



FACULTAD DE PSICOLOGÍA

# **ESTILO DISOCIATIVO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, AUTOEFICACIA PERCIBIDA Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA**

Autor: María del Carmen Blázquez Valverde  
Tutor Profesional: Hugo Javier Martín Holgado  
Tutora Metodológica: María Cortés Rodríguez

Madrid

Abril 2016



**ESTILO DISOCIATIVO DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN, AUTOEFICACIA PERCIBIDA  
Y SINTOMATOLOGÍA ASOCIADA**

## **Resumen**

Este estudio explora la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información, la autoeficacia percibida y la sintomatología ansiosa y depresiva en sujetos de población general, así como corroborar – de acuerdo a lo referido en otros estudios – si el estilo disociativo declina con la edad. Para tal fin se aplicaron la *Escala de Experiencias Disociativas (DES)*, el *Cuestionario de Autoeficacia General (AEG)*, el *Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER)* y el *Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)* a una muestra formada por 255 participantes (154 mujeres y 101 hombres). En función de la edad, la muestra se distribuye en el rango 22-85 años, clasificándose los sujetos en 3 grupos: adultez temprana (38,4%; 98), adultez media (36,1%; 92) y adultez tardía (25,5%; 65). Los análisis estadísticos revelaron diferencias significativas ( $p < 0,001$ ), permitiendo concluir que los altos disociadores y los sujetos con una baja autoeficacia presentan sintomatología ansiosa y depresiva siendo estos resultados coincidentes con lo que reflejan estudios previos. No obstante, al contrario de lo que postulan estudios previos, los análisis estadísticos no arrojan indicios sólidos como para afirmar la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información y la autoeficacia percibida, dado que existen diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ) si bien con un tamaño del efecto muy bajo (sobre un 3%). Asimismo, al contrario de lo que postula la literatura científica, tampoco se encuentran diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) para afirmar que el estilo disociativo de procesamiento de la información declina con la edad.

*Palabras clave:* estilo disociativo de procesamiento de la información, autoeficacia percibida, sintomatología ansiosa, sintomatología depresiva, edad.

## **Abstract**

This study explores the relationship between the dissociative processing style, perceived self-efficacy and the anxious and depressive symptomatology of subjects from the general population as well as to confirm – as referred in other studies – if dissociative style declines with age. For this goal, the *Dissociative Experience Scale (DES)*, the *General Self-Efficacy Questionnaire (AEG)*, the *Inventory of Depressive State/Characteristic (IDER)* and the *Anxiety State/Characteristic Questionnaire (STAI)* were applied to a sample made up of 255 participants (154 women and 101 men). Depending on the age, the sample is distributed in an age range between 22 and 85, and the subjects were classified into 3 groups: early adulthood (38,4%; 98), middle adulthood (36,1%; 92) and late adulthood (25,5%; 65). The statistical analysis revealed significant differences ( $p < 0,001$ ), which led to the conclusion that those with high dissociative levels and those with low self-efficacy show anxious and depressive symptomatology. These results coincide with what is shown in previous studies. However, contrary to previous research, the statistical analyses do not generate data solid enough to confirm the relationship between dissociative processing style and perceived self-efficacy, given that there are statistically significant differences ( $p < 0,05$ ) even though the effect is low (around 3%). Likewise, contrary to what is postulated in scientific literature, significant differences have not been found ( $p < 0,05$ ) which confirms that the dissociative processing style declines with age.

*Key words:* dissociative processing style, perceived self-efficacy, anxious symptomatology, depressive symptomatology, age.

## Introducción

La literatura científica sitúa el origen del interés por fenómenos disociativos entre el s. XVIII y el s. XIX.

En 1889 Pierre Janet, inspirándose entre otros en Jean-Martin Charcot y Alfred Binet, desarrolla el *Modelo de Consciencia Dividida*. En ese momento, el término *disociación* entra a formar parte de la psicología como el proceso psicológico implicado en las reacciones ante el trauma el cual lleva al sujeto a un estado de hipnosis aislando de la parte consciente los elementos traumáticos (Icarán, 2000).

En los años setenta se instaura la *Teoría Neodisociativa*, acuñando el término *neodisociación* para referirse al “*proceso psicológico que interfiere en los procesos asociativos naturales y cotidianos del comportamiento humano*” de la mano de Ernest R. Hilgard (como se citó en González y Miguel-Tobar, 2000, p.311). Este autor, a diferencia de sus precursores, conceptualiza el término desde una perspectiva no patológica; sin embargo, coincide con ellos en entender el fenómeno disociativo como un continuo que abarca desde las disociaciones de la vida cotidiana de la población general o no clínica, hasta las de carácter más patológico.

Tanto la *Teoría Neodisociativa* como otras teorías que surgen posteriormente como versiones más elaboradas de ésta, incentivan estudios sobre la relación entre la tendencia a la disociación y los factores de personalidad. De ellos se desprende el concepto de *estilo disociativo de procesamiento* para referirse a los fenómenos disociativos en población normal. En este sentido, Pope y Kwapil (2000, 2005) en sus estudios concluyen que las tendencias disociativas no deben ser enmarcadas dentro de los rasgos de personalidad sino aparte, como un factor de tipo cognitivo distinto en cada sujeto en función de la tendencia a disociar que tenga. Así, tras la revisión de la literatura científica se puede inferir la definición del *estilo disociativo de procesamiento de la información* como el mecanismo o proceso de control cognitivo de los contenidos de la experiencia consciente del individuo, que implica la separación de la forma integrada en que dichos contenidos están estructurados habitualmente afectando a las funciones ejecutivas (memoria, atención, emoción, pensamiento, lenguaje y comportamiento).

No hay unanimidad en cuanto a la línea divisoria entre los fenómenos disociativos normales y patológicos; pero, en contraposición a las teorías aludidas en líneas anteriores sobre el continuo disociativo, Kihlstrom y cols., (como se citó en Bernabeu, 2010, p.33) marcan la diferencia entre ambos fenómenos disociativos (patológico vs. no patológico) en cuanto a intensidad, frecuencia o duración.

Actualmente, la Asociación Americana de Psicología (A.P.A.) define la disociación como “*disrupción de las funciones integradas en la consciencia, la memoria, la identidad o percepción del ambiente*”

(DSM-V, 2013, p.293) clasificándola en distintos trastornos: amnesia disociativa, fuga disociativa, trastorno de despersonalización/ y trastorno disociativo de la identidad.

La prevalencia de los trastornos disociativos en población general varía según los estudios epidemiológicos. Unos encuentran una prevalencia que oscila entre el 3 y el 11% para América del Norte y Europa; y otros, entre el 20 y 35% de la población clínica adulta y entre un 0,3% y un 1,8% de la población no clínica (Bru et al., 2008). Una de las razones por las que es poco diagnosticado es la comorbilidad con la que aparece y porque es erróneamente diagnosticado bajo trastornos psicóticos, epilepsia, el trastorno por estrés posttraumático, el trastorno de pánico, trastornos de personalidad, trastornos de alimentación, trastorno obsesivo compulsivo y trastorno depresivo mayor (Icarán, Colom & Orengo, 1996).

Por otra parte, la frecuencia de la disociación en población normal es confirmada desde 1990 siendo corroborada posteriormente por otros estudios (Bernabeu, 2010). Estos concluyen que no existen diferencias en la disociación en función del género y de los factores socioeconómicos o ambientales (ingresos familiares, nivel de estudios, estatus laboral, tamaño de la vivienda, creencias religiosas o lugar de nacimiento). Sin embargo, sí encuentran diferencias significativas en función de la edad, exponiendo que la disociación declina con la edad, especialmente a partir de la cuarta década de la vida. Por tanto, la disociación (siendo la absorción<sup>1</sup> la condición que más se da) es más incidente en la etapa de la adolescencia debido a las características propias del momento evolutivo; no obstante, es detectable a lo largo de todo el ciclo vital (Icarán, Colom & Orengo, 1996).

Los autores que han estudiado sobre el tema señalan que la presencia del fenómeno disociativo de carácter no patológico es bastante habitual en la población general, formando parte de la condición del individuo. Esta propensión a la disociación es más frecuente bajo situaciones de estrés pudiendo constituir, aunque no necesariamente, un factor de riesgo que predisponga al desarrollo de una disociación patológica (Csikszentmihalyi, 1997). A pesar de esa connotación patológica en población no clínica, los fenómenos disociativos constituyen un rasgo cognitivo que no tiene por qué estar asociado con la experiencia de trauma; viéndose confirmado esto por estudios con gemelos que revelan el peso del componente genético en la disociación (Becker et al.; Jang, París, Zweig & Livesley; citados en de Ruiter, Elzinga & Phaf, 2006, p.116-117).

Asimismo, se da el caso de personas que bajo situaciones traumáticas (p. ej. maltrato grave) superan la experiencia sin que se dé el trastorno disociativo, siendo determinantes los factores de resiliencia. Al respecto autores como Rodríguez, Fernández y Bayón (2005, p. 28) destacan la “*capacidad premórbida*

---

<sup>1</sup> Absorción se ha definido como “una disposición a entrar, bajo determinadas circunstancias, en estados psicológicos caracterizados por una reestructuración de la fenomenología del self y el mundo (es decir, de la forma en que la persona experimenta el propio self y lo que le rodea)” (Tellegen, como se citó en Parra, 2007, p. 63).

y subsecuente, para experimentar, tolerar, confiar en la experiencia emocional, así como en la disponibilidad de otros significativos”.

### *Estilo disociativo desde la neuropsicología cognitiva*

Para Ernest R. Hilgard (citado en Pérez y Galdón, 2002) la Teoría Neodisociativa desde el *Modelo General del Funcionamiento Cognitivo*, basada en el procesamiento de la información, la atención dividida y los estudios del funcionamiento del cerebro, propone la existencia en el cerebro de un *Sistema de Procesamiento Cognitivo Múltiple*. Dicho sistema está conformado por un conjunto de estructuras dispuestas jerárquicamente que están intercomunicadas entre sí y, a su vez, con una estructura de orden superior que controla a las demás (“Ego Ejecutivo”). El Ego Ejecutivo agrupa los contenidos conscientes de la experiencia, organizando y controlando los mismos (ideas, emociones, conductas) de las otras subestructuras. En este sentido, la disociación es entendida en esta teoría como una *disociación parcial* que se produciría al darse interferencias entre las distintas estructuras cognitivas. Estas interferencias son entendidas como aquellas condiciones que restringen la potestad del ego ejecutivo, permitiéndole únicamente el mantenimiento del control en algunas de las subestructuras. De este modo, los contenidos de la subestructura donde esté el control serán percibidos de forma consciente por el sujeto, mientras que aquellos contenidos donde no esté el control estarán parcialmente retirados de la consciencia, pero influyendo a los contenidos no disociados. Entre las interferencias que se pueden dar, Icarán (2000) señala “*los estados de somnolencia, daños cerebrales, anestesias, drogas o fármacos, las fantasías diurnas, la absorción (fenómeno de concentración de la atención) y la condición hipnótica*”<sup>2</sup>. Y añade, que dichas interferencias pueden ser intermitentes (p. ej. cualquier conducta en la que se dan automatismos) o darse de forma permanente suponiendo una ruptura en las conexiones y en la continuidad de las mismas (p.ej. en los casos más extremos o patológicos). No obstante, deja inconclusa su Teoría Neodisociativa lo cual lleva hacia finales del s. XIX al surgimiento, como una versión más elaborada de ésta, de la *Teoría del Control Disociado* de la mano de Kenneth S. Bowers y sus colaboradores (citado en González & Miguel-Tobar, 2000), partiendo de esta Teoría Neodisociativa y de la Neuropsicología Cognitiva en general. Para articular dicha teoría, proponen que la mente está estructurada en dos sistemas de control del contenido consciente de la experiencia de los sujetos (El *Sistema de Control Inferior* o *Programación de Competición* y el *Sistema de Control Superior* o *Sistema Atencional Supervisor*) y otros sistemas secundarios (el *Sistema Lingüístico* y la *Memoria Episódica*). El *Sistema de Control Inferior* o *Programación de Competición* ejerce el control eligiendo las habilidades cognitivas y/o motoras que son conformadas en una serie de esquemas que, tras aprenderse, son repetidas mecánicamente sin un control atencional específico (p.ej. conducir un coche). Dichos esquemas son seleccionados ágilmente cuando varios de ellos entran en conflicto o competición. El

---

<sup>2</sup> Entendido como un cambio en la situación o estado del individuo que puede ser más o menos profundo en función de la vivencia que esté teniendo.

*Sistema de Control Superior* o *Sistema Atencional Supervisor* (SAS) tiene una cabida más restringida, es más lento pero más maleable al seleccionar los esquemas y ejerce el control atencional del contenido consciente activándose en distintas circunstancias: ante una tarea novedosa o que implique dificultad, ante la necesidad de planificación o toma de decisiones, ante la necesidad del control de impulsos o cuando no se activa correctamente el *Sistema de Control Inferior* o *Programación de Competición*. El hecho de que uno de los sistemas esté ejerciendo el control no implica la inactivación del otro sistema puesto que ambos están activados de forma simultánea, monitorizando el sistema supervisor de forma activa (cuando ejerce el control) o no activa (cuando está activado el *Sistema de Control Inferior* o *Programación de Competición*). Un ejemplo de esto sería hablar (activación del *Sistema Atencional Supervisor*) y conducir un vehículo (activación de la *Programación de Competición*). Por tanto, se entiende la disociación como el cambio de activación en los sistemas de control anteriormente mencionados no implicando una segmentación del contenido de la experiencia consciente del individuo; esto significaría que los diferentes subsistemas de control en los que está estructurada la mente se pueden activar sin implicar el control activo del *Sistema de Control Superior*.

De este modo, la forma en que un sujeto experimenta la acción que está llevando a cabo depende del grado de implicación del *Sistema Atencional Supervisor* asociándose así los fenómenos disociativos a dificultades en el control de la atención. Este *Sistema Atencional Supervisor* también es conocido por las teorías neurobiológicas como el *Sistema Atencional Anterior*, debido a su localización cerebral. Concretamente, es un sistema de predominio derecho (hemisferio cerebral derecho) que está integrado por la corteza cingulada anterior, la corteza prefrontal dorsolateral (y orbitofrontal) y el núcleo caudado del neocórtex cuyas funciones atencionales quedan divididas en tres tipos de atención: la atención selectiva, la atención sostenida y la atención dividida (Kandel, Schwartz & Jessell, 2001). La *atención selectiva* es la capacidad que permite seleccionar la información relevante a procesar, inhibiendo la atención a unos estímulos mientras se atiende a otros. Las alteraciones en este tipo de atención van a ocasionar que el sujeto se distraiga con mayor facilidad, ya sea por estímulos de origen externo o interno. La *atención sostenida* se define como la capacidad que permite el mantenimiento del control a eventos o estímulos de forma prolongada. Se divide en dos subcomponentes: *vigilancia* (referente a tareas de detección de un estímulo) y *concentración* (referente al desempeño de tareas cognitivas). La *atención dividida* es la capacidad que permite supervisar de forma simultánea dos eventos o estímulos permitiendo al sujeto distribuir sus recursos ante la demanda de la tarea que esté abordando.

Muchas de las investigaciones existentes hoy día señalan la implicación del estilo disociativo de procesamiento de la información en los distintos mecanismos atencionales por considerarse fundamentales en el inicio y mantenimiento de dicho estilo. Sin embargo, no existe un consenso en cuanto a los procesos atencionales que se ven afectados por el estilo disociativo al obtenerse resultados divergentes.

Al respecto, Freyd, Martorello, Alvarado, Hayes y Christman (citado en Bernabeu 2010) señalan en su estudio bajo el *paradigma de Stroop*<sup>3</sup> las diferencias en el mecanismo de atención selectiva en los altos y bajos disociadores concluyendo que, tanto ante estímulos neutros como de carga emocional, los altos disociadores presentan alteraciones en la atención selectiva mostrando más dificultades para inhibir la atención a otros estímulos. Sin embargo, tienen más potenciada la atención dividida al presentar menores interferencias bajo la condición de este tipo de atención en la tarea de *Stroop*.

DePrince y Freyd (como citaron Devilly et al., 2007, p. 212- 213) también encuentran que los altos disociadores, frente a los bajos disociadores, presentan una mayor inhibición de palabras de carga emocional negativa y una menor inhibición de las palabras de contenido neutro. Posteriormente, estas mismas autoras, en tareas bajo el *paradigma de olvido dirigido*<sup>4</sup>, encuentran que los altos disociadores tienen más desarrollada la atención dividida.

De Ruitter y cols. (citados en Serrano, Espinosa y Pérez, 2013, p. 26), realizan estudios en población normal a través de medidas conductuales (tiempo de reacción) y fisiológicas relacionadas con la actividad cerebral. Concluyen que los altos disociadores tienen más reforzada la atención dividida que los bajos disociadores, lo cual depende de la carga afectiva de la palabra.

Todos estos estudios parecen poner de relieve que la afección en la emoción en el *estilo disociativo de procesamiento de la información*. Sin embargo, los resultados son controvertidos, puesto que varios factores podrían estar interfiriendo en el tiempo de reacción; esto conduce a Serrano y sus colaboradores (2013) a realizar otros estudios para ver los sesgos atencionales en condiciones de atención selectiva trabajando con emparejamientos de estímulos neutros con estímulos de carga emocional. En dichos estudios, se analizan los sesgos atencionales en los altos disociadores, obteniéndose resultados en otra dirección. Estos muestran que no existe sesgo cognitivo para ninguna de los estímulos presentados a los sujetos (tanto en bajos como en altos disociadores) y concluyen de acuerdo a lo que la literatura previa expone al respecto y que ellos refieren, que, en caso de darse inhibición de los estímulos de carga emocional, ésta se da bajo condiciones de atención dividida o de alta distractibilidad. Por lo tanto, estos estudios ponen de manifiesto la importancia del componente emocional en cuanto a los procesos atencionales como un elemento clave en relación al *estilo disociativo de procesamiento de la información* tanto a nivel patológico como no patológico.

---

<sup>3</sup> Es un procedimiento experimental en el que se somete a los sujetos a una clase de interferencia semántica en el tiempo de reacción de una tarea. Por ejemplo, escribir la palabra azul en otro color.

<sup>4</sup> El *paradigma de olvido dirigido* se describe como "Procedimiento experimental en el que se instruye a dos muestras de sujetos a que aprendan dos listas de palabras no relacionadas, presentadas secuencialmente. Al acabar la presentación de la primera lista, a un grupo se le pide que olvide dicha lista (o «grupo olvida»), concentrándose tan sólo en el recuerdo de la segunda lista, mientras que al otro grupo (o «grupo recuerda») se le anima a que la recuerde al mismo tiempo que la lista que se le va a presentar a continuación. Al acabar la presentación de la segunda lista, y tras una breve tarea distractora, a ambas muestras se les pide que recuerden el mayor número de conceptos posibles de ambas listas (Pitarque, Algarabel, Dasí & Ruiz, 2003, p. 6-7).



## *Estilo disociativo de procesamiento de la información, autoeficacia percibida y sintomatología asociada*

Tras una revisión de la literatura científica existente, se han hallado únicamente estudios que establecen la relación entre la disociación patológica y la autoeficacia percibida. Sin embargo, existen razones para poder hipotetizar en el presente estudio que el estilo disociativo de procesamiento de la información que presenta una persona puede influir sobre la percepción y creencia de su eficacia en la vida diaria.

En este sentido, si bien pueden existir más vías que sirvan de enlace para especular sobre este planteamiento, se sugieren dos vías: la toma de decisiones y la regulación emocional. Para ello se establecen como marcos las teorías provenientes de la neuropsicología cognitiva, que ponen de manifiesto la relación entre los componentes cognitivos y emocionales de las funciones ejecutivas.

En esta línea, Zelazo y Müller (citados en García 2012, p. 42), basándose en la propuesta del *Sistema Ejecutivo Dual*, señalan que el Sistema Atencional Anterior Supervisor (SAS), por su localización cerebral indicada en líneas anteriores, se corresponde con las denominadas *Funciones Ejecutivas Frías*, relacionadas con los aspectos cognitivos (planificación, solución de problemas, diseño de estrategias, flexibilidad cognitiva, etc.); mientras que las identificadas como *Funciones Ejecutivas Cálidas*, localizadas en el área prefrontal ventromedial, están asociadas a los aspectos más emocionales y motivacionales (regulación emocional y del comportamiento social, toma de decisiones en situaciones con una elevada implicación emocional, etc.). Añaden además que ambas funciones ejecutivas están estrechamente relacionadas, siendo fundamentales para una adecuada autorregulación y capacidad conductual de cara a la consecución de metas en una dirección determinada e influyendo las funciones cálidas a las frías. Es decir, se da una clara influencia de los procesos socioafectivos sobre los cognitivos dándose, como señalan los autores, una afección en ambas funciones ejecutivas ante la alteración en una de ellas. De este modo, tanto el planteamiento del *Sistema Ejecutivo Dual* como el recorrido por los diferentes estudios señalados en el punto anterior, parecen coincidir en esta interinfluencia entre lo emocional y lo cognitivo.

Otro de los modelos que indica que existe una relación entre los aspectos cognitivos y los emocionales, y que estos se encuentran directamente vinculados a las respuestas comportamentales en la toma de decisiones es el *Modelo del Marcador Somático de Damasio* (Tirapu, Muñoz y Pelegrín, 2002). En éste se pone de relieve la importancia de la confluencia de sistema SAS, la memoria operativa y el componente emocional en la toma de decisiones. Dicho modelo postula el *marcador somático* como el proceso mediante el cual las emociones guían la dirección en la toma de decisiones, existiendo una relación íntima entre la capacidad de razonar (cerebro) y la parte emocional (cuerpo) que es entendida como un único elemento que interactúa con el ambiente. En este sentido, el autor señala que la toma de decisiones se hace en base a unos conceptos almacenados previamente sobre determinadas situaciones

y las habilidades para hacerle frente. Estos conceptos pueden almacenarse en conocimientos innatos (estados físicos, procesos de autorregulación, emociones) y conocimientos acerca de hechos, situaciones vividas y conductas (entendidos como representaciones mentales). La codificación de estos conceptos es lo que posibilita al sujeto la capacidad de razonar sobre las opciones disponibles, posibles resultados y la relación entre ambas. Pero para esto, previamente se necesita de la atención que permite acceder a la representación mental del concepto y mantenerla a nivel consciente descartando otras y de la memoria para mantener alejadas en un mínimo período de tiempo (segundos). En este caso, la atención permite la dirección hacia una acción al funcionar como una señal de alarma emocional que orienta sobre la adecuación o no de dicha acción.

Desde el *Modelo de Conflicto de Decisión (Conflict Model of Decision Making)* de Janis y Mann (citados en Janis, 1987), se estudia la toma de decisiones desde una perspectiva descriptiva. La toma de decisiones, como proceso articulado por el S.A.S. o Sistema Atencional Supervisor se define como “*proceso mediante el cual se realiza una elección entre las opciones o formas disponibles para resolver diferentes situaciones de la vida en diferentes contextos*”. Este modelo pretende detallar la forma en que el estrés psicológico, generado por el conflicto a la hora de tomar la decisión, limita el aspecto racional de las decisiones de un individuo (Janis, 1987) siendo importante la confianza que tiene el sujeto en su propia capacidad de tomar decisiones efectivas (Mann, Radford, Burnett y cols., citados en Luna, Arocena & Cedillo 2012, p. 298). En dicho proceso se da la confluencia de emociones, creencias y expectativas dotándolo de una mayor trascendencia. De modo que, si el individuo no cuenta con las herramientas necesarias para la toma de decisión adecuada, entran en juego las emociones de carácter negativo y ansiedad.

En esta dirección existe un modelo que permite establecer una relación entre la toma de decisiones y la regulación emocional, entendiéndose la regulación emocional por “*aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos*” (Gross citado en Hervás y Vázquez, 2006, p. 11). Este mismo autor es el que postula este modelo: el *Modelo de Regulación Emocional*. En este indica que los sujetos hacen una selección de las situaciones emocionales a las que se exponen para proteger o preservar su sensación de bienestar a nivel emocional y que una vez inmersa en la situación, pueden configurarla ya sea de forma activa (acción) o pasiva (omisión) para finalmente dirigir la atención hacia aquellos elementos que le permitan una autorregulación emocional de forma adaptativa configurando la situación en su totalidad con un significado que va a codificar la experiencia emocional. Por el contrario, en caso de darse una regulación afectiva desadaptativa, se produciría lo que Hervás y Vázquez (2006, p. 12) señalan como la desregulación afectiva: “*presencia de un déficit en la activación y/o efectividad de ciertas estrategias de regulación ante estados afectivos negativos*”. Estos autores distinguen tres vías de desregulación emocional: desregulación por déficit de activación (no activación

de estrategias de regulación), desregulación por déficit de eficacia (activación de estrategias inadecuadas para una determinada situación como por ejemplo la evitación, los fenómenos disociativos) y desregulación por empleo de estrategias disfuncionales y/o contraproducentes (consumo de cualquier tipo de sustancias, autolesiones, etc.). Esta desregulación emocional está estrechamente relacionada con la etiopatogenia de la sintomatología ansiosa y depresiva. Por una parte existen estudios que señalan la presencia de déficits en la regulación emocional en la depresión (Peetrs, Nicolson, Delespaul y de Rives, citados en Hervás, 2011, p. 353); y otros que señalan cómo las creencias o expectativas de eficacia y de resultado que tiene el sujeto inciden en la intensidad de la sintomatología (Fernández Berrocal, Extremera, Ramos & Joiner, citados en Hervás, 2011, p. 354). Este mismo autor señala la existencia de estudios que indican como la presencia de patrones de supresión o inhibición emocional ligados a otros elementos situacionales (ambientes estresantes, situaciones traumáticas, vivencias negativas, etc.) podría ocasionar un incremento en la sintomatología ansiosa.

La conformación de la experiencia emocional a la que se refiere el Modelo de Regulación Emocional es uno de los factores influyentes en las expectativas de eficacia que postula la *Teoría de la Autoeficacia*. Por tanto, el *Modelo de Regulación Emocional*, el *Modelo del Marcador Somático* y el *Modelo de Conflicto de Decisión*, ponen de relieve la relación existente entre la toma de decisiones, la regulación emocional y la autoeficacia percibida. Así la toma de decisiones se verá afectada en base a las expectativas previas – de resultado y/o de eficacia - que tiene el sujeto sobre una situación determinada y estas expectativas se codifican en función de la regulación emocional. En este sentido, las creencias de eficacia se van gestando en base a la experiencia directa e indirecta de éxito, a los mensajes que recibe la persona sobre sus capacidades y a los estados fisiológicos o psicológicos mediante los cuales la persona valora sus capacidades (Reeve, 2003, p. 244). De todas estas fuentes, Bandura (citado en Grau, Salanova y Peiró, 2012, p.160) señala como la más importante la experiencia directa de éxito o de fracaso que haya vivido la persona. Así, una experiencia reiterada de logro ocasiona una autoeficacia robusta. Por el contrario, las experiencias de fracaso minan la autoeficacia, sobre todo si se dan en el período de desarrollo previo a la consolidación de la autoeficacia en la persona. En este sentido, es importante tener en cuenta que las creencias de autoeficacia se adquieren a lo largo de la vida y que, al ser adquiridas, pueden modificarse. Lo cual cobra especial importancia teniendo en cuenta las repercusiones que la autoeficacia tiene en todas las esferas que inciden e implican el bienestar del sujeto.

Fernández & Iruarrizaga (2005) señalan que las dudas con respecto a la propia eficacia dificultan en el sujeto el pensamiento productivo, la planificación y la toma de decisiones, lo que, a su vez, genera ansiedad, estrés y estados emocionales negativos, afectando a la motivación, y por consiguiente, al rendimiento en la tarea. Esto último parece deberse a que las personas con una baja autoeficacia se obstaculizan su propio proceso de toma de decisiones, al tener la atención centrada en sus carencias

yoicas y en sus debilidades en relación a la demanda de la tarea, así como en las consecuencias negativas o posibilidades de fracaso. En este sentido, una baja autoeficacia percibida para afrontar situaciones que el sujeto estima como excesivamente demandantes, producirá ansiedad y estrés llegando, incluso, a ser la causante de la ansiedad de forma directa (Bandura; Bandura, Reese y Adams; Bandura et al.; Lazarus; citado en Reeve, 2003, p.244).

Por otra parte, una baja autoeficacia percibida para la consecución de resultados deseados, viendo comparativamente que otros lo consiguen, ocasionará en estas personas depresión (Bandura, citado en Grau, Salanova y Peiró, 2012, p.158). Además, el estado de ánimo juega un papel decisivo en la autoeficacia dándose entre ambos una relación directa e inversamente proporcional. Es decir, un estado de ánimo positivo promueve creencias de eficacia percibida, mientras que un estado de ánimo negativo disminuye la autoeficacia percibida (Kanavagh y Bower, citados en Grau, Salanova y Peiró, 2012, p. 162).

En base a lo referido en líneas anteriores, se plantea la pretensión del presente estudio la cual es conocer la relación existente entre el estilo disociativo de procesamiento de la información, la autoeficacia percibida y la sintomatología asociada (ansiedad y depresión) así como la correlación del estilo disociativo con la edad. El presente estudio resulta interesante, puesto que podría contribuir a reunir más datos sobre la relación existente entre el estilo disociativo de procesamiento de la información y la autoeficacia percibida y – coincidiendo con lo indicado por otros estudios previos – contribuir a promover la prevención de futuras psicopatologías, de fracaso escolar y laboral posibilitando el trabajo en la capacitación y construcción de habilidades.

Se espera encontrar:

- a) En sujetos que presentan un alto estilo disociativo de procesamiento de la información que éste decline con la edad.
- b) En sujetos con un alto estilo disociativo de procesamiento de la información una baja autoeficacia.
- c) En sujetos con una baja autoeficacia la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.
- d) En sujetos con un alto estilo disociativo de procesamiento de la información la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva.

## **Método**

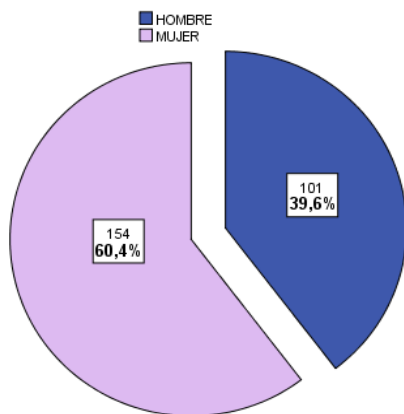
### *Diseño*

Se ha usado un diseño descriptivo de corte transversal.

## Participantes

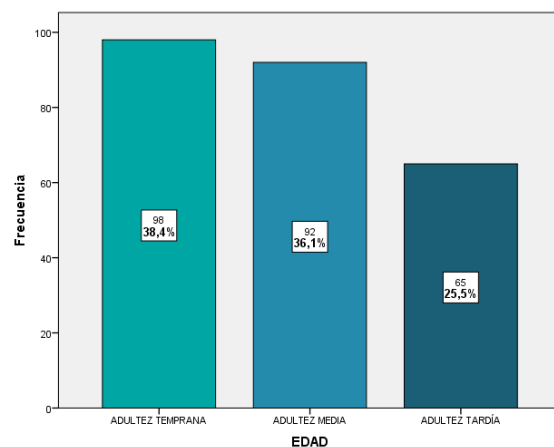
La muestra está formada por 255 participantes españoles pertenecientes a población general (no clínica). Entre ellos, la mayoría son mujeres (154), conformando el 60,4% de dicha muestra (fig. 1). En cuanto a la edad, la muestra se distribuye en el rango 22-85 años, siendo la mediana 46 años. El grado de simetría que se da es aceptable. En función de la edad, los sujetos se clasifican en 3 grupos (figura 3): adultez temprana comprendida entre los 20 y los 40 años (38,4%; 98), adultez media entre los 41 y los 65 años (36,1%; 92) y adultez tardía desde los 65 años en adelante (25,5%; 65).

**Figura 1:** Diagrama de sectores. Distribución del SEXO en la muestra de participantes.



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

**Figura 2:** Diagrama de barras. Categorías de EDAD.



Elaboración propia mediante IBM SPSS Statistics 22

## Instrumentos

A continuación se procede a describir los instrumentos empleados en el presente estudio.

*Escala de Experiencias Disociativas* (DES II, Bersntein y Putnam, 1993). Es un cuestionario autoadministrado para adultos de población clínica y no clínica. Sirve para identificar pacientes con patología disociativa. Evalúa los distintos tipos de experiencias disociativas y la frecuencia con que se experimentan, constituyendo una herramienta de investigación para la cuantificación de experiencias disociativas. Consta de 28 ítems con descripciones de experiencias disociativas, con escala de tipo Likert de 11 puntos. Va del 0% (“no me pasa nunca”) al 100 % (“me pasa siempre”). Ha sido adaptada y validada en población española por Icarán y Orengo-García (1996). Se procede a calcular la fiabilidad de las puntuaciones que ha obtenido la muestra en este instrumento. Para ello se ha utilizado el coeficiente alfa de Cronbach. El valor de este coeficiente ha sido de 0,925 (escala 0-1), por tanto, muy elevado; de manera que el resultado es similar a la obtenida por los autores: 0,93 (Bersntein & Putnam, 1993).

*Escala de Autoeficacia General.* (Baessler y Schwarzer, 1996, citado en Serra, T., 2010). Su aplicación es a partir de los 12 años. Se utiliza para medir el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. Consta de 10 ítems, con escala de tipo Likert de 10 puntos. Ha sido adaptada y validada en población española por Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000). En el cálculo de la fiabilidad mediante el coeficiente alfa de Cronbach se ha obtenido un valor muy elevado (0,889). La fiabilidad es similar a la obtenida por los autores: 0,87 (Baessler y Schwarzer, 1996, citado en Serra, T., 2010).

*Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo* (STAI, Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1986). De aplicación en adolescentes y adultos, evalúa dos conceptos independientes de la ansiedad: la ansiedad como estado (estado emocional transitorio) y la ansiedad como rasgo (propensión ansiosa relativamente estable). Consta de 40 ítems divididos en dos subescalas (Estado y Rasgo), cada una con 20 ítems. Las puntuaciones oscilan entre 0 y 60. Al calcular su fiabilidad se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de 0,935 en la escala de Ansiedad-Estado, indicando una alta fiabilidad. En la escala de Ansiedad-Rasgo el coeficiente ha sido 0,888 también muy elevado. Para el conjunto completo de los 40 ítems de las dos escalas del test, el coeficiente fue 0,946 de modo que esta fiabilidad es mayor a la presentada por los estudios originales de los autores: 0,83 – 0,92 (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1986).

*Inventario de Depresión Estado/Rasgo* (IDER, Spielberger, Buena & Agudelo, 2008). Se emplea para evaluar el grado de afectación (estado) y la frecuencia de ocurrencia (rasgo) que el sujeto muestra en relación con los componentes afectivos de la depresión (distimia/eutimia). Consta de 20 ítems (10 para cada escala, la de estado y la de rasgo), con escala tipo Likert. Ha sido adaptada y validada en población española por BuenaCasal, & Agudelo (2008). En el cálculo de la fiabilidad, para la escala de Depresión Estado se ha obtenido un coeficiente alfa de Cronbach de 0,903 y para la de Depresión Rasgo uno de 0,893 siendo por tanto muy elevados. La fiabilidad del cuestionario completo ha arrojado un coeficiente alfa de Cronbach de 0,939, valores similares a los de los autores: 0,92 (Spielberger, Buena & Agudelo, 2008).

### *Procedimiento*

Para la realización del presente estudio se ha procedido a elaborar un modelo de cuestionario cuya primera parte contiene información sobre los objetivos del estudio así como la información necesaria en relación al consentimiento informado. Dicho modelo de cuestionario contiene los ítems de todos los test detallados en el apartado “instrumentos”, más los concernientes a datos sociodemográficos (sexo y edad), diagnósticos sobre trastornos psicológicos o enfermedades médicas. Esto último con el fin de

poder excluir del estudio a los sujetos con un diagnóstico previo para evitar interferencias en los resultados.

Para su aplicación se han elaborado dos versiones, una en formato impreso, para facilitar su aplicación a la población de más de 65 años, y otra de aplicación online, usando la aplicación “Google Forms” de Google Drive, para el resto de la muestra. No obstante, la versión impresa ha sido aplicada indistintamente a personas de todos los rangos de edad. Una vez finalizada la aplicación de los cuestionarios, se han volcado todos los datos para su análisis estadístico en la aplicación informática SPSS-22 (IBM Corp. Released, 2013).

## Resultados

### *Análisis Descriptivo*

A continuación se procede a detallar los estadísticos descriptivos de las variables del presente estudio.

*Escala de Experiencias Disociativas* (DES II, Bersntein y Putnam, 1993). Este cuestionario genera la variable: puntuación total de Experiencias Disociativas (ED-PT). En función de estas puntuaciones - utilizando los valores de corte empleados por Bernabéu en su estudio (2010) – se clasifica a los sujetos en tres categorías de Estilo Disociativo (DES): disociadores bajos (puntuaciones de 0 -10), disociadores medios o disociación normal (puntuaciones de 11- 19) y disociadores altos (puntuaciones de 20 - 100) (tabla 1). En la categoría del estilo disociativo bajo se encuentra la mayor parte de la muestra (62%; 158); mientras que el estilo disociativo alto comprende solamente un 12,2% (31 casos).

**Tabla 1:** *Análisis descriptivo.* Escala de Experiencias Disociativas (DES) (N=255)

| <i>Variable / Categoría</i>        | <b>Nº de casos</b> | <b>Incidencia</b> | <b>Media</b> | <b>Desviación estándar</b> |
|------------------------------------|--------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| <b><i>ED-PT</i></b>                | 255                | --                | 10,50        | 10,08                      |
| <b><i>Estilos disociativos</i></b> |                    |                   |              |                            |
| <i>Bajo</i>                        | 158                | 62,0 %            | 4,91         | 2,84                       |
| <i>Medio/Normal</i>                | 66                 | 25,9 %            | 14,52        | 2,46                       |
| <i>Alto</i>                        | 31                 | 12,2 %            | 30,45        | 13,90                      |

*Escala de Autoeficacia General.* (Baessler y Schwarzer, 1996). Como en el caso del test anterior, se genera una variable: la puntuación total (AE-PT). En función de estas puntuaciones - utilizando los puntos de corte propuestos por Serra en su estudio (2010) - los sujetos se clasifican en tres categorías de autoeficacia percibida: autoeficacia baja (puntuaciones de 0 -20), autoeficacia media (puntuaciones de 21 -31) y autoeficacia alta (puntuaciones de 32 -100). La mayor parte de los participantes se encuentra en el grupo medio (52,6%; 135) y muy pocos se sitúan en el grupo bajo (tabla 2).

**Tabla 2:** *Análisis descriptivo.* Escala de Autoeficacia General (N=255)

| <i>Variable / Categoría</i> | <b>Nº de casos</b> | <b>Incidencia</b> | <b>Media</b> | <b>Desviación estándar</b> |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| <i>AE-PT</i>                | 255                | --                | 30,33        | 5,25                       |
| <i>Estilos disociativos</i> |                    |                   |              |                            |
| <i>Baja</i>                 | 10                 | 3,9 %             | 17,90        | 3,28                       |
| <i>Moderada</i>             | 135                | 52,9%             | 27,39        | 2,86                       |
| <i>Alta</i>                 | 110                | 43,1 %            | 35,07        | 2,37                       |

*Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo* (STAI, Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). Este test genera dos variables de puntuación total: Ansiedad-estado (AnsEst) y Ansiedad-rasgo (AnsRsg). Los estadísticos descriptivos se resumen en la tabla 3. Las puntuaciones de estas variables se han convertido en percentiles de acuerdo a los baremos que proponen los autores del cuestionario. Los autores del cuestionario señalan como único punto de corte el percentil 75 para establecer la presencia del trastorno de ansiedad. En base a ello, y con el fin de categorizar a todos los sujetos, se crean unos puntos de corte. Así se ha clasificado a los sujetos, de ansiedad estado y ansiedad rasgo, en las categorías: ansiedad baja (puntuaciones de 0 - 49), ansiedad media (puntuaciones de 50 - 60), ansiedad media (puntuaciones de 61- 74) y ansiedad alta (puntuaciones de 75 - 99). La mayor parte de la muestra se concentra la categoría baja en ambas variables: 67,5% (172) en AnsEst y 60,4% (154) en AnsRsg. Entre el 20 y el 30% de los casos se incluyen, acumulados, en las categorías moderado/alto de ambos constructos (ver tabla 3).

**Tabla 3:** *Análisis descriptivo.* Cuestionario STAI. Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo (N=255)

| <i>Variable / Categoría</i> | <b>Nº de casos</b> | <b>Incidencia</b> | <b>Media</b> | <b>Desviación estándar</b> |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| <i>Ans-Estado (PD)</i>      | 225                | --                | 15,87        | 11,17                      |
| <i>Ans-Rasgo (PD)</i>       | 225                | --                | 19,49        | 9,76                       |
| <i>Percentil A-E</i>        | 225                | --                | 33,66        | 29,67                      |
| <i>Percentil A-R</i>        | 225                | --                | 40,65        | 29,45                      |
| <i>Ansiedad Estado</i>      |                    |                   |              |                            |
| <i>Baja</i>                 | 172                | 67,5 %            | 9,55         | 5,52                       |
| <i>Media</i>                | 26                 | 10,2 %            | 21,15        | 1,59                       |
| <i>Moderada</i>             | 20                 | 7,8 %             | 25,30        | 1,78                       |
| <i>Alta</i>                 | 37                 | 14,5 %            | 36,43        | 6,06                       |
| <i>Ansiedad Rasgo</i>       |                    |                   |              |                            |
| <i>Baja</i>                 | 154                | 60,4 %            | 13,32        | 5,81                       |
| <i>Media</i>                | 32                 | 12,5 %            | 23,63        | 3,18                       |
| <i>Moderada</i>             | 33                 | 8,6 %             | 26,68        | 3,06                       |
| <i>Alta</i>                 | 47                 | 18,4 %            | 33,55        | 6,02                       |

*Inventario de Depresión Estado/Rasgo* (IDER, Spielberger, Buela & Agudelo, 2008). Este inventario genera dos variables de puntuación total: Depresión-estado (DpEst) y Depresión-rasgo (DpRsg). Dichas variables se han convertido en percentiles con sus correspondientes baremos; y, atendiendo a los puntos de corte establecidos por los autores del cuestionario, se han categorizado en dos niveles: no depresión



(percentil de 0-75) / sí depresión (del percentil 75-99). La gran mayoría de la muestra ha quedado encuadrada en la categoría “no depresión” con un 76,5% en el caso de la depresión estado y un 82,7% en el de la depresión rasgo (tabla 4).

**Tabla 4:** *Análisis descriptivo.* Inventario IDER. Depresión Estado y Depresión Rasgo (N=255)

| <i>Variable / Categoría</i> | <b>Nº de casos</b> | <b>Incidencia</b> | <b>Media</b> | <b>Desviación estándar</b> |
|-----------------------------|--------------------|-------------------|--------------|----------------------------|
| <i>Dp.-Estado (PD)</i>      | 225                | --                | 16,76        | 5,34                       |
| <i>Dp.-Rasgo (PD)</i>       | 225                | --                | 16,49        | 5,36                       |
| <i>Percentil D-E</i>        | 225                | --                | 44,85        | 28,65                      |
| <i>Percentil D-R</i>        | 225                | --                | 37,37        | 29,05                      |
| <b>Depresión Estado</b>     |                    |                   |              |                            |
| <i>No depresión</i>         | 195                | 76,5 %            | 14,38        | 2,85                       |
| <i>Sí depresión</i>         | 60                 | 23,5 %            | 24,48        | 4,12                       |
| <b>Depresión Rasgo</b>      |                    |                   |              |                            |
| <i>No depresión</i>         | 211                | 82,7 %            | 14,61        | 3,26                       |
| <i>Sí depresión</i>         | 44                 | 17,3 %            | 25,48        | 4,21                       |

### *Análisis Inferencial*

El presente estudio pretende explorar la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información, una baja autoeficacia y la sintomatología depresiva y/o ansiosa, así como la relación entre la edad y la presencia del estilo disociativo.

Para determinar la relación entre la edad y el estilo disociativo de procesamiento de la información, se ha empleado el coeficiente de Pearson obteniéndose un valor de -0,125, que es estadísticamente significativo para  $p < 0,05$ , y de sentido inverso, que implica que los sujetos con más edad tienden a tener valores más bajos en la variable ED-PT y viceversa. Sin embargo, al ser la intensidad del coeficiente tan baja, indica que no hay relación entre ambas variables. Por tanto, no se puede afirmar que a medida que avanza la edad declina el estilo disociativo en los sujetos.

Con el fin de establecer la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información y la autoeficacia percibida, se pretende explorar si los sujetos con un estilo disociativo de procesamiento de la información alto presentarán la autoeficacia percibida más baja que los sujetos pertenecientes al resto de categorías del estilo disociativo. Para ello se procede a relacionar dos variables que anteriormente han sido consideradas como factores (VI).

En primer lugar, en su forma cuantitativa se han correlacionado con Pearson obteniendo un valor de coeficiente de -0,191 para  $p < 0,01$  que, a pesar de ser significativo, indica que la intensidad de correlación entre estas variables es baja. Por lo que se puede considerar al estilo disociativo como factor explicativo (VI) de la autoeficacia (VD) y desde ese planteamiento realizar un ANOVA de 1 factor para comprobar la significación de las diferencias entre las categorías de estilo disociativo. Los resultados

(tabla 5) permiten comprobar que existen diferencias estadísticamente significativas, pero con un tamaño del efecto muy bajo (sobre un 3%), no determinando el test HSD de Tukey diferencias significativas entre las categorías de “estilo disociativo alto” y “normal”, pero presentando ambas una media significativamente mayor que los sujetos de la categoría “estilo disociativo bajo”. Por tanto, hay algunos indicios – aunque no muy sólidos – que apuntan en la dirección de la hipótesis planteada.

**Tabla 5:** Análisis inferencial: Diferencia de medias con ANOVA de 1 factor. Comparación de las puntuaciones de Autoeficacia, entre los grupos de Estilo Disociativo. (N=255)

| Variable            | ESTILO DISOCIATIVO |                     |              | ANOVA 1 FEF   |         | Tamaño del efecto: R <sup>2</sup> | HSD de Tukey: Pares significativos |
|---------------------|--------------------|---------------------|--------------|---------------|---------|-----------------------------------|------------------------------------|
|                     | Bajo (N=158)       | Medio-Normal (N=66) | Alto (N=31)  | valor         | p       |                                   |                                    |
| <b>Autoeficacia</b> | 30,81 (4,81)       | 30,27 (5,69)        | 28,00 (5,95) | 3,80 (2; 252) | 0,024 * | 0,029                             | (Alto=Normal)>Bajo                 |

\* = Significativo al 5% (p<0,05)

Posteriormente, para comprobar si presentar una baja autoeficacia percibida está relacionado con la presencia de sintomatología ansiosa y/o depresiva, se han correlacionado las puntuaciones empíricas directas de la escala AE-PT con las de las variables de ansiedad y depresión. Las diferencias altamente significativas encontradas – aunque la intensidad de la correlación no sea muy elevada – indican que los sujetos con baja autoeficacia presentan puntuaciones más altas tanto en Ansiedad como en Depresión (tabla 6).

**Tabla 6:** Análisis correlacional. Valores de los coeficientes de Pearson entre las puntuaciones directas de Autoeficacia Percibida y Ansiedad y Depresión (N=255)

|                | AsnEst    | AnsRsg    | DpEst     | DpRsg     |
|----------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| <b>AE – PT</b> | -0,440 ** | -0,503 ** | -0,477 ** | -0,542 ** |

\*\* = Altamente significativo al 1% (p<0,01)

Tras esto, se considera a la variable resultante de la clasificación de los sujetos de la muestra en función de su autoeficacia como un factor (VI) con tres niveles: baja / moderada / alta (tabla 2). Se ha empleado el M-ANOVA para estudiar la significación de la diferencia entre las medias de las 4 VD.

Los resultados se resumen en la tabla 7 y con ellos se puede concluir que la media en AnsEst es significativamente más elevada en los sujetos de la categoría “baja autoeficacia” con respecto a los de los otros dos grupos, quienes entre sí no se diferencian. Además, que la media de la variable AnsRsg – tanto en puntuaciones directas como en percentiles – se pueden ordenar de mayor a menor: grupo de baja autoeficacia > grupo con moderada AE > grupo con alta AE. En cuanto a la variable DpEst, se ha encontrado una elevada significación con efecto moderado (alrededor de un 13 ó 14%); indicando en percentiles los test a posteriori que todos los grupos son distintos y que quedan ordenados de la misma forma que en la variable AnsRsg. En puntuaciones directas no se discrimina bien entre los casos de los

grupos con moderada y con alta autoeficacia, quienes al menos sí que tienen una media menor en ansiedad que los casos con baja autoeficacia percibida. Para la variable DpRsg se da una elevada significación con un tamaño del efecto moderado alto (en el entorno del 20%). Los test de pares de Tukey determinan que todos los grupos son distintos entre sí, en cualquiera de las dos formas de expresar la variable, de forma que las categorías de las variables quedan ordenadas de mayor a menos ansiedad: baja AE > moderada AE > alta AE.

Estos resultados (tabla 7) permiten concluir que los sujetos con una baja autoeficacia presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva que los sujetos pertenecientes al resto de categorías de autoeficacia.

**Tabla 7:** Análisis inferencial: Diferencia de medias con M-ANOVA de 1 factor. Comparación de las puntuaciones Ansiedad y Depresión, entre los grupos de Autoeficacia percibida. (N=255)

| Variable           | AUTOEFICACIA PERCIBIDA |                  |               | M-ANOVA 1 FEF |                | Tamaño del efecto: R <sup>2</sup> | HSD de Tukey: Pares significativos |                        |
|--------------------|------------------------|------------------|---------------|---------------|----------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------------------|
|                    | Baja (N=10)            | Moderada (N=135) | Alta (N=110)  | valor (gl)    | p              |                                   |                                    |                        |
| <b>P. Directas</b> | Ans-Est                | 28,50 (13,95)    | 17,78 (10,95) | 12,37 (9,78)  | 15,31 (2; 252) | 0,000**                           | 0,108                              | Baja > (Moderada=Alta) |
|                    | Ans-Rsg                | 29,10 (11,65)    | 22,13 (9,20)  | 15,39 (8,52)  | 22,83 (2; 252) | 0,000**                           | 0,153                              | Baja > Moderada > Alta |
|                    | Dp-Est                 | 22,50 (7,17)     | 17,93 (5,16)  | 14,80 (4,58)  | 18,71 (2; 252) | 0,000**                           | 0,129                              | Baja > (Moderada=Alta) |
|                    | Dp-Rsg                 | 23,00 (6,75)     | 18,04 (5,12)  | 13,98 (4,21)  | 31,06 (2; 252) | 0,000**                           | 0,198                              | Baja > Moderada > Alta |
| <b>Percentiles</b> | Ans-Est                | 62,70 (30,84)    | 38,78 (30,23) | 24,74 (25,68) | 12,88 (2; 252) | 0,000**                           | 0,093                              | Baja > (Moderada=Alta) |
|                    | Ans-Rsg                | 63,60 (22,80)    | 49,01 (28,04) | 28,29 (26,89) | 21,03 (2; 252) | 0,000**                           | 0,143                              | (Baja=Moderada) > Alta |
|                    | Dp-Est                 | 71,50 (21,07)    | 52,22 (26,95) | 33,37 (26,79) | 20,31 (2; 252) | 0,000**                           | 0,139                              | Baja > Moderada > Alta |
|                    | Dp-Rsg                 | 68,90 (23,87)    | 46,79 (28,02) | 22,95 (23,30) | 33,30 (2; 252) | 0,000**                           | 0,209                              | Baja > Moderada > Alta |

\*\* = Altamente significativo al 1% (p<0,01)

Para establecer la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información con la ansiedad y la depresión se ha utilizado el coeficiente de correlación de Pearson (tabla 8). Los resultados indican una directa y alta correlación entre todos los coeficientes poniendo de manifiesto – aunque la intensidad de la correlación no sea muy elevada – que las puntuaciones más altas en ED-PT se asocian con valores más altos tanto en ansiedad como en depresión.

**Tabla 8:** Análisis correlacional. Valores de los coeficientes de Pearson entre las puntuaciones directas de Estilo disociativo y Ansiedad y Depresión (N=255)

|                | AsnEst   | AnsRsg   | DpEst    | DpRsg    |
|----------------|----------|----------|----------|----------|
| <b>ED – PT</b> | 0,356 ** | 0,404 ** | 0,361 ** | 0,361 ** |

\*\* = Altamente significativo al 1% (p<0,01)

Tras esto – y considerando al estilo disociativo como un factor (VI) con tres categorías (tabla 1): bajo / medio-normal / alto – se procede a emplear el procedimiento M-ANOVA (Análisis de Varianza Multivariante) para determinar si existen diferencias que puedan considerarse estadísticamente significativas entre las medias de las variables ansiedad y depresión (tomadas como VD). Se estima el tamaño del efecto con R<sup>2</sup> y para los test de pares a posteriori se emplea el procedimiento HSD de Tukey.

Todos estos análisis se resumen en la tabla 9 para las VD, tanto en forma de puntuaciones directas como de percentiles, encontrándose evidencias estadísticas suficientes para afirmar que los sujetos pertenecientes a la categoría “estilo disociativo de procesamiento alto” presentan más sintomatología depresiva y ansiosa que los sujetos pertenecientes al resto de categorías del estilo disociativo de procesamiento de la información.

**Tabla 9:** *Análisis inferencial: Diferencia de medias con M-ANOVA de 1 factor.* Comparación de las puntuaciones Ansiedad y Depresión, entre los grupos de Estilo Disociativo. (N=255)

| Variable           | ESTILO DISOCIATIVO |                     |               | M-ANOVA 1 FEF |                | Tamaño del efecto: R <sup>2</sup> | HSD de Tukey: Pares significativos |                               |
|--------------------|--------------------|---------------------|---------------|---------------|----------------|-----------------------------------|------------------------------------|-------------------------------|
|                    | Bajo (N=158)       | Medio-Normal (N=66) | Alto (N=31)   | valor (gl)    | p              |                                   |                                    |                               |
| <b>P. Directas</b> | Ans-Est            | 13,63 (9,71)        | 18,50 (11,97) | 21,68 (13,23) | 9,85 (2; 252)  | 0,000**                           | 0,073                              | (Alto=Normal) > Bajo          |
|                    | Ans-Rsg            | 17,13 (8,87)        | 21,48 (9,31)  | 27,32 (10,25) | 18,16 (2; 252) | 0,000**                           | 0,126                              | Alto > Normal > Bajo          |
|                    | Dp-Est             | 15,88 (4,68)        | 17,41 (6,01)  | 19,87 (5,85)  | 8,34 (2; 252)  | 0,000**                           | 0,062                              | Alto > (Normal=Bajo)          |
|                    | Dp-Rsg             | 15,40 (4,71)        | 17,39 (5,66)  | 20,10 (6,03)  | 12,23 (2; 252) | 0,000**                           | 0,089                              | Alto > (Normal=Bajo)          |
| <b>Percentiles</b> | Ans-Est            | 28,18 (27,38)       | 40,53 (30,62) | 46,97 (32,45) | 8,00 (2; 252)  | 0,000**                           | 0,060                              | (Alto=Normal) > (Bajo=Normal) |
|                    | Ans-Rsg            | 34,03 (28,09)       | 46,11 (29,00) | 62,47 (24,37) | 15,41 (2; 252) | 0,000**                           | 0,109                              | Alto > (Normal=Bajo)          |
|                    | Dp-Est             | 40,63 (27,15)       | 47,29 (30,69) | 61,13 (25,88) | 7,30 (2; 252)  | 0,001**                           | 0,055                              | Alto > (Normal=Bajo)          |
|                    | Dp-Rsg             | 31,61 (27,05)       | 42,47 (30,12) | 55,87 (27,67) | 11,24 (2; 252) | 0,000**                           | 0,082                              | Alto > (Normal=Bajo)          |

\*\* = Altamente significativo al 1% (p<0,01)

## Discusión

El presente estudio pretende explorar la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información, una baja autoeficacia y la sintomatología depresiva y/o ansiosa; así como, la relación entre la edad y la presencia del estilo disociativo.

Los resultados hallados al comprobar si la disociación declina con la edad no son concordantes con los reportes de estudios previos (Ross & Currie, citado en Maaranen et al., 2009), los cuales indican que a medida que avanza la edad declina el estilo disociativo en los sujetos. La falta de concordancia puede deberse, siguiendo lo que exponen en su investigación Maaranen et al. (2009), a la presencia de una marcada sintomatología depresiva en los sujetos que presentan un alto estilo disociativo frente a aquellos que presentan un estilo disociativo bajo. Los hallazgos obtenidos en este trabajo van en la misma línea, mostrando que los sujetos con un estilo disociativo de procesamiento de la información alto presentan sintomatología depresiva. Asimismo, cabe destacar que aunque uno de los motivos de exclusión para conformar la muestra fue el diagnóstico de trastorno del estado de ánimo, se han hallado elevadas puntuaciones que confirman la presencia de depresión en los sujetos. Concretamente, de los 255 sujetos que componen la muestra – atendiendo a los puntos de corte propuestos por los autores del Inventario de Depresión Estado/Rasgo (IDER) – 55 sujetos presentan depresión estado y 43 depresión

rasgo. Por tanto, este aspecto podría explicar el motivo de la presencia de un estilo disociativo de procesamiento alto en sujetos de edades más avanzadas (superiores a la cuarta década como postulan estudios previos).

En la literatura científica existente no se han hallado estudios que relacionen el estilo disociativo de procesamiento de la información (disociación no patológica) con la autoeficacia percibida. Aspecto que hace reflexionar sobre la necesidad de estudios que trabajen en esta línea y que, a diferencia del presente, puedan establecer una relación causal entre ambas variables. No obstante, los resultados obtenidos en este trabajo evidencian algunos indicios, aunque no muy sólidos, que respaldan dicha relación. En esta línea, las razones encontradas para poder hipotetizar sobre la asociación entre un estilo disociativo alto y una autoeficacia baja se han sustentado en diversos modelos de la neuropsicología cognitiva. En base a la revisión de estos, se parte del concepto del estilo disociativo para poder comprender dicha relación. Así el *estilo disociativo de procesamiento de la información* es entendido como: el mecanismo o proceso de control cognitivo de los contenidos de la experiencia consciente del individuo, que implica la separación de la forma integrada en que dichos contenidos están estructurados habitualmente; afectando así, a las funciones ejecutivas (memoria, atención, emoción, pensamiento, lenguaje y comportamiento). Por tanto, el estilo disociativo implicaría una segmentación de los contenidos referentes a las distintas funciones ejecutivas quedando éstas afectadas. Lo cual es coincidente con lo que plantean Zelazo y Müller (citados en García 2012, p. 42) - basándose en la propuesta del *Sistema Ejecutivo Dual*- sobre cómo la afección de una de las funciones (cálidas o frías) afectaría a la otra. Siguiendo con este razonamiento, el *Modelo del Marcador Somático*, el *Modelo de Conflicto de Decisión* y el *Modelo de Regulación Emocional* ponen de manifiesto cómo la interinfluencia de los procesos cognitivos y emocionales están en la base tanto del estilo disociativo de procesamiento de la información como de la autoeficacia percibida permitiendo una relación entre ambas variables. En este sentido, el *Modelo del Marcador Somático de Damasio* (Tirapu, Muñoz y Pelegrín, 2002) señala que la emoción es la que guía la toma de decisiones al dirigir la atención hacia los factores que permiten una elección adecuada o adaptativa para el sujeto. El *Modelo de Conflicto de Decisión* de Janis y Mann (citado en Janis 1987) entiende que el estrés psicológico influye en la toma de decisiones, dándose éste en base a las expectativas del sujeto (compuestas por emociones y creencias) que se forman a través de experiencias previas. Y el *Modelo de Regulación Emocional de Gross* (Hervás y Vázquez, 2006) señala cómo estas expectativas se forman a través de la experiencia emocional que tiene el sujeto en base a la selección de situaciones generadoras de bienestar emocional. Por tanto, todos estos modelos confluirían con los que Bandura plantea en la *Teoría de la Autoeficacia* (citado en Serra, 2010, p.240) respecto a las expectativas de eficacia y de resultado. En relación a esto Fernández & Iruarrizaga (2005) señalan que las dudas con respecto a la propia eficacia dificultan en el sujeto las funciones ejecutivas necesarias para desenvolverse de forma eficaz y adaptativa ante determinadas situaciones, generándole sintomatología de tipo ansiosos y/o depresivo.

Al hilo de este razonamiento, se argumentan los datos hallados en base a otras de las hipótesis planteadas en el presente estudio. Dichos datos, permiten concluir que los sujetos con una baja autoeficacia presentan mayor sintomatología ansiosa y depresiva que los sujetos pertenecientes al resto de categorías de autoeficacia. Estos resultados son coincidentes con estudios previos que señalan la baja autoeficacia percibida para afrontar situaciones estimadas como excesivamente demandantes como las causantes – incluso de forma directa – de ansiedad, estrés (Bandura; Bandura, Reese y Adams; Bandura et al.; Lazarus,; citado en Reeve, 2003, p.244) y de depresión en la consecución de metas deseadas al compararse con otros sujetos que sí alcanzan los resultado deseados (Bandura, citado en Grau, Salanova y Peiró, 2012, p.158). Sin embargo, debido a la naturaleza del presente estudio, no se puede establecer una relación causal entre las variables. En este sentido cabe añadir que la literatura científica sí señala el establecimiento de una interacción circular entre estas variables.

La relación circular en el caso de la ansiedad se vería explicada de dos formas. Por un lado, el sujeto ante una situación determinada y en base a una experiencia previa negativa genera pensamientos anticipatorios pesimistas en cuanto a la consecución de resultados, generándole esto un estado de ansiedad que dificulta la labor de las funciones ejecutivas necesarias para desenvolverse eficazmente ante dicha situación. Por otro lado, esta baja autoeficacia percibida ante una situación altamente demandante en relación a los recursos que posee el sujeto, conlleva a que tras la ejecución de las tareas siga manteniendo un elevado nivel de ansiedad por la duda sobre la adecuación de los resultados.

En cuanto a la depresión, la relación circular se explicaría a través de la regulación emocional, como elemento que está en la base de esta sintomatología. De este modo, en una dirección de la relación, un estado de ánimo negativo conformaría en el sujeto una autopercepción de incapacidad (baja autoeficacia percibida) para hacer frente a una determinada situación; y, atendiendo a la otra dirección de la relación, la baja autoeficacia generaría depresión en el caso de que el sujeto – que no ha obtenido los resultados deseados – se comparase con sujetos eficaces ante esa situación.

El estilo disociativo entendido como una falta de integración o conexión adaptativa de componentes o funciones ejecutivas que habitualmente estarían conectadas conllevaría a lo que los autores señalan como una *desregulación emocional por déficit de eficacia* (activación de estrategias inadecuadas para una determinada situación como por ejemplo la evitación, los fenómenos disociativos). Este déficit en la regulación emocional como ya se ha visto anteriormente está estrechamente relacionado con sintomatología de tipo ansiosa y depresiva.

Por otro lado, sirviéndose de otras teorías provenientes del enfoque psicodinámico integrador – que parten de las teorías de la psicología neurocognitiva – se puede establecer también la relación entre el estilo disociativo de procesamiento de la información y la sintomatología ansiosa y depresiva. En esta línea, la *Teoría de los Estados del yo/ego* de Watkins & Watkins (como se citó en Moreno, 2012) - que

también entiende los fenómenos disociativos como un continuo - postula que los distintos estados del yo se organizan de forma habitual para permitir el funcionamiento adaptativo del sujeto ante las diferentes situaciones a las que se enfrenta. En caso de que estas situaciones le generasen un estado emocional negativo, esta organización y comunicación entre los estados se vería interrumpida. Esta falta de conexiones que se da en el estilo disociativo de procesamiento entre los diferentes componentes, dificulta al sujeto la mentalización que determina como se percibe a sí mismo, a las restantes personas y al entorno que le rodea. Esta dificultad en la mentalización, conllevaría sesgos en la percepción que tiene de sí mismo, estando esto estrechamente ligado con la presencia de sintomatología depresiva y ansiosa como se ha señalado en líneas anteriores. Puesto que, la percepción está en la base de este tipo de sintomatología (Hervás, 2011).

Esta línea teórica apoya las evidencias halladas en los análisis estadísticos del presente estudio que permiten afirmar que los sujetos con estilo disociativo alto presentan más sintomatología depresiva y ansiosa que los sujetos con un estilo disociativo medio y bajo.

Como limitaciones del presente estudio, se destacaría el hecho de que la mayoría de la población de edades avanzadas pertenece a la misma zona y perfil de población, impidiendo la variabilidad de la muestra; lo cual, sumado al tamaño de la muestra (255 sujetos), dificultan la generalización de los resultados. Además, la mayoría de los sujetos a los que se les pasaron las pruebas estaban de vacaciones, no siendo quizás el momento en el que mayor motivación tendrían para la realización de las mismas.

Otra limitación sería el hecho de la forma en que fueron administrados los cuestionarios. En este sentido, se encuentran sesgos en la aplicación de los mismos que pueden condicionar las respuestas por varias razones: los cuestionarios son autoaplicados no permitiendo el control de varios elementos que influirían en la calidad de las respuestas (comprensión de los ítems, nivel de motivación a la hora de cumplimentar el cuestionario, etc., especialmente en el grupo de edad más avanzada), existen dos versiones diferentes de aplicación (online y papel) que pueden generar diferencias entre las respuestas de los sujetos.

Como ya se ha señalado en líneas anteriores, el presente estudio resulta interesante, puesto que, podría contribuir a reunir más datos sobre la relación existente entre el estilo disociativo de procesamiento de la información y la autoeficacia percibida; dado que para la realización del presente trabajo no se han hallado estudios que relacionen de forma directa ambas variables. Además, este estudio aporta información útil – coincidiendo con lo indicado por otros estudios previos – que puede ayudar a promover la prevención de futuras psicopatologías, de fracaso escolar y laboral; posibilitando el trabajo en la capacitación y construcción de habilidades.

Como propuesta de futuras investigaciones, en base a las relaciones establecidas en el presente estudio y, de acuerdo a los trabajos que señalan la relación entre la conducta disocial y la presencia en la adolescencia de una capacidad autoreguladora de la autoeficacia (Bandura, como se citó en Espada, González, Orgilés, Carballo & Piqueras, 2012), sería interesante indagar el papel que tiene el estilo disociativo, las dinámicas familiares y la autoeficacia percibida.

## Referencias bibliográficas

Asociación Americana de Psiquiatría (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Washington, DC: Autor.

Barach, P. M. (1991). Multiple Personality Disorder as an Attachment Disorder. *Dissociation*, 6 (3), 117-123. Recuperado de: <http://www.peterbarach.com/MPD%20as%20an%20attachment%20disorder.htm> Accedido: 1/04/16.

Bernabéu Brotons, E. (2010). *Patrones de lateralización hemisférica y disociación en población normal: un estudio sobre diferencias en el procesamiento cognitivo y emocional*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Nacional de Educación a Distancia. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-Ebernabeu&dsID=Documento.pdf> Accedido: 10/10/15.

Bru, M.T. et al. (2008). La personalidad en el trastorno disociativo. *Archivos de Psiquiatría*, 71 (1), 200-204. Recuperado de: [file:///D:/DESCARGAS/Dialnet-LaPersonalidadEnElTrastornoDisociativo-3146084%20\(2\).pdf](file:///D:/DESCARGAS/Dialnet-LaPersonalidadEnElTrastornoDisociativo-3146084%20(2).pdf) Accedido: 7/10/15.

Buela, C.G. & Agudelo, V. D. (2008). *Adaptación española del Inventario de Depresión Estado- Rasgo IDER*. Manual, Madrid: TEA Ediciones.

Carlson, E. B., Putnam, F. W. Ross, C. A. et al (1993). Validity of the Dissociative Experiences Scale in screening for multiple personality disorder: a multicenter study. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1030-1036. (Adaptación de la versión española E.Icarán y F. Orengo-García (1996). Madrid: Proyecto de Apoyo a la Evaluación Psicológica Clínica de la Universidad Complutense de Madrid).



- Csikszentmihalyi, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Book.
- De Ruiter, M.B., Elzinga, B.M. & Phaf, R. H. (2006). Dissociation: Cognitive Capacity or Dysfunction? *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (4), 115-134. Recuperado de: <http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=bb03e4d1-9a03-40d4-a662-e35f2ab35868%40sessionmgr111&vid=4&hid=109> Accedido: 8/04/16.
- Devilley, G.J et al. (2007). Dissociative tendencies and Memory Performance on Directed-Forgetting Tasks. *Psychological Science*, 18 (3), 212-217. Recuperado de: <http://web.a.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=c7a13061-92eb-41b3-8be4-d9d22576a912%40sessionmgr4003&vid=4&hid=4112> Accedido: 8/04/16.
- Espada, J.P., González, M.T., Orgilés, M. Carballo, J.L. & Piqueras, J.A. (2012). Validación de la Escala de Autoeficacia General con adolescentes españoles. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10 (1), 355-370. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/2931/293123551018.pdf> Accedido: 22/03/16.
- Fayed, N. et al. (2013). Brain changes in long-term zen meditators using proton magnetic resonance spectroscopy and diffusion tensor imaging: a controlled study. *Plos One*, 8 (3). Recuperado de: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0058476> Accedido:10/06/2012.
- Fernández G. S. (2010). Instrumentos de evaluación en psicología clínica-forense: Pruebas Neuropsicológicas. En M. E. Peña Fernández, J.M. Andreu Rodríguez & J.L. Graña Gómez, (Dir). Manual docente de psicología clínica, legal y forense (vol.1). (pp. 425-433). Madrid: Servicio de publicaciones de la Universidad Complutense de Madrid.
- García, M.A. (2012). Las funciones ejecutivas cálidas y el rendimiento académico (Tesis Inédita de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de: <http://eprints.sim.ucm.es/17102/1/T34030.pdf> Accedido: 13/06/2015.
- González H. & Miguel-Tobar, J.J. (2000). La consciencia dividida de Pierre Janet a Ernest R. Hilgard. *Revista de Historia de la Psicología*, 21 (2-3), 305-328. Recuperado de: <file:///D:/DESCARGAS/24.+GONZALEZ.pdf> Accedido: 11/10/15.

- Grau, G., R., Salanova, S.M. & Peiró S. J.M. (2012). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 30 (1-3), 311-321. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/viewFile/414/334>  
Accedido: 23/01/16.
- Hervás G. & Vázquez, C. (2006). La regulación afectiva: Modelos, investigación e implicaciones para la salud mental y física. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 59, (1-2), pp. 9-36. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/235428353> La regulacion afectiva Modelos investigacion e implicaciones para la salud mental y fisica Accedido: 09/06/15.
- Hervás, G. (2011). Psicopatología de la regulación emocional: el papel de los déficits emocionales en los trastornos clínicos. *Behavioral Psychology*, 19, (2), pp. 347-372. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/236903688> Psicopatologia de la regulacion emocional El papel de los deficit emocionales en los trastornos clinicos Accedido: 09/06/15.
- Hinkle D.E, Wiersma W, Jurs S.G. (2013). *Applied Statistics for the Behavioral Sciences* (5th ed). Boston: Houghton Mifflin.
- IBM Corp. Released 2015. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Icarán, E. M. (2000). *Escala de experiencias disociativas: sobre la disociación y el trauma*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Autónoma de Madrid, Madrid. Recuperado de: <https://repositorio.uam.es/xmlui/handle/10486/5241> Accedido: 8/10/15
- Icarán, E., Colom, R., & Orengo G., R. (1996). Experiencias disociativas: una escala de medida. *Anuario de Psicología*, (70), 69-84. Recuperado de: [file:///D:/DESCARGAS/61330-89151-1-PB%20\(2\).pdf](file:///D:/DESCARGAS/61330-89151-1-PB%20(2).pdf) Accedido: 8/10/15
- Janis, I. L. (1987). *Formas breves de consejo*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Kandel, E.R., Schwartz J.H. & Jessell, T.M. (2001). *Principios de Neurociencia*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Kwapil, T.R., Wrobel, M.J., & Pope, C.A. (2002). The five-factor personality structure of dissociative experiences. *Personality and Individual Differences*, 32, 431-443. Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869\(01\)00035-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0191-8869(01)00035-6) Accedido: 22/04/16.

- Luna Bernal, A. C. A., Laca Arocena, F.A. & Cedillo Navarro, L. I. (2012). Toma de decisiones, estilos de comunicación en el conflicto y comunicación familiar en adolescentes bachilleres. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 17, (2). Recuperado de: <http://cneip.org/documentos/18.pdf> Accedido: 03/10/15.
- Lyons, R. (2003). La disociación y el diálogo infantoparental: una perspectiva longitudinal a partir de la investigación sobre el apego. *Aperturas*, (17), 1-20. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000290> Accedido: 20/04/16.
- Maaranen, P. et al. (2009). Curso de la disociación en la población general: estudio de seguimiento de 3 años de duración. *Psiquiatr. Biol.*, 16 (2), 47-53. Recuperado de: [http://apps.elsevier.es/watermark/ctl\\_servlet?f=10&pident\\_articulo=13139893&pident\\_usuario=0&pcontactid=&pident\\_revista=46&ty=82&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v16n02a13139893pdf001.pdf](http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?f=10&pident_articulo=13139893&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=46&ty=82&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=46v16n02a13139893pdf001.pdf). Accedido: 10/10/15.
- Moreno, P. (2012). Estados del yo: Una forma de regulación emocional. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 3 (2), 1-18. Recuperado de: <http://revibapst.com/data/documents/ESTADOS%20DEL%20YO> Accedido: 21/04/16
- Parra, A. (2007). Interrelación entre disociación, absorción y propensión a la fantasía con experiencias alucinatorias en población no clínica. *Alcmeon*, 14 (1), 61-71. Recuperado de: <http://www.alcmeon.com.ar/14/53/parra-4.pdf> Accedido: 08/04/16.
- Pérez, S. & Galdón, M.J. (2002). Los fenómenos disociativos: una revisión conceptual. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 8 (2), 85-108. Recuperado de: [http://www.aepcp.net/arc/01.2003\(2\).Perez-Galdon.pdf](http://www.aepcp.net/arc/01.2003(2).Perez-Galdon.pdf) Accedido: 12/01/16.
- Pitarque, A., Algarabel, S., Dasí, C. & Ruíz, J.C. (2003). Olvido dirigido de falsas memorias: ¿Podemos olvidar intencionadamente una falsa memoria? *Psicothema*, 15 (1), 6-11. Recuperado de: <http://www.psicothema.com/pdf/1016.pdf> Accedido: 18/01/16.
- Pope, C.A., & Kwapil, T.R. (2000). Dissociative experiences in hypothetically psychosis-prone college students. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(8), 530-536. Recuperado de: [http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/08000/Dissociative\\_Experiences\\_in\\_Hypothetically.9.aspx](http://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/08000/Dissociative_Experiences_in_Hypothetically.9.aspx)
- Reeve, J. (2003). *Motivación y emoción*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Ruiter, M.B., Elzinga, B.M. & Phaf RH. (2006). Dissociation: cognitive capacity or dysfunction? *Journal of Trauma & Dissociation*, 7 (4), 115 – 134. Recuperado de:

<http://web.b.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=96766ed3-55e6-46b3-8e16-3402a202eeb4%40sessionmgr104&vid=4&hid=102> Accedido: 10/02/16.

Serra, T, J. (2010). *Autoeficiencia, depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios*. (Tesis inédita de doctorado). Universidad Complutense de Madrid, Madrid. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/11105/1/T32194.pdf> Accedido: 3/10/15.

Serrano, M.A., Espinosa, R. & Pérez, M.A. (2013). Sesgos atencionales en altos y bajos disociadores: DOT PROBE con caras emocionales. *eduPsykhé*, 12 (1),23-40. Recuperado de: <file:///D:/DESCARGAS/Dialnet-SesgosAtencionalesEnAltosYBajosDisociadores-4556097.pdf> Accedido: 18/01/16.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L. & Lushene, R.E. (1986). *Cuestionario de Ansiedad Estado – Rasgo STAI*. Manual (2º ed.), Madrid: TEA Ediciones.

Tilman, J.G; Nash, M.R. y Lerner, P.M. (1994). *Does Trauma cause Dissociative Pathology? Dissociation, Clinical and Theoretical Perspectives*. Ed. Lynn y Rhue. The Guilford Press.

Tirapu-Ustárrroz, J., Muñoz-Céspedes, J.M. & Pelegrín-Valero, C. (2002). Funciones ejecutivas: necesidad de una integración conceptual. *Revista de Neurología*, 34 (7). Recuperado de: <http://www.neurologia.com/pdf/Web/3407/m070673.pdf> Accedido: 09/06/15.