



Artículo original

El malestar emocional como síntoma de estrés postraumático

Emotional distress as a symptom of post-traumatic stress

Alicia Eva López Martínez

Psicóloga, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, Málaga, España

María Algarra Costela, Psicóloga, Universidad de Málaga, Málaga, España

Elena Rocío Serrano Ibáñez, Psicóloga, Universidad de Málaga, Málaga, España

Gema Teresa Ruiz Párraga, Psicóloga, Universidad de Málaga, Málaga, España

Carmen Ramírez Maestre, Psicóloga, Universidad de Málaga, Málaga, España

Rosa Esteve, Psicóloga, Universidad de Málaga, Málaga, España

Acceda a este artículo en siicsaludwww.siicsalud.com/dato/experto.php/159626Recepción: 3/5/2019 - Aprobación: 18/9/2019
Primera edición, www.siicsalud.com: 23/9/2019**Enviar correspondencia a:** Alicia E. López-Martínez, Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico, Universidad de Málaga, 29071, Málaga, España. aelm@uma.es

+ Especialidades médicas relacionadas, producción bibliográfica y referencias profesionales de las autoras.

www.dx.doi.org/10.21840/siic/159626**Abstract**

Post-traumatic stress disorder, or PTSD, is very common in the general population, so a knowledge of the psychological mechanisms of vulnerability and maintenance of this disorder is particularly important. Among those mechanisms, the emotional distress construct has been postulated as a trans-diagnostic tool related to different mental disorders. The objective of the present study was to test a hypothetical model so as to analyse the association between three variables of this construct (experiential avoidance, distress tolerance, and inhibitory uncertainty intolerance) and PTSD. The subjects of study were 328 university students (74.7% women and 25.3% men, with a median age of 21) who had experienced at least one traumatic event, according to the DSM-5 criteria. They were made to complete a set of questionnaires. A structural equation analysis was carried out, and results partially coincided with the hypothetical model. Exponential avoidance showed a positive and significant association with distress tolerance, inhibitory uncertainty intolerance and PTSD symptoms. Distress tolerance also presented a significant positive association with these symptoms. However, inhibitory uncertainty intolerance was not associated with this symptomatology. To support the preexisting empirical evidence, the findings of this study have an impact on the role of experiential avoidance and distress tolerance, as variables that moderate post-traumatic symptomatology. Furthermore, the findings point to the need to consider these variables in psychological interventions for the treatment of PTSD.

Keywords: post-traumatic stress disorder, emotional distress, experiential avoidance, distress tolerance, intolerance of uncertainty**Resumen**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) tiene una importante prevalencia en la población, por lo que conocer los mecanismos psicológicos para la vulnerabilidad y el mantenimiento del trastorno es claramente relevante. Entre dichos mecanismos, se ha postulado el constructo de malestar emocional como transdiagnóstico a diversos trastornos mentales. El objetivo del presente estudio fue poner a prueba un modelo hipotético que analizaba la asociación entre tres variables pertenecientes a dicho constructo (evitación experiencial, tolerancia al malestar e intolerancia a la incertidumbre inhibitoria) y el TEPT. Participaron 328 estudiantes universitarios (74.7% mujeres y 25.3% hombres, con una media de edad de 21 años) que habían experimentado al menos un acontecimiento traumático de acuerdo con los criterios del DSM-5, quienes completaron una batería de cuestionarios. Se efectuó un análisis de ecuaciones estructurales cuyos resultados apoyaron parcialmente el modelo hipotético. La evitación experiencial mostró asociarse positiva y significativamente con la tolerancia al malestar, la intolerancia a la incertidumbre inhibitoria y los síntomas del TEPT. La tolerancia al malestar también se vinculó de forma positiva y significativa con dichos síntomas. Sin embargo, la intolerancia a la incertidumbre inhibitoria no mostró relación con esta sintomatología. En apoyo a la evidencia empírica precedente, los hallazgos de este estudio inciden en el papel de la evitación experiencial y la tolerancia al malestar como variables moderadoras de la sintomatología postraumática. Asimismo, apuntan hacia la necesidad de considerar estas variables en las intervenciones psicológicas para el tratamiento del TEPT.

Palabras clave: trastorno por estrés postraumático, malestar emocional, evitación experiencial, tolerancia al malestar, intolerancia a la incertidumbre**Introducción**

El trastorno por estrés postraumático (TEPT) está incluido en la última edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)¹ como parte de los trastornos relacionados con traumas y factores

de estrés. Uno de los motivos por los que es de especial interés el estudio del TEPT es la elevada prevalencia de acontecimientos traumáticos en la población general, lo que indica que del 70% al 80% de esta ha experimentado al menos un suceso traumático a lo largo de

su vida,^{2,4} observándose tasas de prevalencia similares, e incluso superiores, en la población universitaria.⁵ De entre las personas que han sufrido un acontecimiento traumático, los estudios indican que entre el 1% y el 4% de los adultos evoluciona a un TEPT a causa del hecho, con lo que asciende hasta el 3% al 58% las cifras del trastorno en estudios realizados en población de riesgo (veteranos de guerra, víctimas de erupciones volcánicas, atentados terroristas, etcétera).⁶

No obstante, ha de indicarse que no todos los individuos que experimentan un suceso traumático presentarán TEPT, por lo que conocer los mecanismos psicológicos que dan cuenta de la vulnerabilidad a padecer y mantener el trastorno constituye un aspecto de indudable relevancia y es un requisito para el establecimiento de intervenciones psicológicas efectivas que atiendan no solo las propias características del TEPT, sino también las de los demás problemas de salud física o mental con los que cursa. Así, entre las variables psicológicas que podrían constituirse en diátesis para el trastorno, cabe destacar las relativas al modo en que las personas manejan y regulan sus emociones, que, además, parece erigirse en un factor fundamental para otras enfermedades también.⁷

La dificultad para manejar pensamientos, emociones y otros estados internos indeseados puede deberse a la incapacidad para controlar las experiencias internas y externas de carácter negativo, aspecto que abarca tres fenómenos: la evitación experiencial (EE), la tolerancia al malestar emocional (*distress tolerance* [DT]) y la intolerancia a la incertidumbre (*intolerance uncertainty* [IU]). La EE es el fenómeno que tiene lugar cuando la persona no desea ponerse en contacto ni experimentar recuerdos, pensamientos, sensaciones o emociones desagradables, pudiendo dirigir sus acciones a alterar los eventos que los provocan.⁸ La DT ha sido conceptualizada como la capacidad percibida o real para tolerar estados experienciales negativos, como emociones negativas, incertidumbre o incomodidad.^{9,10} En tanto que la IU se ha considerado como un factor integrante del constructo DT^{11,12} y ha sido definida como la incapacidad disposicional para soportar la respuesta aversiva asociada con la percepción de incertidumbre,¹³⁻¹⁵ lo que conlleva una elevada hipervigilancia

ante potenciales peligros.¹¹ La IU comprende dos dimensiones: la prospectiva, entendida como la necesidad de predictibilidad de sucesos futuros, lo que lleva a la persona a realizar conductas de comprobación con el fin de controlar la situación (como ocurre, por ejemplo, en el trastorno obsesivo-compulsivo), y la inhibitoria, caracterizada por la evitación y el deterioro del desempeño global, debido a la incertidumbre; este último aspecto es más común en pacientes con sintomatología postraumática.^{16,17}

Como se indicó, estas tres variables han mostrado ser factores transdiagnósticos para diversos trastornos mentales, incluido el TEPT. Así, la EE ha mostrado tener un papel relevante en la aparición y el mantenimiento de los síntomas psicológicos después del trauma,¹⁸ y se ha considerado como una variable de diátesis para el TEPT¹⁹ que ha mostrado estar relacionada con la gravedad de sus síntomas, tanto en la población no clínica como en la clínica.²⁰⁻²³ En lo que a la DT se refiere, la investigación empírica ha mostrado que guarda relación con la gravedad de los síntomas de TEPT de personas que han sido expuestas a acontecimientos traumáticos, también en muestras clínicas como no clínicas.²⁴⁻²⁶ Respecto de la relación entre la IU y el TEPT, se ha comprobado que las personas particularmente intolerantes a la incertidumbre tienen más probabilidades de presentar y mantener síntomas postraumáticos.^{11,24}

Aunque han sido diversos los estudios que han mostrado el carácter transdiagnóstico de la EE, la DT y la IU, hasta donde sabemos, no hay trabajos que hayan analizado el papel conjunto de estos tres mecanismos en personas con síntomas de TEPT. Por consiguiente, el objetivo de la presente investigación ha sido poner a prueba un modelo hipotético en el que se analizaron, en una muestra universitaria, las relaciones entre la DT, la EE y la IU inhibitoria, y su contribución a los síntomas del TEPT. Concretamente, se planteó la hipótesis de que la varianza explicada de los síntomas de TEPT se debería a la conjunción de las tres variables transdiagnósticas a las que se ha aludido. Puesto que la EE se considera una variable transdiagnóstica de diátesis para diversos trastornos, se postuló que sus puntajes se asociarían también con los puntajes en DT e IU inhibitoria. La Figura 1 muestra el modelo hipotético puesto a prueba.

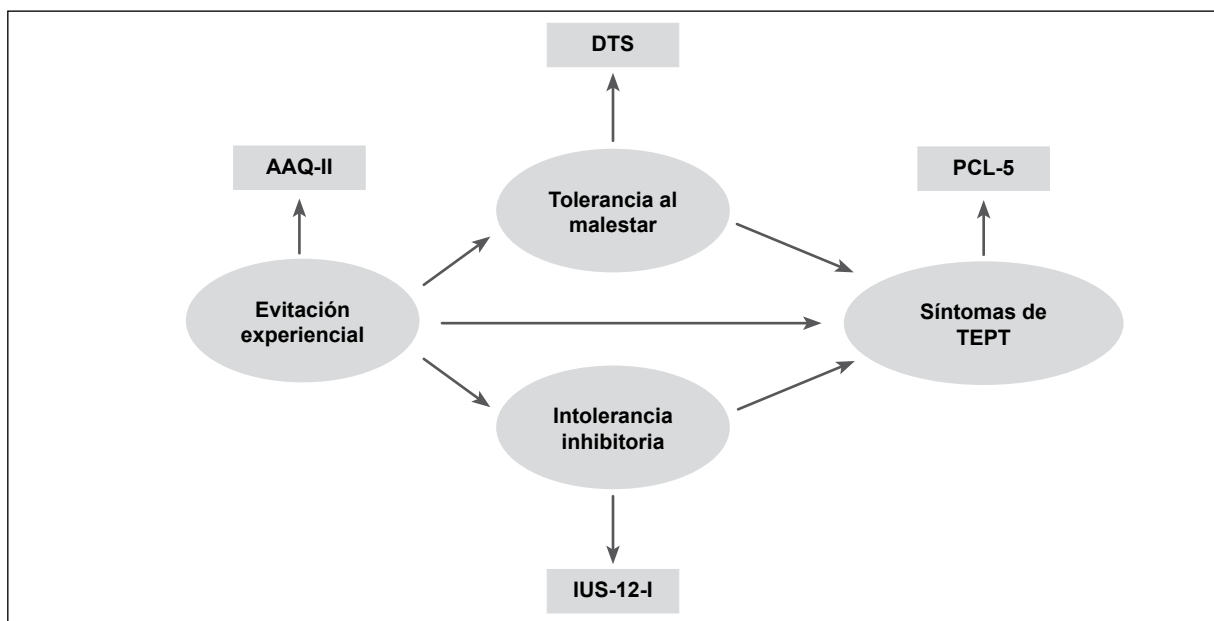


Figura 1. Modelo hipotético. Las variables observadas están representadas por cuadros y las variables latentes por círculos.

Materiales y métodos

Participantes

El estudio contó con una muestra inicial de 345 participantes. Del total de la muestra, diez sujetos fueron eliminados debido a la existencia de valores perdidos en la recolección de datos, quedando así 335 participantes, todos ellos estudiantes de la Universidad de Málaga. En lo referido a la vivencia de acontecimientos traumáticos, 328 sujetos señalaron haber experimentado al menos un suceso de alguna de las formas incluidas en el criterio A para TEPT recogidas en el DSM-5. Por consiguiente, esta ha sido la muestra final del estudio. De ellos, el 74.7% eran mujeres y el 25.3% eran hombres. La edad estaba comprendida entre los 17 y los 27 años (media = 21.40; desviación típica = 4.12).

Instrumentos

En primer lugar, se pidió a los participantes que dieran información referida a su edad, sexo y estado civil. Seguidamente completaron una batería de cuestionarios para evaluar las variables que se señalan a continuación.

Evitación experiencial. Se evaluó mediante la versión española reducida del *Acceptance and Action Questionnaire-II* (AAQ-II).²⁷ Consta de siete ítems a responder mediante una escala tipo Likert que va desde 1 ("nunca") hasta 7 ("siempre"). Niveles altos de puntajes son indicativos de elevada evitación de experiencias y eventos internos indeseados. La fiabilidad (consistencia interna) de este instrumento para los datos de la muestra del estudio fue de 0.89.

Tolerancia al malestar. Se empleó la versión española²⁸ de la *Distress Tolerance Scale* (DTS). Consta de 15 ítems que se responden en una escala tipo Likert que va desde 1 ("muy de acuerdo") hasta 5 ("muy en desacuerdo"). La fiabilidad por consistencia interna del instrumento para la muestra del estudio fue de 0.89.

Intolerancia a la incertidumbre. Se empleó para su evaluación la Escala de Intolerancia a la Incertidumbre en su versión reducida (IUS-12, por su sigla en inglés),¹ un cuestionario de 12 ítems que usa una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos, que va desde 1 ("muy en desacuerdo") hasta 5 ("muy de acuerdo"). El instrumento incluye un factor de intolerancia a la incertidumbre prospectiva y un factor de intolerancia a la incertidumbre inhibitoria, y este último es el analizado en este estudio, cuya consistencia interna para la muestra ha sido de 0.79.

Acontecimientos traumáticos. Para su evaluación se empleó el Cuestionario de Detección de Acontecimientos Vitales Estresantes (LEC-5, por su sigla en inglés),²⁹ una medida de autoinforme descriptivo de 17 ítems que identifica los acontecimientos estresantes de carácter traumático relacionados con el criterio A del DSM-5 para la detección del TEPT.

Síntomas de estrés postraumático. Se evaluó a través del Listado de Síntomas de Estrés Postraumático (PCL-5, por su sigla en inglés),²⁹ de acuerdo con los criterios del DSM-5. Recoge un total de 20 síntomas relativos a las dimensiones sintomáticas del TEPT: reexperimentación, embotamiento emocional, evitación e *hyperarousal*. La respuesta a los ítems se efectúa por medio de una escala tipo Likert que varía entre 1 ("casi nunca") y 4 ("a menudo"). La fiabilidad por consistencia interna de este instrumento para los datos de la muestra del estudio fue de 0.93.

Procedimiento

La recogida de datos se efectuó entre noviembre de 2017 y marzo de 2018. El proyecto de investigación contó

con la autorización del Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga (CEUMA. Nº de Registro: 71-2017-H). Asimismo, se han tenido en cuenta los principios para la investigación con sujetos humanos recogidos en la Declaración de Helsinki (2013). La recolección de datos se llevó a cabo en diferentes clases del Grado de Psicología y del Grado de Terapia Ocupacional de la Universidad de Málaga, procediendo en horario lectivo, al inicio de cada clase, bajo previa autorización del tutor responsable. Se solicitó el consentimiento informado de los participantes, tras cuya firma completaron, de forma voluntaria y anónima, el protocolo de evaluación en formato de lápiz y papel.

Análisis de datos

Los análisis estadísticos se realizaron usando los paquetes de *software* SPSS (versión Windows 25.0, SPSS Inc., Chicago, IL) y AMOS (versión 25.0; Small Waters Corp., Chicago, IL).

En un primer paso, se examinaron los datos en busca de respuestas incompletas. En total, diez participantes fueron excluidos por presentar valores perdidos en alguna de las escalas. De los 335 restantes, siete fueron excluidos por no haber sufrido ningún acontecimiento traumático. Se confirmaron los supuestos de normalidad y homocedasticidad. Las correlaciones entre variables no indicaron asociaciones mayores de 0.90, un estadístico de Durbin Watson mayor que 4 u otros problemas vinculados con multicolinealidad, homocedasticidad o ambas.

En primer lugar, se calcularon las medias, las desviaciones típicas y correlaciones de Pearson para cada una de las variables medidas en el estudio. Para poner a prueba el modelo hipotético se efectuó un análisis de ecuaciones estructurales empleando la estimación de máxima verosimilitud y el método de estimación robusta. Para analizar el ajuste de los modelos, en línea con las recomendaciones al uso,³⁰⁻³² se consideró: (a) el *chi* al cuadrado de Satorra-Bentler (un valor igual o menor que 3 es indicativo de un ajuste aceptable del modelo), (b) la raíz cuadrada del error medio cuadrático (RMSEA [por su sigla en inglés], valores menores de 0.06 indican buen ajuste, y valores inferiores a 0.08, un ajuste aceptable); (c) el índice de bondad de ajuste (GFI [por su sigla en inglés], cuyo rango va de 0, ausencia absoluta de ajuste, hasta 1, ajuste perfecto); (d), el índice de bondad de ajuste ajustado (AGFI [por su sigla en inglés], cuyos valores varían entre 0 y 1, con buen ajuste del modelo ante valores superiores a 0.90), y (e) el índice de ajuste comparativo (CFI [por su sigla en inglés], los valores superiores a 0.90 indican un buen ajuste). Se utilizaron cuatro variables observables cuyas correspondientes variables latentes (DT, EE, IU inhibitoria y síntomas de TEPT) fueron asociadas en el modelo hipotético de ecuaciones estructurales. Para establecer la métrica del constructo latente, la carga de la variable latente se introdujo como 1, al igual que las cargas para la DT, la EE, la IU inhibitoria y los síntomas del TEPT (puesto que se midieron como una sola variable), y el error de varianza se introdujo como 0.

Resultados

Análisis preliminares

Se consideró que los participantes tenían un historial positivo de exposición a acontecimientos traumáticos cuando señalaron al menos uno de los ítems del LEC-5. El acontecimiento marcado con más frecuencia fue el referido a enfermedad o lesión que pusiera en peligro la vida, habiéndolo experimentado un 59.4% de los participan-

tes. El número promedio de situaciones traumáticas experimentadas por los participantes fue de 5.75 (desviación típica = 3.19) (véase Tabla 1 para información adicional).

La Tabla 2 muestra la media y la desviación típica para cada variable utilizada en el estudio, así como las correlaciones entre ellas. Todas fueron significativas y en la dirección esperada.

Resultados del modelo de ecuación estructural

El modelo empírico tuvo un ajuste inicial escaso (*chi* al cuadrado [*df* = 1; *N* = 328] = 35.64; *p* < .001). La relación entre la IU inhibitoria y los síntomas del TEPT no fue significativa, por tanto, se eliminó esta asociación en el modelo. Asimismo, las relaciones sugeridas por los índices de modificación fueron incluidas; concretamente, se añadió una covariación entre los errores de DT e IU inhibitoria. Tras estos cambios, los índices mostraron un ajuste excelente a los datos. La *chi* al cuadrado relativa para el modelo final fue 1.18 (*chi* al cuadrado [*df* = 1; *N* = 328] = 0.74; *p* = 0.79), el RMSEA fue 0.01, y el CFI fue 0.99. Los valores de GFI y AGFI fueron de 0.99. La Figura 2 muestra el modelo final con coeficientes estandarizados y valores *R*².

Conclusiones

El objetivo de este estudio fue poner a prueba un modelo hipotético en el que se estudiaron las relaciones entre tres va-

Tabla 1. Características de la muestra relativas a la exposición a acontecimientos traumáticos.

Acontecimiento traumático	n	%
Desastre natural	143	42.7
Incendio o explosión	165	40.3
Accidente en medio de transporte	191	57
Accidente grave en el trabajo, casa o tiempo de ocio	141	40.9
Exposición a sustancias tóxicas	68	20.3
Asalto físico	175	52.2
Asalto con arma	114	34
Agresión sexual	91	27.2
Otra experiencia sexual desagradable	94	28.1
Combate o exposición a zona de guerra	53	15.8
Cautiverio	27	8.1
Lesión que pone en peligro la vida	199	59.4
Grave sufrimiento humano	74	22.1
Muerte violenta repentina	140	41.8
Muerte accidental repentina	160	47.8
Causar lesiones, daño grave o muerte a otros	13	3.9
Otro acontecimiento	110	32.8

Tabla 2. Estadísticos descriptivos y correlación entre evitación experiencial, tolerancia al malestar, intolerancia inhibitoria y síntomas de TEPT.

Variables	M	DT	1	2	3
1. Evitación experiencial	21.71	8.14	-		
2. Tolerancia al malestar	40.92	11.01	0.66	-	
3. Incertidumbre inhibitoria	12.70	4.30	0.56	0.56	-
4. Síntomas de TEPT	35.77	12.87	0.48	0.40	0.30

Nota: todas las correlaciones son significativas a un nivel de *p* < 0.001.

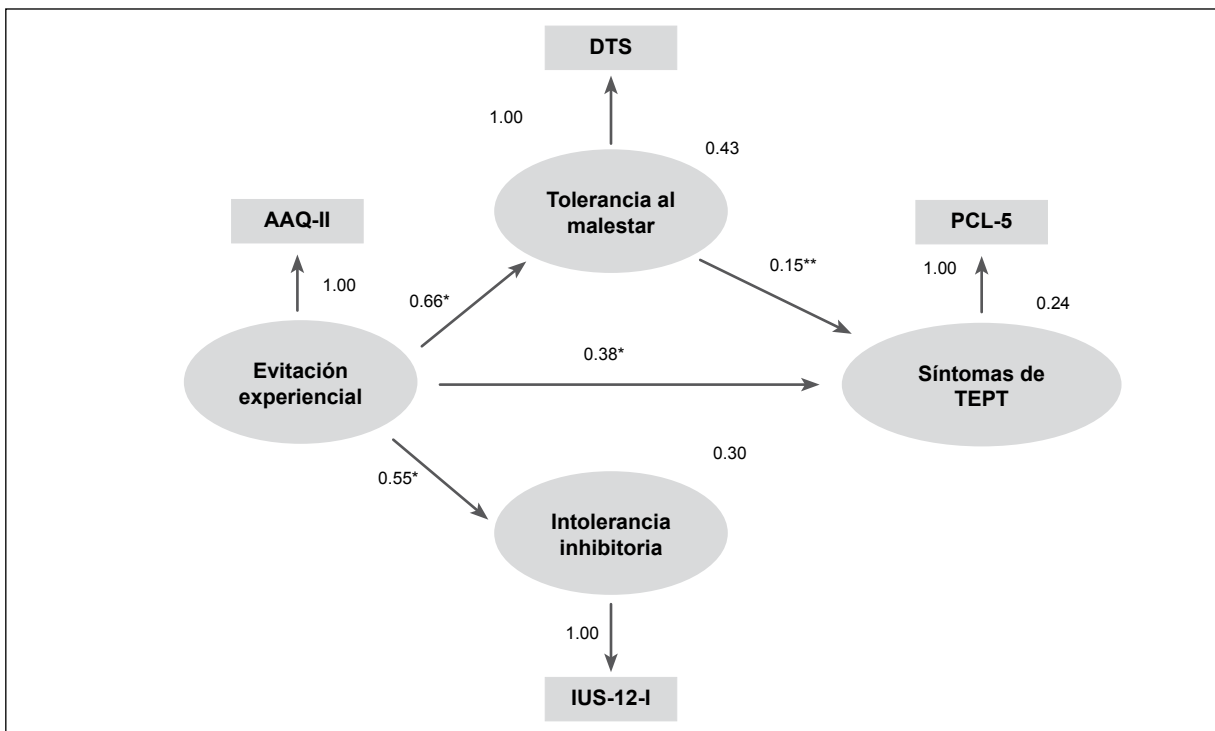


Figura 2. Modelo empírico. Las variables observadas están representadas por cuadrados y las variables latentes por círculos.

**p* < 0.001; ** *p* < 0.05

riables transdiagnósticas: la EE, la DT y la IU inhibitoria, como variables pertenecientes al constructo de malestar emocional, con la finalidad de analizar su contribución a los síntomas del TEPT. Concretamente, se planteó la hipótesis de que la conjunción de las tres variables explicaría la varianza de dichos síntomas. Hasta donde se tiene conocimiento, este es el primer estudio efectuado en el que se analizan las relaciones entre las distintas variables que se agrupan en el constructo de malestar emocional y el TEPT.

El modelo propuesto de forma inicial ha recibido apoyo empírico parcialmente. Como se había planteado, la EE se asoció con la DT y con la IU inhibitoria, y se vincula también con los síntomas de TEPT. Estos resultados confirman los obtenidos previamente en otros estudios, que muestran que la evitación de experiencias internas resulta en un aumento de la gravedad de los síntomas del TEPT.³³⁻³⁵ Indirectamente estarían señalando también que la intervención que tenga como objetivo la aceptación de experiencias emocionales, en lugar de intentar evitarlas o reducirlas, tal y como propone la terapia de aceptación y compromiso,³⁶ podría ser beneficiosa para las personas con TEPT, puesto que con ello se estaría facilitando el procesamiento emocional de la información traumática, con la consecuente reducción de los síntomas.

En este estudio se ha confirmado igualmente la existencia de una relación positiva entre la DT y la sintomatología postraumática, como ya se había mostrado en trabajos previos.^{25,26,37} Por tanto, al igual que en las investigaciones precedentes, los resultados del presente trabajo apuntan también al papel de la DT como variable moderadora de la sintomatología postraumática, y las personas con menores niveles son las que presentan puntajes más elevados en los síntomas del TEPT.

Sin embargo, contrariamente a lo esperado y a diferencia de los hallazgos informados por otros autores,^{11,15,38,39} la IU inhibitoria no se relacionó con la sintomatología postraumática. Cabe indicar, no obstante, que a pesar de la fundamentación teórica que apoya la relación entre la IU y el TEPT, investigaciones recientes han obtenido resultados similares a los del presente estudio. Así, Banducci y colaboradores⁴⁰ mostraron que la IU no predecía por sí misma los puntajes globales de los síntomas del TEPT. Sin embargo, en interacción con la DT, ambas variables predijeron conjuntamente dichos síntomas. En cualquier caso, ha de aclararse que en tanto que dichos autores efectuaron su estudio en una muestra de veteranos de guerra

y sin distinguir entre intolerancia prospectiva e IU, en el presente trabajo, efectuado con una muestra universitaria, solo se analizaron los puntajes del factor inhibitorio de la IU debido a que, como se mencionó anteriormente, es el que mayor relación guarda con las variables de ansiedad características de trastornos como el TEPT, mientras que el factor prospectivo está más relacionado con trastornos que implican mayor control y comprobación, como el obsesivo-compulsivo.⁴¹ Se trata, de cualquier modo, de un aspecto que requiere investigación futura.

Este trabajo presenta una serie de limitaciones a tener en cuenta. En primer lugar, la muestra estuvo compuesta por una población universitaria. Si bien todos los participantes cumplían el criterio A del DSM-5 y la media de puntajes del instrumento para evaluar los síntomas de TEPT supera el valor de corte para un posible diagnóstico, este no ha sido confirmado. Por consiguiente, será necesario replicar este estudio utilizando una población clínica con TEPT diagnosticado. Además, ha de señalarse que la muestra estuvo compuesta, en su mayor parte, por mujeres, lo que podría explicar igualmente las diferencias con respecto a otros estudios efectuados con muestras más homogéneas, ya que el sexo puede mediar en la aparición, el mantenimiento y la expresión del TEPT.^{42,43} En segundo término, el diseño de este estudio ha sido correlacional, por lo que no permite establecer relaciones causales. Aunque la dirección de las asociaciones entre las variables establecidas en el modelo se basa en la fundamentación teórica, estas también podrían darse en la dirección contraria, de forma que fuera el TEPT el que retroalimentara los puntajes en EE y DT. Realizar estudios longitudinales podría arrojar luz sobre esta cuestión. Finalmente, todas las variables se han medido por medio de instrumentos de autoinforme, lo cual puede implicar que las medidas hayan podido verse influidas por variables de carácter contextual, cultural y de otra índole.

A pesar de sus limitaciones, este trabajo es el primero en analizar la relación entre diferentes variables que componen el constructo de malestar emocional en una muestra con síntomas de TEPT, de acuerdo con los criterios del DSM-5. Habida cuenta de la importancia que dicho constructo tiene y atendiendo a que los resultados han mostrado que tanto la disposición a asumir experiencias internas no deseadas (EE) como la capacidad para soportarlas (DT) están presentes en personas con síntomas de TEPT, estas variables han de ser consideradas en las intervenciones psicológicas de esta afección.

Copyright © Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC), 2019
www.siic.salud.com

Las autoras no manifiestan conflictos de interés.

Bibliografía

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: APA, 2013.
2. Flett RA, Kazantzis N, Long NR, MacDonald C, Millar, M. Traumatic events and physical health in a New Zealand community sample. *J Traum Stress* 15:303-312, 2002.
3. Frans Ö, Rimmö PA, Åberg L, Fredrikson M. Trauma exposure and post-traumatic stress disorder in the general population.

Acta Psych Scan 111:291, 2005.

4. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K R, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psych* 62:593-602, 2005.
5. Watson SB, Haynes SN. Brief screening for traumatic life events in female university health service patients. *Int J Clin Health Psychol* 7:261-282, 2007.
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical

manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: APA, 2000.

7. Barlow DH, Allen LB, Choate ML. Toward a unified treatment for emotional disorders. *Behav Ther*, 35:205, 2004.

8. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consul Clin Psycho* 64:1152-1168, 1996.

9. Jacoby RJ, Abramowitz JS, Reuman L, Blakey SM. Enhancing the ecological validity of the Beads Task as a behavioral measure of intolerance of uncertainty. *J Anxiety Dis*, 41:43-49, 2016.

10. Leyro TM, Zvolensky MJ, Bernstein A. Distress tolerance and psychopathological symptoms and disorders: a review of the empirical literature among adults. *Psychol Bull*, 136:576, 2010.

11. Bardeen JR, Fergus TA, Wu KD. The interactive effect of worry and intolerance of uncertainty on posttraumatic stress symptoms. *Cog Ther Res*, 37:742-751, 2013.

12. Zvolensky MJ, Vujanovic AA, Bernstein A, Leyro T. Distress tolerance: Theory, measurement, and relations to psychopathology. *Association Psychol Science*, 19:406-410, 2010.

13. Carleton RN. Into the unknown: a review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *J Anxiety Dis*, 39:30-43, 2016.

14. Carleton RN, Mulvogue MK, Thibodeau MA, McCabe RE, Antony MM, Asmundson GJ. Increasingly certain about uncertainty: intolerance of uncertainty across anxiety and depression. *J Anxiety Dis* 26:468-479, 2012.

15. Fetzner MG, Horswill SC, Boelen PA, Carleton RN. Intolerance of uncertainty and PTSD symptoms: exploring the construct relationship in a community sample with a heterogeneous trauma history. *Cog Ther Res* 37:725-734, 2013.

16. Hong RY, Lee SSM. Further clarifying prospective and inhibitory intolerance of uncertainty: factorial and construct validity of test scores from the Intolerance of Uncertainty Scale. *Psychol Assess* 27:605-620, 2015.

17. Carleton RN, Norton M, Asmundson GJ. Fearing the unknown: a short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *J Anxiety Dis* 21:105-117, 2007.

18. Marx BP, Sloan DM. Peritraumatic dissociation and experiential avoidance as predictors of posttraumatic stress symptomatology. *Behav Res Ther*, 43: 569-583, 2005.

19. Biglan A, Hayes SC, Pistorello J. Acceptance and commitment: Implications for prevention science. *Prevent Science* 9:139-152, 2008.

20. Gratz KL, Bornoalova MA, Delany-Brumsey A, Nick B, Lejuez CW. A laboratory-based study of the relationship between childhood abuse and experiential avoidance among inner-city substance users: the role of emotional nonacceptance. *Behav Ther* 38:256-268, 2007.

21. Orcutt HK, Pickett SM, Pope EB. Experiential avoidance and forgiveness as mediators in the relation between traumatic interpersonal events and posttraumatic stress disorders symptoms. *J Social Clin Psych* 24:1003-1029, 2005.

22. Orsillo SM, Batten SV, Plumb JC, Luterek JA, Roessner BM. An experimental study of emotional responding in women with posttraumatic stress disorder related to interpersonal violence. *J Traum Stress* 17:241, 2004.

23. Plumb JC, Orsillo SM, Luterek JA. A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *J Behav Ther Expe Psych* 35:245-257, 2004.

24. Banducci AN, Connolly KM, Vujanovic AA, Álvarez J, Bonn-Miller MO. The impact of changes in distress tolerance on PTSD symptoms severity post-treatment among veterans in residential trauma treatment. *J Anxiety Dis* 47:99-105, 2017.

25. Farris SG, Vujanovic AA, Hogan J, Schmidt NB, Zvolensky

MJ. Main and interactive effects of anxiety sensitivity and physical distress intolerance with regard to PTSD symptoms among trauma-exposed smokers. *J Traum Dissoc* 15:254, 2014.

26. Vujanovic AA, Rathnayaka N, Amador CD, Schmitz JM. Distress tolerance: associations with posttraumatic stress disorder symptoms among trauma-exposed, cocaine-dependent adults. *Behav Mod* 40:120-143, 2016.

27. Ruiz FJ, Langer-Herrera A I, Luciano C, Cangas AJ, Beltrán I. Measuring experiential avoidance and psychological inflexibility: The Spanish version of the Acceptance and Action Questionnaire - II. *Psicothema* 25:123-129, 2013.

28. Sandín B, Simons JS, Valiente RM, Simons RM, Chorot P. Psychometric properties of the Spanish version of the distress tolerance scale and its relationship with personality and psychopathological symptoms. *Psicothema* 29:421-428, 2017.

29. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). Scale available from the National Center for PTSD. Disponible en: <https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/adult-sr/ptsd-checklist.asp>. Consultado el 20 de enero de 2019.

30. Byrne B. Structural equation modelling with AMOS. Londres: L.E.A, 2010.

31. Ullman JB. Structural equation modelling. In BG Tabachnick, LS Fidell (eds.). *Using multivariate statistics* (pp. 653-711). Needham Heights: Allyn and Bacon, 2001.

32. Kline RB. Principles and practice of structural equation modelling. New York: Guilford Press, 2005.

33. Batten SV, Follette VM, Aban IB. Experiential Avoidance and High-Risk Sexual Behavior in Survivors of Child Sexual Abuse. *J Child Sex Abuse* 10:101-120, 2002.

34. Mayou RA, Ehlers A, Bryant B. Posttraumatic stress disorder after motor vehicle accidents: 3 year follow-up of a prospective longitudinal study. *Behav Res Ther* 40:665-675, 2002.

35. Rosenthal MZ, Hall MLR, Palm KM, Batten SV, Follette VM. Chronic avoidance helps explain the relationship between severity of childhood sexual abuse and psychological distress in adulthood. *J Child Sex Abuse* 14:25-41, 2005.

36. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and Commitment Therapy. An experiential approach to behavior change. New York: Guilford Press, 1999.

37. Anestis MD, Tull MT, Bagge CL, Gratz KM. The moderating role of distress tolerance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom clusters and suicidal behavior among trauma exposed substance users in residential treatment. *Arch Suicide Res* 16:198-211, 2012.

38. Oglesby ME, Boffa JW, Short NA, Raines AM, Schmidt NB. Intolerance of uncertainty as a predictor of posttraumatic stress symptoms following a traumatic event. *J Anxiety Dis* 41:82-87, 2016.

39. Oglesby ME, Gibby BA, Mathes BM, Short NA, Schmidt NB. Intolerance of uncertainty and posttraumatic stress symptoms: An investigation within a treatment seeking trauma-exposed sample. *Compreh Psych* 72:34-40, 2017.

40. Banducci AN, Bujarski SJ, Bonn-Miller MO, Patel A, Connolly KM. The impact of intolerance of emotional distress and uncertainty on veterans with co-occurring PTSD and substance use disorders. *J Anxiety Dis* 41:73-81, 2016.

41. Fourtounas A, Thomas SJ. Cognitive factors predicting checking, procrastination and other maladaptive behaviours: Prospective versus Inhibitory Intolerance of Uncertainty. *J Obsessive-Compulsive Related Dis* 9:30-35, 2016.

42. Green BL. Psychosocial research in traumatic stress: An update. *J Traum Stress* 7:341-362, 1994.

43. Norris FH. Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *J Con Clin Psychol* 60:409-418, 1992.

Información relevante

El malestar emocional como síntoma de estrés postraumático

Respecto a la autora

Alicia E. López Martínez. Doctora en Psicología por la Universidad de Málaga (1994). Especialista en Psicología Clínica (2005). Catedrática de la Universidad de Málaga (España). Ha desarrollado su trayectoria investigadora en el ámbito de la Psicología de la Salud y, en particular, en el estudio de las variables psicológicas implicadas en la experiencia del dolor cónico, cuyos resultados han sido presentados en numerosas publicaciones internacionales. En los últimos años, su interés se centra en el trastorno por estrés postraumático relacionado con la salud física.



Respecto al artículo

Este trabajo es pionero en el análisis de la relación entre variables integrantes del constructo de malestar emocional en una muestra universitaria con síntomas postraumáticos. Dada la importancia que dicho constructo tiene y atendiendo a que los resultados han mostrado que tanto la disposición a asumir experiencias internas no deseadas como la capacidad para soportarlas están presentes en personas con dichos síntomas, estas variables habrían de ser consideradas en las intervenciones psicológicas.

La autora pregunta

El trastorno por estrés postraumático tiene una importante prevalencia en la población, por lo que conocer los mecanismos psicológicos para la vulnerabilidad y el mantenimiento del trastorno es claramente relevante. Entre dichos mecanismos, se ha postulado el constructo de malestar emocional, transdiagnóstico a diversos trastornos mentales. Este constructo estaría integrado por variables psicológicas como la evitación experiencial, la tolerancia al malestar y la intolerancia a la incertidumbre (inhibitoria y prospectiva).

De acuerdo con los resultados de este estudio, la intervención psicológica debiera atender a las siguientes variables:

- A) La evitación experiencial y la incertidumbre inhibitoria.
- B) La tolerancia al malestar y la incertidumbre prospectiva.
- C) La incertidumbre inhibitoria y prospectiva.
- D) La evitación experiencial y la tolerancia al malestar.
- E) La intolerancia a la incertidumbre inhibitoria.

Corrobore su respuesta: www.siicsalud.com/dato/evaluaciones.php/159626

Palabras clave

trastorno por estrés postraumático, malestar emocional, evitación experiencial, tolerancia al malestar, intolerancia a la incertidumbre

Keywords

post-traumatic stress disorder, emotional distress, experiential avoidance, distress tolerance, intolerance of uncertainty

Lista de abreviaturas y siglas

TEPT, trastorno por estrés postraumático; DSM, Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales; EE, evitación experiencial; DT, tolerancia al malestar emocional; IU, intolerancia a la incertidumbre; AAQ-II, *Acceptance and Action Questionnaire-II*; DTS, *Distress Tolerance Scale*; IUS-12, Escala de Intolerancia a la Incertidumbre; LEC-5, Cuestionario de Detección de Acontecimientos Vitales Estresantes; PCL-5, Listado de Síntomas de Estrés Postraumático; CEUMA, Comité Ético de Experimentación de la Universidad de Málaga; RMSEA, raíz cuadrada del error medio cuadrático; GFI, índice de bondad de ajuste; AGFI, índice de bondad de ajuste ajustado; CFI, índice de ajuste comparativo.

Cómo citar

López Martínez AE, Algarra Costela M, Serrano Ibáñez ER, Ruiz Párraga GT, Ramírez Maestre C, Esteve R. El malestar emocional como síntoma de estrés postraumático. *Salud i Ciencia* 23(6-7):512-8, Ago-Dic 2019.

How to cite

López Martínez AE, Algarra Costela M, Serrano Ibáñez ER, Ruiz Párraga GT, Ramírez Maestre C, Esteve R. Emotional distress as a symptom of post-traumatic stress. Salud i Ciencia 23(6-7):512-8, Ago-Dic 2019.

Orientación

Diagnóstico

Conexiones temáticas

