

Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo

Beatriz Vallejo-Sánchez¹ y Ana M. Pérez-García²

1 Unidad de Salud Mental del Hospital Santa Bárbara, Puertollano, Ciudad Real, España
2 Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED), Madrid, España

Resumen: La positividad se refiere a la propensión a pensar positivamente sobre uno mismo, la vida y el futuro, estando muy relacionada con el bienestar y la salud. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento utilizadas frente al estrés tienen un importante papel en el desarrollo de problemas de salud mental, entre los que se encuentra el trastorno adaptativo (TA).

El objetivo de este estudio fue, primero, analizar las diferencias entre el grupo clínico o de pacientes con TA (N=57) y el grupo control (N=66) en positividad, afrontamiento y algunas variables sociodemográficas significativas; y segundo, comprobar si estas variables permitían predecir, utilizando regresión logística binaria, la pertenencia de los participantes al grupo clínico o al control.

El grupo clínico presentó menos positividad y mayor uso de estrategias de falta de compromiso que el grupo control. Además, la pertenencia a los grupos se podía predecir correctamente en el 91% de los casos a partir de las variables medidas, siendo los principales factores de riesgo para pertenecer al grupo clínico las estrategias de afrontamiento de búsqueda de apoyo y de falta de compromiso, mientras que la situación laboral activa, el uso del humor, la positividad y una menor edad disminuían dicho riesgo.

Palabras clave: Positividad; afrontamiento; estrés; trastorno adaptativo.

Title: Positivity and coping in patients with adjustment disorder.

Abstract: Positivity construct refers to the propensity to think positively about oneself, life and the future, being closely related to wellbeing and health. Moreover, coping strategies used to manage stress have an important role in the development of mental health problems, one of which is adjustment disorder (AD).

The aim of this study was: Firstly, to analyze the differences in positivity, coping, and some relevant socio-demographic variables between the clinical (formed by patients with AD; N=57) and the control (N=66) groups; and secondly, to analyze whether these variables could predict, using binary logistic regression, the participants' membership to the clinical or the control group.

The clinical group showed less positivity and a greater use of disengagement strategies compared to the control group. Furthermore, the variables assessed were able to predict the clinical or control group membership with a 91% of success rate. The main risk factors to belong to the clinical group were the use of social support coping and disengagement strategies; whereas active employment status, the use of humor, positivity and younger age decreased this risk.

Key words: Positivity; coping; stress; adjustment disorder.

Introducción

A lo largo de nuestra vida, las personas debemos enfrentarnos a múltiples situaciones estresantes, ante las cuales podemos adaptarnos de forma satisfactoria, e incluso vivirlas como una oportunidad de crecimiento, o bien sentirnos sobrepasados por los acontecimientos, en función no solo del propio suceso, sino también de la percepción que tenemos sobre éste y sobre nuestros recursos personales para afrontarlo, pudiendo desarrollar diferentes síntomas que en ocasiones pueden requerir de ayuda o tratamiento. Un diagnóstico muy frecuente ante esta situación es el de trastorno adaptativo (TA), cuya característica esencial es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable (APA, 2000).

A pesar de que los TA constituyen un importante problema de salud, que genera un significativo sufrimiento personal e importantes costes sociales y económicos, en términos de gasto sanitario, deterioro en el rendimiento y bajas laborales, hay una notable escasez de trabajos de investigación sobre este trastorno (Casey, Dowrick y Wilkinson, 2001), a lo que probablemente han contribuido las diferentes controversias existentes en torno a esta categoría diagnóstica, con criterios vagos y escasamente definidos que en ocasiones dificultan su diferenciación tanto con otros trastornos mentales como con la normalidad.

En relación a los factores etiopatogénicos de los TA, se sabe que uno de los principales factores de riesgo para su desarrollo es la presencia de circunstancias vitales estresantes, ante las cuales fracasan los procesos de adaptación al estrés, aunque no existe un modelo único o unánimemente reconocido que lo explique. También la predisposición y la vulnerabilidad personal desempeñan un papel importante en el desarrollo del cuadro, aunque el conocimiento de estos factores en este trastorno en concreto es escaso y no se incluyen en las principales clasificaciones diagnósticas (APA, 2000; WHO, 1992).

Actualmente parece haber suficiente consenso en cuanto a que las estrategias de afrontamiento juegan un papel importante como mediador entre las circunstancias estresantes y la salud mental (Li, Cooper, Bradley, Shulman y Livingston, 2012; Marín, Palacio, Orrego y Aguirre, 2008; Miracco et al., 2010).

El afrontamiento del estrés se refiere a todos los esfuerzos cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1984). Según Sandín (1995), existen dos aproximaciones teóricas y metodológicas principales con respecto al afrontamiento: una que lo entiende como un estilo personal de afrontar el estrés (Kohlmann, 1993; Miller, 1987), lo cual significa que es relativamente estable, y otra que lo entiende como un proceso (Lazarus y Folkman, 1987), dependiente tanto del contexto como del sujeto y de la valoración que éste realiza.

Por otro lado, existen diferentes clasificaciones del afrontamiento. La más común es aquella que divide las estrategias según la focalización, entre aquellas centradas en el

*** Dirección para correspondencia [Correspondence address]:**

Ana M. Pérez-García. Facultad de Psicología, Universidad Nacional de Educación a Distancia (UNED). Juan del Rosal, 10, Ciudad Universitaria. 28040 Madrid (España). E-mail: aperez@psi.uned.es

problema y las que tienen su foco en la emoción, si bien también puede diferenciarse en función del método, activo o pasivo/evitativo, y de la naturaleza de la respuesta, cognitiva o conductual (Sandín, 1995). Actualmente, la clasificación que parece tener mayor importancia e interés en los estudios de afrontamiento, distingue entre afrontamiento de compromiso (*engagement*) y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*), según si el sujeto se orienta hacia la fuente de estrés, haciendo intentos activos para manejar la situación o las emociones asociadas a la misma, o si, por el contrario, se distancia del estresor o de sentimientos relacionados con el mismo, lo cual le impide reaccionar ante él de forma adecuada (Carver y Connor-Smith, 2010).

En cuanto a la relación entre el afrontamiento y la psicopatología, parte de ésta tiene que ver con la medida en que el afrontamiento resulte eficaz. Es decir, si las estrategias de afrontamiento ante una situación estresante resultan adaptativas, se minimizará la probabilidad de desarrollo de trastornos mentales. Son muchos los estudios que coinciden en que las estrategias de afrontamiento activas suelen ser más adaptativas y exitosas, mientras que las formas pasivas y de evitación son consideradas como menos exitosas, disfuncionales e inadaptativas (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez, 2005; Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis, 1986; Moos, 1988; Terry, 1991). No obstante, se asume en general que lo más importante es la flexibilidad del afrontamiento, esto es, la capacidad del sujeto para utilizar la estrategia más apropiada en función de las demandas contextuales. Así por ejemplo, en situaciones estresantes controlables, el afrontamiento centrado en el problema se ha encontrado más útil para mitigar la ansiedad (Kim, Won, Liu, Liu, y Kitanishi, 1997), mientras que ante eventos incontrolables resultaría más adecuado el afrontamiento centrado en la emoción (Cheng, Hui, y Lam, 1999).

Aunque los estudios específicos previos sobre estrategias de afrontamiento en personas diagnosticadas con TA son muy escasos, sí se ha abordado el tema de forma indirecta al estudiar otros trastornos mentales que cursan con síntomas similares, u otras poblaciones que ante diferentes vivencias estresantes negativas tienen una alta probabilidad de desarrollar problemas de salud mental en general, y TA en particular. Así, se ha encontrado que el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas puede influir positivamente en la salud mental y la evolución de pacientes con enfermedades que cursan con dolor (Ramírez, Esteve y López, 2001), pacientes con cáncer (Cano, 2005), pacientes con trastornos psiquiátricos graves (Perona y Galán, 2001), mujeres maltratadas (Miracco et al., 2010), cuidadores principales de personas con demencia (Li et al., 2012), personas con tentativas suicidas (Quintanilla, Valadez, Valencia y González, 2005), víctimas de delitos (Marín et al., 2008), etc. Y por otro lado, las estrategias desadaptativas, por ejemplo pasivas o evitativas, guardan una relación positiva con el estado de ánimo negativo (Jiménez-Torres, Martínez, Miró y Sánchez, 2012), y con un mayor nivel de estrés (Lara y Kirchner, 2012), siendo más

frecuentes en personas con depresión y ansiedad (Guo, Xue, Zhao y Liu, 2005; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

No obstante, mucho más relevante que las estrategias o recursos de los que dispone realmente la persona para hacer frente al estrés parece ser la valoración que de éstos realiza el sujeto, como ya apuntaron Lazarus y Folkman (1984), que entendían el estrés como un proceso interactivo en el que la persona valora que las demandas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar. A este respecto, y en la línea del actual y creciente interés de la investigación por las características positivas y fortalezas humanas (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000), resultan interesantes constructos desarrollados recientemente como el denominado orientación positiva o positividad, conceptualizado como la tendencia a ver la vida y las experiencias desde un punto de vista positivo (Caprara et al., 2009; Caprara, Steca, Alessandri, Abela y McWhinnie, 2010), y que integra los conceptos de satisfacción vital, autoestima y optimismo. La satisfacción vital se define como una valoración global que la persona hace sobre su vida o aspectos específicos de ésta (Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985). Es considerada como la dimensión evaluativa-cognitiva del bienestar subjetivo (Rodríguez-Fernández y Goñi-Grandmontagne, 2011), basada en un proceso de comparación con un criterio establecido subjetivamente, y considerada bastante estable y duradera (Veenhoven, 1994). Se asocia a aspectos tan variados como la satisfacción marital (Diener y Seligman, 2002), la productividad (Lyubomirsky, King y Diener, 2005) o un mejor estado de salud físico y mental (Boehm, Peterson, Kivimaki y Kubzansky, 2011; Ruiz, Sanjuán, Pérez-García y Rueda, 2011). La autoestima es la dimensión evaluativa y afectiva del autoconcepto, que se refiere al grado global de aceptación y respeto que uno tiene por sí mismo como persona (Harter, 1993). Su relevancia se debe a su relación con importantes indicadores del ajuste y el bienestar psicosocial. En este sentido, está ampliamente constatada su relación con variables tales como la integración social (Cava y Musitu, 2001), el rendimiento académico (Mann, Hosman, Schaalma y De Vries, 2004), la satisfacción laboral (Judge y Bono, 2001) y la salud mental (Beck, Brown, Steer, Kuyken y Grisham, 2001; Cava, Musitu y Vera, 2000; Mann et al., 2004). Por último, el optimismo, dentro del enfoque del optimismo disposicional de Scheier y Carver (1987), se entiende como la tendencia a esperar que en el futuro ocurran eventos positivos (Scheier y Carver, 1987, 1992), con un importante componente cognitivo y evaluativo, en cuanto que media entre los eventos externos y su interpretación personal, pero que involucra también aspectos emocionales y motivadores. Los resultados de diferentes estudios han encontrado relaciones importantes del optimismo con variables como el éxito profesional (Seligman, 2003), y el ajuste y rendimiento escolar (Ruthig, Perry, Hall y Hladkyj, 2004), ejerciendo un efecto positivo sobre la salud y el bienestar psicológico y físico (Scheier y Carver, 1987).

La positividad ha resultado ser un fuerte predictor de medidas de bienestar como la presencia de depresión, el

afecto negativo y positivo, la calidad percibida de las relaciones y la salud, y otros indicadores de funcionamiento óptimo escolar y laboral (Alessandri, Caprara y Tisak, 2012; Alessandri, Vecchione, et al., 2012; Caprara et al., 2012), explicando mayor porcentaje de varianza que el atribuido a los tres factores que lo integran individual o conjuntamente considerados. No obstante, por el momento no existen estudios que aborden específicamente la presencia de esta característica en muestras clínicas, y en concreto, en personas con TA.

Los objetivos de este estudio fueron examinar las diferencias en positividad y afrontamiento entre un grupo de pacientes diagnosticados con TA y un grupo control de personas que, habiendo experimentado un acontecimiento estresante de similar importancia, no habían desarrollado dicho trastorno. Se esperaba que el grupo clínico presentara menor positividad y un afrontamiento menos adaptativo que el grupo control. Por otra parte, se planteó como objetivo ver en qué medida estas características psicológicas, junto con otros aspectos socio-demográficos, conjuntamente considerados, podrían contribuir al diagnóstico de las personas con TA, actuando como factores de riesgo o de protección ante dicho trastorno.

Método

Participantes

El estudio, transversal y descriptivo, se ha realizado con 123 sujetos, con una edad media de 37.29 años ($DT=12.82$) y un rango entre 18 y 65 años, divididos en dos grupos: uno de pacientes con diagnóstico de trastorno adaptativo y otro de población general. Las características sociodemográficas más importantes de ambos grupos se describen en la Tabla 1.

El grupo clínico estuvo constituido por 57 pacientes derivados a la Unidad de Salud Mental (USM) del Hospital Santa Bárbara de Puertollano (Ciudad Real) entre los meses de enero y agosto de 2012, desde otros servicios de atención primaria o especializada del área, atendidos en las primeras consultas bien por médicos psiquiatras bien por psicólogos clínicos experimentados trabajadores de esa Unidad, y diagnosticados de TA (en su mayoría, con síntomas mixtos ansioso-depresivos) a través de la entrevista clínica inicial usual y en base a criterios diagnósticos de la CIE-10 (WHO, 1992) o del DSM-IV-TR (APA, 2000). Se excluyó a todos aquellos pacientes que presentaban de forma comórbida otra psicopatología grave del Eje I o II del DSM-IV-TR o que habían realizado tratamiento psicológico o psiquiátrico en los últimos dos años, así como aquellos cuyas edades no estuviesen comprendidas entre los 18 y 65 años y los que presentasen condiciones que dificultasen la aplicación de los instrumentos de estudio (deterioro cognitivo y/o médico, o nivel educativo o intelectual insuficiente).

Tabla 1. Características sociodemográficas de los grupos clínico y control.

	Grupo clínico (N = 57)	Grupo control (N = 66)
Edad [media (DT)]	33.73 (12.67)	40.38 (12.23)
Sexo [n (%)]		
▪ Hombres	19 (33.3)	28 (42.4)
▪ Mujeres	38 (66.7)	38 (57.6)
Estado civil [n (%)]		
▪ Soltero	29 (50.9)	27 (40.9)
▪ Casado	21 (36.8)	35 (53)
▪ Separado/Divorciado	6 (10.5)	4 (6.1)
▪ Viudo	1 (1.8)	0 (0)
Situación laboral [n (%)]		
▪ Activa	14 (24.6)	46 (69.7)
▪ No activa	43 (75.4)	20 (30.3)
Nivel educativo [n (%)]		
▪ Básico (primaria o menos)	23 (40.4)	9 (13.6)
▪ Medio (Secundaria o FP)	22 (38.6)	40 (60.6)
▪ Superior (Universitaria)	12 (21)	17 (25.8)

El grupo control estuvo formado por 66 personas seleccionadas en base a la facilidad de acceso e intentando garantizar la mayor representatividad posible, que habían sufrido en los últimos dos años una situación estresante importante pero que no habían precisado de tratamiento, ya sea farmacológico o psicoterapéutico, además de no presentar ninguno de los criterios de exclusión ya descritos para la muestra clínica. En concreto, personas valoradas en la Unidad y dadas de alta por no presentar patología, profesionales del hospital, familiares de éstos últimos y familiares de pacientes de la USM. La selección de estos subgrupos se hizo para favorecer la mayor similitud posible con la muestra clínica en cuanto a las variables sociodemográficas.

Instrumentos y procedimiento

Para medir la orientación positiva se utilizó la versión en español de la Escala de Positividad (Caprara, 2011; Caprara et al., 2012). Se trata de una escala autoaplicada breve, que consta de 8 ítems en los que se le pide al sujeto que responda en una escala tipo Likert de 5 puntos (desde 1= Totalmente en desacuerdo, hasta 5=Totalmente de acuerdo) en qué medida cada una de las afirmaciones refleja su forma de pensar, sentir o actuar. Evalúa el constructo de positividad u orientación positiva, recogiendo aspectos asociados a los tres grandes constructos subyacentes: autoestima, optimismo y satisfacción vital, con ítems como “siento que tengo muchas cosas de las que estar orgulloso”, “miro hacia el futuro con esperanza y optimismo”, o “estoy satisfecho con mi vida”. En nuestro estudio, se obtuvo un índice de fiabilidad que puede calificarse como bueno ($\alpha = .81$), siendo incluso algo superior al obtenido por los autores (Caprara et al., 2012). Las puntuaciones altas indican mayor positividad.

Para medir el afrontamiento se utilizó el Brief COPE (Carver, 1997; versión española de Pérez-García, 2008). Se trata de un inventario autoaplicado cuyo objetivo es evaluar las respuestas de afrontamiento ante el estrés de forma bre-

ve. En este estudio se aplicó la versión disposicional, o de estilo de afrontamiento, con mayor relación con las medidas de personalidad, frente a la versión situacional. Consta de 28 ítems, distribuidos en catorce escalas de dos ítems cada una, con un formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (desde 0 = No, en absoluto, a 3 = Totalmente). La puntuación en cada escala se corresponde con la suma de sus dos ítems, no existiendo puntos de corte, y obteniéndose únicamente un perfil con las conductas de afrontamiento predominantes.

En el caso de nuestro estudio, y con el fin de aumentar la fiabilidad de las escalas, se agruparon las estrategias mediante la aplicación de un análisis factorial sobre 10 de las 14 escalas originales (descritas por Morán, Landero y González, 2010). Se excluyeron de los análisis las escalas de consumo de sustancias (por la probable confusión con el consumo de fármacos) y autodistracción (por su comportamiento inestable), y también humor y religión, que presentaron una fiabilidad alta (.83 y .84, respectivamente) con su composición original. Las tres agrupaciones encontradas explicaban el 61.12% de la varianza y se definieron como *afrontamiento de compromiso* (25.17%) que incluía los 8 ítems correspondientes a las escalas de afrontamiento activo, planificación, reevaluación positiva y aceptación; *afrontamiento de apoyo social* (18.38%) que incluía los 4 ítems de las escalas de utilización de apoyo emocional y de apoyo instrumental; y *afrontamiento de falta de compromiso* (17.57%) con los 8 ítems de negación, abandono, autculpa y desahogo. La fiabilidad de las tres subescalas creadas fue de .81, .88 y .89, respectivamente. Dos de estas agrupaciones coincidían con la distinción comentada en la introducción, que diferenciaría entre afrontamiento de compromiso (*engagement*) y afrontamiento de falta de compromiso (*disengagement*).

Los valores finalmente considerados (compromiso, apoyo, falta de compromiso, humor y religión) se calcularon dividiendo las puntuaciones totales entre el número de ítems incluidos en cada una de las cinco modalidades de afrontamiento consideradas (8, 4, 8, 2 y 2, respectivamente), por lo que en cada caso el rango de puntuaciones fue de 0 a 3.

Todos los sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión fueron evaluados a través de un protocolo que incluía una ficha con datos sociodemográficos y los anteriores instrumentos, que fueron completados en el domicilio. Todos los sujetos firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio.

Análisis de datos

Se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows (versión 19.0). En primer lugar, se comprobó si había diferencias entre los grupos control y clínico en las variables sociodemográficas medidas utilizando la prueba de χ^2 en las variables categóricas, y análisis de varianza de un factor en el caso de la edad. En segundo lugar, se realizó un análisis correlacional entre todas las variables psicológicas medidas (estrategias de afrontamiento y positividad), las sociodemográficas

significativas y el grupo. En tercer lugar, se llevó a cabo un análisis de varianza multivariado (MANOVA) de un factor, grupo (clínico y control), tomando como variables dependientes los cinco estilos de afrontamiento considerados, controlando el efecto de las variables sociodemográficas que resultaron significativas. Y un ANOVA, también de un factor y con los mismos covariantes, para el análisis de la positividad. Finalmente, utilizando regresión logística binaria, se comprobó la capacidad predictiva de la positividad, el afrontamiento y las variables sociodemográficas relevantes sobre la clasificación de los participantes en el grupo clínico o en el control.

Resultados

Datos preliminares

Los resultados de los análisis de las variables sociodemográficas indicaron (ver Tabla 1) que no existían diferencias significativas entre los grupos en la distribución de las variables sexo ($\chi^2 = 1.071$, $gl = 1$, $p = .301$) y estado civil ($\chi^2 = 4.336$, $gl = 3$, $p = .227$). En ambos grupos había más mujeres que hombres, y estuvieron en su mayoría solteros o casados, siendo muy pocos los separados/divorciados o viudos.

Sin embargo, sí que se encontraron diferencias en las variables edad [$F(1,121) = 8.78$, $p < .01$], situación laboral ($\chi^2 = 24.94$, $gl = 1$, $p < .001$) y nivel educativo ($\chi^2 = 11.62$, $gl = 2$, $p < .01$). El grupo clínico fue de media más joven que el control. Se encontraba en situación laboral no activa con mayor frecuencia (en cuanto que había más personas desempleadas, de baja laboral o bien jubiladas). Y su nivel de estudios se encontraba entre básico y medio, principalmente, frente al grupo control que en su mayoría tenía un nivel medio de estudios, habiendo en ambos grupos prácticamente el mismo porcentaje de personas con estudios superiores (ver Tabla 1).

Todas aquellas variables sociodemográficas que resultaron significativamente diferentes entre el grupo clínico y control (edad, situación laboral, y nivel educativo) fueron consideradas en los análisis estadísticos posteriores.

Seguidamente se realizó un análisis correlacional entre las variables psicológicas (positividad y afrontamiento), y de estas variables con las tres sociodemográficas significativas y el grupo (clínico y control) (ver Tabla 2). La positividad mostró correlaciones significativas con todas las estrategias de afrontamiento, siendo las relaciones en sentido positivo excepto en el caso del afrontamiento de falta de compromiso. La mayor correlación fue la encontrada con el afrontamiento de compromiso, seguido del afrontamiento de apoyo.

La correlación encontrada entre positividad y grupo indicaba su mayor presencia en el grupo control. Con respecto a las características sociodemográficas, se obtuvieron correlaciones significativas y positivas con el nivel educativo y la situación laboral (activa), pero no con la edad. Con respecto a las estrategias de afrontamiento, solo se encontraron correlaciones significativas con el grupo en dos casos: en sentido

positivo en el caso del afrontamiento de humor (mayor en el grupo control), y en sentido negativo en el afrontamiento de falta de compromiso (mayor en el grupo clínico). La edad no mostró correlaciones significativas con ninguna estrategia. El nivel educativo mostró correlaciones significativas y positivas con las estrategias de compromiso, apoyo y humor. Y por último, la situación laboral solo mostró una correlación significativa en sentido positivo con el afrontamiento de humor.

Diferencias entre los grupos clínico y control en positividad y afrontamiento

Las diferencias entre ambos grupos en las variables psicológicas quedan recogidas en la Tabla 3. En primer lugar se encontró que el grupo clínico presentaba menores puntuaciones en positividad que el grupo control ($p < .001$), siendo

el efecto del grupo sobre la positividad moderado ($\eta^2_p = .28$).

En segundo lugar, se obtuvo que las distintas estrategias de afrontamiento fueron afectadas significativamente por el grupo [*Wilks's* $\lambda = .78$, $F(5,112) = 6.58$, $p < .001$, $\eta^2_p = .221$]. En concreto, el grupo clínico, en comparación con el grupo control, recurría en mayor medida a las estrategias de afrontamiento de apoyo y de falta de compromiso, y en menor medida al afrontamiento de humor, siendo en todos los casos la fuerza de la relación entre leve ($\eta^2_p = .11$) y moderada ($\eta^2_p = .19$). En cuanto a la estrategia de compromiso, las diferencias resultaron casi significativas ($p = .07$), siendo más elevado su uso en el grupo control que en el clínico. No hubo diferencias en el uso de la religión entre ambos grupos (ver Tabla 3).

Tabla 2. Correlaciones entre afrontamiento, positividad, características sociodemográficas y grupo ($N = 123$).

	Compromiso	Apoyo	Falta compromiso	Humor	Religión	Positividad
Compromiso	---					
Apoyo social	.42**	---				
Falta compromiso	-.10	.16	---			
Humor	.26**	.14	-.16	---		
Religión	.19*	.30	.14	.14	---	
Positividad	.44**	.38**	-.25**	.19*	.25**	---
Grupo	.12	-.13	-.40**	.32**	.11	.48**
Edad	.08	-.14	-.10	-.15	.04	.10
Nivel educativo	.23*	.26**	-.16	.26**	.16	.30**
Situación laboral	.15	.00	-.15	.20*	.02	.29**

Nota: (1) * $p < .05$, ** $p < .01$; (2) Grupo: 1 = clínico, 2 = control; (3) Situación laboral: 1 = activa, 2 = pasiva.

Tabla 3. Diferencias entre los grupos clínico ($N = 57$) y control ($N = 66$) en positividad y afrontamiento.

	Grupo clínico	Grupo control	$F_{(4,118)}$	η^2_p
Positividad	23.12 (4.73)	28.92 (5.72)	11.32***	.28
Afrontamiento de compromiso	1.84 (.68)	1.98 (.48)	2.26 ^o	.07
Afrontamiento de apoyo social	1.96 (.76)	1.76 (.78)	3.78**	.11
Afrontamiento de falta de compromiso	1.14 (.56)	.72 (.42)	5.91***	.17
Afrontamiento de humor	.61 (.91)	1.22 (.91)	6.95***	.19
Afrontamiento de religión	.86 (.99)	1.10 (1.09)	1.03	.03

Notas: (1) Se incluyen los modelos corregidos en función de los covariantes de edad, nivel educativo y situación laboral; (2) ^o $p = .07$, * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; (3) η^2_p para calcular el tamaño del efecto.

Análisis de la capacidad predictiva de la positividad, el afrontamiento y las variables sociodemográficas sobre la clasificación en el grupo clínico o control.

Finalmente, se utilizó la regresión logística para evaluar si la positividad, el afrontamiento y las variables sociodemográficas que habían resultado significativas en el contraste de grupos, tomados conjuntamente, contribuían a predecir a qué grupo pertenecían los participantes, al clínico o al control. El modelo resultó significativo [$\chi^2(9) = 95.51$, $N = 123$, $p < .001$], con índices R^2 elevados [Cox y Snell = .54; Nagelkerke = .72], de forma que se puede predecir la formación de los grupos a partir de la combinación lineal de estas variables

entre el 54% y el 72% aproximadamente de explicación de la varianza. De hecho, se predicen correctamente el 91.2% de la muestra clínica (52 de 57) y el 87.9% de la muestra control (58 de 66). Los *odds ratios* recogidos en la tabla sugieren que las posibilidades de estimar correctamente quién forma parte del grupo clínico se apoyan de forma significativa en las variables de positividad (baja), en los estilos de afrontamiento de humor (bajo), de falta de compromiso (alto) y de apoyo (alto), así como en la edad (menor) y en el hecho de estar en situación laboral pasiva (desempleados, jubilados, o con bajas laborales de larga duración). En la tabla 4 se presentan todas las variables de la ecuación de regresión.

Tabla 4. Análisis de regresión logística binaria de la positividad, las estrategias de afrontamiento y las características sociodemográficas sobre el grupo ($N = 123$).

	Coef.	Error estándar	Chi^2 Wald	Odds ratio	IC 95%
Positividad	-.33	.08	16.42***	.72	.61 - .84
Afrontamiento de compromiso	.87	.60	2.09	2.38	.74 - 7.70
Afrontamiento de apoyo social	1.95	.60	1.60**	7.00	2.17 - 22.59
Afrontamiento de falta de compromiso	1.56	.67	5.41*	4.76	1.28 - 17.74
Afrontamiento de humor	-1.18	.38	9.57**	.31	.15- .65
Afrontamiento de religión	-.39	.31	1.67	.68	.37 - 1.23
Edad	-.07	.03	6.80**	.93	.88 - .98
Nivel educativo	-.53	.48	1.19	.59	.23 - 1.52
Situación laboral	-2.13	.65	1.62**	.12	.03 - .43
Constante	1.09	2.52	16.00***	24057.96	

Notas: (1) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$; (2) Grupo: 0 = control, 1 = clínico; (3) Situación laboral: 1 = pasiva, 2 = activa.

Discusión

El objetivo de esta investigación fue profundizar en el estudio de los TA, un diagnóstico muy común entre personas que han sufrido un acontecimiento estresante y acuden a un servicio de salud mental debido a la presencia de psicopatología. En concreto, se pretendía estudiar la influencia de ciertas características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo y situación laboral) y psicológicas (como el uso de determinadas estrategias de afrontamiento y la positividad) en el desarrollo del trastorno adaptativo.

En primer lugar, con respecto al afrontamiento, se encontraron diferencias entre el grupo de personas con trastorno adaptativo y la población general en varias estrategias. El grupo clínico utilizó el afrontamiento de apoyo y de falta de compromiso en mayor medida que el grupo control, y el humor en menor medida, existiendo también cierta tendencia a un menor uso del afrontamiento de compromiso. Por tanto, se puede decir en general que entre los diagnosticados de TA el afrontamiento es más desadaptativo. No obstante, el grupo clínico utilizó en mayor medida que el grupo control una estrategia adaptativa, como es la búsqueda de apoyo, que en este caso queda objetivamente demostrada por el hecho de que buscaron ayuda profesional en los servicios médicos, bien de atención primaria o bien especializada, para el trastorno que presentaban, posiblemente desbordados ante un mayor uso de afrontamiento basado en la negación, la autocolpa y el desahogo emocional ante los problemas.

Los resultados fueron por tanto acordes a lo esperado y a lo encontrado en la literatura previa, es decir, las estrategias adaptativas, por ejemplo, de aproximación, favorecen el bienestar y el ajuste psicológico, mientras que un afrontamiento desadaptativo predice mayores índices de ansiedad y depresión (Akechi, Okuyama, Imoto, Yamawaki y Uchitomi, 2001; Guo et al., 2005; Randolph y Arnett, 2005; Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000).

En segundo lugar, con respecto a la positividad, se trata de un constructo recientemente desarrollado por el grupo de Caprara (Caprara et al., 2009; Caprara et al., 2012), entendido como la propensión a pensar positivamente sobre varios dominios de la vida, y del cual se ha encontrado que está

muy relacionado con diferentes aspectos del bienestar y la salud.

Los resultados en relación a la positividad fueron también acordes a lo esperado. En primer lugar, se encontraron menores puntuaciones en el grupo clínico. Es decir, que las personas diagnosticadas de un trastorno adaptativo muestran una visión más negativa de la vida y las experiencias. Anteriormente, el grupo de Caprara ya había encontrado que la positividad se relaciona positivamente con el afecto positivo (Alessandri, Caprara et al., 2012; Alessandri, Vecchione, et al., 2012; Caprara et al., 2012; Caprara, Steca, et al., 2010), y negativamente con la depresión (Caprara et al., 2012), recomendando el estudio de la positividad en población clínica, al considerar que podría mejorar nuestro conocimiento de su impacto en la salud mental (Alessandri, Caprara, et al., 2012).

En tercer lugar, se estudió la relación del afrontamiento con la positividad. Esta relación no había sido previamente estudiada, pero sí se había analizado la relación del afrontamiento con las dimensiones que subyacen a la positividad, siendo de esperar encontrar resultados en el mismo sentido. En general, los diferentes estudios han confirmado que todas ellas (autoestima, satisfacción vital y optimismo disposicional) están directamente relacionadas con el uso de estrategias de afrontamiento positivas, activas, o más efectivas, como el afrontamiento centrado en el problema o la reestructuración cognitiva, y negativamente relacionadas con estilos de afrontamiento que se podrían considerar como negativos, inefectivos o más pasivos (como la autocritica o la negación) (Aspinwall y Taylor, 1992; Brenner, St-Hilaire, Liu, Laplante y King, 2011; Chico, 2002; Martínez-Correa, Reyes del Paso, García-León y González-Jareño, 2006).

En nuestro caso, los resultados fueron en la línea de los hallazgos previos. La positividad estuvo relacionada positivamente con las estrategias consideradas adaptativas (afrontamiento de compromiso, apoyo social, religión, y humor) y negativamente con las más desadaptativas (afrontamiento de falta de compromiso).

Por último, otro de los objetivos era ver qué variables podían ayudarnos a predecir la presencia de un TA, o lo que es lo mismo, la pertenencia de cada participante del estudio al grupo clínico o al grupo control. Se encontró que una baja positividad, bajo humor, alto uso de afrontamiento de falta

de compromiso y de búsqueda de apoyo social, menor edad y una situación laboral no activa (desempleo, jubilación o baja laboral) predecían la pertenencia al grupo clínico. De hecho, aproximadamente en un 91% de casos se podía predecir la pertenencia al grupo clínico y en un 88% al control a partir de las anteriores variables, lo cual resulta una proporción muy elevada, siendo el resultado por tanto de gran relevancia.

Tres de las cuatro estrategias de afrontamiento resultaron ser altamente predictivas de la pertenencia a un grupo u otro, especialmente el uso del apoyo, que incrementaba en siete veces el riesgo de pertenecer al grupo clínico, posiblemente por el hecho de buscar ayuda profesional para hacer frente a los problemas, seguido del afrontamiento de falta de compromiso, que lo hacía en casi cinco veces. Mientras que el uso del humor disminuía en un 69% la probabilidad de pertenecer al grupo clínico, resultando ser, por tanto, un factor de protección.

En el caso del afrontamiento de compromiso, aunque la capacidad predictiva no resultó estadísticamente significativa, los resultados no son del todo concluyentes, pues sí que tienen relevancia clínica. Es decir, los valores dentro del intervalo de confianza son muy dispersos, y algunos muy relevantes, pues el límite superior es muy elevado (Escrig, Miralles, Martínez y Rivadulla, 2007). Es de esperar que si hubiésemos trabajado con una muestra mayor, habría aumentado la significación, y podríamos haber llegado a conclusiones de importancia. Además, el valor de la p es inferior a .15, por lo que también las conclusiones serían interesantes si hubiésemos disminuido el nivel de exigencia, y trabajado con menor nivel de seguridad.

La positividad también resultó ser un factor de protección, reduciendo en un 28% el riesgo de pertenecer al grupo clínico.

Y por último, con respecto a los factores sociodemográficos, no se han encontrado anteriormente estudios específicos sobre factores de riesgo asociados al desarrollo de TA, pero sí de otros trastornos que cursan con síntomas similares. González, Fernández, Pérez y Amigo (2007) concluyen tras una revisión que uno de los principales factores de riesgo para el desarrollo de depresión es la falta de estrategias de afrontamiento de tipo interpersonal, mientras que el peso de otros factores como las características sociodemográficas (ser mujer, estar soltero, tener un nivel socioeconómico bajo, tener una edad entre 25 y 45 años, estar en paro, etc.) pueden entenderse en base al anterior y a otros factores también relevantes como puede ser el apoyo social percibido.

Los resultados obtenidos en este trabajo son compatibles con las anteriores conclusiones. Encontramos que tanto una menor edad como una situación laboral no activa resultaron predictivas de la presencia de un TA. En cuanto a la edad, parece obvio que a medida que una persona crece va sumando experiencia y recursos para enfrentarse a los acontecimientos estresantes, con lo que disminuirá la probabilidad de desarrollar psicopatología. En cuanto a la ocupación, ocurre algo similar. De hecho, se ha encontrado en estudios

previos una asociación positiva entre el hecho de estar en paro y los problemas de salud mental en general, especialmente en los hombres (Artazcoz, Escribà-Agüir y Cortés, 2004). El nivel educativo, sin embargo, no resultó predictivo de la presencia de un TA, a pesar de que en trabajos anteriores se ha encontrado que un alto nivel educativo protege contra el estrés psicológico (Matud, 2005; Mazokopakis et al., 2002). Al igual que las anteriores características, esta relación puede estar relacionada con el afrontamiento, en cuanto que las personas con mayor educación podrían tener más recursos (cognitivos, sociales, económicos, etc.) para enfrentarse a las dificultades.

En conclusión, en base a los resultados de este trabajo puede afirmarse que tanto el afrontamiento como la positividad pueden considerarse indicadores de ajuste psicológico y funcionamiento óptimo al predecir la presencia de psicopatología.

Los resultados se encuentran en la línea de la creciente cantidad de estudios llevados a cabo en las últimas décadas, que han potenciado el desarrollo de una amplia gama de programas y políticas de salud basados en la evidencia que han conseguido reducir con éxito los factores de riesgo y fortalecer los factores de protección o la resiliencia de las personas, con el objetivo de aumentar la calidad de vida y la salud mental (OMS, 2004).

Por tanto, las aplicaciones clínicas son evidentes. En primer lugar, con respecto a la evaluación y diagnóstico, ya que a partir de dos escalas breves de afrontamiento y positividad se puede predecir con un gran nivel de seguridad el riesgo de desarrollar un trastorno adaptativo cuando se ha experimentado un acontecimiento estresante importante. Sería por tanto oportuno considerar de cara al diagnóstico, tanto los recursos que posee el sujeto como los juicios valorativos que realiza al enfrentarse a los eventos vitales adversos. Y en segundo lugar, con respecto al abordaje psicoterapéutico.

Por un lado, en cuanto al afrontamiento, los resultados de este y anteriores estudios sugieren que las intervenciones encaminadas al desarrollo o promoción de estrategias para afrontar los eventos vitales negativos pueden ayudar a minimizar el malestar o bien prevenir la aparición de otros trastornos mentales posteriormente. No obstante, como apuntan Jiménez-Torres y colaboradores (2012), es necesario considerar que lo más adaptativo no es una u otra estrategia concreta, sino el hecho de tener la suficiente flexibilidad para utilizar la más adecuada según el contexto. Y aún no está claro qué variables explican esa flexibilidad, apuntando algunos a factores cognitivos y motivacionales (Cheng, 2003), como pueden ser el control percibido, la competencia percibida y las expectativas de eficacia, que deberían ser tenidos en cuenta en estudios posteriores y probablemente en la intervención.

Por otro lado, en cuanto a la positividad, implicada en un gran número de disfunciones psicológicas (Caprara et al., 2012), cabe preguntarse por las posibilidades de intervención, debido a la fuerte influencia genética encontrada (Ca-

prara et al., 2009). En este sentido, algunos estudios previos señalan la contribución de las creencias de autoeficacia sobre la orientación positiva (Bandura, 1997; Caprara y Steca, 2005), de modo que la promoción de experiencias de dominio o “mastery” en aspectos como la regulación afectiva o las relaciones interpersonales podría ayudar al desarrollo de la positividad (Caprara, Alessandri y Barbaranelli, 2010).

A pesar de lo anterior, el estudio realizado tiene algunas limitaciones que sería necesario corregir en estudios posteriores. En primer lugar, se trata de un estudio correlacional por lo que no pueden establecerse relaciones de causalidad. En segundo lugar, en cuanto a las medidas, solo se usan autoinformes retrospectivos, con los sesgos de memoria que éstos implican, pudiendo beneficiarse la evaluación de otros métodos como el informe de otros observadores (Caprara, Steca et al., 2010). Además, algunos autores han encontrado que el afecto puede influir en los juicios valorativos que realizan los sujetos (Gärling y Gamble, 2012), lo que puede haber influido en los resultados. En este sentido, podría resul-

tar interesante, de cara a posteriores estudios, incluir medidas de gravedad de síntomas para comprobar si influyen en los resultados. En tercer lugar, mientras el grupo clínico es bastante homogéneo, compartiendo todos un mismo diagnóstico, podría pensarse que el grupo control utilizado, a pesar de las cautelas seguidas en el procedimiento para su selección, se caracterizara por una mayor heterogeneidad. Si bien los resultados obtenidos son coherentes con la investigación previa, no deja de ser necesario recomendar la replicación del estudio con otros grupos controles no clínicos, pero también con grupos clínicos de pacientes con diagnósticos diferentes. Y por último, con respecto a las variables incluidas en el estudio, no se han considerado otros posibles factores psicosociales importantes que pueden predisponer al desarrollo de un trastorno adaptativo, como las características de los estresores, rasgos más estables de personalidad (como los cinco grandes factores) u otras características individuales.

Referencias

- Akechi, T., Okuyama, T., Imoto, S., Yamawaki, S. y Uchitomi, Y. (2001). Biomedical and psychosocial determinants of psychiatric morbidity among postoperative ambulatory breast cancer patients. *Breast Cancer Research and Treatment*, *65*, 195–202. Doi: 10.1023/A:1010661530585
- Alessandri, G., Caprara, G. V. y Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, *17*, 44–54. Doi: 10.1027/1016-9040/a000070
- Alessandri, G., Vecchione, M., Tisak, J., Deiana, G., Caria, S. y Caprara, G. V. (2012). The utility of Positive Orientation in predicting job performance and organizational citizenship behaviors. *Applied Psychology*, *61*, 669–698. Doi: 10.1111/j.1464-0597.2012.00511.x
- American Psychiatric Association (APA) (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed, Text Revised (DSM-IV-TR)*. Washington, D.C.: APA.
- Artazcoz, L., Escribà-Agüir, V. y Cortés, I. (2004). Género, trabajos y salud en España. *Gaceta Sanitaria*, *18*, 24–35. Recuperado de <http://www.elsevier.es/es/revistas/gaceta-sanitaria-138>
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, *63*, 989–1003. Doi: 10.1037/0022-3514.63.6.989
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman.
- Beck, A. T., Brown, G. K., Steer, R.A., Kuyken, W. y Grisham, J. (2001). Psychometric properties of the Beck Self-Esteem Scales. *Behavior Research and Therapy*, *39*, 115–124. Doi: 10.1016/S0005-7967(00)00028-0
- Boehm, J. K., Peterson, C., Kivimaki, M. y Kubzansky, L. D. (2011). Heart health when life is satisfying: Evidence from the Whitehall II cohort study. *European Heart Journal*, *32*, 2672–2677. Doi: 10.1093/eurheartj/ehr203
- Brenner, K., St-Hilaire, A., Liu, A., Laplante, D. P. y King, S. (2011). Cortisol response and coping style predict quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, *128*, 23–29. Doi: 10.1016/j.schres.2011.01.016
- Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, *2*, 71–80. Recuperado de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>
- Caprara, G. V. (2011). Orientación Positiva y sus implicaciones para la salud y el éxito académico y laboral. *Conferencia impartida en la Facultad de Psicología de la UNED*, Madrid, 22 de Mayo.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., y Barbaranelli, C. (2010). Optimal functioning: contribution of self-efficacy beliefs to positive orientation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *79*, 328–330. Doi: 10.1159/000319532
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M.G., Yamaguchi, S., Fukuzawa, A. y Abela, J. (2012). The Positivity Scale. *Psychological Assessment*, *24*, 701–712. Doi: 10.1037/a0026681
- Caprara, G. V., Fagnani, C., Alessandri, G., Steca, P., Gigantesco, A., Cavalli Sforza, L. L. y Stazi, M. A. (2009). Human optimal functioning: The genetics of Positive Orientation towards self, life, and the future. *Behaviour Genetics*, *39*, 277–284. Doi: 10.1007/s10519-009-9267-y
- Caprara, G. V. y Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, *4*, 275–286. Doi: 10.1027/1016-9040.10.4.275
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z. y McWhinnie, C. M. (2010). Positive Orientation: Explorations of what is common to Life Satisfaction, Self-Esteem, and Optimism. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, *19*, 63–71. Recuperado de http://journals.cambridge.org/data/journal/CJO%20masthead_update_d3.jpg
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, *4*, 92–100. Doi: 10.1207/s15327558ijbm0401_6
- Carver, C. S. y Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, *61*, 679–704. Doi: 10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *56*, 267–283. Doi: 10.1037//0022-3514.56.2.267
- Casey, P., Dowrick, C. y Wilkinson, G. (2001). Adjustment disorders: Fault line in the psychiatric glossary. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 479–481. Doi: 10.1192/bjp.179.6.479
- Cava, M. J. y Musitu, G. (2001). Autoestima y percepción del clima escolar en niños con problemas de integración social en el aula. *Revista de Psicología General y Aplicada*, *54*, 297–311. Recuperado de <http://www.uv.es/lisis/mjesus/7cava.pdf>
- Cava, M. J., Musitu, G. y Vera, A. (2000). Efectos directos e indirectos de la autoestima en el ánimo depresivo. *Revista Mexicana de Psicología*, *17*, 151–161. Recuperado de <http://www.uv.es/~lisis/mjesus/5cava.pdf>
- Cheng, C. (2003). Cognitive and Motivational Processes Underlying Coping Flexibility: A Dual-Process Model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *84*, 425–438. Doi: 10.1037//0022-3514.84.2.425

- Cheng, C., Hui, W. y Lam, S. (1999). Coping style of individuals with functional dyspepsia. *Psychosomatic Medicine*, 61, 789-795. Recuperado de <http://www.psychosomaticmedicine.org/content/61/6/789.full.pdf+html>
- Chico, E. (2002). Optimismo disposicional como predictor de estrategias de afrontamiento. *Psicothema*, 14, 544-550. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=763>
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R. J. y Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. Doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Diener, E. y Seligman, M. E. P. (2002). Very happy people. *Psychological Science*, 13, 80-83. Doi: 10.1111/1467-9280.00415
- Escrig, J., Miralles, J. M., Martínez, D. y Rivadulla, I. (2007). Intervalos de confianza: por qué usarlos. *Cirugía Española*, 81, 121-125. Recuperado de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S00097739X07712812>
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M. y Estévez, A. E. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21, 66-72. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/27171/26351>
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R. y DeLongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-79. Doi: 10.1037/0022-3514.50.3.571
- Gärling, T., y Gamble, A. (2012). Influences on current mood of eliciting life-satisfaction judgments. *The Journal of Positive Psychology: Dedicated to furthering research and promoting good practice*, 7, 219-229. Doi: 10.1080/17439760.2012.674547
- González, S., Fernández, C., Pérez J. y Amigo, I. (2007). Variables predictoras de los resultados de un programa de prevención secundaria de la depresión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 13-26. <http://www.ijpsy.com/volumen7/num1/155.html>
- Guo, X. F., Xue, Z. M., Zhao, J. P. y Liu, Z. N. (2005). Coping style, social support and personality in patients with comorbid major depression and anxiety. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 13, 221-222. Recuperado de http://caod.oriprobe.com/articles/630088/Coping_Style__Social_Support_and_Personality_in_Patients_with_Comorbid.htm
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. En R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: The puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum. Doi: 10.1007/978-1-4684-8956-9_5
- Jiménez-Torres, M.G., Martínez, M.P., Miró, E. y Sánchez, A.I. (2012). Relación entre estrés percibido y estado de ánimo negativo: diferencias según el estilo de afrontamiento. *Anales de psicología*, 28, 28-36. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/140492/126582>
- Judge, T. A. y Bono, J. E. (2001). Relationship of core self-evaluations traits— self-esteem, generalised self-efficacy, locus of control, and emotional stability— with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 86, 80-92. Doi: 10.1037/0021-9010.86.1.80
- Kim, K. I., Won, H., Liu, X., Liu, P. y Kitanishi, K. (1997). Students' stress in China, Japan and Korea: A transcultural study. *International Journal of Social Psychiatry*, 43, 87-94. Doi: 10.1177/002076409704300202
- Kohlmann, C.W. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to the discrepancy between subjective and physiological stress reactions. En H. Hentschel, G. Smith, W. Ehlers y J. G. Draguns (Eds.), *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology* (pp. 184-204). New York: Springer Verlag. Doi: 10.1007/978-1-4613-8303-1_12
- Lara, S. y Kirchner, T. (2012). Estrés y afrontamiento en pacientes afectados de esclerosis múltiple. Estudio comparativo con población comunitaria. *Anales de Psicología*, 28, 358-365. <http://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.28.2.148811/132641>
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169. Doi: 10.1002/per.2410010304
- Li, R., Cooper, C., Bradley, J., Shulman, A. y Livingston, G. (2012). Coping strategies and psychological morbidity in family caregivers of people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 139, 1-11. Doi: 10.1016/j.jad.2011.05.055
- Lyubomirsky, S., King, L. A. y Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success? *Psychological Bulletin*, 131, 803-851. Doi: 10.1037/0033-2909.131.6.803
- Mann, M., Hosman, C. M. H., Schaalma, H. P. y De Vries, N. K. (2004). Self-esteem in a broad-spectrum approach for mental health promotion. *Health Education Research*, 19, 357-372. Doi: 10.1093/her/cyg041
- Marín, C.A., Palacio, Y.J., Orrego, Y. y Aguirre, D.C. (2008). Descripción del estado de salud mental y estrategias de afrontamiento en víctimas de asalto a mano armada en la ciudad de Medellín (Colombia). *International Journal of Psychological Research*, 1, 31-40. <http://mvint.usbmed.edu.co:8002/ojs/index.php/web/article/view/421/412>
- Martínez-Correa, A., Reyes del Paso, G., García-León, A. y González-Jareño, M. I. (2006). Optimismo/pesimismo disposicional y estrategias de afrontamiento del estrés. *Psicothema*, 18, 66-72. Recuperado de <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3177>
- Matud, M.P. (2005). Diferencias de género en los síntomas más comunes de salud mental en una muestra de residentes en Canarias, España. *Revista Mexicana de Psicología*, 22, 395-403. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/2430/243020634004.pdf>
- Mazokopakis, E. E., Vlachonikolis, I. G., Sgantzios, M. N., Polychronidis, I. E., Mavreas, V. G. y Lionis, C. D. (2002). Mental distress and socio-demographic variables: A study of Greek warship personnel. *Military Medicine*, 167, 883-888.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353. Doi: 10.1037/0022-3514.52.2.345
- Miracco, M. C., Rutzstein, G., Lievendag, L., Arana, F.G., Scappatura, M.L., Elizathe, L. y Keegan, E. (2010). Estrategias de afrontamiento en mujeres maltratadas: la percepción del proceso por parte de las mujeres. *Anuario de Investigaciones*, 17, 59-67. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/anuin/v17/v17a06.pdf>
- Moos, R. H. (1988). Life stressors and coping resources influence health and well being. *Evaluación Psicológica*, 4, 133-158.
- Morán, C., Landero, R. y González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9, 543-552. Recuperado de <http://revistas.javeriana.edu.co/sitio/psychologica/scs/articulo.php?id=285>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2004). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones efectivas y opciones de políticas. Informe compendioso*. Ginebra:OMS. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Pérez-García, A. M. (2008). *Versión española de la escala Brief-COPE de Carver (1997)*. Documento del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid: UNED.
- Perona, S. y Galán, A. (2001). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: Conceptualización y resultados de la investigación. *Clinica y Salud*, 12, 145-178. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=4000/&numero=2001122>
- Quintanilla, R., Valadez, I., Valencia, S. y González, J. M. (2005). Estrategias de afrontamiento en pacientes con tentativa suicida. *Investigación en Salud*, 7, 112-116. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2005/isg053g.pdf>
- Ramírez, C., Esteve, R. y López, A. E. (2001). Neuroticismo, afrontamiento y dolor crónico. *Anales de Psicología*, 17, 129-137. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/29131/28191>
- Randolph, J. J. y Arnett, P. A. (2005). Depression and fatigue in relapsing-remitting MS: the role of symptomatic variability. *Multiple Sclerosis*, 11, 186-190. Doi: 10.1191/1352458505ms1133oa

- Rodríguez-Fernández, A. y Goñi-Grandmontagne, A. (2011). La estructura tridimensional del bienestar subjetivo. *Anales de Psicología*, 27, 327-332. Recuperado de <http://revistas.um.es/analesps/article/view/122931/115561>
- Ruiz, M. A., Sanjuán, P., Pérez-García, A. M. y Rueda, B. (2011). Relations between life satisfaction, adjustment to illness, and emotional distress in a sample of men with ischemic cardiopathy. *The Spanish Journal of Psychology*, 14, 356-365. Doi: 10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n1.32
- Ruthig, J.C., Perry, R.P., Hall, N.C. y Hladkyj, S. (2004). Optimism and attributional retraining: Longitudinal effects on academic achievement, test anxiety, and voluntary course withdrawal in college students. *Journal of Applied Social Psychology*, 34, 709-730. Doi: 10.1111/j.1559-1816.2004.tb02566.x
- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Comps.), *Manual de Psicopatología* (cap. 11, pp. 1-52). Madrid: McGraw-Hill.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: the influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 169-210. Doi: 10.1111/j.1467-6494.1987.tb00434.x
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992) Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228. Doi: 10.1007/BF01173489
- Seiffge-Krenke, L. y Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29, 617-630.
- Seligman, M. (2003). *La auténtica felicidad*. Barcelona: Vergara.
- Seligman, M. y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14. Doi: 10.1037//0003-066X.55.1.5
- Terry, D.J. (1991). Stress, coping, and adaptation to new parenthood. *Journal of Personal and Social Relationships*, 8, 527-547. Doi: 10.1177/026540759184005
- Veenhoven, R. (1994). El estudio de la satisfacción con la vida. *Intervención Psicosocial*, 3, 87-116. Recuperado de <http://www.copmadrid.org/webcopm/resource.do?recurso=5000>
- World Health Organization (WHO) (1992). *International classification of diseases and related health problems, 10th revision*. Ginebra: WHO.

(Artículo recibido: 10-6-2013; revisado: 17-01-2014; aceptado: 14-02-2014)