

CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD PREDICTORAS DEL AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DE CONTEXTOS MARGINADOS

Blanca Estela Barcelata Eguiarte*, Quetzali Y. Luna Martínez, Emilia Lucio Gómez- Maqueo y Consuelo Durán Patiño
Universidad Nacional Autónoma de México

Recibido, septiembre 11/2015

Concepto evaluación, noviembre 24/2015

Aceptado, diciembre 21/2015

Referencia: Barcelata Eguiarte, B. E., Luna Martínez, Q. Y., Lucio Gómez-Maqueo, E., & Durán Patiño, C. (2016). Personalidad y afrontamiento adolescente Características de personalidad predictoras del afrontamiento en adolescentes de contextos marginados. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(1), 197-210. DOI: 10.14718/ACP.2016.19.1.9

Resumen

El propósito de este estudio fue examinar el papel predictivo de las características de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento. Participaron de manera intencional y voluntaria 595 estudiantes de 13 a 18 años ($M_{edad}=15.8$; $DE=1.38$) de secundaria y bachillerato público de zonas marginadas del oriente de la Ciudad de México: 286 hombres (47.5%) y 309 mujeres (52.5%). Se realizó un estudio transversal, ex post facto, de tipo correlacional. Se aplicó el MMPI-A, el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A) y una ficha sociodemográfica. Se realizaron análisis descriptivos de las variables sociodemográficas, de las características de personalidad y de las estrategias de afrontamiento. Se llevaron a cabo análisis de correlación y multivariados, para determinar el grado de asociación entre las variables y el valor predictivo de las características de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento. Los resultados muestran que las características de personalidad no sólo se relacionan con las estrategias de afrontamiento, sino que características como ansiedad, depresión, enojo, conducta antisocial, enajenación, tendencia al alcoholismo, inmadurez y consumo de sustancias influyen en el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales, como rumiación, evitación, respuestas fisiológicas y conducta autolesiva; mientras que menor inmadurez, capacidad de contención o represión predicen estrategias funcionales como la solución de problemas. Se discuten los resultados por sus implicaciones para el diseño de programas de prevención y promoción de salud mental en contextos marginales.

Palabras clave: adolescencia, personalidad, afrontamiento, estudiantes.

PERSONALITY CHARACTERISTICS AS PREDICTORS OF COPING IN ADOLESCENTS FROM MARGINAL BACKGROUNDS

Abstract

The purpose of this study was to examine the predictive role of personality traits on coping strategies. Participants were 595 adolescent students, 286 boys (47.5%) and 309 girls (52.5%), aged 13 to 18 years ($M_{age}=15.8$ $SD=1.3$) attending public and private schools, from marginal high-risk metropolitan areas from México City. A cross-sectional, ex post facto, correlational design was used. The MMPI-A, the Adolescent Coping Questionnaire (ACQ), and a socio-demographic form, were applied. Correlational and multivariate analyses were carried out to determine the degree of association among the variables and the predictive power of personality characteristics on coping strategies. Results show that most personality characteristics are not only related to coping strategies, but that traits such as anxiety, depression, anger, antisocial behavior, alienation, substance abuse proneness and immaturity, influence the use of dysfunctional coping strategies such as rumination, avoidance, physiological responses and self-injurious behavior; while less immaturity, containment or social-control capability predict functional strategies and problem solving. These results suggest that personality dimensions play an important role in the use of coping strategies during adolescence and are discussed in terms of the implications for the design of mental health prevention and promotion programs in marginal settings.

Key words: adolescence, personality, coping, students.

* Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Carrera de Psicología, Av. Guelatao 66. Col. Ejército de Oriente. Iztapalapa, 09230. México, D. F., México. Tel. (55) 5623-0597. bareg7@hotmail.com.
Se agradece el financiamiento de este estudio al PAPIIT IN303714-3 de la Dirección de Asuntos del Personal Académico de la Universidad Nacional Autónoma de México.

PERSONALIDADE E ENFRENTAMENTO ADOLESCENTE. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDADE PREDITIVA DO ENFRENTAMENTO EM ADOLESCENTES EM CONTEXTOS MARGINALIZADOS

Resumo

O propósito deste estudo foi examinar o papel preditivo das características de personalidade sobre as estratégias de enfrentamento. Participaram da amostra de maneira intencional e voluntária 595 estudantes entre 13 e 18 anos ($M_{idade}=15.8$; $DE=1.38$) do ensino fundamental e médio público de áreas marginalizadas do leste da Cidade do México: 286 homens (47,5%) e 309 mulheres (52,5%). Trata-se de um estudo transversal, *ex post facto*, de tipo correlacional. Aplicaram-se o MMPI-A, o Questionário de Enfrentamento para Adolescentes e uma ficha sociodemográfica. Realizaram-se análises descritivas das variáveis sociodemográficas, das características de personalidade e das estratégias de enfrentamento. Além disso, análises de correlação e multivariados, para determinar o grau de associação entre as variáveis e o valor preditivo das características de personalidade sobre as estratégias de enfrentamento. Os resultados mostram que as características de personalidade não somente se relacionam com as estratégias de enfrentamento, mas também com características como: ansiedade, depressão, raiva, comportamento antissocial, alienação, tendência ao alcoolismo, imaturidade e consumo de substâncias, que influenciam no uso de estratégias de enfrentamento disfuncionais, como ruminação, evitação, respostas fisiológicas e comportamento autolesivo; enquanto menor imaturidade, capacidade de contenção ou repressão predizem estratégias funcionais como a solução de problemas. Discutem-se os resultados por suas implicações para o desenho de programas de prevenção e promoção da saúde mental em contextos marginalizados.

Palavras-chave: adolescência, personalidade, enfrentamento, estudantes.

Según estimaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011), un 30% de la población mundial son jóvenes, al igual que en Latinoamérica y el Caribe. En México representan la franja más ancha de la pirámide poblacional (Organización Panamericana de la Salud, 2011). El Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2012) calcula que aproximadamente el 55% de los jóvenes vive en contextos de marginación, y que la marginación urbana es un factor macro-estructural que afecta el desarrollo adolescente. A pesar de que los adolescentes son percibidos como un grupo saludable, las encuestas a nivel mundial reportan que aproximadamente el 20% presenta un problema incapacitante (OMS, 2011). El perfil epidemiológico en México muestra que alrededor de un 40% de los adolescentes presenta algún problema de salud mental: el primer lugar lo ocupan los trastornos de ansiedad; el segundo, los de control de impulsos; el tercero, los trastornos de ánimo, y el cuarto, los trastornos por consumo de sustancias (Benjet et al., 2009). Algunos de los problemas emocionales y de conducta se encuentran asociados a rasgos de personalidad como la búsqueda de sensaciones (Palacios, Sánchez, & Andrade, 2010), la impulsividad y el comportamiento opositor (Calvete & Estévez, 2009; Vinet, Faúndez, & Larraguibel, 2009), la sintomatología depresiva y la ideación suicida (Lucio & Hernández, 2009; Palacios et al., 2010).

A partir del modelo ecológico-transaccional del desarrollo (Rutter, 2007), los contextos de marginación conllevan múltiples riesgos; sin embargo, desde un enfoque preventivo, la personalidad y el afrontamiento son dos variables

centrales para la adaptación, ya que pueden ser factores de riesgo o de protección asimismo modificables (Carver & Connor-Smith, 2011). Además, la personalidad contribuye a la percepción y al manejo del estrés (Seiffge-Krenke, 2011), en tanto que el afrontamiento implica una serie de habilidades que se pueden enseñar (Frydenberg, Eacott, & Clark, 2008). El modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1991) define el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales que se activan para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes por el individuo. Con base en este modelo se han propuesto otros modelos para el afrontamiento en adolescentes (Connor-Smith & Compas, 2004; Frydenberg et al., 2008; Seiffge-Krenke, 2000); sin embargo, existe controversia sobre si el afrontamiento, en especial en la adolescencia, implica un estilo generalizable para enfrentar las situaciones estresantes o problemáticas, o representan un conjunto de estrategias diferenciadas en función de la situación. La primera postura implica un enfoque disposicional (Moos & Holahan, 2003) en el que el afrontamiento se refiere a patrones personales relativamente estables y duraderos que determinarían el uso de ciertas estrategias, mientras que para la segunda postura son procesos concretos y específicos que pueden variar en función de la situación estresante (Lazarus & Folkman, 1991).

Connor-Smith y Compas (2004) redefinen el afrontamiento como un proceso de la personalidad; consideran las respuestas inconscientes, automáticas y voluntarias como aspectos vinculados al afrontamiento, por lo que

puede ser predecible. Clasifican el afrontamiento como: a) *comprometido*, referente al intento activo para manejar una situación, el cual a su vez se divide en control primario, dirigido a cambiar la fuente de estrés o las emociones relacionadas con estrategias como solución de problemas; y control secundario, que facilita la adaptación al estrés a través de estrategias como reestructuración cognitiva; b) *no comprometido*, cuando hay un distanciamiento de la situación problema o estresor. Por su parte, Seiffge-Krenke (2000) divide el afrontamiento adolescente en *funcional*, o de aproximación al estresor, y *disfuncional*, cuando se evita la situación estresante. Ambos modelos plantean que el afrontamiento de aproximación, comprometido o funcional se asocia con bienestar emocional y con menos problemas de salud mental, mientras que el segundo, de evitación, no comprometido o disfuncional se relaciona con problemas de salud mental.

Existe evidencia de que el afrontamiento evitativo, disfuncional, o no comprometido suele asociarse con rasgos depresivos (Seiffge-Krenke, 2000), con reactividad al estrés (Connor-Smith & Compas, 2004), así como con conducta auto lesiva (Castro, Planellas, & Kirchner, 2014). Datos de un meta-análisis (Connor-Smith & Flashbart, 2007) indican que el afrontamiento comprometido se relaciona positivamente con características (también denominadas factores) de personalidad como conciencia, apertura a la experiencia y extraversión, y de forma negativa con el afrontamiento no comprometido; por el contrario, el neuroticismo se asocia con el afrontamiento no comprometido. Contreras, Espinosa y Esguerra (2009) confirman que la solución de problemas, la reevaluación positiva y la búsqueda de apoyo social se relacionan de manera negativa con neuroticismo, y de forma positiva, con estrategias como la autofocalización negativa y la expresión emocional. En contraparte, la extraversión, complacencia y conciencia se asocian con estrategias activas, comprometidas y racionales, indicando que los adolescentes sociables, amables, formales y responsables tienen mayor probabilidad de presentar un buen ajuste. Otros estudios (Cassaretto, 2010; Hambrick & McCord, 2010) señalan que rasgos de personalidad como la orientación al logro, el esfuerzo, la alegría y el altruismo son características de adolescentes con afrontamiento proactivo, caracterizado por orientarse hacia una meta y evaluar los factores estresantes como un reto. Neuroticismo, ansiedad, depresión y hostilidad se relacionan con estrategias de afrontamiento disfuncional, presentando mayor inestabilidad emocional.

Por su parte, Jang, Thordarson, Stein, Cohan y Taylor (2007) advierten que el afrontamiento no es solo el resultado de la manifestación de los rasgos de personalidad, sino que

puede ser moderador e incluso también un predictor del ajuste adolescente como muestran otros estudios (Castro et al., 2014) y que la personalidad puede ser un mediador de la flexibilidad del afrontamiento que puede influir en la preferencia de ciertas estrategias, lo que sugiere una relación recíproca entre ambas variables (Geisler, Wiedig-Allison, & Weber, 2009). En este sentido es relativamente escasa la investigación que vincule el afrontamiento y la personalidad en poblaciones marginales, a pesar de que el riesgo parece funcionar como cascada y por acumulación, y de la importancia de ambas variables en la adaptación aun más en contextos adversos (Rutter, 2007). Davey, Eaker y Walters (2003) reportan que la combinación de rasgos como complacencia, extroversión y alta autoestima, además de un afrontamiento positivo, se asocia con mecanismos compensatorios para la resiliencia en adolescentes de bajo nivel socioeconómico.

Otros estudios muestran la relación del afrontamiento disfuncional y los problemas de conducta en adolescentes de ambientes marginales (Elgar, Arlett, & Groves, 2003), además del papel protector de la religiosidad y la espiritualidad sobre la delincuencia en ambientes de alto riesgo (Salas-Wright, Olate, & Vaughn, 2013). En suma, aún existe polémica sobre la naturaleza de la relación y de la función predictiva de la personalidad y el afrontamiento en la adolescencia, en términos del predominio de una variable sobre la otra. Asimismo, existe escasa evidencia de la relación entre la personalidad y el afrontamiento en poblaciones marginadas, a pesar de su importancia para la adaptación y el diseño de programas de prevención. Por tanto, el objetivo del presente estudio fue examinar la capacidad predictiva de las características de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes escolares de contextos marginales.

MÉTODO

Tipo de estudio

Se realizó un estudio transversal, ex post facto, de tipo correlacional predictivo.

Participantes

Participaron de forma no probabilística e intencional 595 adolescentes (hombres, 47.5%; mujeres, 52.5%), de 13 a 18 años ($M_{edad}=15.8$; $DE=1.38$) seleccionados de una muestra más amplia de 667 estudiantes de escuela secundaria (50.1%) y bachillerato (49.9%) público de la Delegación Iztapalapa y de cuatro municipios pertenecientes a la Zona Metropolitana Oriente de la Ciudad de México caracterizada por bajos a altos índices de desarrollo y grados de marginación (CONAPO, 2012), los cuales son usados

como indicadores de marginación, considerada como una variable contextual en este estudio.

Instrumentos

Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Lucio, Durán, Barcelata, & Hernandez, 2007). Se utilizó solo la sección de datos sociodemográficos, la cual consta de 33 reactivos de opción múltiple que exploran características sociodemográficas del adolescente y de sus padres, tales como sexo, edad, grado escolar; escolaridad, ocupación y estado civil de los padres, y tipo de familia.

Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A). Instrumento desarrollado para evaluar estrategias de afrontamiento en adolescentes mexicanos (Lucio & Villarruel, 2008) con base en los modelos de Connor-Smith y Compas (2004) y de Seiffge-Krenke (2000). Consta de 45 reactivos Likert de 5 puntos (de 1= nunca lo hago, hasta 5= es mucho lo que yo hago) distribuidos en ocho factores (α global=.89; 51.40% de varianza explicada): 1) Solución de Problemas (α =.88), involucra acciones dirigidas para solucionar la situación; 2) Respuestas Fisiológicas (α =.83), refleja activación fisiológica ante el estresor; 3) Rumiación (α =.72), incluye pensamientos repetitivos; 4) Evitación (α =.70), denota negación del problema; 5) Búsqueda de Apoyo Social (α =.50), comprende solicitar ayuda; 6) Distracción (α =.88), implica distanciamiento a través de situaciones relajantes; 7) Conducta Autolesiva (α =.70), acciones que conllevan a la reducción de tensión; y 8) Religiosidad (α =.56), creencias religiosas que aminoran el estrés.

Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A). Se utilizó la versión para población mexicana (Lucio, 1998). Se compone de 478 reactivos dicotómicos verdadero/falso, distribuidos en cuatro tipos de perfiles o escalas que evalúan características de personalidad y adaptación. 1) Escalas de Validez, valoran la forma de contestar a la prueba, que indican la confiabilidad y validez de los datos; 2) Escalas Clínicas, evalúan rasgos de personalidad y sintomatología psiquiátrica como depresión, ansiedad, esquizofrenia, conducta antisocial, entre otros; 3) Escalas de Contenido, detectan contenidos específicos como baja autoestima, enojo, rasgos obsesivos, enajenación; y 4) Escalas Suplementarias, proporcionan información del nivel de madurez del adolescente, así como tendencia, aceptación y vulnerabilidad al uso de alcohol y drogas.

Procedimiento

La marginación se consideró una variable contextual determinada por los índices de desarrollo y grado de marginación que provee el Consejo Nacional de la Población (CONAPO, 2012) para cada una de las identidades o municipios de la Zona Metropolitana Oriente de la Ciudad de

México, en los que se ubican las escuelas. Se solicitó permiso a las autoridades de las escuelas de municipios con índices y grados de marginación bajos y medios. De forma previa a la aplicación se proporcionaron asentimientos informados para garantizar la participación voluntaria y anónima de los adolescentes. Los instrumentos se aplicaron de forma grupal en una sesión de 120 minutos con un receso de 15 minutos. De 667 estudiantes evaluados se incluyeron solo 595 que cubrieron los criterios de validez del MMPI-A ($L \leq T70$; $F \leq T90$ y $K \leq T70$; $VRIN \leq 7$; $TRIN \leq 13$) de acuerdo con los parámetros correspondientes (Butcher et al., 1992; Lucio, 1998). Se efectuaron análisis descriptivos de variables sociodemográficas, de personalidad y de afrontamiento, así como pruebas de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. Se realizaron análisis de correlación bivariada (producto-momento de Pearson) entre las características de personalidad y las estrategias de afrontamiento. Después se llevó a cabo un análisis de regresión múltiple (*método stepwise*) para evaluar la capacidad predictiva de las características de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento. Se incluyeron como variables independientes o predictores solo las escalas del MMPI-A que mostraron correlaciones significativas con las estrategias de afrontamiento del CA-A con $r \geq .300$, las que se introdujeron como variables dependientes o criterio. Los análisis estadísticos se realizaron con el SPSS v19.

RESULTADOS

Se describen en primer lugar las características sociodemográficas básicas de los adolescentes y sus familias de acuerdo con los datos proporcionados por los propios adolescentes, que permiten caracterizar a la muestra. Después se presentan los análisis de normalidad muestral y descriptivos de la personalidad y afrontamiento en puntuaciones T (estandarizadas), así como los análisis correlacionales respectivos, de manera previa a los análisis de regresión múltiple.

Características sociodemográficas y contextuales de la muestra

La muestra quedó conformada por 595 adolescentes: 286 hombres (47.5%) y 309 mujeres (52.5%), de 13 a 18 años ($M_{edad} = 15.8$; $DE = 1.38$). El 56.1% ($n = 339$) con edades entre 13 y 15 años y el 43.9% ($n = 256$) entre 16 y 18 años. El 51.7% ($n = 300$) estudiantes de secundarias y 48.3% ($n = 295$) de bachilleratos públicos de la Delegación Iztapalapa del Distrito Federal y cuatro municipios conurbados, pertenecientes a la Zona Metropolitana Oriente de la Ciudad de México. Las escuelas se ubican en Chalco, Los Reyes, Chicoloapan y Valle de Chalco, que presentan

índices y grados bajos de marginación que van de -1.10318 a -1.22461, excepto Iztapalapa, que muestra un índice y un grado de marginación muy bajo del -1.77645 (CONAPO, 2012). Otros datos muestran que el 98.5% de los adolescentes son solteros y solo estudian; el 49.6% recibe de uno

a diez pesos diariamente para gastar (alrededor de medio dólar); al 33.6% no le dan dinero y el 16.8% recibe de diez a diecinueve pesos (valor aproximado de un dólar)²; el 58% se transporta a pie o en bicicleta y un 66.2% acude a servicios de salud públicos.

Tabla 1.
Características sociodemográficas de los padres y madres

Variables	Padres		Madres	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Edad				
< 30	8	1.3	17	2.9
30-40	212	35.6	302	50.8
41-50	223	37.5	203	34.1
51-60	68	11.4	37	6.2
No sabe	79	13.3	36	6
Escolaridad				
No estudió	13	2.2	19	3.2
Básica	354	59.5	392	65.9
Media-Superior	200	33.7	174	29.2
No sabe	28	4.7	10	1.7
Ocupación				
Desempleado	11	1.8	11	2.8
Empleado/obrero	340	57.2	156	26.3
Ama de casa	-	-	301	50.6
Otras	215	36.2	124	20.8
No sabe	29	4.8	3	.5

Con relación a las características de sus familias, la Tabla 1 muestra que la mayoría de los padres y las madres tiene entre 30 y 50 años de edad; más de la mitad de ambos padres cursaron solo primaria; un poco más de la tercera parte tiene educación media-superior, y una mínima parte no estudiaron. Asimismo, más de la mitad de los padres son empleados-obreros, mientras que las madres son amas de casa. Por otra parte, el 61% de las familias de los adolescentes son nucleares, el 22% son monoparentales, el 11% son

extensas, y el 6% tienen otro tipo de estructura familiar. En el 51.5% de las familias, el proveedor principal es el padre; en el 27.6%, ambos padres aportan al gasto familiar; en el 14.6%, la madre es el único sustento económico; mientras que en el 6.3% contribuyen otros familiares.

Descriptivos de personalidad y afrontamiento

Los valores de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov indican una distribución normal en la mayoría de las escalas del MMPI-A que describen las características de

² Un dólar equivale aproximadamente a \$17.00 pesos mexicanos.

personalidad, los cuales oscilaron entre $D=1.123$ y $D=1.335$ ($p>.05$) excepto Esquizofrenia, Delirios, Incomodidad Social, Tendencia y Reconocimiento de Problemas de Alcohol y Drogas, con valores alpha menores a .05 que oscilaron entre .048 a .049. En el caso de las estrategias de afrontamiento, los índices fluctuaron entre $D=.998$ y $D=1.479$ ($p>.050$), con excepción de Distracción ($p=.049$). Las variables que presentaron valores p marginales, se normalizaron mediante transformación logarítmica para conseguir normalidad o una distribución normal (Pardo & Ruiz, 2005) y posteriormente obtener los coeficientes r de Pearson entre todas las variables de personalidad y afrontamiento.

En la tabla 2 se aprecia que los valores T de todas las escalas del MMPI-A se encuentran dentro del rango de

normalidad ($T\leq 65$). En el caso de las escalas clínicas Hipocondriasis, Histeria, Paranoia y Esquizofrenia, asociadas con somatización, ansiedad, susceptibilidad social, desconfianza, suspicacia y enajenación, respectivamente, son las que presentan mayores elevaciones en las puntuaciones T. Las escalas de contenido con mayores valores T fueron Salud, Delirio y Aspiraciones Limitadas que indican somatización, preocupación y problemas de salud, fallas en el sentido de realidad, falta de proyectos y metas escasas hacia el futuro. Las escalas suplementarias de Inmadurez, Represión y Reconocimiento de Consumo de Alcohol fueron las de mayor puntaje, indicando contención emocional, problemas con el consumo de alcohol, así como presencia de rasgos de inmadurez con respecto a otros adolescentes de su misma edad.

Tabla 2.

Medias y desviaciones estándar de puntuaciones T del MMPI-A: Escalas clínicas, de contenido y suplementarias

		Escalas Clínicas										
	Hs	D	Hi	Dp	Pa	Pt	Es	Ma	Is			
Media	57.91	56.18	54.99	56.12	54.74	54.18	54.63	51.18	52.02			
DE	11.00	10.47	10.76	10.3	11.67	9.25	10.94	10.19	8.65			
		Escalas de Contenido										
	ANS	OBS	DEP	SAU	ENA	DEL	ENJ	CIN	BAE	ASL	ISO	
Media	51.3	49.9	51.7	56.6	52.63	53.9	49.6	49.2	52.0	55.5	52.4	
DE	9.8	10.6	10.1	11.6	10.00	11.4	10.1	10.3	9.7	10.3	9.1	
		Escalas Suplementarias										
	A	R	MAC	RPAD	TPAD	INM						
Media	53.06	55.80	51.83	54.70	51.59	56.72						
DE	10.75	11.42	10.05	10.58	9.82	11.58						

Nota: N=595. Escalas Clínicas: Hipocondriasis (Hs), Depresión (D), Histeria (Hi), Desviación Psicopática (Dp), Paranoia (Pa), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es), Hipomanía (Ma), Introversión Social (Is). Escalas de Contenido: Ansiedad (ANS), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SAU), Enajenación (ENA), Pensamiento Delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Baja Autoestima (BAE), Aspiraciones Limitadas (ASL), Incomodidad social (ISO). Escalas Suplementarias: Ansiedad (A), Represión (R), Alcoholismo de MacAndrew (MAC), Reconocimiento de problemas con alcohol y drogas (RPAD), Tendencia a problemas con Alcohol y Drogas (TPAD), Inmadurez (INM).

En cuanto al afrontamiento, en la Tabla 3 se presentan valores T que indican que Conducta Autolesiva, Rumiación,

y Evitación, son las tres estrategias de afrontamiento más utilizadas.

Tabla 3.

Medias y desviaciones estándar de puntuaciones T del CA-A: Estrategias de afrontamiento

Escalas	SP	RF	R	E	BAS	D	CA	Re
Media	46.08	48.65	52.69	51.97	48.39	47.21	53.23	47.79
DE	9.456	8.147	10.353	10.163	9.407	10.480	9.622	9.517

Nota: N=595. Solución de Problemas (SP), Respuestas Fisiológicas (RF), Rumiación (R), Evitación (E), Búsqueda de Apoyo Social (BAS), Distracción (D), Conducta Autolesiva (CA), Religiosidad (Re).

Asociación entre personalidad y afrontamiento

La tabla 4 muestra correlaciones con significancia estadística ($p < .001$; $p < .05$) entre la mayoría de las escalas

clínicas y las estrategias de afrontamiento disfuncionales, con valores bajos (.110) a moderados-altos (.470), en particular con Rumiación y Conducta Autolesiva.

Tabla 4.

Correlaciones entre escalas clínicas del MMPI-A y estrategias de afrontamiento

Escalas	Solución Problemas SP	Respuestas Fisiológicas RF	Rumiación R	Evitación E	Búsqueda de Apoyo Social BAS	Distracción D	Conducta Autolesiva CA
Hipocondriasis (Hs)	-.274**	.207	.339**	.274**	.172**	-.189**	.347**
Depresión (D)	-.263**	.122	.234**	.256	-.181**	-.219**	-
Histeria (Hi)	-.274**	.137	.089	.099*	-.121**	-.229**	-
Desviación Psicopática (Dp)	-.295**	.150**	.384**	.295**	.265**	-	.355**
Paranoia (Pa)	-.218**	.157**	.291**	.199**	-.187**	-.110*	.381**
Psicastenia (Pt)	-.199**	.348**	.483**	.192**	-.184	-	.362**
Esquizofrenia (Es)	-.253**	.296**	.428**	.277**	-.244	.178	.429**
Hipomanía (Ma)	.056	.124**	.265**	.229	-.139**	.110*	.220*
Introversión Social (Is)	-.244**	.134	.257**	.174	-.149**	-.165**	.257**

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

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

Sobresalen correlaciones positivas moderadas-altas de Hs (síntomatología física), Pt (ansiedad, perfeccionismo, preocupación), Dp (conducta antisocial) y Es (enajenación y problemas de socialización) con estrategias disfuncionales como Rumiación y Conducta Autolesiva, la que también correlaciona positivamente con Pa (suspicious, problemas de

pensamiento, desconfianza, resentimiento). Por el contrario, se aprecian correlaciones negativas de las escalas clínicas con estrategias funcionales como Solución de Problemas, excepto con Ma (impulsividad, ánimo exacerbado, hiperactividad) y con Búsqueda de Apoyo Social, a excepción de Hs y Dp. Religiosidad no correlacionó con ninguna de las escalas clínicas.

Tabla 5.

Correlaciones entre escalas de contenido del MMPI-A y estrategias de afrontamiento

Escalas	Solución Problemas SP	Respuestas Fisiológicas RF	Rumiación R	Evitación E	Búsqueda de Apoyo Social BAS	Distracción D	Conducta Autolesiva CA
ANS	-.180**	.333**	.412**	.316**	.173**	-.018	.338**
OBS	-.099**	.301**	.373**	.133**	.114**	.089*	.250**
DEP	-.254**	.266**	.470**	.304**	-.237**	-.077	.399**
SAU	-.259**	.215**	.302**	.337**	-.176**	-.377**	.392**
ENA	-.241**	.144**	.333**	.161**	-.249**	-.056	.331**
DEL	-.086*	.228**	.267**	-.231**	-.123**	.024	.307**
ENJ	-.121**	.349**	.348**	-.126**	-.141**	.092*	.199**
CIN	.060	.180*	.232**	.085*	-.057	.102*	.090*
BAE	-.308**	.323**	.351**	.281**	-.211**	-.089*	.361**
ASL	-.373**	.029	.161**	.093*	-.299**	-.276**	.186**
ISO	-.177**	.227	.132**	.032	.126**	-.247**	.192**

Nota: Ansiedad (ANS), Obsesividad (OBS), Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SAU), Enajenación (ENA), Pensamiento Delirante (DEL), Enojo (ENJ), Cinismo (CIN), Baja Autoestima (BAE), Aspiraciones Limitadas (ASL), Incomodidad Social (ISO).

* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

La tabla 5 muestra asociaciones moderadas y positivas ($p < .001$; $p < .05$) entre gran parte de las escalas de contenido y las estrategias disfuncionales, no comprometidas, como las Respuestas Fisiológicas, Rumiación Evitación y Conducta Autolesiva. Distracción presenta índices de correlación bajo, la mayoría negativos, pero significativos; los más altos se ubican en Salud, Aspiraciones Limitadas e Incomodidad social. No se encontraron relaciones significativas con Religiosidad, excepto con Aspiraciones Limitadas ($-.157$; $p < .001$).

Las escalas suplementarias Ansiedad, Tendencia a Problemas con Alcohol y Drogas, e Inmadurez, muestran correlaciones positivas con estrategias disfuncionales o no comprometidas como Rumiación y Conducta Autolesiva, y de manera negativa con estrategias funcionales o comprometidas como Solución de Problemas y Búsqueda de Apoyo Social (Véase tabla 6). No se encontraron correlaciones significativas de estas escalas con Religiosidad.

Tabla 6.

Correlaciones entre escalas suplementarias del MMPI-A y estrategias de afrontamiento

Escalas	Solución Problemas SP	Respuestas Fisiológicas RF	Rumiación R	Evitación E	Búsqueda de Apoyo Social BAS	Distracción D	Conducta Autolesiva CA
A	-.131**	.376**	.417**	.166**	.453**	.035	.397**
R	-.122**	.310**	.174**	-.117**	-.151**	-.168**	-.080
MAC	-.070	.230**	.271**	.167**	.167**	-.094*	-.221**
RPAD	-.244**	.136**	.264**	.206**	-.208**	-.019	-.310**
TPAD	-.251**	.137**	.379**	.179**	-.361**	.002**	-.163
INM	-.346**	.161**	.359**	.252**	-.322**	-.101*	-.372**

Nota: Ansiedad (A) Represión (R), Alcoholismo de Mac Andrew (MAC), Reconocimiento de problemas con alcohol y drogas (RPAD), Tendencia a problemas con Alcohol y Drogas (TPAD), Inmadurez (INM).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Los modelos de regresión finales que presentan la mejor solución para cada una de las estrategias de afrontamiento se muestran en la tabla 7. Los valores en general muestran datos significativos con coeficiente de determinación R^2 , cuyos valores indican que el modelo para Rumiación es el de mejor ajuste y explica una mayor proporción de la varianza (26%), seguido por el

de Conducta Autolesiva que explica el 22.5%. Para la Solución de Problemas el modelo explica el 20% de la varianza y para Respuestas Fisiológicas el 19%, mientras el modelo para Búsqueda de Apoyo Social, explica solo el 16% de la varianza. Los modelos más débiles son los de Evitación y Distracción con un porcentaje bajo de la varianza explicada (8%).

Tabla 7.

Modelos predictivos de las estrategias de afrontamiento

Variables Criterio	Modelo	<i>R</i>	<i>R</i> ²	<i>AR</i> ²	<i>F</i>	Durbin-Watson
Solución de Problemas	6	.448	.201	.199	22.208**	2.021
Respuestas Fisiológicas	6	.438	.192	.187	20.920**	1.933
Rumiación	4	.511	.261	.254	47.042**	1.911
Evitación	2	.289	.084	.080	24.369**	1.936
Búsqueda de Apoyo Social	4	.399	.159	.149	25.191**	1.950
Distracción	4	.287	.082	.076	11.974**	1.883
Conducta Autolesiva	5	.474	.225	.201	30.850**	1.874

Nota: * $p < .05$; ** $p < .001$

Los coeficientes de los modelos (M) con mejor ajuste de las variables de personalidad que predicen cada una de las estrategias de afrontamiento se muestran en la Tabla 8. Características como Inmadurez, Represión, Baja autoestima, Ansiedad, TPAD y Depresión influyen de manera negativa en la Solución de Problemas. Los coeficientes β indican que Enojo, Ansiedad, Preocupación por la salud y Represión predicen positivamente las Respuestas Fisiológicas, aunque Enajenación puede ser predictor de forma inversa. El modelo cuatro indica que la sintomatología depresiva junto con presencia de

ansiedad, conducta psicopática y baja autoestima son predictores de la Rumiación. Rasgos esquizoides junto con ansiedad predicen la Evitación. Tendencia a tener problemas con alcohol y drogas, así como inmadurez, contribuyen en dirección negativa a la Búsqueda de Apoyo Social y alcoholismo de manera positiva. Preocupación por la Salud, Baja Autoestima y Ansiedad explican el uso de la Distracción. Por último, Preocupación por la Salud, Depresión, Hipocondriasis y Desviación psicopática son predictores significativos directos de la Conducta Autolesiva, excepto Esquizofrenia.

Tabla 8.

Coeficientes de regresión de los modelos finales para las estrategias de afrontamiento

VARIABLES CRITERIO	M	VARIABLES PREDICTORAS	β	ET	$\beta(exp)$	t	Sig.	95% IC	
Solución de Problemas	6	(Constante)	77.110	4.141		18.621	.000	68.975	85.244
		INM	-.204	.064	-.207	-3.194	.001	-.329	-.079
		R	-.125	.042	-.139	-2.991	.003	-.207	-.043
		BAE	-.293	.070	-.274	-4.198	.000	-.430	-.156
		A	-.300	.085	-.282	-3.532	.000	-.133	.467
		TPAD	-.107	.047	-.103	-2.256	.024	-.200	-.014
		DEP	-.148	.074	-.144	-1.995	.047	-.295	-.002
Respuestas Fisiológicas	6	(Constante)	39.846	3.821		10.428	.000	32.340	47.353
		ENJ	.189	.050	.208	3.790	.000	.091	.287
		ANS	.216	.055	.232	3.953	.000	.108	.323
		ENA	-.145	.049	-.159	-2.933	.004	-.242	-.048
		R	.130	.039	.165	3.362	.001	.206	.054
		SAU	.136	.040	.174	3.401	.001	.058	.215
Rumiación	4	(Constante)	22.444	2.410		9.313	.000	17.710	27.178
		DEP	.242	.073	.237	3.309	.001	.099	.386
		Pt	.307	.069	.304	4.416	.000	.170	.443
		Dp	.132	.047	.131	2.777	.006	.039	.225
		BAE	-.139	.061	-.132	-2.305	.022	-.258	-.021
Evitación	2	(Constante)	38.422	2.239		17.162	.000	34.024	42.820
		Es	.394	.075	.425	5.227	.000	.246	.543
		Pt	.173	.081	.174	2.142	.033	.331	.014
Búsqueda de Apoyo Social	4	(Constante)	68.366	2.433		28.095	.000	63.586	73.146
		TPAD	-.202	.046	-.215	-4.340	.000	-.293	-.110
		MAC	.118	.041	.135	2.858	.004	.037	.199
		INM	-.111	.053	-.125	-2.095	.037	-.215	-.007
Distracción	4	(Constante)	61.627	4.235		14.550	.000	53.307	69.947
		SAU	-.122	.044	-.136	-2.751	.006	-.210	-.035
		R	-.099	.046	-.110	-2.139	.033	-.190	-.008
		BAE	-.268	.069	-.250	-3.913	.000	-.403	-.134
		A	.232	.076	.217	3.040	.002	.082	.381

Continuación tabla 8

VARIABLES CRITERIO	M	VARIABLES PREDICTORAS	β	ET	$\beta(\text{exp})$	t	Sig.	95% IC	
Conducta Autolesiva	5	(Constante)	21.683	2.747		7.894	.000	16.287	27.079
		Es	-.097	.080	.092	1.217	.224	-.060	.254
		SAU	.443	.100	.445	4.448	.000	.247	.638
		DEP	.198	.077	.172	2.561	.011	.046	.350
		Hs	.297	.102	-.281	-2.918	.004	.497	.097
		Dp	.123	.058	.109	2.126	.034	.009	.237

Nota: N=595 Hipocondriasis (Hs), Desviación Psicopática (Dp), Psicastenia (Pt), Esquizofrenia (Es) Ansiedad (ANS), Depresión (DEP), Preocupación por la Salud (SAU), Enajenación (ENA), Enojo (ENJ), Baja Autoestima (BAE), Ansiedad (A), Represión (R), Alcoholismo de MacAndrew (MAC), Tendencia a problemas con Alcohol y Drogas (TPAD), Inmadurez (INM).

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue examinar la capacidad predictiva de las características de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento de adolescentes escolares provenientes de contextos marginales, por lo que se consideró importante caracterizar la muestra en este sentido. Al respecto, de acuerdo con los indicadores de marginación (CONAPO, 2012), algunos datos parecen sostener el supuesto de que los adolescentes provienen de contextos marginales. Se aprecia que algunas características sociodemográficas de las familias pueden ser consideradas como marcadores de riesgo y marginación económica (Costa et al., 2005; Davey et al., 2003). Por ejemplo, el nivel escolar de la mayoría de ambos padres tiende a ser bajo, y un alto porcentaje de los padres son empleados-obreros. Un grupo numeroso de madres son las únicas proveedoras, y en más de la cuarta parte de las familias ambos padres trabajan y contribuyen al presupuesto familiar. Asimismo, muchos adolescentes no reciben dinero para gastar, se transportan a pie o en bicicleta, y en su mayoría acuden a servicios de salud públicos. Con respecto a las características de personalidad, los resultados muestran, en primer lugar, que las puntuaciones T de las escalas clínicas, de contenido y suplementarias, en general, no rebasan la norma; sin embargo, algunas escalas que implican conducta antisocial, ansiedad, inmadurez, y baja autoestima presentan elevaciones más altas que la muestra normativa (Lucio, 1998), lo que podría indicar vulnerabilidad, ya que algunas son características encontradas en adolescentes con problemas (Calvete & Estévez, 2009; Vinet et al., 2009) y en los principales trastornos de salud mental (Benjet et al., 2009). No obstante, estos adolescentes tienden a utilizar diversas estrategias de afrontamiento funcional, sin que aparentemente haya un predominio de alguna de ellas (Cassaretto, 2010; Frydenberg et al., 2008;

Seiffge-Krenke, 2011). Dentro de ellas se encuentra la Solución de Problemas y la Distracción; sin embargo, estos resultados no se pueden generalizar, ya que esta última no se distribuyó de forma normal, por lo que fue necesario transformar sus valores.

Por otro lado, los análisis correlacionales indican que prácticamente todas las escalas clínicas que evalúan aspectos asociados con problemas emocionales como depresión, psicastenia, enojo, y ansiedad se asocian con estrategias evitativas disfuncionales de tipo involuntario y no comprometido como Rumiación, Respuestas Fisiológicas y Conducta Autolesiva (Connor-Smith & Flashbart, 2007; Contreras et al., 2009; Hambrick & McCord, 2010), las que con frecuencia son utilizadas por adolescentes, ansiosos, temperamentales, algunos de ellos, con sintomatología depresiva (Cassaretto, 2010). Estas estrategias de afrontamiento también se relacionan con otras características como suspicacia, susceptibilidad, así como con conducta antisocial y tendencia al alcoholismo, lo que coincide con algunos hallazgos de estudios con adolescentes en contextos de riesgo (Costa et al., 2005; Davey et al., 2003; Salas-Wright et al., 2013). Asimismo, los datos señalan que características como inmadurez, baja contención de impulsos, depresión, baja autoestima, ansiedad y tendencia al consumo problemático de alcohol y drogas, parecen predecir la falta de estrategias funcionales y productivas como la solución de problemas (Cassaretto, 2010; Connor-Smith & Flashbart, 2007; Contreras et al., 2009). De manera similar, estas estrategias se encontraron asociadas a indicadores de conducta antisocial y enajenación (Elgar et al., 2003; Salas-Wright et al., 2013) los que a su vez se relacionaron con Reconocimiento y Tendencia a Problemas con el Alcohol y Drogas, aunque en menor grado (Calvete & Estévez, 2009; Vinet et al., 2009). La presencia de enojo en los adolescentes, síntomas de ansiedad y preocupación por su salud, contribuyen a

la activación fisiológica como reacción al estrés, la cual se asocia con otros problemas de salud (Connor-Smith & Compas, 2004; Lucio & Hernández, 2009).

Los rasgos depresivos y la ansiedad no solo se relacionan con la Rumiación, sino que resultaron ser los predictores más fuertes, junto con otras características como baja autoestima (Seiffge-Krenke, 2000). También algunos rasgos sociopáticos predicen el uso de estrategias involuntarias y no comprometidas como la Rumiación. Por otra parte, Esquizofrenia y Psicastenia en conjunto predicen la Evitación, lo que sugiere que los adolescentes con rasgos esquizoides, con poco interés en las personas, tendencia al aislamiento, así como con pensamientos peculiares e incluso extravagantes, junto con presencia de ansiedad, perfeccionismo y sentimientos de culpa, tienden a evadir sus problemas o situaciones estresantes (Carver & Connor-Smith, 2011; Connor-Smith & Flashbart, 2007). La ansiedad y la alienación, que implican desajuste psicosocial y trastornos del estado de ánimo más severos (Lucio & Hernández, 2009; Palacios et al., 2010) también son predictores de la Evitación con resultados negativos para la estabilidad emocional del adolescente y viceversa (Geisler et al., 2009).

Es poco probable que los adolescentes con tendencia a preocuparse, reprimidos y con baja autoestima utilicen la Distracción como un mecanismo de manejo del estrés; por el contrario, una menor preocupación por la salud, mayor asertividad y contar con una alta autoestima son características que contribuyen al uso de dicha estrategia que puede ser funcional cuando los chicos no tienen control directo sobre la fuente de estrés (Frydenberg et al., 2008; Seiffge-Krenke, 2011). A su vez, la enajenación y los síntomas depresivos como la desesperanza y el pesimismo, las preocupaciones por la salud, la presencia de impulsividad y el pensamiento bizarro, podrían ser la base de las acciones autolesivas, vistas como intentos disfuncionales de reducción de la tensión, como lo indican otros estudios (Castro et al., 2014; Connor-Smith & Compas, 2004; Frydenberg et al., 2008). No obstante, la autolesión puede ser considerada como una conducta que puede predecirse a partir del afrontamiento evitativo (Castro et al., 2014) lo que parece apoyar la idea de interdependencia de estas dos variables.

Por el contrario, la Solución de Problemas, la Búsqueda de Apoyo Social y la Distracción, consideradas estrategias funcionales (Frydenberg et al., 2008; Seiffge-Krenke, 2011), presentan, en mayor o menor grado, asociación negativa con rasgos que sugieren psicopatología, lo que apoya la idea de la funcionalidad del afrontamiento de control primario (Connor-Smith & Compas, 2004). En concordancia con estudios previos (Connor-Smith & Flashbart, 2007; Contreras et al., 2009), la asociación negativa de Baja Autoestima y

Aspiraciones Limitadas con Solución de Problemas, así como de Inmadurez y Tendencia a Problemas con Alcohol y Drogas con Búsqueda de Apoyo Social, sugiere que los jóvenes que cuentan con mejor autoestima, son aquellos que se fijan metas positivas a futuro y se orientan a la solución de sus problemas, son más maduros, utilizan estrategias funcionales y tienen menos probabilidad de presentar problemas con alcohol y drogas.

Finalmente, cabe resaltar que en este estudio solo algunas dimensiones básicas de la personalidad predicen el uso de estrategias específicas de afrontamiento. En suma, características de personalidad como mayor expresividad y madurez, mejor autoestima, menor ansiedad y depresión, así como menor tendencia a recurrir al uso de alcohol, aumentan la probabilidad de que los adolescentes utilicen estrategias de afrontamiento adaptativas, y se orienten a la solución de sus problemas de manera similar a lo reportado (Connor-Smith & Flashbart, 2007; Hambrick & McCord, 2010). Por el contrario, rasgos depresivos, tendencia a somatizar, ansiedad, preocupación por la salud, depresión, baja autoestima e introversión, que son algunos rasgos comunes al Neuroticismo (Cassaretto, 2010; Connor-Smith & Compas, 2004), pueden predecir estrategias de afrontamiento disfuncionales no comprometidas como la evitación, la rumiación y la activación fisiológica, de las cuales las primeras están relacionadas con problemas como el suicidio (Lucio & Hernández, 2009). A diferencia de otros estudios, la impulsividad y el alcoholismo no se integraron en un modelo que explique conductas disfuncionales como la Evitación (Calvete & Estévez, 2009; Vinet et al., 2009), ya que sus predictores fueron los rasgos esquizoides y la ansiedad. No obstante, el consumo de alcohol fue un predictor de la Búsqueda de Apoyo Social, lo cual adquiere sentido si se considera que en contextos marginados y de riesgo psicosocial las conductas relacionadas con alcoholismo parecen “normalizadas” por pares negativos a quienes recurren los adolescentes cuando buscan apoyo social (Costa et al., 2005).

En síntesis, los análisis de regresión múltiple por pasos permiten aclarar la relación personalidad-afrontamiento, al determinar el rol predictivo de ciertas características de personalidad y su influencia en el uso de estrategias de afrontamiento (Carver & Connor-Smith, 2011; Connor-Smith & Flashbart, 2007). No obstante, la magnitud de las correlaciones, así como los porcentajes de la varianza explicada, sugieren que el afrontamiento puede ser el resultado de otros factores personales como la edad de los adolescentes, ya que este tiende a diferenciarse en la adolescencia temprana, media y tardía (Seiffge-Krenke, 2011), o depender de variables contextuales no examinadas en este estudio (Davey et al., 2003; Frydenberg et al., 2008).

Algunos factores sociodemográficos como la escolaridad y la ocupación de los padres, considerados marcadores del nivel socioeconómico bajo y de marginación económica (Costa et al., 2005; Davey et al., 2003), podrían incluirse como predictores en investigaciones futuras. Los análisis de trayectorias constituirían una estrategia estadística más robusta que podría ser útil para evaluar la naturaleza de la relación personalidad-afrontamiento junto a otras variables. Asimismo, limitaciones propias de esta investigación indican la necesidad de ser cautelosos en la interpretación y generalización de los resultados, justamente porque los participantes fueron seleccionados de escuelas con indicadores de marginación. A pesar de ello, este estudio aporta datos sobre la influencia de algunas características de personalidad sobre estrategias de afrontamiento funcionales o disfuncionales, a partir de lo cual se podrían diseñar programas de intervención en la escuela y con las familias, que contribuyan a modular la personalidad de los adolescentes y a promover habilidades de afrontamiento que amortigüen los efectos de situaciones adversas inherentes a contextos de marginación.

REFERENCIAS

- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M., Enrique Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., & Cruz, C. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental, 31*, 155-163.
- Butcher, J., Williams, C., Graham, J., Archer, R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1992). *MMPI-A: Manual for administration, scoring, and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Calvete, E. & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones, 21*(1), 49-56.
- Carver, C.S. & Connor-Smith (2011). Personality and coping. *Annual Review of Psychology, 61*, 679-704.
- Cassaretto, M. (2010). Relación entre la personalidad y afrontamiento en adolescentes preuniversitarios. *Revista Vanguardia Psicológica, 1*(2), 202-225.
- Castro, K., Planellas, I., & Kirchner, T. (2014). Predicción de conducta autodestructiva en adolescentes mediante tipologías de afrontamiento. *Universitas Psychologica, 13*(1), 1-22. Doi:10.11144/Javeriana.UPSY13-1.pcaa
- Connor-Smith, J. & Compas, B. (2004). Coping as a moderator of relation between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems. *Cognitive and Therapy Research, 28*(3), 347-368. Doi.org/10.1023/b:cotr.0000031806.25021.d5
- Connor-Smith, J. & Flashbart, C. (2007). Relations between personality and coping: A Meta-Analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 93*(6), 1080-1107. Doi:org/10.1037/0022-3514.93.6.1080
- Consejo Nacional de la Población -CONAPO- (2012). *Índices de marginación por identidad federativa y municipio 2010*. Recuperado de http://www.CONAPO.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_2010_por_entidad_federativa_y_municipio
- Contreras, F., Espinosa, J., & Esguerra, G. (2009). Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica, 8*(2), 311-322.
- Costa, F., Jessor, R., Turbin, M., Dong, Q., Zhang, H., & Wang, Ch. (2005). The role of social contexts in adolescence: Context protection and context risk in the United States and China. *Applied Developmental Science, 9*(2), 67-85.
- Davey, M., Eaker, D., & Walters, M. (2003). Resilience processes in adolescents: Personality profiles, self-worth, and coping. *Journal of Adolescent Research, 18*(4), 347-362. Doi: 10.1177/0743558403253810
- Elgar, F., Arlett, C. & Groves, R. (2003). Stress, coping and behavioural problems among rural and urban adolescents. *Journal of Adolescence, 26*, 574-585. Doi: 10.1016/S0140-1971(03)00057-5
- Frydenberg, E., Eacott, Ch., & Clark, N. (2008). From distress to success: Developing a coping language and programs for adolescents. *The Prevention Researcher, 15*(4), 8-12.
- Geisler, F., Wiedig-Allison, M., & Weber H. (2009). What coping tells about personality? *European Journal of Personality, 23*, 289-306. Doi: org/10.1002/per.709
- Hambrick, E. P. & McCord, D. M. (2010). Proactive coping and its relation to the Five Factor Model of Personality. *Individual Differences Research, 8*(2), 67-77.
- Jang, K. L., Thordarson, D. S., Stein, M.B., Cohan, S.L., & Taylor S. (2007). Coping styles and personality: A biometric analysis. *Anxiety, Stress and Coping, 20*(1), 17-24. Doi.org/10.1080/10615800601170516
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Estrés y procesos cognitivos*. México: Ediciones Roca.
- Lucio, E. (1998). *Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota para Adolescentes -MMPI-A-*. México: Manual Moderno.
- Lucio, E., Durán, C., Barcelata, B., & Hernández, Q. (2007). *Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11 Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM*. México: Facultad de Psicología, UNAM.
- Lucio, E. & Hernández, Q. (2009). Personalidad y riesgo suicida en adolescentes estudiantes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 47*(1), 33-40.
- Lucio, E. & Villarruel, B. (2008). Assessment of coping in adolescents: Considerations for developing coping questionnaires for teenagers. In: P. Buchwald (Ed.), *Stress and*

- Anxiety Applications to Life Span Development and Health Promotion*. (pp. 65-74). Berlin: Logos Verlag.
- Moos, R. & Holahan, Ch. (2003). *Dispositional and contextual perspectives on coping: Toward an integrative framework*. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403. Doi.org/10.1002/jclp.10229
- Organización Mundial de la Salud (2011). *Salud del adolescente*. Recuperado de http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Salud y desarrollo del adolescente*. Recuperado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_topics&view=article&id=223&Itemid=40242
- Palacios, J., Sánchez, B., & Andrade, P. (2010). Intento de suicidio y búsqueda de sensaciones en adolescentes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 12(1), 53-75.
- Pardo, A. & Ruiz, M. A. (2005). *Análisis de datos con el SPSS 13 Base*. Madrid: McGraw Hill
- Rutter, M. (2007). Resilience, competency and coping. *Child Abuse & Neglect*, 31, 205-209.
- Salas-Wright, C., Olate, R., & Vaugh, M. (2013). The protective effects of religious coping and spirituality on delinquency results among high-risk and gang-involved Salvadoran youth. *Criminal Justice and Behavior*, 20(10), 3-21. Doi: 10.1177/0093854813482307
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, copying style and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 575-691. Doi.org/10.1006/jado.2000.0352
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Coping with relationship stressors: A decade review. *Journal of Research Adolescence*, 21(1), 196-210. Doi: 10.1111/j.1532-7795.2010.00723.x
- Vinet, E., Faúndez, X., & Larraguibel, M. (2009). Adolescentes con trastorno por consumo de sustancias: Una caracterización de personalidad a través de las normas chilenas del MACI. *Revista Médica de Chile*, 137, 466-474.