In *Memorias del III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XVIII Jornadas de Investigación y Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur* (pp. 166-169).
- Olivera, J., Braun, M., Gómez Penedo, J. M., & Roussos, A. (2013). A qualitative investigation of former clients' perception of change, reasons for consultation, therapeutic relationship, and termination. *Psychotherapy*, 50(4), 505.
- Organización Mundial de la Salud (1947). *World Health Organization Constitution*. Geneva, Switzerland: Author.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *World Health Organization Constitution*. Geneva, Switzerland: Author.

- Orlinsky, D. E., Grawe, K., & Parks, B. K. (1994). *Process and outcome in psychotherapy*.
Noch einmal.
- Ortiz-Tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V., & Sánchez, P. (2011). *Adaptación española del PAI (Spanish adaptation of the PAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Oscar Sanchez, R., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3).
- Painepán, B., & Kühne, W. (2012). Efectividad según duración de la psicoterapia en un centro de atención psicológica para universitarios. *Summa psicológica UST*, 9(1), 47-52.
- Papalia, D., & Wendkos, S. (1997). *Teorías y evaluación de la personalidad*. México: Mc Graw Hill.
- Park, N. & Peterson, C. (2009). Strengths of character in schools. En R. Gilman, E.S. Huebner & M.J. Furlong (Eds.), *Handbook of positive psychology in schools* (pp. 65-76). Nueva York: Routledge.
- Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). Strengths of character and well-being. *Journal of social and Clinical Psychology*, 23(5), 603-619.
- Park, S., Jeon, M., Lee, Y., Ko, Y. M., & Kim, C. E. (2018). Influencing factors of attitudes toward seeking professional help for mental illness among Korean adults. *International Journal of Social Psychiatry*, 64(3), 286-292.
- Parloff, M. B., Wolfe, B., Hadley, S. & Waskow, I.E. (1978). *Assessment of Psychosocial Treatment of Mental Disorders: Current Status and Prospects*. Rockville: National Institute of Mental Health.
- Pascual-Leone, A., & Greenberg, L. S. (2007). Emotional processing in experiential therapy: Why the only way out is through. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(6), 875.

- Paul, G. L. (1967). Strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of consulting psychology, 31*(2), 109.
- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *The Journal of Positive Psychology, 3*(2), 137-152.
- Pelechano, V. (1993). *Personalidad: Un enfoque histórico-conceptual*. Valencia: Promolibro.
- Pelechano, V. (1996). El análisis lingüístico contemporáneo: Los " grandes". En V. Pelechano (Ed.), *Psicología de la personalidad* (pp. 89-109). Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V. (2000). *Estrés y personalidad. Psicología de la personalidad. II*. Barcelona: Ariel.
- Pelechano, V., De Miguel, A., & Hernández, M. (1995). Trastornos de personalidad. *Manual de psicopatología, 2*, 569-614.
- Peniston, E. G. (1988). Evaluation of long-term therapeutic efficacy of behavior modification program with chronic male psychiatric inpatients. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 19*(2), 95-101.
- Pérez Alvarez, M., Fernández Rodríguez, C., Amigo Vázquez, I., & Fernández Hermida, J. R. (2003). *Guía de tratamientos psicológicos eficaces*. Madrid: Pirámide.
- Perugini, M. L. L., & Castro Solano, A. (2015). Psicología positiva: análisis desde su surgimiento positive psychology: analyzing its beginnings. *Ciencias Psicológicas, 4*(1).
- Perugini, M. L. L., de la Iglesia, G., Solano, A. C., & Keyes, C. L. M. (2017). The Mental Health Continuum–Short Form (MHC–SF) in the Argentinean Context: Confirmatory Factor Analysis and Measurement Invariance. *Europe's Journal of Psychology, 13* (1), 93.
- Pervin, L., & John, O. (1998). *Personalidad: teoría e investigación*. México: Manual Moderno.

- Peterson, C., & Seligman, M. E. (2004). *Character strengths and virtues: A handbook and classification* (Vol. 1). Oxford University Press.
- Peterson, C., Park, N., & Seligman, M. E. (2005). Orientations to happiness and life satisfaction: The full life versus the empty life. *Journal of happiness studies*, 6(1), 25-41.
- Peterson, C., Semmel, A., von Baeyer, C., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., Seligman, M. E. P. (1982). The attributional style questionnaire. *Cognitive Therapy Res.*, 6 (3), 287-300.
- Peterson, D. B., & Rosenthal, D. A. (2005). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): A Primer for Rehabilitation Educators. *Rehabilitation Education*, 19.
- Peterson, L. S. (2008). “Clinical” Significance: “Clinical” Significance and “Practical” Significance are NOT the Same Things. In *Annual Meeting of the Southwest Educational Research Association*. New Orleans, LA.
- Petrillo, G., Capone, V., Caso, D., & Keyes, C. L. (2015). The Mental Health Continuum—Short Form (MHC–SF) as a measure of well-being in the Italian context. *Social Indicators Research*, 121(1), 291-312.
- Phillipson, H. (1955). *The Object Relations Technique*. London: Tavistock.
- Piers, E. V. (1969). *The Piers-Harris Children's Self Concept Scale: (The Way I Feel about Myself)*. Nashville: Counselor Recordings and Tests.
- Poch, J. & Avila Espada, A. (1998). *Investigación en psicoterapia. La contribución psicoanalítica*. Barcelona: Paidós.
- Polaino-Lorente, A., Truffino, J. C., & del Pozo Armentia, A. (2003). *Fundamentos de psicología de la personalidad*. Madrid: Rialp.
- Pos, A. E., Greenberg, L. S., & Warwar, S. H. (2009). Testing a model of change in the experiential treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(6), 1055.

- Posada-Villa, J. A., Aguilar-Gaxiola, S. A., Magaña, C. G., & Gómez, L. C. (2004). Prevalence of Mental Disorders and use of Services: Preliminary Results from of the National Study of Mental Health, Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262.
- Pritchard, J. C. (1835). *A treatise on insanity*. New York: Hafner.
- Probst, T., Lambert, M. J., Loew, T. H., Dahlbender, R. W., & Tritt, K. (2015). Extreme deviations from expected recovery curves and their associations with therapeutic alliance, social support, motivation, and life events in psychosomatic in-patient therapy. *Psychotherapy Research*, 25(6), 714-723.
- Proyer, R. T., Gander, F., Wellenzohn, S., and Ruch, W. (2015). Strengths-based positive psychology interventions: a randomized placebo-controlled online trial on long-term effects for a signature strength vs. a lesser strengths-intervention. *Front. Psychol.*, 6,456.
- Quilty, L. C., Sellbom, M., Tackett, J. L., & Bagby, R. M. (2009). Personality trait predictors of bipolar disorder symptoms. *Psychiatry Research*, 169(2), 159-163.
- Quiñones, Á., Ceric, F., & Ugarte, C. (2015). Flujos de información en zonas de tiempo subjetivo: estudio de un proceso psicoterapéutico exitoso. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 24(3), 255-266.
- Real Academia Española (2001). *Diccionario de lengua española*. (22.a ed.). Madrid, España: Autor.
- Rees, A., Hardy, G. E., Barkham, M., Elliott, R., Smith, J.A. & Reynolds, S. (2001). "It's like catching a desire before it flies away": A comprehensive process analysis of a problem clarification event in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Psychotherapy Research*, 11, 331-351.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto US mental and addictive disorders service system:

- Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Archives of general psychiatry*, 50(2), 85-94.
- Reichborn-Kjennerud, T., Krueger, R. F., Ystrom, E., Torvik, F. A., Rosenström, T. H., Aggen, S. H. & Czajkowski, N. O. (2017). Do DSM-5 Section II personality disorders and Section III personality trait domains reflect the same genetic and environmental risk factors?. *Psychological medicine*, 47(12), 2205-2215.
- Riba, M. B., Balon, R., & Roberts, L. W. (2017). *Competency in combining pharmacotherapy and psychotherapy: Integrated and split treatment*. American Psychiatric Pub.
- Rice, L. & Greenberg, L.S. (1984). *Patterns of change*. New York: Guilford
- Roberts, B. W., & Bogg, T. (2004). A longitudinal study of the relationships between conscientiousness and the social-environmental factors and substance-use behaviors that influence health. *Journal of personality*, 72(2), 325-354.
- Roberts, B. W., & DelVecchio, W. F. (2000). The rank-order consistency of personality traits from childhood to old age: a quantitative review of longitudinal studies. *Psychological bulletin*, 126(1), 3.
- Roberts, B. W., & Jackson, J. J. (2008). Sociogenomic personality psychology. *Journal of Personality Research*, 76, 1523-1544.
- Roberts, B. W., & Mroczek, D. (2008). Personality trait change in adulthood. *Current directions in psychological science*, 17(1), 31-35.
- Roberts, B. W., & Pomerantz, E. M. (2004). On traits, situations, and their integration: A developmental perspective. *Personality and Social Psychology Review*, 8(4), 402-416.
- Roberts, B. W., Bogg, T., Walton, K. E., Chernyshenko, O. S., & Stark, S. E. (2004). A lexical investigation of the lower-order structure of Conscientiousness. *Journal of Research in Personality*, 38, 164–178.

- Roberts, B. W., Kuncel, N., Shiner, R. N., Caspi, A., & Goldberg, L. (2014). The power of personality: A comparative analysis of the predictive validity of personality traits, SES, and IQ. *Perspectives in Psychological Science*, 2, 313-345.
- Roberts, B. W., Walton, K. E. & Viechtbauer, W. (2006). Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychological Bulletin*, 132(1), 1.
- Roberts, B. W., Wood, D., & Caspi, A. (2008). The development of personality traits in adulthood. *Handbook of personality: Theory and research*, 3, 375-398.
- Robins, R. W., Fraley, R. C., Roberts, B. W., & Trzesniewski, K. H. (2001). A longitudinal study of personality change in young adulthood. *Journal of personality*, 69(4), 617-640.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. (1962). A Theory of Therapy, Personality, and Interpersonal Relationships as Developed in the Client-Centered Framework. Reprinted. In H. Kirschenbaum, & V. Henderson (Eds.), *The Carl Rogers Reader*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C.R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person: A therapist's view of psychotherapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roid, G. H. y Fitts, W. H. (1988). *Tennessee Self-Concept Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Román, F., Santibáñez, P., & Vinet, E. V. (2016). Uso de las Escalas de Depresión Ansiedad Estrés (DASS-21) como Instrumento de Tamizaje en Jóvenes con Problemas Clínicos. *Acta de Investigación Psicológica*, 6(1), 2325-2336.
- Romero, E. Q., & Pérez, J. M. E. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para los trastornos de personalidad. *Psicothema*, 13(3), 393-406.

- Rorschach, H. (1921; 1942). *Psychodiagnostics: A diagnostic test based on perception*. New York: Grune & Stratton.
- Rosenthal, R. (1994). Interpersonal expectancy effects: A 30-year perspective. *Current Directions in Psychological Science*, 3, 176-179.
- Rosenthal, R. & Rubin, D. (1978). Interpersonal expectancy effects: The first 345 studies. *Behavioral and Brain Sciences*, 3, 377-415.
- Roth, A., & Fonagy, P. (1996). *What works for whom: Limitations and implications of the research literature*. New York: Guilford.
- Roth, A., & Fonagy, P. (2006). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford.
- Rothbart, M. K., Ahadi, S. A., & Evans, D. E. (2000). Temperament and personality: origins and outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 78(1), 122.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Ruch, W., Proyer, R. T., Harzer, C., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2010). Values in action inventory of strengths (VIA-IS). *Journal of individual differences*.
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069.
- Ryff, C. D. (1995). Psychological well-being in adult life. *Current directions in psychological science*, 4(4), 99-104.
- Ryff, C. D. (2014). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and psychosomatics*, 83(1), 10-28.

- Ryff, C. D. (2017). Eudaimonic well-being, inequality, and health: Recent findings and future directions. *International review of economics*, 64(2), 159-178.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1996). Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychotherapy and psychosomatics*, 65(1), 14-23.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1-28.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). The Integrative Science of Human Resilience. *Interdisciplinary Research: Case Studies from Health and Social Science: Case Studies from Health and Social Science*, 198.
- Ryff, C. D., & Singer, B. H. (2013). Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. In *The exploration of happiness* (pp. 97-116). Springer, Dordrecht.
- Sajobi, T. T., & Lix, L. M. (2017). Robust Measures of Variable Importance for Multivariate Group Designs. *Journal of Modern Applied Statistical Methods*, 16(2), 6.
- Samuel, D. B., & Widiger, T. A. (2009). Comparative gender biases in models of personality disorder. *Personality and Mental Health*, 3(1), 12-25.
- Sánchez-López, M. D. P., & Casullo, M. M. (2000). *Estilos de personalidad: una perspectiva iberoamericana*. Madrid: Miño y Dávila.
- Sánchez-Teruel, D., & Robles-Bello, M. A. (2013). Model" Big Five" personality and criminal behavior. *International Journal of Psychological Research*, 6(1), 102-109.

- Santibáñez Fernández, P. M., Román Mella, M. F., Lucero Chenevard, C., Espinoza García, A. E., Iribarra Cáceres, D. E., & Müller Vergara, P. A. (2008). Variables inespecíficas en psicoterapia. *Terapia psicológica*, 26(1), 89-98.
- Sanz, J. (2007). Algunos problemas con la utilización de la adaptación española del Inventario Clínico Multiaxial de Millon-II (MCMI-II) con fines diagnósticos. *Clínica y Salud*, 18(3), 287-304.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1996). *Trastornos de la personalidad. Psicología anormal*. México: Prentice-Hall.
- Saulsman, L. M., & Page, A. C. (2004). The five-factor model and personality disorder empirical literature: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 23(8), 1055-1085.
- Scherer, A., Boecker, M., Pawelzik, M., Gauggel, S., & Forkmann, T. (2017). Emotion suppression, not reappraisal, predicts psychotherapy outcome. *Journal of Psychotherapy Research*, 27(2), 143-153.
- Schmitt, D. P., Allik, J., McCrae, R. R., & Benet-Martínez, V. (2007). The geographic distribution of Big Five personality traits: Patterns and profiles of human self-description across 56 nations. *Journal of cross-cultural psychology*, 38(2), 173-212.
- Schneider, R. J. (1996). Personality traits, taxonomies, and applications in organizations. *Individual differences and behavior in organizations*, 31-88.
- Schotanus-Dijkstra, M., Pieterse, M. E., Drossaert, C. H., Westerhof, G. J., De Graaf, R., Ten Have, M., & Bohlmeijer, E. T. (2016). What factors are associated with flourishing? Results from a large representative national sample. *Journal of happiness studies*, 17(4), 1351-1370.

- Schroeder, M. L., Wormworth, J. A., & Livesley, W. J. (1992). Dimensions of personality disorder and their relationships to the Big Five dimensions of personality. *Psychological Assessment, 4*(1), 47.
- Seeds, P. M., & Dozois, D. J. (2010). Prospective evaluation of a cognitive vulnerability-stress model for depression: the interaction of schema self-structures and negative life events. *Journal of Clinical Psychology, 66*(12), 1307-1323.
- Seelbach, G. A. (2012). *Teorías de la personalidad*. México: Red Tercer Milenio.
- Seligman, M. E. (1999). The president's address. *American psychologist, 54*(8), 559-562.
- Seligman, M. E. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. New York: Free Press.
- Seligman, M. E. (2003). Positive Psychology: Fundamental assumptions. *American Psychologist, 16* (3), 126.
- Seligman, M. E. (2014). Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. *Journal of Positive Psychology*. doi: 10.1080/17439760.2014.888582
- Seligman, M. E. (2015). Chris Peterson's unfinished masterwork: The real mental illnesses. *The Journal of Positive Psychology, 10*(1), 3-6.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An Introduction. *American Psychologist, 55*(1), 5-14.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). Flow and the foundations of positive psychology. *Positive psychology: An introduction, 279-298*.
- Shafran, N., Kivlighan, D. M., Gelso, C. J., Bhatia, A., & Hill, C. E. (2017). Therapist immediacy: The association with working alliance, real relationship, session quality, and time in psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Research, 27*(6), 737-748.

- Sheldon, K. M., & Kasser, T. (2001). Goals, congruence, and positive well-being: New empirical support for humanistic theories. *Journal of humanistic psychology, 41*(1), 30-50.
- Shilkret, R., & Shilkret, C. J. (1993). How does psychotherapy work? Findings of the San Francisco psychotherapy research group. *Smith College Studies in Social Work, 64*(1), 35-53.
- Shimai, S., Otake, K., Park, N., Peterson, C., & Seligman, M. E. (2006). Convergence of character strengths in American and Japanese young adults. *Journal of Happiness Studies, 7*(3), 311.
- Shiner, R. L., Allen, T. A., & Masten, A. S. (2017). Adversity in adolescence predicts personality trait change from childhood to adulthood. *Journal of Research in Personality, 67*, 171-182.
- Shlien, J. M. (1966). Cross-theoretical criteria for the evaluation of psychotherapy. *American journal of psychotherapy, 20*(1), 125-134.
- Shulte, D. (1977). Dimensions of outcome measurement. En H. H. Strupp: L. M. Horowitz y M. J. Lambert (Ed.). *Measuring patient changes in mood, anxiety and personality disorders: Towards a core battery*. Washington: APA.
- Silva, F. (1985). *Psicodiagnóstico: teoría y aplicación*. Centro Editorial de Servicios y Publicaciones Universitarias.
- Slade, K., Lambert, M. J., Harmon, S. C., Smart, D. W., & Bailey, R. (2008). Improving psychotherapy outcome: The use of immediate electronic feedback and revised clinical support tools. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice, 15*(5), 287-303.
- Smith, A. M., & Jensen-Doss, A. (2017). Youth psychotherapy outcomes in usual care and predictors of outcome group membership. *Psychological services, 14*(1), 66.

- Snyder, C. R., Michael, S.T. & Cheavens, J.S. (1999). Hope as a psychotherapeutic foundation of common factors, placebos, and expectancies. En M.A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart & soul of change. What works in therapy*, (pp. 179-200).
- Solano, A. C., & Cosentino, A. C. (2017). Virtudes y fortalezas del carácter en población adulta de Buenos Aires. Un estudio con un enfoque mixto émico/ético. *Summa Psicológica UST*, 14(1), 23-32.
- Soto, C. J., John, O. P., Gosling, S. D., & Potter, J. (2011). Age differences in personality traits from 10 to 65: Big Five domains and facets in a large cross-sectional sample. *Journal of personality and social psychology*, 100(2), 330.
- Spadafora, N., Farrell, A. H., Provenzano, D. A., Marini, Z. A., & Volk, A. A. (2018). Temperamental differences and classroom incivility: exploring the role of individual differences. *Canadian journal of school psychology*, 33(1), 44-62.
- Specht, J., Egloff, B., & Schmukle, S. C. (2011). Stability and change of personality across the life course: The impact of age and major life events on mean-level and rank-order stability of the Big Five. *Journal of personality and social psychology*, 101(4), 862.
- Spengler, M., Gottschling, J., & Spinath, F. M. (2012). Personality in childhood—A longitudinal behavior genetic approach. *Personality and Individual Differences*, 53(4), 411-416.
- Statistical Package for the Social Sciences. (2011). IBM SPSS Statistics 20. Madrid: IBM.
- Steel, P., Schmidt, J., & Shultz, J. (2008). Refining the relationship between personality and subjective well-being. *Psychological bulletin*, 134(1), 138.
- Steele, C. M. (1997). A threat in the air: How stereotypes shape intellectual identity and performance. *American Psychologist*, 52, 613-629.

- Steenkamp, M. M., Litz, B. T., Hoge, C. W., & Marmar, C. R. (2015). Psychotherapy for military-related PTSD: a review of randomized clinical trials. *Jama*, *314*(5), 489-500.
- Steger, M. F., Hicks, B. M., Kashdan, T. B., Krueger, R. F., & Bouchard Jr, T. J. (2007). Genetic and environmental influences on the positive traits of the values in action classification, and biometric covariance with normal personality. *Journal of Research in Personality*, *41*(3), 524-539.
- Stephenson, W. (1953). The study of behavior. Q-technique and its methodology, 8-29.
- Stiles, W. B., Elliott, R., Llewelyn, S. P., Firth-Cozens, J. A., Margison, F. R., Shapiro, D. A., & Hardy, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *27*(3), 411.
- Strümpfer, D. J. W. (2006). The strengths perspective: Fortigenesis in adult life. *Social Indicators Research*, *77*(1), 11-36.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy* (p. 65). New York: Basic Books.
- Sutin, A. R., Costa Jr, P. T., Wethington, E., & Eaton, W. (2010). Turning points and lessons learned: Stressful life events and personality trait development across middle adulthood. *Psychology and Aging*, *25*(3), 524.
- Svrakic, D. M., Draganic, S., Hill, K., Bayon, C., Przybeck, T. R., & Cloninger, C. R. (2002). Temperament, character, and personality disorders: etiologic, diagnostic, treatment issues. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106* (3), 189-195.
- Takayanagi, Y., Spira, A. P., Roth, K. B., Gallo, J. J., Eaton, W. W., & Mojtabai, R. (2014). Accuracy of reports of lifetime mental and physical disorders: results from the Baltimore Epidemiological Catchment Area study. *JAMA psychiatry*, *71*(3), 273-280.

- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Beberman, R., & Pham, T. (2005). Cognitive changes, critical sessions, and sudden gains in cognitive-behavioral therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(1), 168.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., & Shelton, R. (2007). Sudden gains in cognitive therapy of depression and depression relapse/recurrence. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(3), 404.
- Tang, T. Z., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J., Shelton, R., & Schalet, B. (2009). Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. *Archives of general psychiatry, 66*(12), 1322-1330.
- Terracciano, A., McCrae, R. R., & Costa Jr, P. T. (2010). Intra-individual change in personality stability and age. *Journal of research in personality, 44*(1), 31-37.
- Thomas, K.M., Yalch, M.M., Krueger, R.F., Wright, A.G., Markon, K.E., y Hopwood, C.J. (2013). The convergent structure of DSM-5 personality trait facets and five-factor model trait domains. *Assessment, 20*, 308-311.
- Thurstone, L. L. (1934). The vectors of mind. *Psychological review, 41*(1), 1.
- Torgersen, S. (2014). Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Personality Disorders. 2nd ed. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 109-129.*
- Trofimova, I., Robbins, T. W., Sulis, W. H., & Uher, J. (2018). Taxonomies of psychological individual differences: biological perspectives on millennia-long challenges. *Philosophical transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological sciences, 373*(1744).
- Trull, T. J., & Durrett, C. A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu. Rev. Clin. Psychol., 1*, 355-380.

- Trull, T. J., & Phares, E. J. (2003). Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión. *Clinical psychology 159*, 9- 61.
- Turiano, N. A., Spiro, A., & Mroczek, D. K. (2012). Openness to experience and mortality in men: Analysis of trait and facets. *Journal of Aging and Health, 24*(4), 654-672.
- Tyrer, P., Reed, G. M., & Crawford, M. J. (2015). Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *The Lancet, 385*(9969), 717-726.
- Ubbiali, A., Chiorri, C., & Hampton, P. (2013). Italian Big Five Inventory. Psychometric properties of the Italian adaptation of the Big Five Inventory (BFI). *BPA-Applied Psychology Bulletin (Bollettino di Psicologia Applicata), 59*(266).
- Vaidya, J. G., Gray, E. K., Haig, J. R., Mroczek, D. K., & Watson, D. (2008). Differential stability and individual growth trajectories of big five and affective traits during young adulthood. *Journal of personality, 76*(2), 267-304.
- Vaillant, G. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little Brown.
- Valdés Sánchez, N. (2015). *Patients' verbal emotional expressions and their connection with the psychotherapeutic change: a multi-level analysis of the psychotherapeutic activity* (Doctoral dissertation).
- van Beek, N. & Verheul, R. (2012). Motivation for treatment in patients with personality disorders. *Journal of Personality Disorders, 22*, 89-100.
- Vandenbos, G. R., & Pino, C. D. (1980). Research on the outcome of psychotherapy. *Psychotherapy: Practice, research, policy, 23-69*.
- Vázquez, C., & Hervás, G. (2008). Salud positiva: del síntoma al bienestar. *Psicología positiva aplicada, 17-39*.
- Vázquez, C., Ring, J., & Avia, M. D. (1990). *Trastornos de la personalidad. Psicología Médica, Psicopatología y Psiquiatría*. Madrid: Interamericana-McGraw Hill.

- Vecchione, M., Schwartz, S., Alessandri, G., Döring, A. K., Castellani, V., & Caprara, M. G. (2016). Stability and change of basic personal values in early adulthood: An 8-year longitudinal study. *Journal of Research in Personality, 63*, 111-122.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of happiness studies, 9*(3), 449-469.
- Vicente, B., Saldivia, S., & Pihán, R. (2016). Prevalencias y brechas hoy: salud mental mañana. *Acta bioethica, 22*(1), 51-61.
- Wagner, L., & Ruch, W. (2015). Good character at school: positive classroom behavior mediates the link between character strengths and school achievement. *Front. Psychol. 6*:610. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00610
- Wainstein, M. (2006). *Intervenciones para el cambio*. Buenos Aires: JCE.
- Wakefield, J. C. (2006). Personality disorder as harmful dysfunction: DSM's cultural deviance criterion reconsidered. *Journal of personality disorders, 20*(2), 157-169.
- Wampold, B. E. (2001). Contextualizing psychotherapy as a healing practice: Culture, history, and methods. *Applied and Preventive Psychology, 10*(2), 69-86.
- Wampold, B. E. (2005). Establishing specificity in psychotherapy scientifically: desing and evidence issues. *Clinical Psychology, Science and Practice, 12*, 194-197.
- Wampold, B. E. (2015). How important are the common factors in psychotherapy? An update. *World Psychiatry, 14*(3), 270-277.
- Wampold, B., Ahn, H., Coleman, H. (2001). Medical model as metaphor: old habits die hard. *Journal of Counseling Psychology, 48*, 268-273.
- Warren, H.C. (1984). *Diccionario de Psicología*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Warren, H. C. (1998). *Diccionario de psicología*. México: Fondo de Cultura Económica

- Waterman, A. S. (1993). Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. *Journal of personality and social psychology*, *64*(4), 678.
- Watson, D., Clark, L. A., & Harkness, A. R. (1994). Structures of personality and their relevance to psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, *103*(1), 18.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H., Fisch, R., & Furlan, P. (1975). *Changeiments: paradoxes et psychothérapie*. Barcelona: Herder.
- Webb, C. A., Auerbach, R. P., & DeRubeis, R. J. (2012). Processes of change in CBT of adolescent depression: Review and recommendations. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *41*(5), 654-665.
- Weiner, I. B., & Exner Jr, J. E. (1991). Rorschach changes in long-term short-term psychotherapy. *Journal of Personality Assessment*, *56*(3), 453-465.
- Westerhof, G. J., & Keyes, C. L. (2010). Mental illness and mental health: The two continua model across the lifespan. *Journal of adult development*, *17*(2), 110-119.
- Whittington, J. E., & Huppert, F. A. (1996). Changes in the prevalence of psychiatric disorder in a community are related to changes in the mean level of psychiatric symptoms. *Psychological medicine*, *26*(6), 1253-1260.
- Widiger, T. A., & Samuel, D. B. (2005). Diagnostic categories or dimensions? A question for the Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Journal of abnormal psychology*, *114*(4), 494.
- Widiger, T. A., & Simonsen, E. (2005). Alternative dimensional models of personality disorder: Finding a common ground. *Journal of personality disorders*, *19* (2), 110-130.
- Widiger, T. A., & Trull, T. J. (2007). Plate tectonics in the classification of personality disorder: shifting to a dimensional model. *American Psychologist*, *62*(2), 71.

- Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Psychiatric Services, 42*(10), 1015-1021.
- Widiger, T. A., Frances, A. J., Pincus, H. A. E., First, M. B., Ross, R. E., & Davis, W. E. (1994). *DSM-IV sourcebook*, Vol. 1. American Psychiatric Publishing, Inc.
- Williams, C., & Morley, S. (2018). Conducting and evaluating treatment outcome studies. *Psychological Approaches to Pain Management: A Practitioner's Handbook*, 51.
- Winkler, M. I., Avendano, C., Krause, M., & Soto, A. (1993). El cambio psicológico desde la perspectiva de los consultantes. *Terapia Psicológica, 20*, 7-19.
- Winkler, M. I., Cáceres, C., Fernández, I., & Sanhueza, J. (1989). Factores inespecíficos de la psicoterapia y efectividad del proceso terapéutico: una sistematización. *Revista Terapia Psicológica, 8*(11), 34-40.
- Wirt, R. D., Lachar, D., Klinedinst, J. K., & Seat, P. D. (1984). *Multidimensional description of child personality. A manual for the Personality Inventory for Children-Revised*. Los Angeles: Western
- Wood, A. M., Linley, P. A., Maltby, J., Kashdan, T. B., & Hurling, R. (2011). Using personal and psychological strengths leads to increases in well-being over time: A longitudinal study and the development of the strengths use questionnaire. *Personality and Individual Differences, 50*(1), 15-19.
- Wright, A.G., Pincus, A.L., Hopwood, C.J., Thomas, K.M., Markon, K.E., & Krueger, R.F. (2012). An interpersonal analysis of pathological personality traits in DSM-5. *Assessment, 19*, 263-275.
- Wright, A. G., Pincus, A. L., Thomas, K. M., Hopwood, C. J., Markon, K. E., & Krueger, R. F. (2013). Conceptions of narcissism and the DSM-5 pathological personality traits. *Assessment, 20*(3), 339-352.

- Wrzus, C., & Roberts, B. W. (2017). Processes of personality development in adulthood: The TESSERA framework. *Personality and Social Psychology Review, 21*(3), 253-277.
- Youn, S.J., Kraus, D. R., & Castonguay, L.G. (2012). The Treatment Outcome Package: Facilitating practice and clinically relevant research. *Psychotherapy, 49*, 115-122. doi:10.1037/a0027932
- Young, K. C., Kashdan, T. B., & Macatee, R. (2015). Strength balance and implicit strength measurement: New considerations for research on strengths of character. *The Journal of Positive Psychology, 10*(1), 17-24.
- Zachar, P., First, M. B., & Kendler, K. S. (2017). The bereavement exclusion debate in the DSM-5: a history. *Clinical Psychological Science, 5*(5), 890-906.
- Zafar, M., Lodhi, I. S., & Shakir, M. (2018). Impact of Personality Traits on Facebook Addiction: The Mediating role of Perceived Social Support. *Journal of Research in Social Sciences, 6*(1), 239-258.
- Zalaquett, C, Manzi, J., Duque, M., Krebs, M. & Aninat, M. (1982). El proceso Psicoterapéutico con pacientes pobres. *Revista Chilena de Psicología, 5*, 1-2.
- Zimmermann, A.C., & Easterlin, R.E. (2006). Happily, ever after? Cohabitation, marriage, divorce, and happiness in Germany. *Population and Development Review, 32*, 511–528.
- Zinbarg, R. E., Uliaszek, A. A., & Adler, J. M. (2008). The role of personality in psychotherapy for anxiety and depression. *Journal of personality, 76*(6), 1649-1688.

Anexo 1

Materiales para el estudio 1.

PROCOLO / PARTICIPANTE N°:

FECHA: / /

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo estoy de acuerdo en participar de la investigación doctoral titulada: Rasgos positivos de la personalidad en población clínica: su relación con la autopercepción de progreso psicoterapéutico, a cargo del Lic. Eidman, Leandro, dirigida por la Dra. Guadalupe de la Iglesia. Al firmar este consentimiento acepto de manera voluntaria mi participación y dejo constancia de haber sido informado sobre:

- Los procedimientos y propósitos de la investigación pudiendo esa información ser ampliada una vez concluida mi participación.
- Que en cualquier momento puedo desistir de participar, revocando este consentimiento y dejando sin efecto la presente manifestación de voluntad.
- Que se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de sus datos personales y de cualquier otra información que brinde.

Dejo constancia de haber comprendido que no se me brindará una devolución individual y presto plena conformidad a mi colaboración.

FIRMA:

.....

ACLARACIÓN:

DNI N°:

FECHA:

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



SEXO

Masculino

Femenino

EDAD:

ESTADO CIVIL

Soltero

Novio (sin vivir bajo el mismo techo)

Casado

Concubinato

Divorciado

Viudo

Indique su **lugar de nacimiento** y residencia poniendo una cruz en la opción que corresponda:

Lugar de nacimiento

• Resistencia, Chaco

• Otra localidad/ciudad

¿Cuál?

Lugar donde **vivís en este momento**

• Resistencia, Chaco

• Otra localidad/ciudad

¿Cuál?

NIVEL DE ESTUDIOS

Primaria completo incompleto

Secundaria completo incompleto

Terciario completo incompleto

Universitario completo incompleto

Posgrado **Maestría** **Doctorado**

completo incompleto

Sin Estudios

NIVEL SOCIOECONÓMICO

Alto

Medio - Alto

Medio

Medio - Bajo

Bajo

OCUPACIÓN

Empleador

Trabajo por mi cuenta (sin patrón)

Empleado

Trabajo sin salario (no recibo pago o adhonorem)

Desempleado

Ama/o de casa

Jubilado / pensionado

No trabajo

SCL-90-R**INSTRUCCIONES**

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojada/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormirme.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieta/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA EL DSM-5 (PID-5 ABREVIADO) - ADULTO
INSTRUCCIONES

Esta es una lista de cosas que diferentes personas podrían decir sobre sí mismas. Estamos interesados en cómo se describiría usted mismo. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", de manera que usted puede describirse a sí mismo lo más honestamente posible. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. Quisiéramos que usted se tome su tiempo y lea cada frase cuidadosamente, seleccionando la respuesta que mejor lo describa.

	MUY FALSO O A MENUDO FALSO 0	1	2	A VECES O ALGO FALSO A VECES O ALGO VERDADERO 3	MUY CIERTO O A MENUDO VERDADERO
Creo que la gente me describiría como imprudente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento como si actuara totalmente por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pesar de saber que tomo decisiones precipitadas, no puedo dejar de hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nada parece interesarme mucho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los demás me ven como irresponsable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No soy bueno/a para planificar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo mis pensamientos no tienen sentido para los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casi todo me preocupa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy una persona muy emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temo estar solo en la vida más que cualquier otra cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me quedo fijado en un único modo de hacer las cosas, incluso cuando está claro que no va a funcionar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He visto cosas que no estaban realmente allí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me mantengo alejado de las relaciones románticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No estoy interesado en hacer amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me irrito con facilidad por todo tipo de cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me gusta llegar a establecer lazos muy cercanos con la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No es tan grave herir los sentimientos de alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rara vez me siento entusiasmado por algo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	MUY FALSO O A MENUDO FALSO 0	A VECES O ALGO FALSO 1	A VECES O ALGO VERDADERO 2	MUY CIERTO O A MENUDO VERDADERO 3
Deseo atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo tengo que lidiar con personas que son menos importantes que yo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo tengo pensamientos que tienen sentido para mí, pero que según otras personas resultan extraños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo uso a la gente para conseguir lo que quiero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces me ausento mentalmente y de repente "vuelvo" y me doy cuenta de que pasó mucho tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo siento que las cosas que me rodean parecen "irreales", o más "reales" que lo habitual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me resulta fácil sacar ventaja de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anexo 2

Materiales para el estudio 2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo estoy de acuerdo en participar de la investigación doctoral titulada: Rasgos positivos de la personalidad en población clínica: su relación con la autopercepción de progreso psicoterapéutico, a cargo del Lic. Eidman, Leandro, dirigida por la Dra. Guadalupe de la Iglesia. Al firmar este consentimiento acepto de manera voluntaria mi participación y dejo constancia de haber sido informado sobre:

- Los procedimientos y propósitos de la investigación pudiendo esa información ser ampliada una vez concluida mi participación.
- Que en cualquier momento puedo desistir de participar, revocando este consentimiento y dejando sin efecto la presente manifestación de voluntad.
- Que se resguardará mi identidad como participante y se tomarán los recaudos necesarios para garantizar la confidencialidad de sus datos personales y de cualquier otra información que brinde.
- El estudio no lo expondrá a ninguna modificación en su tratamiento actual, no posee ni administra tratamientos o drogas, tampoco ofrece pagos por la participación ni cobros por las técnicas aplicadas.

Dejo constancia de haber comprendido que no se me brindará una devolución individual y presto plena conformidad a mi colaboración.

FIRMA:

.....

ACLARACIÓN:

DNI N°:

FECHA:

PROCOLO / PARTICIPANTE N°:

FECHA: /..... /.....

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS



SEXO

- Masculino**
- Femenino**

EDAD:

ESTADO CIVIL

- Soltero**
- Novio** (sin vivir bajo el mismo techo)
- Casado**
- Concubinato**
- Divorciado**
- Viudo**

Indique su **lugar de nacimiento** y residencia poniendo una cruz en la opción que corresponda:

Lugar de nacimiento

- Resistencia, Chaco
- Otra localidad/ciudad

¿Cuál?

Lugar donde **vivís en este momento**

- Resistencia, Chaco
- Otra localidad/ciudad

¿Cuál?

NIVEL DE ESTUDIOS

- Primaria** completo incompleto
- Secundaria** completo incompleto
- Terciario** completo incompleto
- Universitario** completo incompleto
- Posgrado** **Maestría** **Doctorado**
- completo incompleto
- Sin Estudios**

NIVEL SOCIOECONOMICO

- Alto**
- Medio - Alto**
- Medio**
- Medio - Bajo**
- Bajo**

OCUPACIÓN

- Empleador**
- Trabajo por mi cuenta** (sin patrón)
- Empleado**
- Trabajo sin salario** (no recibo pago o adhonorem)
- Desempleado**
- Ama/o de casa**
- Jubilado / pensionado**
- No trabajo**

DATOS CLÍNICOS



Motivo de consulta informado

- ¿Recibió alguno de los siguientes diagnósticos en los últimos años?

- | | | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|--------------------------|
| - Somatización | <input type="checkbox"/> | - Ansiedad | <input type="checkbox"/> |
| - Trastorno de personalidad | <input type="checkbox"/> | - Depresión | <input type="checkbox"/> |
| - Psicosis | <input type="checkbox"/> | - Trastorno por pánico | <input type="checkbox"/> |
| - Demencia | <input type="checkbox"/> | - Trastorno obsesivo – compulsivo | <input type="checkbox"/> |
| - Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> | - Otros | <input type="checkbox"/> |

¿Cuál?

En caso de que la respuesta fuera afirmativa

- Duración del tratamiento

- ¿Recibió medicación? SI NO

¿Cuál? Dosis:

- Tratamientos anteriores:

Psicoterapia SI NO

En caso de que la respuesta fuera afirmativa

- Duración del tratamiento

- Especifique abordaje del tratamiento

Psicoanalítico Cognitivo Conductual Gestáltico
Integrativo No sabe Otros ¿Cuál?.....

- ¿Actualmente concurre a médico psiquiatra? SI NO

- ¿Actualmente toma medicación prescrita por un médico psiquiatra? SI NO

¿Cuál? Dosis:

- ¿En los últimos 3 años recibió tratamiento médico? SI NO

- En caso que la respuesta sea afirmativa especifique que diagnostico informaron

.....

- ¿Actualmente se encuentra tomando medicación no psiquiátrica? SI NO

¿Cuál/es? Dosis:

DATOS A COMPLETAR POR EL TERAPEUTA

- Motivo de consulta
 - Actitud del paciente
 - Antecedentes de datos clínicos significativos
 -
 -
 - Nivel de expectativa del paciente
Alto Medio Bajo
 - Clasificación diagnóstica (DSM)
-

SCL-90-R**INSTRUCCIONES**

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente. Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

NADA - MUY POCO - POCO - BASTANTE - MUCHO.

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
1. Dolores de cabeza.					
2. Nerviosismo.					
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.					
4. Sensación de mareo o desmayo.					
5. Falta de interés en relaciones sexuales.					
6. Criticar a los demás.					
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.					
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.					
9. Tener dificultad para memorizar cosas.					
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.					
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.					
12. Dolores en el pecho.					
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.					
14. Sentirme con muy pocas energías.					
15. Pensar en quitarme la vida.					
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.					
17. Temblores en mi cuerpo.					
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.					
19. No tener ganas de comer.					
20. Llorar por cualquier cosa.					
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.					
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.					
23. Asustarme de repente sin razón alguna.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
24. Explotar y no poder controlarme.					
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.					
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.					
27. Dolores en la espalda.					
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.					
29. Sentirme solo/a.					
30. Sentirme triste.					
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.					
32. No tener interés por nada.					
33. Tener miedos.					
34. Sentirme herido en mis sentimientos.					
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.					
36. Sentir que no me comprenden.					
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.					
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.					
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.					
40. Náuseas o dolor de estómago.					
41. Sentirme inferior a los demás.					
42. Calambres en manos, brazos o piernas.					
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.					
44. Tener problemas para dormir.					
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.					
46. Tener dificultades para tomar decisiones.					
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.					
48. Tener dificultades para respirar bien.					
49. Ataques de frío o de calor.					
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
51. Sentir que mi mente queda en blanco.					
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.					
53. Tener un nudo en la garganta.					
54. Perder las esperanzas en el futuro.					
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.					
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.					
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a					
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados					
59. Pensar que me estoy por morir.					
60. Comer demasiado.					
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.					
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.					
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.					
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.					
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.					
66. Dormir con problemas, muy inquieta/a.					
67. Necesitar romper o destrozar cosas.					
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.					
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.					
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.					
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.					
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.					
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.					
74. Meterme muy seguido en discusiones.					
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy sola/a.					
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.					
77. Sentirme sola/a aún estando con gente.					

Me preocupó o molestó durante la última semana...	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.					
79. Sentirme un/a inútil.					
80. Sentir que algo malo me va a pasar.					
81. Gritar o tirar cosas.					
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.					
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.					
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.					
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.					
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.					
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.					
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.					
89. Sentirme culpable.					
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.					

00-45.2

INSTRUCCIONES

Para ayudarnos a entender como se ha estado sintiendo, basándose en los **ULTIMOS 7 DÍAS**, incluyendo el día de hoy. Lea cuidadosamente las frases y seleccione la categoría que mejor representa como se siente esta semana. En este cuestionario la palabra "TRABAJO" se refiere al empleo, escuela, al trabajo voluntario, ser dueña de casa, cuidar a los niños, etc. Por favor no escriba en las áreas oscuras. Marque con una X en el cuadro que corresponda.

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
1. Me llevo bien con otros					
2. Me canso rápidamente					
3. Nada me interesa					
4. Me siento presionado/estresado en el trabajo/escuela					
5. Me siento culpable					
6. Me siento irritado, molesto					
7. Me siento contento con mi matrimonio/pareja					
8. Pienso en quitarme la vida					
9. Me siento débil					
10. Me siento atemorizado					
11. Necesito tomar bebidas alcohólicas en la mañana después de haber tomado el día anterior (si esto no le ocurre marque nunca)					
12. Encuentro satisfacción en mi trabajo					
13. Soy una persona feliz					
14. Trabajo/estudio excesivamente (más de la cuenta)					
15. Me siento inútil					
16. Me abruma (angustian) los problemas de mi familia					
17. Mi vida sexual me llena					
18. Me siento solo					
19. Discuto frecuentemente					
20. Me siento querido y que me necesitan					
21. Disfruto mi tiempo libre					

	NUNCA	CASI NUNCA	A VECES	CON FRECUENCIA	CASI SIEMPRE
22. Tengo dificultades para concentrarme					
23. Me siento sin esperanza en el futuro					
24. Estoy contento conmigo mismo					
25. Me perturban o molestan pensamientos de los que no me puedo deshacer					
26. Me molesta que me critiquen porque tomo o me drogo (No se refiere a medicamentos recetados), (Si esto no le ocurre marque nunca)					
27. Tengo malestares estomacales					
28. Trabajo/estudio tan bien como lo hacia antes					
29. Mi corazón palpita demasiado					
30. Tengo dificultades para llevarme bien con mis amigos y conocidos					
31. Estoy satisfecho con mi vida					
32. Tengo problemas en el trabajo/escuela debido a las drogas o al alcohol, (si esto no ocurre marque nunca)					
33. Siento que algo malo va a ocurrir					
34. Tengo los músculos adoloridos					
35. Me atemorizan los espacios abiertos, el manejar, el estar dentro de un bus, el metro, ascensores, etc.					
36. Me siento nervioso					
37. Me satisfacen mis relaciones con mis seres queridos					
38. Siento que me va bien en el trabajo/escuela.					
39. Tengo muchas discusiones en el trabajo/escuela.					
40. Siento que algo anda mal con mi mente					
41. Tengo dificultades para dormir o no me puedo quedar dormido					
42. Me siento triste					
43. mis relaciones con otros me satisfacen					
44. Me enoja tanto en el trabajo/escuela que puedo hacer algo de lo que después me puedo arrepentir					
45. Me dan dolores de cabeza					

INVENTARIO DE PERSONALIDAD PARA EL DSM-5 (PID-5 ABREVIADO) - ADULTO
INSTRUCCIONES

Esta es una lista de cosas que diferentes personas podrían decir sobre sí mismas. Estamos interesados en cómo se describiría usted mismo. No hay respuestas "correctas" o "incorrectas", de manera que usted puede describirse a sí mismo lo más honestamente posible. Sus respuestas serán tratadas en forma confidencial. Quisiéramos que usted se tome su tiempo y lea cada frase cuidadosamente, seleccionando la respuesta que mejor lo describa.

	MUY FALSO O A MENUDO FALSO 0	1	2	A VECES O ALGO FALSO A VECES O ALGO VERDADERO 3	MUY CIERTO O A MENUDO VERDADERO
Creo que la gente me describiría como imprudente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Siento como si actuara totalmente por impulso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A pesar de saber que tomo decisiones precipitadas, no puedo dejar de hacerlo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nada parece interesarme mucho.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Los demás me ven como irresponsable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No soy bueno/a para planificar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo mis pensamientos no tienen sentido para los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Casi todo me preocupa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Soy una persona muy emocional.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Temo estar solo en la vida más que cualquier otra cosa.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me quedo fijado en un único modo de hacer las cosas, incluso cuando está claro que no va a funcionar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
He visto cosas que no estaban realmente allí.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me mantengo alejado de las relaciones románticas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No estoy interesado en hacer amigos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me irrito con facilidad por todo tipo de cosas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No me gusta llegar a establecer lazos muy cercanos con la gente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
No es tan grave herir los sentimientos de alguien.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rara vez me siento entusiasmado por algo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	MUY FALSO 0 A MENUDO FALSO	1 A VECES O ALGO FALSO	2 A VECES O ALGO VERDADERO	3 MUY CIERTO 0 A MENUDO VERDADERO
Deseo atención.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo tengo que lidiar con personas que son menos importantes que yo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo tengo pensamientos que tienen sentido para mí, pero que según otras personas resultan extraños.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yo uso a la gente para conseguir lo que quiero.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A veces me ausento mentalmente y de repente "vuelvo" y me doy cuenta de que pasó mucho tiempo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A menudo siento que las cosas que me rodean parecen "irreales", o más "reales" que lo habitual.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Me resulta fácil sacar ventaja de los demás.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>