
ESTRATEGIAS PARA
REGULAR LA TRISTEZA:
DIFERENCIAS ENTRE
UNA MUESTRA CLÍNICA
Y UNA MUESTRA
CONTROL EN EL
INVENTARIO DE
AFRONTAMIENTO DE
LA DEPRESIÓN (CID)

REGULATORY
STRATEGIES FOR
DEPRESSED MOOD:
DIFFERENCES BETWEEN
PATIENTS AND
NON-PATIENTS IN
THE COPING INVENTORY
OF DEPRESSION (CID)

LAURA HERNANGÓMEZ
CARMELO VÁZQUEZ¹
*Universidad Complutense
de Madrid*

e-mail: cvazquez@psi.ucm.es

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue investigar las diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en las estrategias de afrontamiento ante la tristeza mediante el empleo del Inventario de Afrontamiento de la Depresión (Coping Inventory of Depression, CID). La muestra total fue constituida por 491 estudiantes y 57 pacientes con diagnósticos heterogéneos. En comparación con la muestra control, los pacientes manifestaron emplear menos estrategias de afrontamiento y percibir una menor efi-

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate differences between psychiatric outpatients (n=57) and normal subjects (n=491) in strategies to cope with depressed mood measured by means of the Coping Inventory of Depression (CID). Patients used less frequently than normal subjects coping strategies and they also perceived that their efforts were less effective to regulate their mood. Compared to normal subjects, psychiatric patients used less often cognitive reevaluation but used more

¹ Los autores desean agradecer a Emerita García Bara (Hospital de Huesca, INSALUD) sus aportaciones en la recogida de datos, y a Trinidad Soria, Jesús Esteras, Beatriz López y Eva Muñoz su ayuda en la codificación de los cuestionarios

caja de las mismas. Asimismo, la muestra clínica mostró un menor uso de la reevaluación cognitiva, y un mayor empleo de medicación y expertos, así como una mayor búsqueda de apoyo social y de expresión emocional ante determinados síntomas depresivos y más estrategias de supresión cognitiva (ignorar) frente a sentimientos de ira o enfado. Además, comer para afrontar la tristeza estaba asociado en los pacientes con la búsqueda cognitiva de soluciones mientras que el uso de alcohol y otras drogas se asociaba con la falta de expresión emocional. Se analizan las implicaciones de los resultados para la optimización de intervenciones psicoterapéuticas.

PALABRAS CLAVE

Afrontamiento, depresión, ánimo triste, regulación afectiva

social support and emotional expression to cope with certain depressive symptoms and more cognitive avoidance strategies to cope with anger symptoms related to depression. Furthermore, in the sample of patients, eating was associated with cognitive search of solutions whereas the use of alcohol and other drugs, to cope with sadness, was negatively related to emotional expression. We discuss the implications of these results for optimizing therapeutic interventions as well as to the broader area of affect regulation.

KEY WORDS

Coping, depression, sadness, mood regulation

INTRODUCCIÓN

Aunque en la actualidad se dispone de una gran cantidad de estudios sobre las relaciones entre afrontamiento, estrés y depresión (p.e. Billings y Moos, 1984, 1985; Brown, 1989; Brown y Harris, 1978; Cronkite y Moos, 1995; Swindle, Cronkite y Moos, 1989), hay menos información sobre el efecto estresante que por sí mismos suponen los síntomas depresivos y los mecanismos específicos que una persona pone en acción –conscientemente o no, voluntariamente o no (Richards y Gross, 2000)– para regular estados de ánimo negativos.

La persona que padece síntomas depresivos puede tener que afrontar mayor deterioro personal y social que el asociado con muchas condiciones médicas crónicas (Wells et al., 1989), así como problemas vocacionales (Dew y Bromet, 1991), ocupacionales (Mintz, Mintz, Arruda y Hwang, 1992), de pareja (Briscoe y Smith,

1973; Dew y Bromet, 1991), familiares (Coyne et al., 1987, Hooley, Orley y Teasdale, 1986), sexuales (Nofzinger et al., 1993). De este modo resulta explicable que el propio hecho de sentirse deprimido puede constituir una situación estresante (Teasdale, 1988) ante la que pueden desarrollarse diferentes respuestas de afrontamiento. La investigación previa sobre estrategias de afrontamiento ante el estrés puede orientar el afrontamiento que se realiza ante estados de tristeza, pero igual que los efectos de la depresión en pacientes psiquiátricos se han mostrado diferentes de los efectos del estrés crónico (Coyne, Gallo, Klinkman y Calarco, 1998), las estrategias puestas en marcha pueden ser también distintas por lo que merecen atención diferenciada.

¿Qué mecanismos se emplean para autorregular estados de disforia o depresión y por qué? En este trabajo intentaremos hacer una prospección de las estrategias que las personas dicen poner en marcha cuando se encuentran tristes o deprimidos aunque, desde un punto de vista del mapa de las emociones humanas, el estado de ánimo depresivo no sea claramente diferenciable de otros afectos negativos con las que están típicamente relacionadas (pesimismo, culpa, aburrimiento, o desmoralización) –Watson y Clark, 1992. En este estudio compararemos las estrategias de personas *normales* respecto a las de personas con problemas mentales que acuden en busca de ayuda a centros de asistencia especializados. Dado que el estado de ánimo es además inespecífico y afecta de un modo transversal a prácticamente todo tipo de trastornos mentales, el estudio de los mecanismos regulatorios de la tristeza en pacientes de diagnósticos heterogéneos es de verdadera importancia pues, en definitiva, el bajo estado de ánimo es una característica comórbida habitual en casi cualquier paciente con problemas clínicos (Beutler, Clarkin y Bongar, 2000; Kessler et al., 1998) y, por lo tanto, los problemas regulatorios pueden afectar a un espectro de patologías muy diversas (Bradley, 2000). El hecho de que variables tan inespecíficas a cuadros psicopatológicos determinados, como son el neuroticismo (Rusting, 1999; Suls, Green & Hills, 1998), la autoestima, (Heimpel, Wood, Marshall y Brown, 2002; Setliff & Marmurek, 2002), o las expectativas generalizadas de capacidad autorregulatoria (Smith & Petty, 1995) se hayan asociado a problemas en la regulación del estado de ánimo, avala igualmente la inclusión de pacientes no restringidos a quienes presentan trastornos del estado de ánimo.

Este estudio se inscribe en la corriente actual de investigación sobre regulación del estado de ánimo o, de modo más general, de regulación afectiva (Gross, 1999), que puede definirse como “los procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos, y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1998a,

p. 275). Es decir, se trata de conocer las estrategias homeostáticas que las personas ponen en marcha para mantener un estado de ánimo deseado (Larsen, 2000) o restablecerlo cuando ha habido algún cambio significativo (Cummins y Nistico, 2002). En este área, la mayor parte de las investigaciones son de laboratorio, empleando tareas regulatorias cognitivas y conductuales (ej.: Josephson, Singer & Salovey, 1996; Richards & Gross, 2000; Forgas & Ciarrochi, 2002; Heimpel et al., 2002), pero todavía cuentan con una escasa proyección clínica. Siguiendo la distinción de Gross (1998b), las estrategias de afrontamiento que analizamos en este trabajo tienen que ver no tanto con los esfuerzos para regular o modular la aparición de estados de ánimo (regulación emocional centrada en los antecedentes) sino en los esfuerzos regulatorios puestos en marcha una vez se ha disparado la respuesta emocional (regulación emocional centrada en la respuesta).

El uso de estrategias de afrontamiento eficaces para regular síntomas anímicos depresivos puede ser una pieza clave en el mantenimiento y/o exacerbación de dichos síntomas. Si todas las personas afrontan estados de tristeza pero no todas terminan deprimiéndose, el modo en que una persona intenta regular su estado de ánimo negativo puede marcar la diferencia entre aquellos que se deprimen en el sentido clínico de la palabra y aquellos que simplemente “se entristecen”. En esta línea, las investigaciones del grupo de Nolen-Hoeksema (1998) han demostrado repetidamente que un afrontamiento rumiativo (pensamiento pasivo y repetitivo sobre las propias reacciones emocionales, síntomas y preocupación sobre ese malestar) de los síntomas depresivos puede afectar la gravedad y duración de esos síntomas, interferir con la resolución de problemas e impedir a la persona el desarrollo de actividades diarias instrumentales que podrían aumentar su sensación de control y mejorar su estado de ánimo. El opuesto a este estilo sería un afrontamiento activo centrado en el problema. En las investigaciones sobre afrontamiento de estrés en depresivos, se ha mostrado una relación consistente entre depresión y afrontamiento evitativo en estudios desarrollados en diferentes países y culturas (Cozzens-Hebert, 2002; Rohde, Lewinsohn, Tilson y Seeley, 1990; Satija, Advani y Nathawat, 1997; Vendette y Marcotte, 2001). Con un planteamiento parecido, Pyszczynski y Greenberg (1987) proponen que, tras la pérdida de una fuente fundamental de autoestima, el individuo que desarrolla una depresión se estanca en un ciclo autorregulatorio en el que no hay disponibles respuestas para reducir la discrepancia entre los estados deseado y actual.

¿Para qué se intenta regular el estado de ánimo disfórico?

El hecho de que los seres humanos intenten reducir estados de ánimo negativo y mantener estados positivos apela necesariamente a algún componente evolutivo. Aunque, siguiendo los postulados darwinianos, emociones negativas como la ira, la vergüenza, la ansiedad, cumplen funciones supervivenciales al poner en marcha elementos expresivos y motivacionales (véase Avia y Vázquez, 1998), esas emociones pueden perder su carácter funcional cuando o bien se mantienen mucho en el tiempo, se ponen en marcha continuamente en situaciones indeseadas, o bien causan un excesivo malestar.

En el caso concreto de la tristeza, durante mucho tiempo se ha debatido sobre su funcionalidad. Un modelo de afrontamiento de los síntomas depresivos debe tener en cuenta la posible utilidad de los mismos. Si la tristeza, el pesimismo o el bajo estado de ánimo tienen alguna función (de otro modo, ¿por qué es una respuesta humana tan común y con un patrón razonablemente semejante en diferentes tiempos y culturas?), es necesario conocer mejor el momento óptimo de intervención y analizar qué estrategias pueden ser más eficaces para regular una respuesta evolutivamente tan bien asentada y tan delimitada en sus contornos.

El punto de partida consistiría en saber si la depresión es la manifestación de un defecto (como puede ser una crisis convulsiva o una agnosia) o por el contrario es una especie de respuesta de defensa (como puede ser el dolor, la fiebre, la tos, o la diarrea) más o menos regulada (Nesse, 2000). En el primer caso, corregir un defecto, las intervenciones destinadas a eliminar esa expresión defectual son casi siempre útiles y aconsejables. En el segundo caso, una intervención destinada a su eliminación inmediata puede causar complicaciones pues puede suprimir alguna función que potencialmente esté cumpliendo ese síntoma (búsqueda de ayuda, respiro para reorganizar planes, conservación de energía ante hechos incontrolables, etc. (véase Nesse, 2000).

Con todo ello, si bien es cierto que las emociones negativas pueden obviamente llegar a ser disfuncionales, la clarificación de cuando y cómo se deben emplear mecanismos reguladores del malestar emocional que diferencien una reacción *normal* del inicio de un trastorno están aún lejos de ser resueltas. En este contexto, el objetivo de este trabajo es analizar descriptivamente las diferencias entre una muestra clínica y una muestra control en los mecanismos puestos en marcha ante la tristeza, así como en la utilidad percibida en esas estrategias y su relación con diferentes tipos de síntomas y la preocupación mostrada por los mismos.

MÉTODO

Muestra

Completó el CID un total de 548 participantes, 491 alumnos voluntarios de 3º de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid y 57 pacientes con diagnósticos psiquiátricos heterogéneos procedentes del Hospital General de Huesca². La edad media fue de 22,6 años (d.t. = 5,4; rango 14-55). El porcentaje de mujeres fue de 78,3% sobre la muestra total. Considerando la división por submuestras de pacientes y no pacientes, se observaron diferencias significativas en la proporción de hombres y mujeres ($C = 0,18$; $p < ,0001$) y en edad ($t(465) = -5,1$; $p < 0,001$). La proporción de mujeres fue de 61,4% en la muestra clínica frente a un 80,5% en la muestra control. La edad media de los pacientes fue 29,6 (d.t. = 11,9) mientras que la de no pacientes fue de 21,6 (d.t. = 2,3).

Instrumentos

1) El **Inventario de Afrontamiento de la Depresión** (*Coping Inventory of Depression, CID*, Ring y Vázquez, 1993) es un cuestionario de autoinforme dividido en dos partes:

Parte 1. Síntomas depresivos. Consiste en un listado de 22 síntomas de depresión basados en el Inventario de Depresión de Beck (BDI-I, Beck et al., 1978). Una descripción detallada de los ítems y las propiedades psicométricas puede consultarse en Vázquez y Ring (1996). Para cada uno de los síntomas, el sujeto evalúa: (a) hasta qué punto el síntoma es *característico* de su experiencia “típica” de depresión, medido en una escala Likert de 4 puntos (desde “Nada característico” hasta “Muy característico”) y (b) el nivel de *preocupación* que le causa el síntoma, también en una escala Likert de cuatro puntos (desde “No me preocupa” hasta “Me preocupa mucho”). El cuestionario permite también que el sujeto añada al final otros síntomas que puedan ser característicos en él y que no figuren en la lista.

² Los participantes de la muestra clínica eran personas que acudieron a un centro de Salud en búsqueda de ayuda psicológica. Todos ellos fueron diagnosticados en el servicio siguiendo los criterios diagnósticos vigentes en el centro (DSM-III-R, APA, 1987) y tratados ambulatoriamente. Los diagnósticos más frecuentes fueron trastornos de ansiedad (40%), trastornos del estado de ánimo (20%) y trastornos adaptativos (10%), además de otros problemas de atención clínica (paternofiliales, vitales, académicos...15%).

Parte 2. Estrategias de afrontamiento. Consiste en un conjunto de 41 ítems referidos a cogniciones y conductas de afrontamiento exclusivamente centradas en combatir síntomas depresivos. En cada ítem el sujeto ha de indicar: (a) *frecuencia* con que utiliza la estrategia, en una escala Likert de cuatro puntos (desde “nunca o casi nunca lo hago” hasta “Lo hago siempre o casi siempre”) y (b) *utilidad percibida* en la respuesta de afrontamiento en una escala Likert de cuatro puntos (desde “No me sirve para sentirme mejor” hasta “Me sirve casi siempre”). También en esta sección se permite al sujeto que indique otras estrategias de afrontamiento no contempladas en el cuestionario y las evalúe en frecuencia y utilidad.

El análisis factorial realizado sobre las puntuaciones en frecuencia arrojó una solución de 13 factores (Vázquez y Ring, 1996) que han sido los empleados en el presente estudio: (1) Reevaluación cognitiva; (2) Comer; (3) Expresión/Comunicación; (4) Alcohol y Drogas; (5) Actividades de utilidad; (6) Distracción intencional; (7) Medicamentos/Expertos; (8) Ignorar; (9) Actividades recreativas; (10) Actividades de relax; (11) Salir/Actividades sociales; (12) Buscar soluciones; (13) Rezar.

2) Con el fin de comprobar si el estado de ánimo en el momento de la evaluación podía afectar las respuestas de los sujetos se utilizó un **termómetro emocional**. El termómetro emocional es una escala de valoración del estado de ánimo (EVEA) en la que cada participante valoraba su estado de ánimo presente de 0 a 10, siendo 0 “Muy contento”, 5 “Normal” y 10 “Muy triste”³.

Procedimiento

La participación en el estudio fue voluntaria. Los cuestionarios utilizados fueron anónimos, aplicándose en primer lugar el termómetro emocional y en segundo lugar el inventario CID, con una duración aproximada de 20 minutos.

³ Ya que el termómetro emocional comenzó a administrarse una vez comenzada la recogida de datos del CID sólo se dispone de datos para 345 sujetos, en la que están incluidos todos los pacientes y 289 estudiantes.

RESULTADOS

Con el fin de observar las diferencias entre pacientes y no pacientes en las variables referidas a afrontamiento del inventario CID (frecuencia y utilidad de estrategias de afrontamiento), se realizaron análisis de covarianza para cada una de ellas tomando como covariable la edad y posteriores contrastes y comparaciones por pares para analizar los niveles en los que se producían efectos significativos⁴.

Diferencias en la frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento

Se realizó un ANCOVA 2 x 13 (Diagnóstico x Estrategias de afrontamiento), comparando así pacientes y no pacientes en los citados factores empíricos de estrategias de afrontamiento. Los resultados señalaron como significativos los efectos principales de las variables Diagnóstico [$F(1, 459) = 10,4; p < 0,001$] y Estrategias [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(10, 4396) = 12,3; p < 0,001$], así como su interacción [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(10, 4396) = 6,1, p < 0,001$] y la interacción de las Estrategias con la covariable Edad [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(10, 4396) = 4,6; p < 0,001$].

En cuanto a las diferencias entre los diversos tipos de estrategias, las medias poblacionales estimadas (corregidas por la covariable edad) de cada estrategia de afrontamiento se presentan en la figura 1. Las estrategias más empleadas fueron “Salir/Actividades sociales”, “Distracción intencional”, “Reevaluación cognitiva”, “Ignorar” y “Buscar soluciones”. Las menos empleadas fueron “Medicación/Expertos”, “Alcohol/Drogas” y “Expresión/Comunicación”.

⁴ En análisis previos se comprobó que las puntuaciones en termómetro emocional no ejercían efecto significativo si se incluían como covariable, por lo que se las excluyó del análisis estadístico.

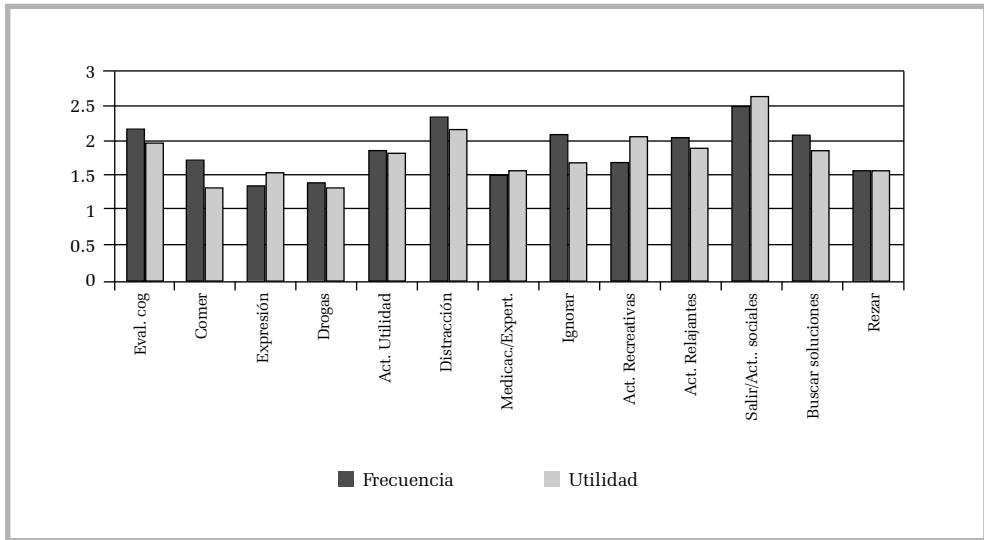


Figura 1. Valores medios de la frecuencia de uso y utilidad percibida de cada una de las estrategias de afrontamiento de la depresión

En general, los no pacientes emplean con más frecuencia todas las estrategias de afrontamiento (2,0 vs 1,8), si bien esta afirmación debe matizarse analizando los niveles en los que se produce la interacción de los factores Diagnóstico y Estrategias de un modo significativo. Con este fin, se realizaron contrastes de efectos simples encontrando que la interacción Diagnóstico x Estrategias era significativa en el caso de Reevaluación cognitiva [$F(1, 451)=6,6; p<0,01$] y Medicación/expertos [$F(1, 451)=95,9; p<0,001$]. Las medias estimadas, corregidas por la covariable Edad, se muestran en la figura 2. Como puede observarse, mientras que la muestra clínica recurre con mayor frecuencia a la medicación y búsqueda de expertos, los no pacientes emplean más la reevaluación cognitiva (p.e. intentar encontrar el lado positivo a lo que les ocurre, buscar el aspecto humorístico de lo que pasa, darse ánimos a uno mismo, o convencerse de que no hay razón para deprimirse).

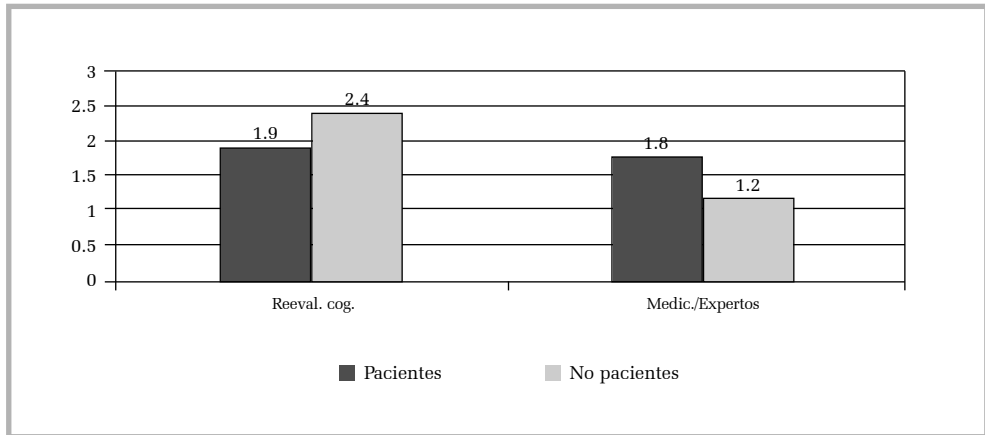


Figura 2. Frecuencia de estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico (pacientes/no pacientes) en las estrategias "Reevaluación cognitiva" y "Medicación/Expertos"

Del mismo modo, la covariable Edad mostró interacción con el tipo de Estrategias empleadas. El análisis de efectos simples mostró que esta interacción era significativa en las estrategias Actividades de utilidad [$F(1, 451)=11,1$; $p<0,001$], Distracción intencional [$F(1, 451)=4,2$; $p<0,05$], Medicamentos/Expertos [$F(1, 451)=43,2$; $p<0,001$] y Salir/Actividades sociales [$F(1, 451)=8,4$; $p<0,01$]. Con el fin de observar la dirección de estas diferencias, se tomaron las puntuaciones más extremas en edad (por debajo del cuartil 1 y por encima del cuartil 3) comparando la frecuencia de estrategias de afrontamiento entre estos dos grupos. Las diferencias aparecen representadas en la figura 3, donde se observa que los más jóvenes tienden a emplear más estrategias de afrontamiento social (Salir/Actividades sociales: salir a dar una vuelta, con amigos u otras personas) o distractoras (Distracción intencional: hacer algo para distraerse o no pensar) mientras que los de mayor edad tienden a emplear en mayor medida las Actividades de utilidad (hacer algo útil, ponerse a trabajar, establecer un plan de actividades) y el uso de Medicación/Expertos. De cualquier modo, respecto a este último aspecto es importante no olvidar que la proporción de adultos mayores de 30 años procede en su mayoría de la muestra clínica.

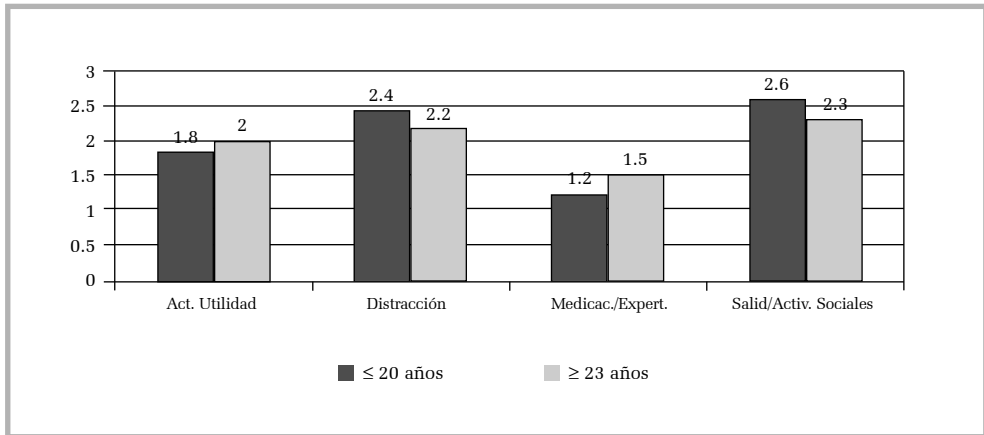


Figura 3. Frecuencia de estrategias de afrontamiento en función de la edad en las estrategias Actividades de utilidad, Distracción, Medicación/Expertos y Salir/Actividades sociales

Patrones de estrategias de afrontamiento

Un segundo objetivo consistió en analizar la agrupación de tipos de estrategias de afrontamiento, esto es, si determinados tipos de estrategias correlacionaban significativamente entre sí, y si estas asociaciones diferían en las muestras de pacientes y no pacientes. Para ello, en cada una de las submuestras se realizó un análisis factorial de segundo orden sobre las puntuaciones obtenidas en los 13 factores extraídos en el primer análisis.

Dicho análisis dio como resultado una composición sustancialmente diferente en cada grupo. Escogiendo sólo los factores con valores propios mayores de 1, la solución arrojó un total de 4 factores en la muestra de no pacientes y de 6 factores en la muestra de pacientes. Las agrupaciones y saturaciones resultantes tras someter los factores a una rotación varimax se muestran en la tabla 1. Es especialmente interesante observar las diferentes asociaciones en pacientes y no pacientes para las mismas estrategias. Así, en cuanto a estrategias de afrontamiento que pueden llegar a ser desadaptativas, **el uso de alcohol y otras drogas** se asocia con un afrontamiento social en no pacientes mientras que su asociación es negativa con la expresión y comunicación emocional en el caso de los pacientes. Por otro lado, **comer** se asocia con buscar soluciones en el caso de los pacientes, y

con rezar en el caso de los no pacientes. Con respecto al recurso de **medicación y ayuda de expertos**, se asocia positivamente con expresión y comunicación emocional y negativamente con ignorar el problema en el caso de los no pacientes. En el caso de los pacientes, sin embargo, el recurso de medicación y expertos se asocia con el empleo o búsqueda de actividades relajantes. Por último, aunque muy posiblemente más complicada de interpretar, es interesante señalar la asociación negativa entre el **afrentamiento social** y la estrategia de ignorar el problema en pacientes.

Tabla 1.

Factores de segundo orden resultantes de análisis factorial (rotación varimax) en pacientes y no pacientes

| NO PACIENTES | | PACIENTES | |
|---------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
| Factor 1 (varianza: 15%) | | Factor 1 (varianza: 17%) | |
| Actividades de utilidad | 0,594 | Reevaluación cognitiva | 0,801 |
| Reevaluación cognitiva | 0,587 | Distracción intencional | 0,746 |
| Distracción intencional | 0,574 | Actividades recreativas | 0,708 |
| Buscar soluciones | 0,560 | Factor 2 (varianza: 13%) | |
| Actividades recreativas | 0,512 | Comer | 0,847 |
| Actividades de relax | 0,414 | Buscar soluciones | 0,711 |
| Factor 2 (varianza: 11%) | | Factor 3 (varianza: 12%) | |
| Alcohol/Drogas | 0,777 | Medicación/expertos | 0,773 |
| Salir/Activ. Sociales | 0,618 | Actividades de relax | 0,758 |
| Factor 3 (varianza: 11%) | | Factor 4 (varianza: 11%) | |
| Comer | 0,725 | Rezar | 0,788 |
| Rezar | 0,489 | Actividades propositivas | 0,757 |
| Factor 4 (varianza: 10%) | | Factor 5 (varianza: 10%) | |
| Ignorar | -0,772 | Alcohol/Drogas | -0,798 |
| Expresión/comunicación | 0,563 | Expresión/Comunicación | 0,686 |
| Medicación/Expertos | 0,422 | Factor 6 (varianza: 9%) | |
| | | Salir/Social | 0,717 |
| | | Ignorar | -0,710 |

Síntomas característicos y estrategias empleadas

Con el fin de contrastar la relación de las estrategias de afrontamiento empleadas con los síntomas depresivos característicos, se realizaron correlaciones parciales (controlando la edad) entre tipos de estrategias (tomando los 13 factores del CID) y tipos de síntomas, tomando las siguientes agrupaciones de síntomas resultantes de un análisis factorial con rotación oblicua: (1) Culpa (autocrítica, autodecepción, sentimiento de fracaso..); (2) Síntomas físicos (molestias corporales, preocupaciones somáticas, alteraciones en apetito..); (3) Anhedonia/dificultades de concentración; (4) Síntomas sociales (dificultades y disminución de placer en relaciones con los otros); (5) Ira; (6) Dificultad para toma de decisiones/fatiga.

La diferencia entre pacientes y no pacientes resultó significativa en todas las asociaciones síntomas-estrategias con la excepción de síntomas **sociales** y **dificultad para tomar decisiones/fatiga** (tabla 2). Es interesante señalar que los síntomas de **culpa** se asocian positivamente con el empleo de un afrontamiento social en el caso de los pacientes, pero negativamente en el caso de los no pacientes. Asimismo, los **síntomas físicos** correlacionan positivamente con la expresión/comunicación en el caso de los pacientes. También en la muestra clínica, la **ira** se asocia positivamente con la estrategia de ignorar y negativamente con el uso de alcohol y otras drogas.

Tabla 2

Diferencias significativas entre pacientes y no pacientes en la correlación entre frecuencia de estrategias de afrontamiento y síntomas característicos (basado en correlaciones parciales significativas controlando edad)

| SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS | ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | CORRELACIÓN EN PACIENTES | CORRELACIÓN EN NO PACIENTES | Z | SIG. |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|------|
| Culpa | Salir/Activ. Sociales | 0,17 | -0,17 | 2,31 | 0,05 |
| Físicos | Expresión/Comunicación | 0,51 | 0,12 | 2,9 | 0,01 |
| | Activ. Relajantes | 0,50 | 0,08 | 3,10 | 0,01 |
| | Buscar soluciones | 0,42 | 0,06 | 2,63 | 0,01 |
| Anhedonia/conc. | Activ. Relajantes | 0,50 | 0,16 | 2,61 | 0,01 |
| | Buscar soluciones | 0,48 | 0,14 | 2,58 | 0,01 |
| Ira | Alcohol/Drogas | -0,20 | 0,14 | -2,29 | 0,05 |
| | Ignorar | 0,39 | 0,08 | 2,23 | 0,05 |

Preocupación por los síntomas y estrategias empleadas

Para analizar la relación entre las estrategias de afrontamiento empleadas y la preocupación causada por los síntomas, se realizaron correlaciones parciales para cada uno de los tipos de estrategias, controlando la edad. La preocupación general por los síntomas correlacionó significativamente en el caso de los pacientes con el uso de actividades relajantes ($r=0,55$, $p < 0,01$), búsqueda de soluciones ($r=0,43$; $p < 0,01$), expresión emocional/comunicación ($r=0,39$; $p < 0,01$) y medicación/expertos ($r=0,34$; $p < 0,05$). En el caso de los no pacientes, las correlaciones más significativas se dieron con comer ($r=0,23$; $p < 0,01$), medicación/expertos ($r=0,21$; $p < 0,01$), búsqueda de soluciones ($r=0,20$; $p < 0,01$) y, negativamente, con reevaluación cognitiva ($r=-0,13$; $p < 0,01$).

Agrupando los síntomas en función de sus puntuaciones en preocupación a través de un análisis factorial (rotación oblicua) resultaron seis factores diferentes a los obtenidos en “síntomas característicos”: (1) Llanto/anhedonia/dificultad para tomar decisiones; (2) Autocrítica; (3) Síntomas físicos; (4) Ira; (5) Anergia/Concentración; (6) Sexo/Sociales. Estos factores sirvieron para realizar correlaciones parciales (controlando edad) con los tipos de estrategias empleados (puntuaciones de frecuencia en los 13 factores del CID). Los resultados significativos se muestran en la tabla 3.

De un modo similar a lo que ocurría cuando los síntomas de culpa eran característicos, la preocupación por síntomas relacionados con **autocrítica** se asociaron con el empleo de afrontamiento social (Salir/Actividades sociales) en el caso de los pacientes, relación que era negativa en el caso de los no pacientes. Por otra parte, la preocupación por síntomas de **ira** se asoció con la incapacidad de afrontar el estado de ánimo mediante actividades de utilidad en el caso de los pacientes. También se mostró infrecuente el empleo de esta estrategia propositiva cuando los síntomas más preocupantes para el paciente eran la ausencia de interés por el sexo y las relaciones sociales.

Tabla 3

Diferencias significativas entre pacientes y no pacientes en la correlación entre frecuencia de estrategias de afrontamiento y síntomas característicos (basado en correlaciones parciales significativas controlando edad)

| SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS | ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | CORRELACIÓN EN PACIENTES | CORRELACIÓN EN NO PACIENTES | Z | Sig. |
|--|------------------------------|--------------------------|-----------------------------|-------|-------|
| Llanto/Anhedonia/ Dificultad para tomar decisiones | Expresión/Comunicación | 0,37 | 0,09 | 2,01 | 0,05 |
| | Medicación/expertos | 0,34 | 0,04 | 2,09 | 0,05 |
| | Activ. Relajantes | 0,41 | 0,03 | 2,66 | 0,01 |
| Autocrítica | Activ. Relajantes | 0,34 | 0,03 | 2,17 | 0,05 |
| | Salir/Activ. Sociales | 0,20 | -0,13 | 2,22 | 0,05 |
| Físicos | Expresión/Comunicación | 0,36 | 0,02 | 2,40 | 0,05 |
| Ira | Activ. Propositivas | -0,38 | 0,11 | -3,42 | 0,001 |
| Anergia/ Concentración | Activ. Relajantes | 0,53 | 0,23 | 2,38 | 0,05 |
| | Buscar Soluciones | 0,45 | 0,18 | 1,97 | 0,05 |
| Sexo/Sociales | Expresión/Comunicación | 0,34 | 0,04 | 2,07 | 0,05 |
| | Activ. Propositivas | -0,28 | 0,15 | -2,93 | 0,01 |
| | Activ. Relajantes | 0,52 | 0,11 | 3,10 | 0,01 |
| | Buscar Soluciones | 0,41 | 0,10 | 2,26 | 0,05 |

Diferencias en la utilidad percibida de estrategias de afrontamiento

Al igual que en el análisis de frecuencia, se realizó un ANCOVA 2 x 13 (Diagnóstico x Estrategias de afrontamiento). Los resultados señalaron como significativos los efectos principales de las variables Diagnóstico [$F(1, 450) = 11,4$; $p < 0,001$] y Estrategias [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(10, 4501) = 10,8$; $p < 0,001$], así como su interacción [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(10, 4501) = 4,9$; $p < 0,001$] y la interacción de las Estrategias con la covariable Edad [$F_{\text{Greenhouse-Geisser}}(10, 4501) = 3,46$; $p < 0,001$].

En cuanto a las diferencias entre los diversos tipos de estrategias, las medias poblacionales estimadas (corregidas por la covariable Edad) de la utilidad percibida de cada estrategia de afrontamiento aparecen en la figura 1. Las estrategias percibidas como más útiles son “Salir/Actividades sociales”, “Distracción intencional”, “Actividades recreativas” y “Reevaluación cognitiva”. Las menos útiles, “Comer” y “Alcohol/Drogas”.

Con respecto a las diferencias según diagnóstico, los no pacientes perciben mayor utilidad global en las estrategias de afrontamiento (1,91 vs 1,72), pero esta diferencia debe interpretarse a la luz de las interacciones halladas. En este sentido, se realizaron contrastes de efectos simples encontrando que la interacción Diagnóstico x Estrategias era significativa en el caso de la Reevaluación cognitiva [$F(1, 424)=9,0$; $p<0,01$], Alcohol/otras drogas [$F(1, 424)=5,0$; $p<0,05$] y Medicación/expertos [$F(1, 424)=42,8$; $p<0,001$]. Las medias estimadas, corregidas por la covariable Edad, se muestran en la figura 4.

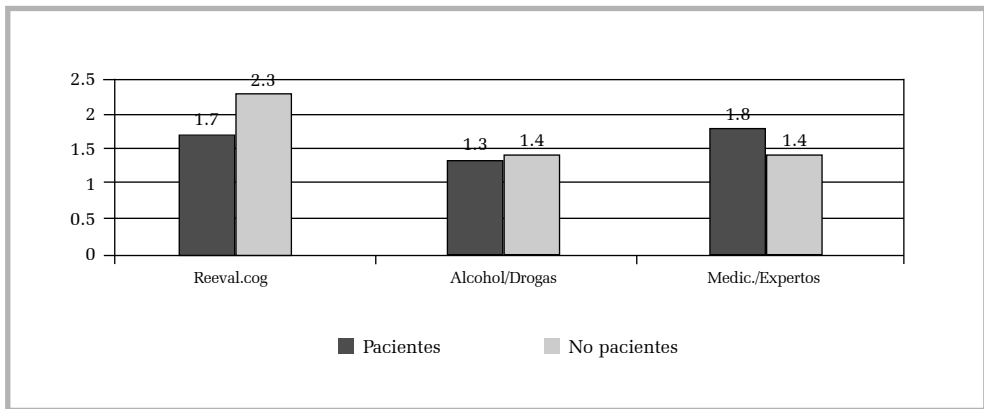


Figura 4. Utilidad percibida de estrategias de afrontamiento en función del diagnóstico (pacientes/no pacientes) en las estrategias Reevaluación cognitiva, Alcohol/Drogas y Medicación/Expertos

Asimismo, la interacción Edad x Estrategias se mostró significativa en las estrategias Actividades de utilidad [$F(1, 424)=5,8$; $p<0,05$], Distracción intencional [$F(1, 424)=5,4$; $p<0,05$] y Salir/Actividades sociales [$F(1, 424)=22,2$; $p<0,001$]. Con el fin de observar la dirección de estas últimas diferencias, se tomaron las puntuaciones más extremas (por debajo del cuartil 1 y por encima del cuartil 3) comparando la utilidad percibida de estrategias de afrontamiento entre estos dos grupos. Las diferencias aparecen representadas en la figura 5. Se observa la misma tendencia que al analizar la frecuencia, tendiendo los más jóvenes a percibir como más útiles las estrategias de afrontamiento social y distracción, mientras que los de mayor edad otorgan más utilidad a las actividades propositivas.

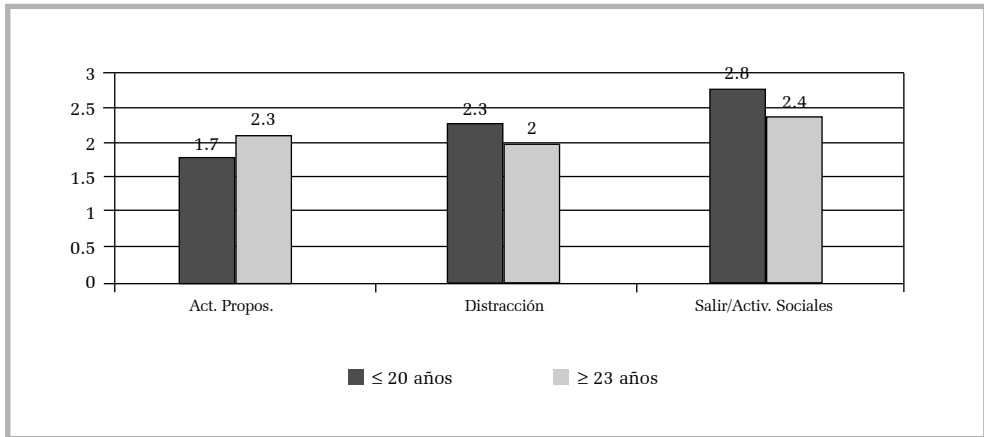


Figura 5. Utilidad percibida de estrategias de afrontamiento en función de la edad en las estrategias Actividades de utilidad, Distracción y Salir/Actividades sociales

Relación entre frecuencia y utilidad de las estrategias de afrontamiento.

Las correlaciones parciales (controlando la variable Edad) entre frecuencia y utilidad de cada estrategia de afrontamiento fue positiva y significativa ($p < 0,001$) en todos los casos en la muestra total. Los resultados se muestran en la figura 6. Las estrategias en las que mayor relación existía entre ambos parámetros fueron Rezar ($r=0,86$), Actividades de utilidad ($r=0,83$), Reevaluación cognitiva ($r=0,79$) y Expresión/comunicación ($r=0,77$). La asociación fue menor en Ignorar, Alcohol/drogas, Medicación/expertos y Comer. El empleo de escalas similares en ambas medidas (tanto frecuencia como utilidad eran valoradas en una escala Likert de cuatro puntos) permite comparar las puntuaciones medias en las dos variables en cada una de las estrategias. Analizando las medias presentadas en la figura 1 puede observarse cómo la frecuencia de uso supera a la utilidad percibida en Comer, Drogas e Ignorar, a la inversa de lo que ocurre en la estrategia de Medicación/expertos.

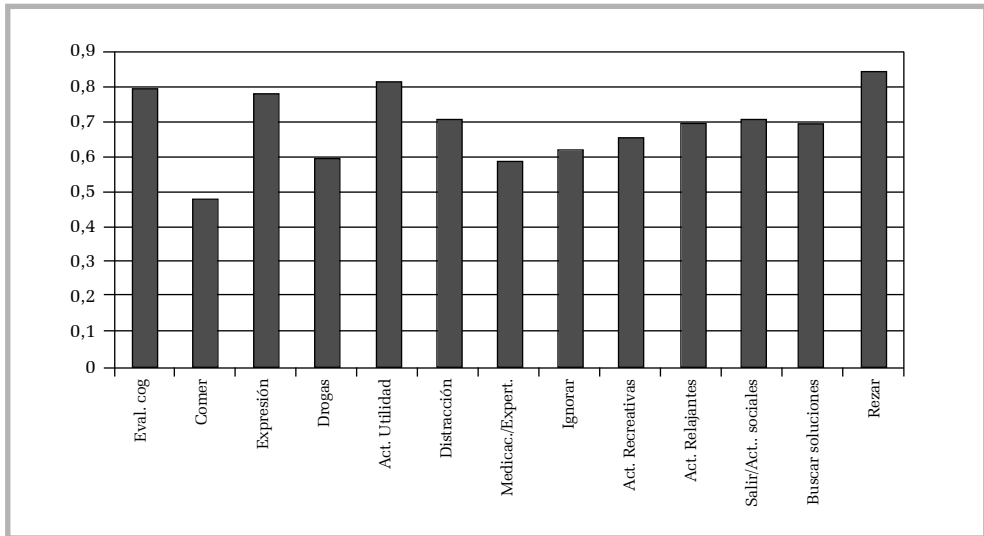


Figura 6. Correlaciones parciales frecuencia-utilidad en cada estrategia de afrontamiento (controlando edad)

Para observar las diferencias entre pacientes y no pacientes se realizaron contrastes entre las correlaciones parciales frecuencia-utilidad (controlando edad) en las dos submuestras. Los resultados significativos se muestran en la tabla 4. Como puede observarse, la relación entre frecuencia y utilidad resultó superior en los pacientes en las estrategias Medicación/expertos y Actividades recreativas; en el caso de los no pacientes, la correlación fue significativamente superior en Comer, Alcohol/drogas e Ignorar.

Tabla 4

Diferencias significativas entre pacientes y no pacientes en la correlación entre frecuencia y utilidad de estrategias de afrontamiento (controlando edad)

| ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO | PACIENTES | NO PACIENTES | Z | SIG. |
|------------------------------|-----------|--------------|-------|-------|
| Comer | 0,22 | 0,50 | -2,14 | 0,05 |
| Drogas/Alcohol | 0,34 | 0,61 | -2,32 | 0,05 |
| Medicación/Expertos | 0,81 | 0,48 | 4,03 | 0,001 |
| Ignorar | 0,39 | 0,64 | -2,2 | 0,05 |
| Actividades recreativas | 0,80 | 0,64 | 2,26 | 0,05 |

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos sugieren interesantes diferencias entre la muestra clínica y la muestra control en la frecuencia, la utilidad percibida y el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas ante síntomas depresivos.

En primer lugar, los pacientes refieren una menor frecuencia de uso de estrategias de afrontamiento a pesar de que, por el hecho de padecer un trastorno psicológico, es posible que se encuentren con más situaciones de malestar emocional que la muestra control. La explicación de esta diferencia muy posiblemente esté asociada a la segunda gran diferencia entre las dos muestras: en la muestra clínica los mecanismos empleados se perciben como menos efectivos en combatir el estado de ánimo. La utilidad percibida en las estrategias de afrontamiento es muy posiblemente un factor determinante de la motivación para ponerlas en marcha. Quedarían por clarificar las variables mediadoras en esta relación. Entre las variables que podrían estar influyendo en la percepción de utilidad se encuentran la incontrolabilidad percibida de la situación estresante (en este caso, en los síntomas depresivos mismos) y las bajas expectativas de autoeficacia sobre la autorregulación de las emociones. Las consecuencias de la percepción de incontrolabilidad sobre la motivación (Seligman, 1972) y la importancia de la autoeficacia percibida (Bandura, 1977) sobre los cambios de conducta han sido repetidamente demostrados en diferentes ámbitos (p.e.: Bandura, 1982, 1989; García Rodríguez, 1997; Miserandino, 1998; Okamoto, 1997; Sedek y MacIntosh, 1998). Esto implica que si la persona percibe los síntomas depresivos como incontrolables y/o no se considera capaz de llevar a cabo las estrategias para superarlos, difícilmente pondrá en marcha mecanismos de afrontamiento ante los mismos. En estrecha vinculación con las bajas expectativas de autoeficacia, Penland, Masten, Zelhart, Fournet y Callahan (2000) han demostrado la relación entre las estrategias de afrontamiento evitativo puestas en marcha por personas deprimidas y los “yoes posibles” negativos de su autoesquema. Dadas las implicaciones de estos aspectos para la terapia, merecería la pena analizar más en profundidad estas variables en estudios futuros.

En cuanto al tipo de estrategias empleadas, la principal diferencia estriba en el uso de medicación y expertos por parte de la muestra clínica frente al empleo de estrategias de reevaluación cognitiva (sacar lo positivo, darse ánimos a uno mismo..) por parte de la muestra control. El empleo de recursos *externos* (medicación, otras personas) frente a recursos *propios* parece así marcar la diferencia entre pacientes y no pacientes y puede estar indicando una interesante dirección a seguir en el tratamiento psicológico. Si bien el hecho de recurrir a especialistas y

al consumo de psicofármacos son soluciones útiles ante alteraciones psicológicas graves, el objetivo a largo plazo de toda psicoterapia debería centrarse en conseguir la autonomía de la persona que acude a consulta de modo que aprenda a emplear sus propias potencialidades en el afrontamiento de problemas futuros. Lo contrario sería fomentar una dependencia poco terapéutica e incluso iatrogénica que nada tiene que ver con la finalidad de una intervención profesional. Si además se trata de pacientes depresivos no debería olvidarse que la ausencia de habilidades de resolución de problemas se ha mostrado como uno de los predictores más potentes de ideación suicida en adultos jóvenes (Miros, 2000).

Resulta interesante señalar además que de los dos tipos de estrategias más relacionadas con el afrontamiento cognitivo (Reevaluación cognitiva y Buscar soluciones), sólo la Reevaluación cognitiva establece una diferencia entre pacientes y no pacientes. Las estrategias incluidas en Buscar soluciones (pensar en la causa del problema, pensar qué harían otros, recrearse en situaciones imaginarias...) parecen representar un tipo de afrontamiento cognitivo disfuncional probablemente más cercano al estilo rumiativo, que ha demostrado ser un buen predictor de sintomatología depresiva (Garnefski, Kraaij y Spinhoven, 2001; Nolen-Hoeksema, 1990; 1993). Sin embargo, la Reevaluación cognitiva incluye estrategias como la reinterpretación positiva y la aceptación que han mostrado un papel protector frente al desarrollo de síntomas (Garnefski et al., 2001). Mattlin, Wethington y Kessler (1990) señalan, además, que el afrontamiento cognitivo activo resulta disfuncional cuando no se acompaña de acción posterior, al igual que la reevaluación cognitiva es sólo adaptativa si promueve la focalización en el problema. De nuevo estos aspectos presentan importantes consecuencias para la psicoterapia, de modo que el terapeuta debe prestar constante atención al uso que se está haciendo de las intervenciones cognitivas y a sus correlatos conductuales. Si las tareas cognitivas se emplean para la rumiación y la pasividad más que para la reinterpretación positiva y la acción es muy posible que el tratamiento comience a tener más efectos negativos que positivos en el paciente.

Por otra parte, numerosos autores han señalado la tendencia de los depresivos a emplear un afrontamiento centrado en la emoción en detrimento de otras técnicas más directas de resolución de problemas (p.e. Billings y Moos, 1983; Folkman y Lazarus, 1986). En esta línea, Ravindran, Matheson, Griffiths, Merali y Anisman (2002) han descrito la asociación positiva entre la gravedad de los síntomas depresivos y el empleo de la expresión emocional y búsqueda de apoyo social como estrategias de afrontamiento, relación que se suavizaría en los casos de síntomas crónicos quizás por la ineficacia percibida a largo plazo. Precisamente el empleo del afrontamiento social (salir/actividades sociales) y de la expresión/

comunicación constituyen un aspecto diferencial en las maneras de enfrentarse a los distintos síntomas depresivos entre las dos muestras de nuestro estudio, de modo que el afrontamiento social se relaciona positivamente con síntomas de culpa y autocrítica en el caso de los pacientes, mientras que esta relación es negativa en la muestra control. Si a este dato le añadimos la asociación negativa en la muestra clínica entre el afrontamiento social e “ignorar el problema” y la correlación en la misma muestra entre la preocupación por diferentes síntomas y el empleo de la expresión/comunicación, posiblemente tengamos la clave de por qué la búsqueda de apoyo social, una estrategia que en principio podría ser beneficiosa para los síntomas depresivos (Beutler, 2000; Brown y Harris, 1978), puede convertirse en un mecanismo disfuncional. En primer lugar, no siempre la red social supone un apoyo (Herbert y Dunkel-Schetter, 1992; House, 1981; Rook, 1984): los otros pueden no querer escuchar sobre sentimientos negativos, criticar o animar al deprimido a no pensar en lo negativo, diciendo cosas que aunque tengan la intención de ayudar pueden herirle más que ayudarle. Por otra parte, si se violan los tiempos sociales prescritos culturalmente para hablar de sentimientos negativos (Pennebaker, 1993; Stroebe, Gergen, Gergen y Stroebe, 1992; Wortman y Silver, 1989) se da lugar a interacciones negativas con una sensación de enojo o frustración por parte de familiares y amigos y un sentimiento de incompreensión o crítica por parte del paciente (Coyne, 1976; Coyne, Wortman y Lehman, 1988). Esta violación se ha demostrado más probable en las personas con un estilo rumiativo de afrontamiento (Nolen Hoeksema y Davis, 1999) que, paradójicamente, son las que más podrían beneficiarse del apoyo social de los otros, mediante la aportación de puntos de vista diferentes reduciendo sus rumiaciones (Janoff-Bulman, 1992; Pennebaker y O’Heeron, 1984) y el estímulo para iniciar un afrontamiento activo. A pesar de ello, y aunque, de hecho, las personas rumiadoras tienden a buscar más el apoyo de los otros ante el malestar emocional, paradójicamente son menos capaces de conseguir y mantener ese apoyo social que quieren y necesitan y perciben menos los beneficios de ese apoyo (Nolen-Hoeksema y Davis, 1999). De nuevo, lo importante no es tanto qué estrategia se usa sino cómo se emplea y qué significado se le da.

Otro aspecto que puede estar influyendo en el empleo de afrontamiento social es el mismo concepto de depresión que mantenga la persona. Si los síntomas depresivos son vividos como incontrolables, la respuesta ante los mismos puede ser similar a la que se da ante síntomas físicos. Precisamente la búsqueda de apoyo social es una respuesta característica ante enfermedades físicas (Folkman et al, 1986). Por ello resulta tan importante la tarea, en ocasiones minusvalorada, de ofrecer al paciente un tipo de relación y un marco explicativo de su problema

en el que pueda conseguir una percepción de control sobre la solución del mismo (modelo compensatorio de ayuda y afrontamiento, Brickman, Rabinowitz, Karuza, Coates, Cohn y Kidder, 1982).

Otra diferencia significativa entre la muestra clínica y la control que merece atención es el manejo de los síntomas de ira o enfado. En el caso de los pacientes, este tipo de síntomas correlaciona positivamente con la estrategia Ignorar, y la preocupación por los mismos se relaciona negativamente con el desarrollo de actividades de utilidad. Este resultado es coherente con el hallazgo de Akhavan (2001) de que la rumiación en interacción con la supresión de la ira subyace al desarrollo, mantenimiento y/o exacerbación de sintomatología depresiva.

Con respecto a estrategias de afrontamiento que pueden llegar fácilmente a convertirse en patológicas como son recurrir a la comida, el alcohol y otras drogas, resulta especialmente interesante analizar con qué otras estrategias quedan asociadas en la muestra clínica: comer se asocia con la búsqueda de soluciones (búsqueda que puede estar asociada con un afrontamiento cognitivo disfuncional: pensar en la causa del problema, qué harían otros, situaciones imaginarias...), y el uso de alcohol/drogas se asocia negativamente con la expresión/comunicación, frente a la asociación positiva con afrontamiento social en la muestra control. Esta diferencia posiblemente esté hablando de nuevo de los diferentes significados que puede tener una misma estrategia: mientras que la muestra control parece asociar el consumo de alcohol y otras drogas con un uso social, en la muestra clínica se relaciona con las dificultades de expresión emocional.

En cuanto a la influencia de la variable edad, las diferencias en estrategias de afrontamiento podrían estar apuntando a aquello que se considera importante en diferentes etapas evolutivas: mientras que los más jóvenes buscan más el apoyo de otros significativos (afrontamiento social) y la distracción, las personas de más edad otorgan más importancia a las actividades de utilidad (hacer algo útil, trabajar, planificar actividades).

Con todo lo anterior, consideramos que el presente estudio es un paso más en la profundización del conocimiento sobre las estrategias de afrontamiento más adaptativas ante un estado de ánimo deprimido. Sin embargo, el diseño empleado comporta también ciertas limitaciones que debemos señalar. La primera dificultad, al tratarse de un diseño transversal, implica la imposibilidad de inferir relaciones de causalidad afrontamiento-depresión. Aunque la línea habitual de planteamiento en la relación entre depresión y afrontamiento es que los estilos de afrontamiento preceden y pueden contribuir al origen de la depresión, algunos autores defienden la visión del afrontamiento como un estado más que como un rasgo. Realmente, la relación podría consistir en una influencia

mutua más que en una sencilla causalidad lineal. Dekker y Oomen (1999) proponen que es posible que algunos estilos de afrontamiento precedan la depresión y otros estilos puedan estar influidos por variables de la depresión (como, por ejemplo, la gravedad de la misma). De hecho, se ha demostrado que las personas que han atravesado la experiencia de una depresión pueden quedar tan sensibilizadas ante la experiencia que reorganicen sus vidas y sus relaciones para evitar sentirse así de nuevo (Coyne et al., 1998). Paradójicamente, esos esfuerzos por evitar una nueva depresión pueden desembocar en un aumento del riesgo de recurrencia cuando los intentos de solución se convierten en parte del problema, por ejemplo, cuando se trata de cumplir rígidas exigencias para evitar el sentimiento de inutilidad o se organizan las relaciones interpersonales intentando cumplir en todo momento las expectativas ajenas (Calarco, 1992; Coyne y Calarco, 1995).

El hecho de que se trate de un diseño transversal impide también que se recojan las diferentes estrategias cambiantes que pueden emplearse para tratar un problema. En el ámbito de las dificultades interpersonales se ha demostrado que la flexibilidad de afrontamiento, entendida como cambios a lo largo del tiempo en el estilo de afrontamiento, se relaciona con una menor sintomatología depresiva (Kato, 2001). Este aspecto debería ser investigado en otros ámbitos.

Por otra parte, el inventario CID tampoco está diseñado para analizar la variabilidad situacional, de modo que no podemos conocer las transacciones individuo-medio que se producen en los contextos reales. Pueden existir diferencias necesarias en función de la persona, situación o momento vital o de la depresión que atraviese y todas estas variables no han podido examinarse en este estudio ni se han investigado por el momento como determinantes de la efectividad del afrontamiento, aunque contamos con la evidencia de que si se pide a los sujetos que describan su modo “típico” de reaccionar ante estresores, esto correlaciona poco con el modo en que dicen reaccionar ante estresores específicos (Folkman y Lazarus, 1980), ya que el estilo de afrontamiento interactúa con el tipo de estresor en la determinación de las respuestas de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984). Únicamente Pearlin y Schooler (1978) han examinado de modo explícito la hipótesis de que la efectividad del afrontamiento varía en función de la situación estresante. Esto complica notablemente los diseños necesarios en las investigaciones pero aumentaría considerablemente la validez ecológica de las mismas.

Otro aspecto de enorme interés, no cubierto en este estudio, es que desconocemos cuándo es deseable o adecuado poner en marcha mecanismos de ajuste o de autorregulación e incluso cuándo o en qué circunstancias puede ser útil el bajo estado de ánimo o estados de inhibición emocional en un sentido

más amplio. En otras palabras, si bien es cierto que las emociones negativas pueden obviamente llegar a ser disfuncionales, la clarificación de cuándo y cómo se deben emplear mecanismos reguladores del malestar emocional que diferencien una reacción *normal* del inicio de un trastorno depresivo está aún lejos de ser resuelta. Es posible que si se intenta cortocircuitar prematuramente un estado emocional negativo, esto tenga consecuencias negativas. Por ejemplo, se ha demostrado que el intento de frenar cogniciones intrusivas negativas puede tener la paradójica consecuencia de incrementar a medio plazo tales cogniciones (Wenzlaff y Wegner, 2000); pero en un terreno similar, los intentos de atajar síntomas de estrés postraumático facilitando de modo inmediato la expresión o narración de lo sucedido (técnica en la que se basa el denominado *debriefing*) puede no sólo ser ineficaz en prevenir la aparición de síntomas postraumáticos sino incluso contraproducente al aumentar en algunas personas su aparición (Van Emmerik, Kamphuis, Hulsboch y Emmelkamp, 2002). De modo que no está claro cuándo y cómo se deben emplear mecanismos reguladores del malestar emocional. En este estudio nos hemos limitado sólo a efectuar un análisis descriptivo de las conductas y cogniciones regulatorias que las personas dicen activar con ese fin, sin analizar su oportunidad temporal (un aspecto de suma importancia que no ha sido aún tratado en investigaciones experimentales).

REREFENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Akhavan, S. (2001). Comorbidity of hopelessness depression with borderline and dependent personality disorders: Inferential, coping and anger expression styles as vulnerability factors. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (12-B), 6694.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37, 122-147.
- Bandura, A. (1989). Self-regulation of motivation and action through internal standards and goal systems. En L.Pervin (ed.), *Goal concepts in personality and social psychology* (pp. 19-86). Hillsdale, Nueva Jersey: LEA.
- Beutler, L., Clarkin, J.F. y Bongar, B. (2000). *Guidelines for the systematic treatment of the depressed patient*. New York: Oxford University Press.

- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94, 140-153.
- Billings, A.G. y Moos, R.H. (1985). Life stressors and social resources affect post-treatment outcomes among adults with unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 94, 140-153.
- Bradley, S.J. (2000). *Affect regulation and the development of psychopathology*. New York: Guilford Press.
- Brickman, P., Rabinowitz, V.C., Karuza, J., Coates, D., Cohn, E. y Kidder, L. (1982). Models of helping and coping. *American Psychologist* 37, 368-384.
- Briscoe, C.W. y Smith, J.B. (1973). Depression and marital turmoil. *Archives of General Psychiatry* 29, 811-817.
- Brown, G.W. (1989). Depression: A radical social perspective. En K. Herbst E. Paykel (dirs.), *Depression: An integrative approach*. Londres: Heineman Medical Books.
- Brown, G.W. y Harris, T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Macmillan.
- Calarco, M.M. (1992). *Psychological and biological differences among first episode and recurrently depressed women during depression and recovery*. Unpublished doctoral dissertation, University of Michigan, Ann Arbor.
- Coyne, J.C. (1976). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry* 39, 28-40.
- Coyne, J.C. y Calarco, M.M. (1995). Effects of the experience of depression: Application of focus group and survey methodologies. *Psychiatry* 58, 149-163.
- Coyne, J.C., Gallo, S.M., Klinkman, M.S. y Calarco, M.M. (1998). Effects of Recent and past major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of Abnormal Psychology*, 107 (1), 86-96.
- Coyne, J.C., Kessler, R.C., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. Y Greden, J. (1987). Living with a depressed person: Burden and psychological distress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 347-352.
- Coyne, J.C., Wortman, C.B. y Lehman, D.R. (1988). The other side of support: Emotional overinvolvement and miscarried helping. En B. Gottlieb (ed.), *Social support: Formats, processes and effects* (pp. 305-330). Newbury Park, CA: Sage.

- Cozzens-Hebert, M.L. (2002). Coping and depression in residentially placed female adolescents. *Dissertation-Abstracts-International:-Section-B:-The-Sciences-and-Engineering* 63(1-B): 519
- Cronkite, R.C. y Moos, R.H. (1995). Life Context, Coping processes and Depression. En E.E.Beckham y W.R. Leber (eds), *Handbook of depression* (pp. 569-590). New York: Guilford Press.
- R.A. y Nistico, H. (2002). Maintaining life satisfaction: The role of positive cognitive bias. 3 (1): 37-69.
- Dekker, J. y Oomen, J. (1999). Depression and coping. *European Journal of Psychiatry*, 13 (3), 183-189.
- Dew, M.A. y Bromet, E.J. (1991). Effects of depression on support in a community sample of women. In J. Eckenrode (ed.), *The social context of coping* (pp. 189-210). New York: Plenum.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1980). A analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior* 21, 219-239.
- Folkman, S. y Lazarus, R.S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology* 95, 107-113.
- Forgas, J.P. y Ciarrochi, J.V. (2002). On managing moods: Evidence for the role of homeostatic cognitive strategies in affect regulation. 28 (3): 336-345.
- García Rodríguez, Y. (1997). Learned helplessness or expectancy-value? A psychological model for describing the experiences of different categories of unemployed people. *Journal of Adolescence* 20(3): 321-332
- Garnefski, N., Kraaij, V. y Spinhoven, P. (2001). De relatie tussen cognitieve copingstrategieën en symptomen van depressie, angst en suïcidaliteit. *Gedrag and Gezondheid: Tijdschrift voor Psychologie and Gezondheid* 29 (3), 148-158.
- Gross, J. J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 224-237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L. A. Pervin & O. P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed., pp. 525-552). New York: Guilford Press.

- Heimpel, S. A., Wood, J. W., Marshall, M. A., & Brown, J. D. (2002). Do people with low self-esteem really want to feel better? Self-esteem differences in motivation to repair negative moods. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 128-147.
- Herbert, T.B. y Dunkel-Schetter, C. (1992). Negative social reactions to victims: An overview of responses and their determinants. En L. Montada (ed.), *Life crises and experiences of loss in adulthood* (pp. 497-518). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hooley, J.M., Orley, J. y Teasdale, J.D. (1986). Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. *British Journal of Psychiatry* 148, 642-647.
- House, J.S. (1981). *Work, stress and social support*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Josephson, B. R., Singer, J. A., & Salovey, P. (1996). Mood regulation and sad memories: repairing sad moods with happy memories. *Cognition and emotion*, 10, 437-444.
- Kato, T. (2001). The relationship between flexibility of coping to stress and depression. *Japanese Journal of Psychology*, 72 (1), 57-63.
- Kessler, R.C., Stang, P.E., Wittchen, H.U., Ustun, T.B., Roy-Burne, P.P. y Walters, E.E. (1998). Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 55 (9): 801-808.
- Larsen, R.J. (2000). Toward a science of mood regulation. *Psychological Inquiry* 11 (3): 129-141.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Mattlin, J.A., Wethington, E. y Kessler, R.C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- Mintz, J., Mintz, L.I., Arruda, M.J. y Hwang, S.S. (1992). Treatments of depression and the functional capacity to work. *Archives of General Psychiatry* 49, 761-768.
- Miros, N.J. (2000). Depression, anger and coping skills as predictors of suicidal ideation in young adults: Examination of the diathesis-stress hopelessness theory. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 61 (6-B), 3286.

- Miserandino, M. (1998). Attributional retraining as a method of improving athletic performance. *Journal-of-Sport-Behavior* 21(3): 286-297
- Nesse, R.M. (2000). Is depression an adaptation? *Archives of General Psychiatry* 57(1): 14-20.
- Nofzinger, E.A., Thase, M.E., Reynolds, C.F., Frank, E., Jennings, R., Garamoni, G.L., Fasiczka, A.L. y Kupfer, D.J. (1993). Sexual dysfunction in depressed men. *Archives of General Psychiatry* 50, 24-30.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-127.
- Nolen-Hoeksema, S. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion* 7, 561-570.
- Nolen-Hoeksema, S. y Davis, C.G. (1999). "Thanks for sharing that": Ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (4), 801-814.
- Nolen-Hoekseman, S. (1998). Ruminative coping with depression. En J. Heckhausen y C.S. Dweck (eds), *Motivation and self-regulation across the life-span*, pp. 237-256. New York: Cambridge University Press.
- Okamoto, H. (1997). Studies of motivation in criminal psychology: A critical review of studies on learned helplessness and competence in Japan. *Japanese Journal of Criminal Psychology* 35(2): 53-62
- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior* 19 (1): 2-21.
- Penland, E.A., Masten, W.G., Zelhart, P., Fournet, G.P. y Callahan, T.A. (2000). Possible selves, depression and coping skills in university students. *Personality and individual differences* 29, 963-969.
- Pennebaker, J.W. (1993). Putting stress into words: Health, linguistic and therapeutic implications. *Behavior Research and Therapy* 31, 539-548.
- Pennebaker, J.W. y O'Heeron, R.C. (1984). Confiding in others and illness rate among spouses of suicide and accidental-death victims. *Journal of Abnormal Psychology* 93, 473-476.
- Pyszcynski, T. y Greenberg, J. (1987). A biased hypothesis-testing model of motivated attributional distortion. En L. Berkowitz, *Advances in experimental social psychology*. San Diego: CA: Academic Press.

- Ravindran, A.V., Matheson, K., Griffiths, J., Merali, Z. y Anisman, H. (2002). Stress, coping, uplifts and quality of life in subtypes of depression: a conceptual frame and emerging data. *Journal of Affective Disorders* 71 (1-3), 121-130.
- Richards, J.M. y Gross, J.J. (2000). Emotion Regulation and Memory: The Cognitive Costs of Keeping One's Cool. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 3, 410-424
- Ring, J. y Vázquez, C. (1993). *The Coping Inventory of Depresión*. California School of Professional Psychology y Facultad de Psicología (UCM).
- Rohde, P., Lewinsohn, P.M., Tilson, M. y Seeley, J.R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 499-511.
- Rook, K.S. (1984). Research on social support, loneliness and social isolation: Toward an integration. *Review of Personality and Social Psychology* 5, 239-264.
- Rusting, C.L. (1999). Interactive effects of personality and mood on emotion-congruent memory and judgment. *Journal of Personality and Social Psychology* 77 (5): 1073-1086.
- Satija, Y.K., Advani, G.B. y Nathawat, S.S. (1997). Is depression a result of faulty coping strategies? *Indian Journal of Clinical Psychology* 24 (1), 65-69.
- Sedik, G. y MacIntosh, D.N. (1998). Intellectual helplessness: Domain specificity, teaching styles, and school achievement. En M.Kofta y Weary, G. (eds), *Personal control in action: Cognitive and motivational mechanisms*. The Plenum series in social/clinical psychology. (pp. 419-443). New York: Plenum Press.
- Seligman, M.E.P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine* 23, 407-412.
- Setliff, A. E. & Marmurek, H. H. C. (2002). The mood regulatory function of autobiographical recall is moderated by self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 32, 761-771.
- Smith, S. M. & Petty, R. E. (1995). Personality moderators of mood congruency effects on cognition: The role of self-esteem and negative mood regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 1092-1107.
- Spasojevic J. & Alloy, L. B. (2001). Rumination as a common mechanism relating depressive risk factors to depression. *Emotion*, 1, 25-37.

- Stroebe, M., Gergen, M.M., Gergen, K.J. y Stroebe, W. (1992). Broken hearts or broken bonds. *American Psychologist* 47, 1205-1212.
- Suls, J., Green, P., & Hillis, S. (1998). Emotional reactivity to everyday problems, affective inertia, and neuroticism. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 127-136.
- Swindle, R.W., Cronkite, R.C. y Moos, R.H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the four year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology* 98, 468-477.
- Teasdale, J.D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion* 2, 247-274.
- Van Emmerik, A.A.P., Kamphuis, J.H., Hulsboch, A.M.; Emmelkamp, P.M.G. (2002). Single session debriefing after psychological trauma: A meta-analysis. 360 (9335): 766-771.
- Vázquez, C. y Ring, J. (1996). Estrategias de afrontamiento ante la depresión: un análisis de su frecuencia y utilidad mediante el Coping Inventory of Depression (CID). *Psicología Conductual* 4 (1), 9-28.
- Vendette, K. y Marcotte, D. (2000). Le role moderateur du soutien social sur la relation entre les strategies d'adaptation et la depression a l'adolescence. *Science et Comportement* 28 (2), 129-144.
- Watson, D. y Clark, L.A. (1992). On traits and temperament: general and specific factors of emotional experience and their relation to the five factor model. *Journal of Personality* 60, 441-476.
- Wells, K.B., Stewart, A., Hays, R.D., Burnam, M.A., Rogers, W., Daniels, M., Berry, S., Greenfield, S. y Ware, J. (1989). The functioning and well-being of depressed patients: Results from the medical outcomes study. *Journal of the American Medical Association*, 262, 914-919.
- Wenzlaff, R.M. y Wegner, D.M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology* 51: 59-91.
- Wortman, C. y Silver, R. (1989). The myths of coping with loss. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57, 349-357.