



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**AUTOESTIMA, AFRONTAMIENTO Y BIENESTAR EN UN GRUPO DE
MUJERES CON DEPRESIÓN**

**Tesis para optar por el título de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica
que presenta el Bachiller:**

CAMILA MARIA REY DE CASTRO WOLL

ASESORA: MONICA DE LOS MILAGROS CASSARETTO BARDALES

Lima, 2017





Agradecimientos

A mi mamá, por todas las conversaciones, las películas y el amor incondicional.

A mi papá, por el apoyo y la paciencia constante, aun cuando no entiende todo.

A mi hermana, por ayudarme, organizarme y alentarme cuando ya no jalaba.

A mi hermano, por ser la víctima de mis experimentos y mi distracción.

A mi familia, sin la cual no hubiese estudiado psicología.

A Jimmy, por escuchar mis quejas y hacerme reír.

A Renato, por las discusiones y las bromas.

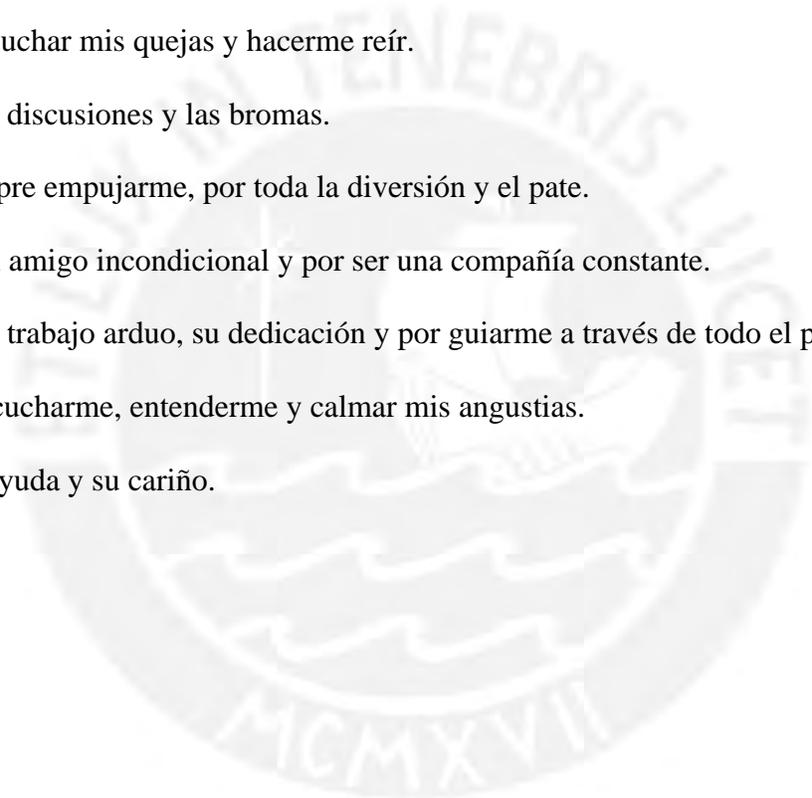
A Dani, por siempre empujarme, por toda la diversión y el pate.

A Piwi por ser un amigo incondicional y por ser una compañía constante.

A Monica, por su trabajo arduo, su dedicación y por guiarme a través de todo el proceso.

A Raquel, por escucharme, entenderme y calmar mis angustias.

A Jenny, por su ayuda y su cariño.





RESUMEN

Autoestima, afrontamiento y bienestar en un grupo de mujeres con depresión

La depresión es una enfermedad que afecta a una gran parte de la población mundialmente y es un gran problema en la salud pública, especialmente en la población de mujeres. La depresión tiene una variedad de síntomas, sin embargo, esto hace que sea bastante difícil de tratar. Por esto, se necesita recoger más información que ayude a generar estrategias de diagnóstico y tratamiento para la enfermedad al igual que proyectos de promoción y prevención de la salud a través de la investigación. Es por ello, que se necesita conocer más sobre las variables psicológicas que intervienen cuando se da un diagnóstico de esta naturaleza. Como respuesta al objetivo principal de la investigación, a través de la aplicación de una ficha sociodemográfica, el Inventario de Estimación del Afrontamiento COPE, la Escala de Autoestima Rosenberg y las escalas de Bienestar a 51 mujeres con depresión, se encontraron diversas correlaciones entre las tres escalas de estudio. Existen relaciones muy significativas y positivas entre bienestar, autoestima y reinterpretación positiva. Así mismo, se encuentra que la estrategia de afrontamiento enfocar y liberar emociones tiene correlaciones negativas con bienestar y autoestima. Además, se encontraron diversas relaciones entre las variables sociodemográficas y las variables de enfermedad.

Palabras Claves: afrontamiento, autoestima, depresión, bienestar, COPE, RSES

ABSTRACT

Self-esteem, coping and well-being in a group of women with depression

Depression is a disease that affects a large part of the world population and represents a big issue in public health. Depression has a variety of symptoms; however, this makes it even harder to treat. For this reason, it is very important to generate information that will help create better strategies for the diagnosis and treatment of the disease as well as projects to prevent and promote health through investigation. Through the administration of a sociodemographic questionnaire, the Coping Estimation Inventory COPE, the Rosenberg Self Esteem Scale (RSES) to a group of 51 women with depression, the investigation found a various relationships between the variables. There are various significant and positive relationships between wellbeing, self-esteem and positive reinterpretation and growth. Also, focusing and releasing emotion has a negative correlation to wellbeing and self esteem. Finally, many relationships have been found between self-esteem, the coping strategies and well-being with the sociodemographic variables and the variables related to depression.

Key words: Coping, self-esteem, wellbeing, depression, COPE, RSES



Tabla de Contenidos

Introducción	1
Método	13
Participantes	13
Medición	14
Análisis de Datos	18
Resultados	19
Discusión	23
Referencias	33
Apéndices	43
Apéndice A: Ficha Sociodemográfica	43
Apéndice B: Consentimiento Informado	44
Apéndice C: Ficha de Frecuencias	45
Apéndice D: Ficha de Confiabilidad	46



La depresión es una enfermedad de salud mental seria que se presenta de forma frecuente en el mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) se calcula que la depresión afecta a 350 millones de personas en todo el planeta, por esto, es una de las principales causas de discapacidad. Además, la depresión contribuye de forma significativa a la carga de morbilidad a nivel mundial, afectando más a las mujeres que a los hombres (OMS, 2016). Asimismo, el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (INSM, 2003, 2004, 2005, 2012), indica que la depresión es un problema de salud serio que causa sufrimiento para la familia, altera las actividades escolares y laborales, y en el peor de los casos, puede llevar al suicidio (OMS, 2016).

Por lo dicho anteriormente, la depresión es un grave problema de salud pública que afecta a una gran cantidad de la población en el mundo, y al igual que muchos otros trastornos mentales, está en aumento. Por esto, la Asamblea Mundial de la Salud del 2013, ha pedido una respuesta integral y coordinada por parte de todos los países relacionados a la Organización Mundial de la Salud para responder ante la amenaza de los trastornos mentales, especialmente de la depresión (OMS, 2016).

Según el Instituto Nacional de la Salud de Estados Unidos (NIH, 2016), hay diferentes tipos de depresión que dependen del número de síntomas que el paciente tenga y la intensidad de los mismos (INSM, 2003, 2004, 2005, 2012; OMS, 2016). Los episodios de depresión se categorizan bajo la clasificación de leves, moderados y graves. Finalmente, es importante diferenciar si la persona está afectada por una depresión con o sin manía debido a que, si bien los dos tipos son crónicos y recidivantes, el tratamiento es distinto y depende del diagnóstico de la persona.

El INSM (2012) indica que la prevalencia anual de los trastornos depresivos se encuentra en un 6,2% en Lima y el Callao y la prevalencia de vida de los trastornos depresivos en general es de 17,3% en adultos entre las edades de 18 a 60 años. El Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (INSM, 2003, 2004, 2005) encontró que, en la sierra, selva urbana y ciudades fronterizas, el trastorno mental más frecuente es el episodio depresivo moderado a severo con 16.2%, 21.4% y 6.7% respectivamente.

Según el MINSA, los trastornos depresivos afectan entre 10–25% de las mujeres y entre 5-12% de los hombres peruanos en algún momento de sus vidas, lo que coincide con estudios

internacionales como los de la Asociación de Ansiedad y Depresión de Estados Unidos (ADDA, 2016), que reporta que la depresión tiende a afectar más a las mujeres que a los hombres (OMS, 2016; INSM, 2012; ADDA, 2016). De la misma manera el INSM (2002) encontró que los hombres tienen una prevalencia anual de 3,8%, mientras que las mujeres tienen una prevalencia anual de 8,5 %, siendo más que el doble de prevalencia en trastornos depresivos anualmente. Al comparar las cifras de prevalencia de vida, se encontró que los hombres tienen una prevalencia de 12,6 % mientras que las mujeres tienen una prevalencia de 21,6%. Además, el Instituto Nacional de la Salud Americana (NIH), indica que la depresión afecta de forma distinta a los hombres que a las mujeres. En el caso de los hombres, ellos tienden a sentirse irritables, cansados y usualmente pierden interés en su trabajo, familia o hobbies mientras que las mujeres empiezan a dormir más (NIH, 2016). Por lo dicho anteriormente, se encontró que uno de los problemas principales de salud mental a través del Perú es el trastorno depresivo en general y que las mujeres están en mayor riesgo.

En los hospitales nacionales de salud mental del Perú, se usa la Clasificación Internacional de Enfermedades en la décima versión (CIE -10) para diagnosticar a los pacientes. Entre los síntomas importantes de la depresión, el CIE-10 indica que la pérdida de confianza en sí mismo, los sentimientos de inferioridad, las ideas de culpa y de ser inútil son importantes indicadores (CIE - 10; NIH, 2016). Además, la autoestima baja es un síntoma muy común entre las personas diagnosticadas con depresión (DSM-5, 2013; OMS, 2016).

En esa línea, según Beck (1967), las creencias negativas sobre uno mismo no solo son un síntoma de la depresión sino también influyen sobre la probabilidad de que una persona se enferme de depresión y continúe enferma a largo plazo (APA, 2000; Sowislo, Orth y Meier, 2014). Es importante mencionar que es probable que, en este grupo, primen niveles bajos de autoestima; sin embargo, aun así, esta variable es capaz de discriminar el pronóstico en tiempo de recuperación de los pacientes (Coyne, Gallo, Klinkman y Calarco, 1998; Sowislo y Orth, 2013; Sowislo, Orth y Meier, 2014).

La autoestima es un concepto que se debe distinguir de los otros aspectos del autoconcepto, debido a que representa el aspecto afectivo o evaluativo del autoconcepto o la forma en la que la persona se siente sobre sí misma (Leary y Baumeister 2000; Robins, Hendin y Trzesniewski, 2001). Rosenberg (1973), indica que la autoestima es la conciencia subjetiva del sí mismo que condiciona un estado afectivo y una valoración de la persona en relación a sus expectativas e

ideales. Además, indica que hay una diferencia grande en el comportamiento, el afecto y las consecuencias de la vida de las personas según la autoestima que tengan, sea alto o bajo (Rosenberg 1989).

Los niveles de autoestima se relacionan de forma importante con diversos indicadores de la salud. El INSM (2012), indicó que la autoestima se relaciona de forma positiva con el bienestar general, la salud, los vínculos afectivos seguros y el éxito en las tareas, y de forma negativa con estrés, ansiedad y depresión. Además, se cree que la autoestima se relaciona con el impacto en diversas áreas de la vida positivas como tener un trabajo estable y salud mental (Orth, Robins y Widaman 2012; Ziegler-Hill 2013). Según Mann, Hosman, Schaalma y de Vries (2003), la autoestima alta es un factor protector ante problemas de salud física y mental mientras que la autoestima baja es un factor de riesgo.

Por lo tanto, la autoestima es un constructo que ha sido estudiado con gran interés a través de los años debido a que es relevante no solo en los casos de depresión sino al estudiar otros cuadros psicopatológicos ya que está relacionada a una variedad de enfermedades clínicas (APA, 2000; Silverstone y Salsali, 2003; Skager y Kerst, 1989; Vázquez, Jimenez y Vázquez-Morejón, 2004).

El estudio de Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004) se hizo con 533 pacientes tratados en centros de salud mental en España. Los investigadores encontraron una relación muy significativa, negativa y fuerte ($r = -.61$) entre la autoestima y el puntaje global de las escalas psicopatológicas del SCL-90R; además hallaron correlaciones muy significativas e inversas con las escalas somatización, obsesión compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, ansiedad fóbica y psicoticismo. Ellos encontraron que la autoestima está asociada a la psicopatología de forma inversa y fuerte, pero destaca con una relación hasta más fuerte con las escalas de depresión y la de sensibilidad interpersonal. Finalmente, en relación a las actitudes hacia la alimentación, la autoestima se relaciona de forma directa y moderada.

En una investigación longitudinal hecha por Lee, Dickinson, Conley y Holmbeck (2014), se analizó la relación entre la autoestima, el apoyo social percibido y el afrontamiento. El estudio incluía a 1 118 estudiantes universitarios de primer año. Ellos encontraron que la autoestima predecía la sintomatología depresiva a través del apoyo social y la estrategia de desentendimiento que son una combinación de las estrategias de negación, desentendimiento conductual, autodistracción y uso de sustancias, habiendo un efecto positivo en el nivel de autoestima elevado.

Ellos encontraron una correlación entre la autoestima y apoyo social percibido. Además, ellos encontraron que la estrategia de afrontamiento de desentendimiento modera la relación entre autoestima con sintomatología depresiva; así hay mayor intensidad de síntomas depresivos a mayor uso de desentendimiento; además, cuando una persona presenta niveles elevados de desentendimiento como método de afrontamiento, aumenta el riesgo de presentar sintomatología depresiva, disminuyendo el impacto positivo de una autoestima elevada.

Orth, Robins, Trzesniewski, Maes y Schmitt (2009), hicieron dos estudios longitudinales para analizar la relación entre la autoestima y síntomas de depresión. Estas dos investigaciones indicaron que existe correlación fuerte de ($r=-.70$) entre la autoestima y los síntomas de depresión; además, se encuentra que la autoestima baja es un buen predictor de síntomas depresivos, sin embargo, los síntomas depresivos no predecían de forma efectiva que la persona tenga autoestima baja. Además, es importante mencionar que este patrón se mantiene a través de todas las edades que se evaluaron. Esta investigación apoya el modelo de vulnerabilidad de la autoestima baja donde la autoestima es un factor de riesgo general, independiente de la edad y trasciende otros factores que vienen con cada etapa de vida como estresores y conflictos de rol (Beck, 1967; Orth, Robins, Trzesniewski, Maes y Schmitt, 2009; Sowislo, Orth y Meier 2014).

Al igual que la autoestima, el afrontamiento es un factor que influye sobre diversos indicadores de salud y que puede promover tanto un bienestar psicológico o influir negativamente sobre el bienestar de las personas.

De acuerdo a Lazarus y Folkman (1987), los seres humanos, evalúan de forma constante los eventos que se dan en su vida y el significado que estos tienen sobre su bienestar. Esta valoración influye tanto sobre su capacidad de afrontar la situación como sobre las emociones que genera la experiencia. El afrontamiento es un factor de la adaptación sumamente importante para el bienestar subjetivo, el funcionamiento social y la salud de cada persona. Es un proceso mediador que permite que la persona genere un resultado a largo y corto plazo ante una situación emocional. El afrontamiento es la respuesta cognitiva o comportamental que funciona como un recurso para reducir o eliminar el estrés psicológico o la condición estresante a través de una interacción entre el sujeto, sus recursos y el ambiente (Lazarus y Folkman, 1987).

Por lo dicho anteriormente, el afrontamiento se estudia a través de ciertas estrategias que influyen sobre el desarrollo positivo o negativo de la persona (Endler y Parker, 1990). Las estrategias de afrontamiento son aquellas donde la persona maneja las demandas internas y

externas a través del uso de recursos y el implemento de esfuerzos cognitivos y su comportamiento (Endler y Parker, 1990; Lazarus y Folkman, 1984). Hay diferentes tipos de estrategias, algunas no son efectivas para manejar el estrés y tienen efectos psicológicos negativos mientras que otros alivian la cantidad de estrés que percibe la persona y generan efectos psicológicos positivos como las emociones positivas (Endler y Parker, 1994; Parker y Endler, 1992; Folkman, 2011). Estas estrategias de afrontamiento dependen bastante de un número de factores como la personalidad, los recursos y los resultados que se dan (Folkman y Moskowitz, 2000; Zeidner y Salklofske, 1996). Según, Carver, Scheier y Weintraub (1989), hay tipos funcionales y disfuncionales de afrontamiento; sin embargo, para evaluar la funcionalidad, se debe de tener en consideración lo que está sucediendo, la valoración de la persona, la valoración de las opciones de afrontamiento y el comportamiento de afrontamiento. Esto resulta relevante dado que se evidencia que la estrategia de afrontamiento varía según el riesgo y la valoración que la persona le da a esa experiencia en particular (Lazarus y Folkman 1984).

Según Gan y Lui (2012), la estrategia de afrontamiento, si es flexible, se relaciona de forma positiva con la autoestima. Esto quiere decir que una persona que usa estrategias de afrontamiento flexibles y funcionales usualmente tiene autoestima alta. Además, Lysaker, Tsai, Hammond y Davis (2009), encontraron que ciertos perfiles de afrontamiento como confrontar el problema y actuar hacia la resolución del problema se relacionan con la autoestima alto. Ellos mencionan que hay otros perfiles que se relacionan con la autoestima baja. Asimismo, el uso de estrategias disfuncionales es de suma preocupación en el ámbito clínico debido a que es una de las principales causas de la recaída del paciente. Además, Aspinwall & Taylor (1992), sugieren que las estrategias de afrontamiento están relacionadas a diferentes resultados del estrés como los síntomas de la depresión. Esto es importante porque las estrategias que se relacionan a la autoestima alta probablemente no son las mismas que se relacionan a los síntomas de la depresión.

En la búsqueda de dilucidar cuales estrategias podrían relacionarse con efectos positivos o negativos es que se han realizado varios estudios. El afrontamiento orientado a cambiar la situación a través de estrategias como la planificación y el afrontamiento activo son conocidas por ser estrategias mayormente adaptativas y positivas para el bienestar emocional (Folkman, 2008; Sanjuán y Magallares, 2014)

Asimismo, el uso de estrategias de afrontamiento maladaptativas como el uso de drogas y el desentendimiento conductual está ligada a problemas en la salud física y salud mental,

relacionándose especialmente con indicadores de depresión y ansiedad (Moskowitz et al., 2009). Se concluye que, las estrategias de afrontamiento, cuando son adecuadas a la situación, están relacionadas fuertemente a mejoras en la salud física y mental al igual que el mantenimiento de estas mejoras (Dungdao y Roesch, 2008; Moskowitz, Hult, Bussolari y Acree, 2009).

En la misma línea, Ortiz et al. (2014), encontraron relaciones inversas entre los niveles de ansiedad y los niveles de autoestima y el uso de estrategias de afrontamiento como la solución de problemas y la reevaluación positiva. Respecto a la depresión, esta se relaciona de forma directa y significativa con las estrategias de solución de problemas, negación, reacción agresiva y la expresión de dificultad para el afrontamiento.

Es de suma importancia entender que las personas con síntomas depresivos tienen un patrón de afrontamiento y valoración diferente al de las personas que no tienen esta sintomatología depresiva (Faulk, Gloria & Steinhardt, 2013; Lazarus y Folkman, 1987). Diversos estudios apuntan a señalar que las personas con sintomatología depresiva que se sienten más vulnerables, usan más estrategias de afrontamiento como la confrontación, autocontrol y evitación; además dichas personas toman más responsabilidad de los hechos y, ante un problema, se auto culpaban y reaccionaban con emociones negativas como asco, rabia y preocupación (Lazarus & Folkman 1984; Park, Folkman y Bostrom 2001). Por otro lado, los pacientes depresivos anticipan o se preocupan más por el rechazo, las repercusiones de sus acciones e intentan controlarse para evitarlas. Los autores concluyeron que las personas tienen cierto perfil de estrategias de afrontamiento y las personas con depresión favorecen ciertos tipos de estrategias de afrontamiento que tienden a ser mal adaptativas (Faulk, Gloria & Steinhardt 2013). Lo que resulta importante ya que al estudiar el tipo de afrontamiento que cada persona tiene según su patología, se puede recoger información sobre las estrategias de afrontamiento que son disfuncionales y trabajar con el paciente para que aprendan estrategias funcionales.

Como se dijo anteriormente, la depresión es una de las enfermedades mentales más comunes hoy en día y un indicador negativo de la salud mental. Por esto, es de importancia estudiar cómo se relaciona la depresión a aspectos óptimos de la salud como el bienestar, un factor que permite que la persona afronte la adversidad y salga adelante (Taylor et al., 2000).

Según la OMS (1948), la salud es “un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o de enfermedades.” Además, al enfocarse en el bienestar, ellos indican que “se define como un estado en el cual el individuo es consciente de sus propias

capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2013). Esto es importante debido a que hay ciertas características, como los sentimientos positivos acerca del sí mismo, la sensación de control personal y el optimismo que se podrían trabajar en las personas con depresión para mejorar los síntomas y en caminarlas hacia un bienestar que los permita vivir de forma fructífera (Taylor et al., 2000).

A través de los años se han estudiado dos grandes ramas del bienestar, la hedónica que se trata sobre el potencial humano y la eudaimónica que se trata sobre la felicidad (Ryan y Deci, 2001). La hedónica usa mucho el bienestar subjetivo para entender como el placer y el dolor se relacionan al bienestar y al desarrollo humano (Diener & Lucas 1999; Ryan & Deci, 2001; Waterman, 2008). Por otra parte, la rama eudaimónica compara cómo las personas están viviendo en relación a su sí mismo real y usa mucho el bienestar psicológico (Waterman, 1993). La felicidad de cada persona proviene de que realicen su propio potencial y esto permite que tengan un bienestar psicológico y un funcionamiento óptimo (Ryff, 1989; Diener et al. 2010). Por la discusión entre los teóricos del bienestar psicológico y subjetivo, se ha llegado a la conclusión de que el bienestar es un fenómeno multidimensional que tiene partes de ambas teorías y que se superponen empíricamente (Deci & Ryan 2008, McGregor & Little 1998).

En general, según Diener et al. (2010), los conceptos de afecto negativo y positivo, optimismo y el bienestar han estado ligados a través de los años y también se encuentran ligados con la satisfacción de vida, sin embargo, por lo dicho anteriormente, hay distintos tipos de bienestar y estos se pueden estudiar más fácilmente a través de escalas separadas (Lucas, Diener & Suh, 1996; Ryff, 1989; Diener et al. 2010). Es importante mencionar que hay variaciones según cultura que se deben tomar en cuenta al evaluar bienestar debido a que depende enormemente de la sociedad en la que la persona vive (Diener et al. 2010).

Al hablar del funcionamiento óptimo, es importante resaltar ciertas condiciones positivas como el bienestar psicológico, la satisfacción con la vida, el bienestar subjetivo, el apoyo social, la autonomía y el propósito de vida (Keyes et al. 2002, 2005; Ryff 1989; Ryff & Keyes 1995; Diener et al 2010). Además, se sugiere que las personas que tienen todas estas características cuentan con florecimiento o tienen vidas productivas y llenas de significado (Keyes et al. 2002, 2005; Ryan & Deci, 2000, Ryff, 1989). Asimismo, ser una persona comprometida, con intereses y optimismo son factores importantes y en muchos casos ignorados del florecimiento (Diener,

Lucas, Schimmak & Helliwell, 2009; Diener et al., 2010). El opuesto de las personas que cuentan con florecimiento son aquellos individuos, como las mujeres con depresión que tienen pocos de los componentes mencionados anteriormente y por ende, en muchos casos tienen enfermedades de salud mental (Keyes et al., 2002). Esto no quiere decir que las personas que tienen niveles elevados de florecimiento no pueden tener enfermedades de salud mental, sin embargo, se encontró que las personas con estas características tenían un afecto más positivo y tasas más altas de remisión (Keyes 2005, 2007; Frederickson & Losada, 2005; Schwartz, Reynolds, Thase, Frank and Fasiczka, 2002).

Además, Bradburn (1969), indica que la felicidad resulta del balance entre el afecto positivo y negativo, por ende, las personas con depresión deberían de puntuar alto en el afecto negativo, característica que genera un problema para la adaptación ante el estrés en las personas con depresión; sin embargo, no necesariamente bajo en afecto positivo. Las emociones positivas son de suma importancia para la adaptación y la supervivencia a largo plazo debido a que se relacionan a una mente abierta que permite que las personas aprendan nuevas herramientas y adquieran conocimiento (Frederickson, 1998). Además, el propósito de vida y significado, al igual que el optimismo, la aceptación de uno mismo y la autoestima llevan a que la persona tenga la capacidad de mantener o restaurar el funcionamiento de la persona hacia lo óptimo (Peterson & Seligman, 2004; Seligman, 2002; Ryff, 1989; Ryff y Singer, 1998; Scheier y Carver, 2003). Por lo dicho anteriormente, para que una persona tenga un funcionamiento óptimo, debe tener el afecto centrado más en lo positivo que en lo negativo (Frederickson & Losada 2005). Sin embargo, es importante mencionar que según Diener y Chan (2011), el afecto positivo maniaco y sumamente alterado puede ser negativo para la salud mental.

La importancia del afecto positivo y su relación a la salud mental queda ejemplificada en la investigación hecha a adultos por Shrira, Bodner y Palgi (2016), los autores encontraron que el afecto positivo se relaciona a la salud mental; diversas investigaciones apoyan el resultado encontrado en esta investigación (Frederickson & Losada, 2005; Meeks et al., 2012; Rego, Sousa, Marques & Cunha, 2012). Además, los autores encontraron que cuando la edad de las personas va incrementando, también incrementa su puntuación en la escala de afectividad positiva (Shrira, Bodner y Palgi, 2016).

Asimismo, en una investigación hecha por Abello Llanos et al., (2008), encontraron que el bienestar influye enormemente sobre el desarrollo y las consecuencias de vida, así la persona viva

mucha adversidad. Por ello, consideran clave reconocer los posibles vínculos que tiene el bienestar con el afrontamiento a eventos adversos. Así, estos autores investigaron a un grupo de personas que viven en un entorno con grandes cantidades de violencia y encontraron que a pesar de lo vivido, las personas que utilizan ciertas estrategias de afrontamiento necesarias para sobrevivir la hostilidad y agresividad de donde viven como afrontamiento activo y planificación conservan un alto nivel de bienestar y satisfacción con la vida. Además, otras investigaciones han encontrado que el apoyo social sirve como mediador entre distintas estrategias y el bienestar subjetivo o psicológico, especialmente en personas afectadas por la violencia (Barron & Sanchez, 2001; Garcia, Wlodarczyk, Reyes, san Cristobal & Solar, 2014).

Sanjuan & Magallares (2014), encontraron que hay ciertas estrategias de afrontamiento que se relacionan al bienestar subjetivo. Según los autores, la estrategia de planificación y la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento generan bienestar; por lo que, ellos concluyen que se debe promover el uso de estas estrategias. Además, encontraron que el uso de la estrategia de evitación afecta negativamente el bienestar y que hay ciertas estrategias de afrontamiento que se relacionan al bienestar psicológico. Además, los autores hicieron un análisis de regresión que muestra que la motivación y el afrontamiento son predictores significativos de las distintas dimensiones del bienestar. Garcia, Maquian & Rivas (2016), encontraron que las estrategias de afrontamiento aceptación y planificación están relacionados significativamente al bienestar psicológico, medido a través del florecimiento. Además, ellos encontraron que el apoyo social es un predictor del bienestar psicológico y también funciona como un mediador entre la aceptación y el bienestar psicológico.

Según Navascues, Calvo-Medel & Bombin-Martin (2016), en una investigación hecha en un hospital psiquiátrico en el área de consulta externa a un grupo de pacientes con trastornos mentales graves, los autores encontraron que los pacientes que tenían un nivel alto de bienestar mejoraban significativamente sus síntomas. Ellos encontraron que en la escala de bienestar psicológico explicó en parte los resultados positivos cuando los pacientes fueron dados de alta por la mejora en sus síntomas. Ellos concluyeron que la mejora del bienestar psicológico es importante para tratar y reducir los síntomas de la psicopatología en pacientes con trastornos graves.

Además, según Carnicer & Calderon (2013), el malestar psicológico se relaciona a estrategias de afrontamiento evitativas donde el malestar tiene una correlación positiva y significativa con enfocar y liberar emociones, la evitación cognitiva, la aceptación y una

correlación negativa con la resolución de problemas. Asimismo, en un grupo de pacientes con trastorno adaptativo, se encontró que el uso de las estrategias de negación, enfocar y liberar emociones, contención de afrontamiento y desentendimiento mental y cognitivo se presentaban en el grupo clínico en niveles altos y eran el mayor factor de riesgo por lo que se podía predecir su pertenencia al grupo al 91% (Vallejo-Sanchez & Perez-Garcia, 2015).

Por lo dicho anteriormente, se puede inferir una conexión clara entre la autoestima, afrontamiento y bienestar. Por esto, es importante investigar la relación entre ellos en la población de mujeres con depresión específicamente y así generar información sobre el posible perfil de estas mujeres. Ciertos aspectos de la autoestima, afrontamiento y bienestar se sobreponen entre ellos, por esto, al investigarlos se puede entender de forma más concreta y contundente, que dimensiones están más fuertemente relacionadas y, por tanto, se deben de trabajar en esta población.

La autoestima es un concepto que se trabaja mucho en los talleres dentro de los hospitales, sin embargo, la mayoría de veces no es muy efectivo al tratar de mejorar un cuadro depresivo (Ziegler-Hill, 2013). Esto es importante debido a que la depresión es una de las enfermedades mentales que afecta a un gran porcentaje de mujeres mundialmente, sin embargo, no hay información precisa que indique la mejor forma de tratarla. Por ende, las mujeres recaen o no logran salir del cuadro de depresión a largo plazo. Claramente, trabajar con la autoestima directamente no es efectivo para el tratamiento de la depresión en las mujeres, por ende, es de gran importancia hacer un estudio que evalúe otros componentes de la depresión que tengan una relación con la autoestima así como con el bienestar y el afrontamiento para aclarar cuáles son los mejores factores para trabajar en una intervención y tener resultados rápidos y efectivos para la paciente. Con información nueva, se puede precisar nuevos tratamientos y generar una intervención que realmente lleve a cambios a largo plazo en la persona.

Como se ha mencionado previamente, algunas estrategias se relacionan con ciertos problemas emocionales y estos, se relacionan al afecto positivo, negativo y a patologías particulares (Lazarus y Folkman, 1987). Por lo dicho anteriormente, resulta importante trabajar con las estrategias de afrontamiento debido a que se relacionan con los niveles de florecimiento, con el afecto y la autoestima, con el objetivo de que estos no generen y empeoren los problemas emocionales que ya tienen. Al recoger esta información, la relación produce evidencia para entender como las personas manejan situaciones estresantes y como el manejo de las mismas influye sobre sus emociones y sobre el nivel de florecimiento de cada uno. Esta información podría

ser clave para generar campañas de promoción y prevención de salud mental para grupos de personas específicas.

Por todo, la presente investigación tiene como propósito analizar las posibles relaciones entre las estrategias de afrontamiento, bienestar y autoestima en pacientes mujeres con depresión. De manera específica, se tiene como objetivo describir si existen diferencias entre el tipo de estrategias de afrontamiento, bienestar y la autoestima en función a las variables sociodemográficas y de enfermedad. Para este fin, se utilizará un diseño cuantitativo y se aplicaran dos instrumentos psicométricos en un solo momento del tiempo y sin la manipulación de variables.





Método

Participantes

En esta investigación se contó con la participación de 51 pacientes mujeres con el diagnóstico de depresión que asisten a tratamiento psiquiátrico en instituciones públicas y privadas, cuyas edades oscilan en un rango entre los 20 a 71 años de edad ($M=43$; $DE=14$). Las participantes cuentan con la evaluación psiquiátrica diagnóstica la presencia de depresión mayor, además se cuenta con el reporte de los niveles de depresión de acuerdo a la escala de Depresión de Beck II, según la cual presentan niveles leves o moderados; se descartaron 6 casos por presentar sintomatología grave. Las pacientes no tuvieron comorbilidad con trastornos psicóticos, trastornos de personalidad ni de consumo de sustancias.

Con respecto a las características sociodemográficas (Apéndice A), estas fueron recogidas a través de una ficha de datos diseñada para la presente investigación cuyos resultados se encuentran resumidos (Apéndice B).

La mayoría de las mujeres de la muestra se encuentran sin pareja (58.80%) y la mayoría de ellas viven solas (43.20%). El resto viven con su familia nuclear que incluye a su pareja y/o hijos (37.30%). La mayoría cuenta con estudios superiores donde (76.50%) han completado o están en proceso de completar un grado técnico o superior. En cuanto a su situación laboral (52.90%) de las mujeres están en una situación inactiva.

En relación a la enfermedad (54.90%) de las mujeres indicaron que su primer cuadro de depresión se dio durante la adultez. Además (49%) de las mujeres están enfermas hace más de un año y la mayoría de las mujeres (62.70%) están medicadas. Además, (43.10%) de las mujeres no están llevando ningún tipo de terapia. Finalmente (70.6%) de la muestra no tiene historia familiar de salud mental.

Asimismo, se les entregó un consentimiento informado a cada una de las participantes que accedió a participar en la investigación de forma voluntaria y anónima (Apéndice C). Al terminar de llenar la información de las encuestas, se facilitó un espacio de consejería para las participantes que tuvieron preguntas o quisieron discutir temas que se tocaron al participar en la investigación. Además, se hizo una devolución de la información general recabada durante la investigación al hospital.

Medición

La autoestima fue evaluada mediante la escala de Autoestima de Rosenberg (RSES) en su versión adaptada al español por Vázquez, Jiménez y Vázquez-Morejón (2004). Esta prueba evalúa la actitud global, positiva o negativa, sobre el sí mismo. Esto se hace a través de 10 ítems con 5 enunciados de manera negativa y 5 de manera positiva. El formato de respuesta es de tipo Likert, con opciones que van desde *muy en desacuerdo* hasta *muy de acuerdo*.

En el estudio original hecho por Rosenberg (1965) con una muestra de 5 024 adolescentes estadounidenses de tercer y cuarto año de secundaria, se halló una consistencia interna mediante un alfa de Cronbach de .92. En adultos fue trabajada por Shahani, Dipboye y Phillips (1990) con 1 726 adultos y se halló una consistencia interna mediante un alfa de Cronbach de .80. No se reporta indicadores de validez de la prueba en dichas muestras.

Respecto a la validez del instrumento, existen varios estudios en Latinoamérica que reportan evidencia de ello. Vázquez et al. (2004) realizó un estudio de adaptación del instrumento al español con 533 pacientes adultos de consulta externa en un hospital, los índices de consistencia interna fueron de .87 y se reporta una confiabilidad temporal test- retest de .72. Existen otros estudios de validación en Latinoamérica en Chile (Rojas-Barahona, Zegers y Forster, 2009), Colombia (Zuleima Cogollo, Campo-Arias & Herazo, 2015), Argentina (Gongora & Casullo, 2009) y España (Martin-Albo, Nuñez, Navarro y Grijalvo, 2007; Vazqu ez et al., 2004) que aportan resultados similares a los hallados por Vásquez, encontrándose en ellos que la confiabilidad de la escala supera el .75.

Además, se brinda evidencia de validez de constructo por diferencias de grupo (Vazqu ez et al. 2004) entre las personas de la muestra que tienen una situación laboral activa y una situación laboral inactiva. Además, hay reportes de evidencia de validez de tipo convergente (Martin-Albo et al., 2007; Rojas-Barajona et al., 2007; Vázquez et al. 2004) con la prueba de Neugarten Life Satisfaction Index (LSI-A) con ($r = 0.45; p < .05$) y con la Escala de Actitud hacia la Alimentación (EAT) con ($r = 0.40$).

Finalmente existe evidencia que apoya la existencia de una dimensión ya que por un análisis factorial exploratorio ($KMO = .73, p = .00$) emerge una dimensión con una varianza explicada a un 27.76% de la prueba (Gongora y Casullo 2009). Sin embargo, el estudio de Rojas-Barahona et al. (2009) reporta la existencia de dos factores llamados autoconfianza y auto desprecio que se explican a un 27.48% en el primer factor y 24.34% en del segundo factor. En el

caso de Zuleima Cogollo et al., (2015), el análisis factorial mostró dos dimensiones que se explicaron a un 46.7% de la varianza, sin embargo, la correlación entre ambas dimensiones fue bastante baja ($r=-.084$) por lo que se llegó a la conclusión que las dos dimensiones se comportan como escalas distintas. Existe controversia entre los investigadores de la prueba y no se ha llegado a un acuerdo sobre la cantidad de factores.

Para la presente investigación, se realizó un análisis de confiabilidad interna para la prueba total. Se encontró un alfa de Cronbach adecuado de .89 (Apéndice D).

El afrontamiento fue evaluado mediante el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) creado por Carver, Scheier y Weintraub, (1989) en su versión adaptada al español por Cassaretto y Chau (2016). Esta prueba evalúa las formas distintas en la que las personas responden a situaciones de estrés. Esto se hace a través de 60 ítems que se organizan en 15 escalas con un formato de respuesta de tipo Likert, con opciones que van desde *casi nunca lo hago* hasta *hago esto con mucha frecuencia*. Las quince escalas representan las estrategias específicas y son: *Afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades en competencia, restricción del afrontamiento, búsqueda de apoyo social por razones de instrumentales, búsqueda de apoyo social por razones emocionales, reinterpretación positiva y crecimiento, aceptación, acudir a la religión, enfocar y liberar emociones, negación, desentendimiento conductual y desentendimiento mental*.

En el estudio original hecho por Carver, Scheier y Weintraub (1989) con una muestra de 978 estudiantes universitarios en Estados Unidos, con la versión de 53 ítems se halló una consistencia interna mediante un alfa de Cronbach de 0.45 hasta 0.92 según escala. Las mediciones de test-retest dieron rangos entre 0.46 y 0.86 a las 8 semanas. Además, la validez de constructo, mediante un análisis factorial mostró que hay 11 factores. Es importante señalar que las escalas de afrontamiento activo y planificación conforman un solo factor, sin embargo, por motivos teóricos, los autores mantienen las escalas por separado. Además, las dos escalas de soporte representan un factor. Finalmente, en un análisis factorial exploratorio de segundo orden de las escalas del COPE, se encontraron 4 factores pero hay poca información adicional sobre el análisis por lo que los autores desestimaron posteriormente su uso (Carver et al. 2017).

En el Perú, Casuso (1996) realizó la traducción de la prueba en su versión disposicional de 52 ítems y hubo una muestra de 817 universitarios peruanos. Se halló una consistencia interna mediante un alfa de Cronbach de 0.40 a 0.86 según la escala. Las escalas que evidenciaron

confiabilidad baja fueron *desentendimiento mental* ($\alpha = 0.48$) y *negación* ($\alpha = 0.40$). En cuanto a la validez, el análisis factorial exploratorio presentó 13 escalas con valores mayores a 1. La estructura factorial no coincidió con la obtenida originalmente por lo cual la autora realizó una redistribución de los ítems, propuesta que no fue seguida por otras investigaciones. Si bien, esta versión de 52 ítems ha sido usada en múltiples estudios en Perú (Alcalde, 1998; Casaretto, 2009; Chau, 1999; Chau, 2004), en todos estos se encuentra que la estructura de estrategias reporta adecuados índices de consistencia interna y un adecuado funcionamiento factorial a nivel de estrategias salvo las escalas *desentendimiento mental*, *restricción del afrontamiento*, *afrontamiento activo* y *negación*. Sin embargo, a nivel de estilos existe menor evidencia empírica que la apoya (citado en Cassaretto & Chau, 2016).

En el estudio hecho por Casaretto & Chau (2016), con la participación de 300 estudiantes de una universidad privada del Perú, se usó el inventario con 60 ítems. Se halló una consistencia interna de .53 a .91. Además, se brindó información de validez a través de un análisis factorial exploratorio que arrojó 15 factores que se explican a un 65.15% de la varianza. Además, nuevamente los factores de *afrontamiento activo* y *planificación* forman un solo factor y las dos estrategias de soporte también. Además, 5 ítems no presentan una adecuada carga factorial superior a 0.30 en las dimensiones a las que teóricamente debían pertenecer.

Para organizar las escalas en una tendencia general que refleje un orden teórico, se hizo otro análisis factorial exploratorio que generó 3 factores que se explican a un 55.92% de la varianza. Al poner a prueba tres modelos en un análisis factorial confirmatorio para el orden de las escalas, hay poca evidencia que apoya los estilos y la forma en que estos organizan las escalas.

Para la presente investigación, se realizó un análisis de confiabilidad interna con el propósito de analizar el funcionamiento de las escalas en esta población específica. Se obtuvo un alfa de Cronbach que varió entre .55 a .91 según escala. Las escalas de *Contención del Afrontamiento* y *Desentendimiento Mental* obtuvieron coeficientes de .24 y .48 respectivamente, por lo tanto, no se usaron en esta investigación (Apéndice D).

El bienestar fue evaluado mediante las escalas de Afecto Positivo y Negativo *SPANE* y la escala de Florecimiento (*Flourishing*) creada por Diener et al. 2010 en su versión adaptada al español por Cassaretto y Martínez (2017). El cual parte de la noción de que tanto la afectividad (o Afecto) como el sentido de propósito (o florecimiento) conforman el bienestar.

La escala de Afecto Positivo y Negativo (SPANE) contiene 12 ítems de los cuales 6 evalúan las vivencias negativas (SPANE-N) de las participantes y las otras 6 evalúan las experiencias positivas (SPANE-P) de las mismas. El formato de respuesta es de tipo Likert, con opciones que van desde *muy rara vez o nunca* hasta *muy frecuentemente o siempre*.

La escala de *Flourishing* (FHS) está compuesta por 8 ítems que evalúan aspectos ligados al bienestar a través de una variedad de dimensiones del funcionamiento psicológico como son el propósito de vida y las relaciones interpersonales. La escala es de tipo Likert con siete opciones que van desde *totalmente en desacuerdo* hasta *totalmente de acuerdo*.

En la investigación original hecha por Diener et al. (2010), con una muestra de 689 alumnos universitarios, los autores obtuvieron una consistencia interna adecuada para ambas escalas. Ellos encontraron un alfa de Cronbach de .87 para la escala de SPANE-P y un alfa de Cronbach de .81 para la escala de SPANE-N. Ellos hicieron un análisis factorial para ambas áreas de esa escala y encontraron que SPANE-P se muestra como un solo factor que se explica a un 61% de la varianza mientras que la escala de SPANE-N, se explica como un solo factor correspondiente a 61% de la varianza de los ítems. Además, ellos encontraron un alfa de Cronbach de .87 para la escala de *flourishing*. Para la escala de *flourishing*, se realizó un análisis de componentes con el método de rotación varimax y se identificó que hay un solo factor. Ambas escalas mostraron validez convergente.

En relación a la validez del instrumento, existen varios estudios hechos mundialmente que reportan evidencia de ello. Junca y Caetano (2011) realizaron un estudio de validación del instrumento en Portugal mientras que Sumi (2013) adaptó la prueba en Japón. En el Perú, la escala fue traducida al español por Martínez y Cassaretto en el 2017. Ellas llevaron a cabo una investigación con una muestra de 656 alumnos universitarios, obtuvieron un índice de consistencia interna de .89 para la escala de *Flourishing* con un solo factor que se explica a un 52.82% de la varianza. Además, obtuvieron un alfa de Cronbach de .91 para la escala de SPANE-P y .87 para la escala de SPANE-N. La varianza explicada de la escala SPANE-P es de 69,49% y de la escala SPANE-N es de 61.56%. Además, encontraron correlaciones positivas para validez convergente con la Escala de Optimismo (LOT-R), la Escala de Afecto Positivo (PANAS-P), la Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), la Escala de Bienestar (Bieps-A), que replicaron los resultados de investigaciones previas. También obtuvieron correlaciones negativas entre las escalas de SPANE-N y Escala de Optimismo (LOT-R), la Escala de Afecto Positivo (PANAS-P), la Escala

de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la Escala de Bienestar (BIEPS-A) de ($r=-.32$). Finalmente, las investigadoras encontraron una correlación positiva entre SPANE-N y la Escala de Afecto Negativo (PANAS-N). Se puede llegar a la conclusión que hay evidencia de validez convergente y divergente con las escalas de bienestar.

Para la presente investigación, se realizó un análisis de confiabilidad interna con el propósito de analizar el funcionamiento de las escalas en este grupo específico. Se obtuvo un alfa de Cronbach de .85 para la escala de *Flourishing*, .87 para SPANE-P y .84 para la escala de SPANE-N (Apéndice D).

Análisis de datos

A partir de los datos recolectados en la investigación, a través de las tres escalas, se realizó un análisis estadístico mediante el programa Statistical Package for The Social Sciences Version 22.0 (SPSS 22.0). Primero, se hicieron los análisis descriptivos, de frecuencias y la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov a partir de los cuestionarios aplicados. Se encontró una distribución no normal para las escalas del COPE. Sin embargo, al analizar la asimetría y curtosis de las escalas, se llegó a la conclusión que ninguna de las escalas tiene una anormalidad extrema (Kline, 2010). Se encontró una distribución normal para ambas escalas de Bienestar y la escala de Autoestima, por esto, para el propósito de esta investigación se van a usar pruebas paramétricas.

Por lo dicho anteriormente, se trabajó como si ambas pruebas mantuvieran una distribución normal y se utilizaron estadísticos paramétricos para analizar los resultados. Para comparar las medias, se utilizó un estadístico t-Student, para contraste de grupos X-cuadrado y para la correlación r de Pearson.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados de la presente investigación. Se comenzará por mostrar los resultados de las correlaciones entre la escala de autoestima (RSES), Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE) y las escalas de bienestar (SPANE y *Flourishing*). Posteriormente, se hará el análisis de las variables sociodemográficas del grupo de mujeres con depresión y se mostrara la relación que tienen con los constructos estudiados.

Como respuesta al objetivo principal de la investigación, se encontraron diversas correlaciones entre las tres escalas de estudio. Existen relaciones muy significativas y positivas entre las escalas de bienestar, autoestima y la estrategia de afrontamiento reinterpretación positiva. De forma que, a mayor afecto positivo y/o florecimiento mayor autoestima y reinterpretación. Existen relaciones muy significativas y altas entre bienestar y autoestima, mientras que la reinterpretación se vincula más fuertemente con los componentes más positivos del bienestar (el afecto positivo y el florecimiento). Así mismo, se encuentra que la estrategia de afrontamiento enfocar y liberar emociones tiene correlaciones negativas con bienestar y autoestima. De forma que, a mayor liberación de emociones, menores niveles autoestima, afecto positivo, florecimiento y mayor afecto negativo. Cabe señalar que la escala de desentendimiento conductual tiene relaciones con la escala de autoestima y la mayoría de escalas de bienestar, salvo afecto positivo. Se encuentran otras relaciones significativas y de magnitud mediana entre algunas escalas de bienestar, autoestima y estrategias como el afrontamiento religioso, activo y planificación. También hay una relación significativa, mediana e inversa entre la negación y la autoestima.

Tabla 1
Correlaciones entre autoestima, afrontamiento y bienestar.

	Autoestima	COPE 1	COPE 2	COPE 3	COPE 4	COPE 5	COPE 6	COPE 7	COPE 8
SPANE-P	.740**			.550**	.317*	-.395**			.334*
SPANE-N	-.793**			-.434**		.505**	.469**		
Florecimiento	.760**	.303*	.298*	.594**	.294*	-.313*	-.404**		.409**
Autoestima				.402**		-.481**	-.542**	-.300*	

Nota: COPE 1= Afrontamiento activo; COPE 2 = Planificación; COPE 3 = Reinterpretación positiva y crecimiento; COPE 4 = Aceptación; COPE 5 = Enfocar y liberar emociones; COPE 6 = Desentendimiento conductual; COPE 7 = Negación; COPE 8 = Afrontamiento religioso
N = 51 * $p < .05$, ** $p < .01$

En el grupo evaluado, se encontraron relaciones significativas y directas entre edad y el florecimiento ($r=.300$ y $p=.05$) y muy significativas entre las estrategias de afrontamiento de aceptación ($r=.385$ y $p=.01$) y religioso ($r=.399$ y $p=.01$). Es decir, al incrementar la edad de la persona, también incrementa el nivel de florecimiento al igual que el uso de las estrategias de afrontamiento religioso y aceptación.

Tabla 2

Correlaciones entre las escalas de afrontamiento y bienestar según la edad

	Edad
Florecimiento	.300*
Aceptación	.385**
Religioso	.399**

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

Asimismo, se encontró que las mujeres que no tienen pareja ($M_{sinpareja}= 2.008$, $DE_{sinpareja}= .648$, $M_{conpareja}=1.619$, $DE_{conpareja}=.423$, $t=2.594$, $p=.012$ y $d=0.670$) tienden a usar más el afrontamiento por desentendimiento conductual comparadas a las mujeres que tienen pareja. Además, se encontró que las mujeres que estudiaron hasta la secundaria ($M_{secundaria}= 1.875$, $DE_{secundaria}= .859$, $M_{universidad}=1.435$, $DE_{universidad}=.460$, $t=2.334$, $p=.024$ y $d=0.250$) usan más el afrontamiento del sentido de humor comparado a las mujeres que estudiaron estudios superiores

En el análisis de la variable de situación laboral, se encontró diferencias muy significativas entre las personas que están activas (N=24) y las personas que están inactivas (N=24) donde las personas que si tienen un trabajo tienden a tener más afecto positivo, niveles más altos de florecimiento y más autoestima.

Tabla 3:

Diferencias en las escalas de autoestima y bienestar según situación laboral

		M	D.E.	t	p	d
Afectos Positivos	Activo	3.4722	0.56395	2.423	0.019	0.85
	Inactivo	2.9514	0.88939			
Florecimiento	Activo	5.5729	0.78099	2.481	0.017	0.71
	Inactivo	4.875	1.13552			
Autoestima Total	Activo	1.95	0.51752	-2.61	0.012	0.75
	Inactivo	2.3833	0.62739			

* $p<.05$, ** $p<.01$, *** $p<.001$

La condición si las mujeres están llevando algún tipo de terapia generó diferencias significativas donde las mujeres que están llevando algún tipo de terapia ($n=32$) tienden a usar más el afrontamiento activo, tienden a tener más apoyo instrumental y tienden a usar más el sentido de humor que las mujeres que no están llevando algún tipo de terapia ($n=19$).

Tabla 4:

Diferencias en la escala de afrontamiento según si está llevando algún tipo de terapia

		M	D.E.	t	p	d
Activo	No	2.158	0.427	-3.01	0.004	0.85
	Si	2.609	0.564			
Instrumental	No	2.053	0.524	-2.065	0.044	0.21
	Si	2.477	0.797			
Humor	No	1.395	0.481	-2.187	0.034	0.25
	Si	1.844	0.813			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Finalmente, se analizaron las posibles diferencias si la persona estaba tomando algún tipo de medicación y personas con las que vive y no se encontraron diferencias significativas.



Discusión

La depresión es una de las enfermedades más prevalentes mundialmente y una de las causas principales de discapacidad (OMS, 2016). Sin embargo, la investigación científica se ha concentrado en el estudio de aquellas características que están en riesgo o tienen vulnerabilidad hacia ese trastorno, haciendo menor énfasis en el estudio de los recursos personales que contribuyen a sobrellevar el sufrimiento y las protegen de recaer. Bajo esa lógica, la presente investigación incorpora el estudio de variables como el bienestar, el afrontamiento y la autoestima, con la idea de darle un enfoque de salud integral al estudio de la depresión, además de recoger información sobre características que podrían permitir un mejor abordaje y pronóstico para estas pacientes. Por lo tanto, el objetivo principal de la investigación fue analizar las posibles relaciones entre las estrategias de afrontamiento, la autoestima y el bienestar en un grupo de mujeres diagnosticadas con depresión mayor.

Los resultados de este estudio hallaron relaciones muy significativas y fuertes entre el bienestar, la autoestima y la estrategia de afrontamiento reinterpretación positiva y crecimiento. Es decir, a mayor afecto positivo y/o florecimiento mayor autoestima y reinterpretación; a menor afecto negativo, mayor autoestima y reinterpretación. Esto quiere decir que una persona con mayor afecto positivo y/o florecimiento tiende a usar más la estrategia de reinterpretación positiva y a tener mayor autoestima. Asimismo, una persona con menos afecto negativo tiende hacia mayor autoestima y a mayor uso de la estrategia de reinterpretación.

De manera específica, se halló una relación muy significativa, fuerte y positiva entre el afecto positivo y la autoestima. Esto quiere decir que cuanto más afecto positivo tiene la mujer, mayor autoestima y viceversa; esto es sumamente importante porque las mujeres con depresión tienen la autoestima baja, sin embargo, las diferencias entre la autoestima indican que si se trabaja el afecto positivo en la persona, se puede mejorar este síntoma. Esto quiere decir que se debe generar un enfoque hacia la promoción de afectos positivos dentro del tratamiento de la depresión. Esta relación puede ser debida al hecho de que las personas que tienen más afecto positivo, tienden a cuidarse más a ellas mismas, a enfocarse en lo positivo, a ser más positivas y tienen más propósito de vida (Vecina Jiménez, 2006).

Los enfoques tradicionales de la psicología usualmente se centran alrededor de identificar el problema y tratar de reducirlo, sin embargo, tienden a ser limitados al tratar de construir la salud y el bienestar (Park, Peterson & Sun 2013). La psicología positiva ofrece ciertas prácticas e intervenciones que se dirigen hacia la salud y como generar ciertas estrategias para construir y mantener una vida sana que podrían ser útiles al trabajar con la depresión (Park, Peterson & Sun 2013). Según Park & Peterson (2009), hay una variedad de intervenciones de la psicología positiva que se pueden usar como por ejemplo, se puede trabajar con las experiencias subjetivas positivas como la felicidad y el *flow*, también se puede trabajar con las fortalezas individuales como los talentos y los valores. Además, se pueden hacer intervenciones a través de las relaciones interpersonales positivas como la amistad y el compañerismo y con instituciones positivas como las familias, los negocios y las comunidades. Esto es de gran importancia para el tratamiento de la depresión debido a que abre un espacio nuevo para la mejora y la construcción de una vida más sana.

Esto también puede explicar por qué se encontró una relación directa, fuerte y muy significativa entre el florecimiento y la autoestima. El florecimiento y el afecto positivo son dos aspectos del bienestar que están bastante relacionados y poco estudiados en relación a la depresión (Diener et al.2010). Esta información evidencia que aún dentro de la depresión, hay personas que tienen niveles más altos de florecimiento y que cuando hay más florecimiento, hay más autoestima. Esta información se ha visto replicada en otras investigaciones debido a que las dimensiones del florecimiento se ven relacionados positivamente a ciertos productos de la autoestima alto, entre ellos un trabajo estable, salud mental y también de forma negativa con estrés y depresión (INSM, 2012; Orth, Robins y Widaman 2012; Ziegler-Hill 2013).

Además, las personas con autoestima más alta tienden a tener mejor salud, propósito de vida, ser optimistas y tener relaciones positivas (Park & Peterson, 2009; Park, Peterson & Sun 2013). Estas son dimensiones del florecimiento y esto quiere decir que las personas que tienen estas características tienen mejor pronóstico. Esto es importante porque hay varios aspectos de florecimiento que se podrían trabajar. En muchos casos, muchas mujeres con depresión no tienen relaciones interpersonales cercanas y sienten que no tienen propósito de vida. Por ende, se podría hipotetizar que si se les da las herramientas para trabajar estas dimensiones del florecimiento indirectamente podría subir su autoestima y así atacar uno de los síntomas principales de la depresión.

Además, se encontró que las mujeres que tienen niveles más altos de florecimiento y afecto positivo, también usan más la estrategia de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento. Esto tiene derivaciones bastantes importantes porque quiere decir que las personas que buscan desarrollarse y buscar algo positivo dentro de la experiencia negativa tienen niveles más altos de florecimiento y afecto positivo, lo que podría llevar a que se incremente la autoestima. Esto es interesante porque se relaciona al optimismo, otro aspecto de la psicología positiva que está bastante ignorada en la literatura peruana en relación a la enfermedad de la depresión. El optimismo es la expectativa de una persona de que le van a ocurrir más cosas buenas que malas (Park, Peterson & Sun 2013). A través de una variedad de investigaciones, se ha encontrado que el optimismo se asocia con un mejor estado de ánimo, también se relaciona a mayor satisfacción con la vida; al éxito académico, laboral, en los deportes y, finalmente a una buena salud al igual que una vida más larga (Carver & Scheier, 1981; Park, Peterson & Sun 2013; Peterson, 2000; Peterson & Seligman, 1984). El optimismo se puede moldear a través de intervenciones rápidas evitando así la rumiación sobre los problemas y ayudando al paciente a desarrollar una mirada más optimista y positiva. Esto es de suma importancia porque si se enseña el optimismo como una herramienta en los talleres del hospital, se podrían tener resultados efectivos en la terapia y a largo plazo en la vida de estas mujeres.

La depresión es una enfermedad que en muchos casos se desencadena después de un evento de vida difícil o un conflicto dentro de la etapa de vida en la que se encuentra la personas y no logra cerrar (Erikson, 2000; OMS, 2017). Un aspecto básico para la intervención temprana es brindar herramientas ligadas al desarrollo de la estrategia de reinterpretación positiva y crecimiento a las mujeres para que tengan un enfoque más positivo de vida y evitar que se enfermen o ayudarlas a que se enfoquen en lo positivo dentro de la enfermedad, vean una salida de ella y no caigan en la desesperanza. Esta es una estrategia poco común dentro de la depresión y es una herramienta muy útil para ellas, por esto, se podría decir que las mujeres que usan esta herramienta tienen una perspectiva más positiva de la enfermedad y buscan soluciones concretas para poder salir adelante (Orzechowska, Zajackowsja, Talarowska & Galecki, 2013).

Ello se puede observar en las relaciones inversas con afecto negativo, autoestima y reinterpretación. Esto quiere decir que cuanto más afecto negativo, menor autoestima y menor uso de la estrategia de afrontamiento de reinterpretación positiva y crecimiento. Así, se encontró que a menor afecto negativo, hay mayor autoestima y las mujeres usan más de la estrategia de

reinterpretación. Esto es importante porque el afecto negativo es una característica primordial de la depresión. Se podría concluir que las mujeres que tienden a usar la reinterpretación tienen una reducción en uno de los síntomas más importantes de la depresión.

También es importante mencionar que se replicó la información de otras investigaciones que indican que la estrategia de afrontamiento de enfocar y liberar emociones tiene relaciones negativas con el bienestar y la autoestima (Carnicer & Calderon, 2013). Esto quiere decir que el tratamiento de la depresión debería de reconocer a las personas que usan esta estrategia y tratar de brindarle herramientas eficientes para el manejo de afectos negativos. Esto porque, esta estrategia se relaciona al descontrol y a la poca capacidad de contenerse (Campos, Páez & Velasco, 2003). Al deterioro de las relaciones personales (Campos, Páez & Velasco, 2003). También, pueden ver exacerbada las respuestas rumiativas (Campos, Páez & Velasco, 2003). Comprensiblemente, todo ello promovería el desarrollo de mayores niveles de afecto negativo. Mientras las pacientes continúen usando frecuentemente la estrategia de expresar y liberar las emociones sin mayor elaboración, más difícil será sacarlas de cuadro actual y primaran sus afectos negativos, haciendo que el uso de esta estrategia sea una real dificultad para la mejora de los pacientes y les da una prognosis más complicada.

Una tercera estrategia que se vincula con bienestar y autoestima es el desentendimiento conductual. Esto quiere decir que a mayor uso de esta estrategia, más bajos serán los niveles de autoestima y florecimiento, además, serán mayores los niveles de afecto negativo. El desentendimiento conductual es una estrategia de evasión del estresor, donde las personas que la usan tienden a dejar las cosas que perciben como difíciles y renuncian fácilmente (Carver et al, 1989). Se he encontrado que la evitación tiene una relación directa con el malestar psicológico y es negativa para el bienestar (Carnicer & Calderon, 2013; Sanjuan & Magallares 2014). La evitación genera problemas debido a que cuando uno experimenta una emoción negativa, puede actuar de forma urgente para escapar del peligro, sin embargo, no llega a lidiar con la situación directamente y se reduce las opciones de respuesta (Frederickson, 2001; Park, Peterson & Sun 2013). Por esto, la evitación puede reducir la emoción negativa pero no llega a promover alivio ni tranquilidad o cualquier otra emoción positiva. El efecto a largo plazo de la evitación o el desentendimiento es que va perjudicando el sentido de propósito de la persona y por ende, tiene una relación negativa con el florecimiento. Consecuentemente, lo ideal es que la persona con

depresión aprenda a tener herramientas que le den seguridad y que amplíen sus opciones para que tengan una diversidad de recursos (Frederickson, 2001).

Esto es importante porque en el tratamiento, se podría identificar a las mujeres que usan esta estrategia frecuentemente, ayudando a enfocar los esfuerzos del profesional en que no deje el tratamiento a medias. En el hospital, es bastante común que las pacientes vayan un par de veces y no regresen. Según la OMS (2013), de 30-60% de las personas con depresión abandonan el tratamiento, antes de tiempo. Además, se ha encontrado que hay tasas más altas de abandono en niveles socioeconómicos más bajos, escaso nivel educativo, ansiedad relacionada al terapeuta y poca calidez, empatía y autenticidad del terapeuta (Castillo Garayoa, Perez-Testor & Aubareda Margrina, 1996). Ello podría ser porque el trato en el hospital es bastante agresivo y algunos profesionales tienden a ser sobre exigentes al igual que denigrantes con los pacientes que van a consulta. Más si se conoce las estadísticas de *burnout* en profesionales de salud mental (Camonal, Garcia & Silva, 2008; OMS, 2004). Sería interesante evaluar el afrontamiento por desentendimiento conductual para identificar a las mujeres con uso frecuente de esta estrategia para desarrollar aproximaciones menos amenazantes para ellas que promuevan que puedan enfrentar las diversas dificultades con algún sentido de control.

Estrategias relacionadas a la psicología positiva harían que lo que se supone es un gran reto, se establezca como una experiencia de aprendizaje y genere resultados gratificantes una vez que se resuelva (Park, Peterson & Sun 2013). Además, es bastante común que dentro de una experiencia negativa, hayan ciertos aspectos positivos. Esto se podría usar como una oportunidad para enfrentar los contratiempos y lograr algo importante en la vida a través del uso de los factores de carácter, de apoyo social y de la experiencia subjetiva para lidiar con el problema. Además, cuando estas mujeres usan la estrategia de desentendimiento conductual frecuentemente, se empeoran los síntomas de la depresión como la autoestima baja y por ende, es difícil que salgan del cuadro de depresión en el que se encuentran.

Existen otras relaciones entre las variables, pero estas son de magnitud medianas y específicas. El florecimiento se relacionó con la estrategia de afrontamiento activo, ello podría ser porque la persona con alto florecimiento que puede estar viviendo una situación difícil pero busca medidas para resolver el problema, con la planificación porque la persona forma un plan de acción para manejar el problema con sus talentos y habilidades personales, con la aceptación porque una vez que aceptan lo que ha sucedido, pueden avanzar del problema y desarrollarse y con el

afrontamiento religioso porque creer en un plan mayor de Dios les proporciona un alivio y, les da un sentido a la vida y esperanza (Park, Peterson & Sun, 2013; Rodriguez, Fernandez, Perez & Noriega, 2011).

Además, se encontró una relación positiva y directa entre el afecto positivo y la aceptación, ello podría ser porque al aceptar la realidad de la situación, se aprende a recuperar ante la adversidad. Asimismo, al aceptar la situación negativa, la mujer puede empezar a centrar sus esfuerzos en la resolución del problema y esta acción les da un propósito, una autonomía y un enfoque más optimista. También se halla relación entre el afecto positivo y el afrontamiento religioso, ello podría ser debido a que sus creencias religiosas les proporcionan un consuelo a través de la espiritualidad (Park, Peterson & Sun, 2013). Asimismo, la espiritualidad lleva a la búsqueda hacia la trascendencia y por ende, le da un propósito y sentido de vida a estas mujeres (Rodriguez, Fernandez, Perez & Noriega, 2011). Por esto, el afrontamiento religioso funciona como un recurso para resolver conflictos y como un factor de la resiliencia (Burgess y Brock, 2009).

También hay una relación negativa entre la autoestima y la negación; es decir, las personas que se niegan a creer que la situación ha sucedido tienen niveles menores de autoestima y viceversa; esto se podría explicar debido a que la estrategia de ignorar el problema no funciona, en especial en la depresión y se encuentra relacionada a niveles más severos de síntomas de la depresión (Ortiz et al. 2014). Las estrategias de evasión como la negación tienen una relación directa con el malestar psicológico y son negativas para el bienestar, además, dentro de las estrategias de evitación, la negación es un factor de riesgo para la patología. Además, la percepción de que no pueden resolver y la falta de un sentido de control podría explicar porque la autoestima es más baja (Carnicer & Calderon, 2013; Sanjuan & Magallares 2014; Vallejo-Sanchez & Perez-Garcia, 2015).

Los resultados de este estudio también hallaron relaciones importantes entre las escalas de autoestima, afrontamiento y bienestar y las variables sociodemográficas al igual que las variables de enfermedad.

Se halló una relación significativa y directa entre la edad y el florecimiento donde a mayor edad, hay mayor florecimiento. Esto es importante porque se podría hipotetizar que las personas que se enferman con depresión de mayores tienen más factores protectores para lidiar con los

síntomas de la depresión y esta no les impide de tener relaciones positivas, propósito de vida y las demás dimensiones del florecimiento (Shrira, Bodner & Palgi, 2015).

Según Cartesen (2006), las experiencias emocionales se tornan más positivas a mayor edad debido a que el individuo siente que tiene menos tiempo de vida y empieza a ponerse metas de vida con un significado emocional importante. Esto lleva a que las personas prefieran interacciones personales positivas, acepten y aprecien los momentos que están viviendo y así tienen experiencias emocionales más positivas. Esto se ve replicado en la investigación donde se encontró que, a mayor de edad, ellas tienden a usar más la estrategia de aceptación. Esto tiene sentido porque ellas aprenden a aceptar lo que está sucediendo en sus vidas y esto puede ser positivo debido a que, al aceptar el problema, pueden enfocarse más en resolverlo. Además, al tener mayor edad, ellas tienden a ser más religiosas. Esto es interesante porque la religiosidad es una estrategia que las ayuda a tener esperanza y es un consuelo ante la enfermedad (Park, Peterson & Sun, 2013; Rodriguez, Fernandez, Perez & Noriega, 2011).

Asimismo, se encontró que las mujeres que no tienen pareja usan más el afrontamiento de desentendimiento conductual, estrategia que como se mencionó previamente, se centra alrededor de renunciar cuando las cosas se ponen difíciles y podría también ser una explicación al porque están sin pareja. Se ha encontrado que la falta de compromiso es una de las causas principales de la disolución de una pareja y el hecho de que estas mujeres renuncien fácilmente (Barrios & Pinto, 2008).

Además, se halló que las mujeres que estudiaron hasta la secundaria tienden a usar más el sentido de humor que las mujeres que realizaron estudios superiores y esto se podría explicar en base a que ellas son personas que desfogan el estrés de forma más simple, pero en muchos casos no tienen la habilidad de buscar soluciones más complejas y el humor tiende a ser un recurso para relacionarse con los demás. Asimismo, el humor es una emoción positiva y las emociones positivas permiten que la persona se desarrolle y fomentan la construcción de recursos y de la felicidad (Frederickson, 2000; Peterson, 2006). Las mujeres que estudiaron hasta la secundaria podrían estar usando más el sentido de humor como un recurso para eliminar el estrés y afrontar la situación difícil debido a que no han tenido la posibilidad de desarrollar un repertorio más amplio de recursos. Asimismo, el sentido de humor es un recurso “simple,” sin embargo, es una fortaleza y una característica positiva de la personalidad que promueve sensaciones placenteras y podría estar ayudando a estas mujeres a manejar el estrés efectivamente (Seligman, 2002).

También se halló diferencias significativas entre las personas activas laboralmente y las que no trabajan, donde las primeras tienden a tener más afecto positivo, niveles más altos de florecimiento y más autoestima. Esto es importante porque se podría sugerir en el tratamiento de la depresión que las mujeres intenten tener algún trabajo que las ayude a pensar y a salir de sus casas. Además, al tener un propósito de vida al igual que relaciones positivas con las personas del trabajo, se incrementan los niveles de florecimiento (Peterson, 2006). Se podría decir que el hecho de tener algo que hacer, algo en que enfocarse y una razón para salir de su casa es productivo para ellas y hasta podría resultar en una mejor prognosis de la enfermedad. Se podría explicar la relación alta con el afecto positivo debido a que al tener algún tipo de trabajo, ellas se podrían sentir más seguras y de esta forma construyen recursos que podrían usar más adelante (Frederickson, 2001). Además, el involucrarse en lo que uno hace es sumamente positivo y genera afecto positivo. Asimismo, el hecho de tener un propósito y sentirse útil al igual que el hecho de usar sus capacidades y talentos hacen que el afecto positivo se incremente y que la persona se sienta mejor (Peterson, 2006).

En la investigación, también se halló que las personas que están llevando algún tipo de terapia, sea psicológica o psiquiátrica o ambas usan más el afrontamiento activo. Esto se podría explicar debido a que las personas que llevan algún tipo de terapia están intentando enfocar sus esfuerzos en hacer algo sobre la situación y por ende, están buscando la ayuda que necesitan. Esta es una estrategia que se debería de enseñar en los talleres del hospital debido a que permite que las personas tengan agencia y les abre las puertas a tener opciones para resolver el problema y de esta forma, también se incrementan los afectos positivos (Frederickson, 2001).

También se encontró que las personas que están llevando algún tipo de terapia usan más la estrategia de apoyo instrumental debido a que buscan el consejo de alguien y al hacer eso, se les proporciona un espacio de contención y de escucha que previene el aislamiento que se da en muchos casos de depresión y también abre un espacio para que la persona se sienta acompañada e interactúe con personas que han tenido experiencias similares. Asimismo, las personas que llevan algún tipo de terapia usan la estrategia del humor para manejar la situación difícil o de estrés. Esto es importante porque el espacio terapéutico puede ayudarlas a que se enfoquen en la enfermedad de forma un poco más positiva y a reírse del problema para poder manejarlo. El sentido del humor permite que las personas desfoguen y sean capaces de encontrar humor en la vida cotidiana,

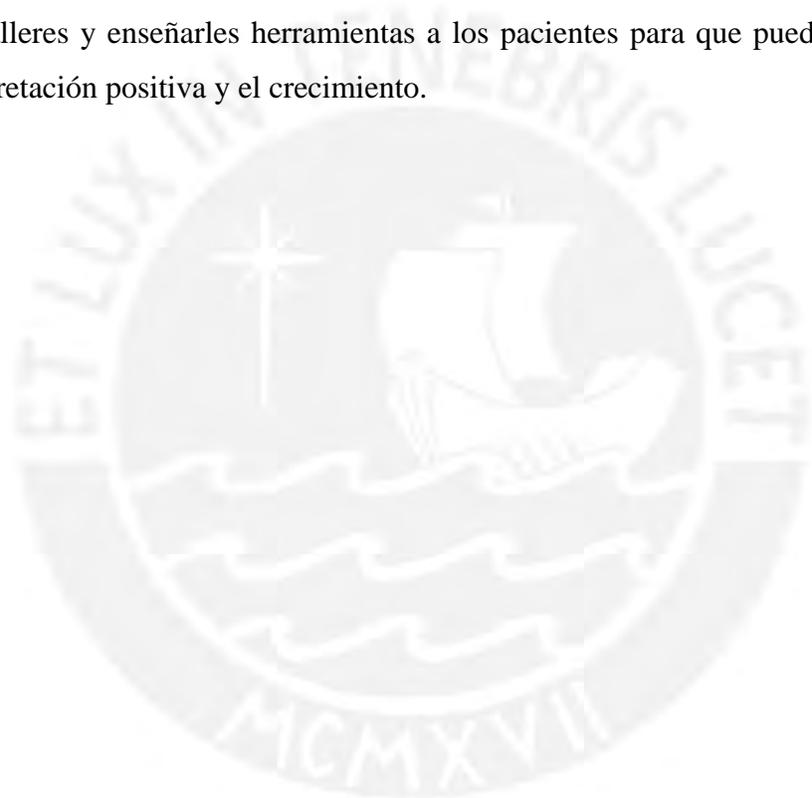
característica que construye la felicidad y sería útil para las mujeres con depresión (Peterson, 2006).

Llama la atención que no se encontrará ninguna relación entre las variables psicológicas y la toma de medicación con las escalas. Esto es interesante porque podría ser evidencia de la sobrevaloración del sistema de salud y el enfoque sobre los medicamentos y como esto no se puede sostener sin reconocer la necesidad de un enfoque más integral de la salud de las pacientes.

Como puede verse, este estudio muestra variadas relaciones entre la autoestima, bienestar y varias estrategias de afrontamiento. Sin embargo, es un estudio que cuenta con limitaciones. Lo primero que se debería de tomar en consideraron es que la muestra es bastante pequeña debido a que se contó con solo 6 semanas para el levantamiento de los datos, por más que han salido varias relaciones bastante significativas, sería ideal replicar la investigación con un grupo más grande. Al tener ello, se podrían hacer análisis más complejos como los modelos de regresión o de mediación/moderación que permitirían establecer conexiones más claras entre las variables. Otra limitación de la investigación es el hecho de que fue difícil establecer los contactos para que se pueda comenzar con el levantamiento de información. Establecer el contacto con el hospital y que la solicitud de la investigación fuera procesada y aprobada demoró aproximadamente 4 meses. Esto se podría explicar porque la investigación se hizo en un hospital nacional. Dado la demora en el hospital, también se levantó información en un consultorio privado. Además, el tiempo de aplicación de cada protocolo tomaba 30 minutos en promedio. La población era bastante vulnerable y era necesario un espacio de acompañamiento psicológico que demandaba una dedicación importante de tiempo.

Además, si bien las escalas funcionaron muy bien, el COPE es bastante largo y para algunas de las mujeres, fue abrumador y cansado. Como recomendación, sería importante que se construya una escala de afrontamiento dirigida a personas con condiciones clínicas que se enfoque en ciertas estrategias de afrontamiento y no en todas para así sacar un perfil de la enfermedad más específico. Cabe recalcar que las escalas de bienestar (Diener et al, 2010) fueron bastantes útiles y claras para las mujeres. Finalmente, algunas de las mujeres tuvieron dificultad con las preguntas de su propia historia, especialmente las relacionadas a la enfermedad y sería importante revisar la ficha sociodemográfica y volver a redactar o borrar ciertas preguntas innecesarias debido a su poca comprensión.

A futuro, se sugiere que se investigan variables de la psicología positiva como el optimismo al igual que el pensamiento positivo y las relaciones interpersonales debido a que pueden brindar luces a nuevos tratamientos al igual que explicar la mejora de ciertas personas dentro de la enfermedad. En el hospital hay casos de mujeres que se enferman una vez y hay casos de mujeres que tienen una depresión recurrente. Tal vez, la diferencia entre estas mujeres son sus recursos psicológicos y no solo la presencia de limitaciones, que es a lo que se aboca muchas intervenciones. Además, al investigar estas características, se podría crear nuevos tratamientos o simplemente complementarían el tratamiento tradicional. Finalmente, sería importante seguir con los avances en la investigación de los aspectos más positivos de la salud para poder incorporar estos aspectos nuevos en los talleres y enseñarles herramientas a los pacientes para que puedan salir adelante como la reinterpretación positiva y el crecimiento.



Referencias Bibliográficas

- Abello, R., Amaris, M., Blanco, A., Madriaga, C., Diaz, D., Arciniegas, T. (2008). Bienestar, autoestima, depression y anomia en personas que no han sido víctimas de violencia política y social. *Investigacion y Desarrollo*, 16 (2), 214-231
- Aspinwall, L. G., & 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, 989-100.
- Baker, J., & Berenbaum, H. (2008). The efficacy of problem-focused and emotional approach Interventions varies as a function of emotional processing style. *Cognitive Therapy and Research*, 32, 66–82.
- Barrios, A. & Pinto, B. (2008). El concepto de amor en la pareja. *Ajayu*, 6, 144- 164
- Barrón, A., & Sánchez, E. (2001). Estructura social, apoyo social y salud mental. *Psicothema* , 13 (1), 17-23.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York, NY: Harper y Row.
- Bjelland, I., Krokstad, S., Mykletun, A., Dahl, A., Tell, G., y Tambs K. (2008). Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The Hunt study. *Social Science and Medicine*. 66I, 6, 1334 – 1345.
- Bell-LaVerne, T., Burgess, R., y Linda J. (2009). African American therapists working with African American families: An exploration of the strengths perspective in treatment. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35 (3), 293-307
- Bradburn, N. (1969). *The structure of psychological well-being*. Chicago: Aldine.
- Campos, M., Paez, D., & Velasco, C. (2004). Afrontamiento y regulación emocional de hechos traumaticos: un estudio longitudinal sobre el 11-M. *Ansiedad y Estres* 10 (2-3), 277-286.
- Carnicer, J.G. & Calderon, C. (2013). Empathy and coping strategies as predictors of well-being in spanish university students. *Electronic Journal of Research in Educational psychology* 12 (1), 129-146.
- Carstensen, L. L. (2006). The influence of a sense of time on human development. *Science*, 312, 1913–1915.
- Carver, C., Scheier, M., y Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.

- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1998). *On the self-regulation of behavior*. New York: Cambridge University Press.
- Cassaretto, M., Chau, C. (2016). Afrontamiento al estrés: adaptación del cuestionario COPE en universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación* 42, 1.
- Castillo Garayoa, J., Perez-Testor, S., Aubareda Magrina, M. (1996). El abandono de los tratamientos psicoterapeúticos. *Clinica y Salud*, 7(3).
- Casuso, L. (1996). Adaptación de la prueba COPE sobre estilos de afrontamiento en un grupo de estudiantes universitarios de Lima. Tesis para obtener el título de Licenciada en Psicología. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Chau, C. (1999). Consumo de bebidas alcohólicas en estudiantes universitarios: motivaciones y estilos de afrontamiento. *Persona*, 2, 121-161.
- Chau, C. (2004). Determinants of alcohol use among university students: The role of stress, doping and expectancies. Amsterdam: Katholieke Universiteit Leuven.
- Cogollo, Z., Campo-Arias & Herazo, E. (2015). Escala de Rosenberg para autoestima: consistencia interna y dimensionalidad en estudiantes de Cartagena, Colombia. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 9 (2), 61-71.
- Cohan, S., Jang, K., & Stein, M. (2006). Confirmatory factor analysis of a short form of the Coping Inventory for Stressful Situations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 3, 273–283.
- Coyne, J. C., Gallo, S. M., Klinkman, M. S., & Calarco, M. M. (1998). Effects of recent and past Major depression and distress on self-concept and coping. *Journal of Abnormal Psychology*, 107, 86–96.
- Diener, E. & Chan, M. (2011). Happy people live longer: subjective wellbeing contributes to health and longevity. *Applies psychology: Health and Well being* 3, (1), 1-43.
- Diener, E., & Lucas, R. (1999). Personality, and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-being: The foundations of hedonic psychology*. 213–229. New York: Sage.
- Diener, E., Lucas, R., Schimmack, U., & Helliwell, J. (2009). *Well-being for public policy*. New York: Oxford University Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *Journal of Happiness Studies*, 9, 1–11.

- Diener, E., Wirtz, D., Tov, W., Kim-Prieto, C., Choi, D.-W., Oishi, S., et al. (2010b). New well being measures: Short scales to assess flourishing and positive and negative feelings. *Social Indicators Research*, 97, 143–156.
- Duangdao, K.M., & Roesch, S.C. (2008). Coping with diabetes in adulthood: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 31, 4, 291_300.
- Eisenberth, C. (2012). Does Self-esteem moderate the relations among perceived stress, coping and depression? *College Student Journal*, 46 (1), 149 – 157.
- Endler, N., y Parker, J. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 5, 844–854.
- Endler, N. y Parker, J. (1994). Assesment of Multidimensional Coping: Task, Emotion, and Avoidance Strategies. *Psychological Assessment*. 6, 1, 50 -60.
- Endler, N., & Parker, J. (1999). *Coping Inventory for Stressful Situations: Manual (2nd Ed.)*. Toronto: Multi-Health Systems.
- Endler, N., Parker, J., & Butcher, J. (1993). A factor analytic study of coping styles and the MMPI-2 content scales. *Journal of Clinical Psychology*, 49(4), 523–527.
- Erikson, Erik (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica
- Faulk, K., Gloria, C., Steinhardt, M. (2013) Coping profiles characterize individual flourishing, languishing and depression. *Anxiety, Stress and Coping*, 26 (4), 378 – 390.
- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, Stress, and Coping*, 21, 3-14.
- Folkman, S. (2011) . *The Oxford handbook of stress, health and coping. Oxford Library of Psychology*. Oxford: Oxford University Press
- Folkman, S., y Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American Psychologist*, 55(6), 647–654.
- Fredrickson, B. (1998). What good are positive emotions? *Review of General Psychology*, 2, 300–319.
- Fredrickson, B. (2000) *Cultivating positive emotions to optimize health and well-being. Prevention and Treatment* 3.
- Fredrickson, B.(2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Fredrickson, B. L., & Losada, M. F. (2005). Positive affect and the complex dynamics of human

- flourishing. *American Psychologist*, 60, 678–686
- Gamonal, L., Garcia, C., Silva, Z. (2008). Síndrome de burnout en el profesional de enfermería que labora en áreas críticas. *Revista Enfermería Herediana 1 (1)*, 33-39.
- Gan, Y. y Liu, J. (2012). The mechanism by which interpersonal coping and flexibility influences self esteem. *The Psychological Record 62***, 735 – 746.
- García, F., Manquián, E., & Rivas, G. (2016). Bienestar psicológico, estrategias de afrontamiento y apoyo social en cuidadores informales. *Psicoperspectivas*, 15(3), 87-97.
- García, F., Wlodarczyk, A., Reyes, A., San Cristóbal, C., & Solar, C. (2014). Violencia en la pareja, apoyo social y bienestar psicológico en adultos jóvenes. *Ajayu*, 12 (2), 246-265.
- Gongora, V., Casullo, M. (2009). Validacion de la escala de autoestima Rosenberg en población general y en población clinica de la ciudad de Buenos Aires. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 27(1)i 197-194
- Holahan, C. J., Moos, R. H., Holahan, C. K., Brennan, P. L., & Schutte, K. K. (2005). Stress Generation, Avoidance Coping, and Depressive Symptoms: A 10-Year Model. [Abstract] *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(4), 658-666.
- Huyse-Gaytandjieva, A., Groot, W., Pvalova, M., Joling, C. (2014). Low self esteem predicts future unemployment. *Journal of Applied Economics* (18), 2, 325-346.
- Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Sierra Peruana (2003). Informe General. *Anales de Salud Mental 2003; XIX (1 y 2): 1- 216. 21*
- Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2004). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la Selva Peruana 2004. . Informe General. *Anales de Salud Mental 2005; XXI (1-2): 1-212. 22.*
- Instituto Nacional de Salud Mental. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2005). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Fronteras 2005. Informe General. *Anales de Salud Mental 2006; XXII (1-2): 1-227.*
- Instituto Nacional de Salud Mental. “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi” (2012). Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima y Callao. Informe General. *Anales de Salud Mental 2012; XXVIX (1): 1-397.*
- Kandaris, K. (2013). The moderating effect of hope on the relationship between emotional approach coping and flourishing in college students. Unpublished master thesis. DePaul University, College of Education, Chicago, IL.

- Kernis, M. H. (2005). Measuring self-esteem in context: The importance of stability of self-esteem in psychological functioning. *Journal of Personality*, 73, 1569–1605.
- Keyes, C. L. M. (2002). The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior*, 43(2), 207–222.
- Keyes, C. L. M. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539–548.
- Larrotta, R., Sánchez RojasL., Sánchez, J. (2016). Niveles de autoestima y uso de estrategias de afrontamiento en un grupo de personas privadas de la libertad en un centro de reclusión de la ciudad de Bucaramanga/ Colombia. *Informes Psicológicos*, 16(1), pp. 51- 64.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York, NY: Springer.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*. 1, 141 – 169.
- Leary, M. R., & Baumeister, R. F. (2000). The nature and function of self-esteem: Sociometer Theory. In M. P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 32, pp. 1–62). New York, NY: Academic Press.
- Lee, C., Dickinson, D.A, Conley, C.S., y Holmbeck, G.N. (2014). A closer look at self-esteem, Perceived social support, and coping strategy: A prospective study of depressive symptomatology across the transition to college. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 33 (6), 560-585.
- Lucas, R. E., Diener, E., & Suh, E. (1996). Discriminant validity of well-being measures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 616–628.
- Lyasaker, P., Tsai, J., Hammond, K., Davis, L. (2009). Patterns of coping preference among persons with schizophrenia: associations with self-esteem, hope, symptoms and function. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy* 5, 2, 192 - 208
- Martin-Albo J, Núñez JL, Navarro JG, Grijalvo F. The Rosenberg Self-Esteem Scale: Translation and Validation in University Students. *Span J Psychol* 2007; 10: 458-67.
- Mann, M., Hosman, C., Schaalma, H., de Vries, N. (2004) Self-esteem in a broad spectrum approach for mental health promotion. *Health Education research*. 19(4) 357-372.
- McGregor, I., & Little, B. R. (1998). Personal projects, happiness, and meaning: On doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 494–512.

- McWilliams, L., Cox, B., y Enns, M. (2003). Use of the coping inventory for stressful situations in a clinically depressed sample: Factor structure, personality correlates, and prediction of distress. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 4, 423–437.
- Meeks, S., Van Haitsma, K., Kostiwa, I., & Murrell, S. A. (2012). Positivity and well-being among community-residing elders and nursing home residents: What is the optimal affect balance? *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 67, 460–467.
- Moskowitz, J.T., Hult, J.R., Bussolari, C., & Acree, M. (2009). What works in coping with HIV? A meta-analysis with implications for coping with serious illness. *Psychological Bulletin*, 135, 1, 121–141.
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*. 7 (3) 1-27.
- Navascues, A. Calvo-Model, D. y Martin, B. (2016). Efectos del bienestar subjetivo y psicologico en los resultados terapeuticos de un hospital de dia. *Accion Psicologica*, 13 (2), 143-156.
- Organización Mundial de la Salud (2017) Temas de salud: depresión.
- Organización Mundial de la Salud (2004). La Organización del Trabajo y el Estrés. Perú. 2004. 3-6
- Orth, U, Robins, R., Widaman, K. (2012). Life-span development of self-esteem and its effects on important life outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102, 6, 1271-1288.
- Ortiz, E., Méndez, L., Camargo, J., Chavarro, S., Toro, G., & Vernaza, M. (2014). Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychologia: avances de la disciplina*, 8(1), 77-83.
- Orzechowska, A., Zajaczkowsja, M., Talarowska, M. & Galecki, P. (2013). Depression and ways of coping with stress: a preliminary study. *Medical Science Monitor*. 19, 1050-1056
- Park, C., Folkman, S., & Bostrom, A. (2001). Appraisals of controllability and coping in Caregivers and HIVC men: Testing the goodness-of-fit hypothesis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 481–488.
- Park, N., Peterson, C., Sun, J. (2013). Positive psychology: research and practice. *Terapia Psicológica* 31(1).
- Park, N., y Peterson, C. (2009). Achieving and sustaining a good life. *Perspective son*

- Psychological Science*, 4,422-428.
- Parker, J., y Endler, N. (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*, 6(5), 321–344.
- Peterson, C. (2000). The future of optimism. *American Psychologist*, 55, 44-55.
- Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. New York: Oxford University Press.
- Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*, 91, 347-374.
- Peterson, C., y Seligman, M. E. P. (2004). *Character strengths and virtues: A classification and handbook*. Washington, DC: American Psychological Association/New York: Oxford University Press.
- Pennebaker, J., & Chung, C. (2011). Expressive writing, emotional upheavals, and health. In H.S. Friedman (Ed.), *The Oxford handbook of health psychology* (pp. 417–437). New York, NY: Oxford University Press.
- Rego, A., Sousa, F., Marques, C., & Cunha, M. P. (2012). Optimism predicting employees' creativity: The mediating role of positive affect and the positivity ratio. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 21, 244–270.
- Rodriguez, M., Fernandez, M., Perez, M., Noriega, R. (2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, 11 (2), 24-49.
- Roberts, J., Kassel, J., Gotlib, I., (1995). Level and stability of self-esteem as predictors of depressive symptoms.
- Roberts, J. E., y Monroe, S. M. (1992). Vulnerable self-esteem and depressive symptoms: Prospective findings comparing three alternative conceptualizations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 804–812.
- Robins, R. W., Trzesniewski, K. H., Tracy, J. L., Gosling, S. D., & Potter, J. (2002). Global self-Esteem across the life span. *Psychology and Aging*, 17, 423–434.
- Romero, S. (2009). Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con Bulimia nerviosa. Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología Clínica, Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rosenberg, M., y Owens, T. J. (2001). Low self-esteem people: A collective portrait. In T. J. Owens, S. Stryker, y N. Goodman (Eds.), *Extending self-esteem theory and research* (pp. 400–436). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Saavedra, J., (2003).

- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual Review of Psychology*, 52, 141–166.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081.
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(4), 719.
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological Inquiry*, 9, 1–28.
- Sanjuán, P., & Magallares, A. (2014). Coping strategies as mediating variables between self serving attributional bias and subjective well-being. *Journal of Happiness Studies*, 15, 443-453.
- Schwartz, R. M., Reynolds, C. F., Thase, M. E., Frank, E., & Fasiczka, A. L. (2002). Optimal and normal affect balance in psychotherapy of major depression: Evaluation of the balanced states of mind model. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30, 439–450
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (2003). Self-regulatory processes and responses to health threats: effects of optimism on well-being. In J. Suls & K. A. Wallston (Eds.), *Social psychological foundations of health and illness* (pp. 395–428). Malden, MA: Blackwell.
- Seligman, M. E. P., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55,5-14.
- Seligman, M. (2002). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfilment*. New York: Free Press.
- Shahani, C., Dipboye, R., & Phillips, A., (1990). Global self esteem as correlate of work related attitudes: A question of dimensionality. *Journal of personality assessment* 54(1&2) 276-288
- Situación de la salud mental en el Perú. Instituto Nacional de la Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi. Ministerio de Salud.
- Silverstone, P.H. y Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: part I – The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of General Hospital Psychiatry*, 2, 1 2.
- Skager, R. y Kerst, E. (1989). Alcohol and drug use and self-esteem: a psychological perspective. En A.M. Mecca, N.J. Smelser, Vasconcellos (Eds.), *the social importance of self-esteem*

- (págs. 248-293). Berkeley: University of California Press.
- Smith, M., Saklofske, D., Keefer, K., Tremblay, P. (2016) Coping strategies and psychological outcomes: the moderating effects of personal resiliency. *The Journal of Psychology*, 150 3, 318 – 332.
- Sowislo, J. Orth, U & Meier, .L. (2014). What constitutes vulnerable self-esteem? Comparing The prospective effects of low, unstables and contingent self-esteem on depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 123, 4, 737-753.
- Shrira, A., Bodner, E. & Palgi, Y. (2016) Positivity ratio of flourishing individuals: examining the moderation effects of methodological variations and chronological age. *The Journal of Positive Psychology*, 11 (2), 109-123
- Sumi, K. (2014). Reliability and Validity of Japanese Versions of the Flourishing Scale and the Scale of Positive and Negative Experience. *Social Indicators Research*, 118 (2), 601-615.
- Totan, T., Doğan, T., & Sapmaz, F. (2013). Emotional self-efficacy, emotional empathy and emotional approach coping as sources of happiness. *Cypriot Journal Educational Sciences*, 8(2), 247-256.
- Totan, T. (2014). Distinctive characteristics of flourishing, self-esteem, and emotional approach coping to mood. *International Online Journal of Efucational Sciencies*, 6 (1), 30-40.
- Varescon, I., Leignel, S., Gerard, C., Aubourg, F., and Detilleux, M. (2013). Self esteem, psychological distress and coping strategies in pregnant smokers and non-smokers. *Psychological Reports: Mental & Fysical Health* 113 (3), 935-947.
- Vallejo-Sanchez, B. & Perez-Garcia, A. (2015) Positividad y afrontamiento en pacientes con trastorno adaptativo. *Anales de Psicología* 31 (2), 462-271
- Vázquez AJ, Jiménez R, Vázquez-Morejón R. Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en población clínica española. *Apuntes de Psicol* 2004; 22: 247-55.
- Zeidner, M., y Saklofske, D. (1996). Adaptive and maladaptive coping. In M. Zeidner y N. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research, and applications* (pp. 505–531). Oxford: Wiley y Sons.
- Ziegler-Hill, V (2013). *Self-esteem*. East Sussex, Canada. Psychology Press.



Apéndice A: Ficha de Datos

Edad: _____

Estado Civil actual:

Soltera () Conviviente () Casada () Divorciada () Separada () Viuda ()

Con quienes vive:

Pareja () Hijos () Padres () Otros: _____

Grado de instrucción:

Primaria Incompleta () Primaria Completa () Secundaria Completa ()

Secundaria Incompleta () Técnico incompleto () Técnico Completo ()

Superior Incompleto () Superior Completo ()

Situación Laboral:

Activo () Inactivo ()

Diagnóstico:

Edad de inicio de la enfermedad:

Fecha aproximada de inicio de la enfermedad actual:

Duración del cuadro actual:

¿Toma alguna medicación?:

No () Si () Especifique cual(es):

.....
.....

¿Está llevando alguna terapia?

No () Si () Especifique cual(es):

.....
.....

¿Tiene historia familiar de salud mental?:

.....
.....

Apéndice B: Ficha de Frecuencias

		F	%
Estado Civil	Sin Pareja	30	58.80%
	Con Pareja	21	41.20%
Convivencia	Familia Nuclear	19	37.30%
	Padres	10	19.60%
	Sola	22	43.20%
Grado de Instrucción	Secundaria	4	7.80%
	Incompleta		
	Secundaria	8	15.70%
	Completa		
	Superior/Técnico	16	31.40%
	Incompleto		
Situación Laboral	Superior Técnico	23	45.10%
	Completo		
	Activo	24	47.10%
	Inactivo	27	52.90%
Edad de Inicio de Enfermedad	Niñez	10	19.60%
	Adolescencia	10	19.60%
	Adultos	28	54.90%
Fecha de Inicio de Cuadro Actual	0 - 6 meses	15	29.40%
	6-12 meses	11	21.60%
	Más de un año	25	49%
Toma Alguna Medicación	No	19	37.30%
	Si	31	62.70%
Esta Llevando Alguna Terapia	Psicologica	22	43.10%
	Psiquiatrica	1	2%
	Ambas	6	11.80%
	Ninguna	22	43.10%
Presenta Otras Enfermedades	No	36	70.60%
	Si	15	29.40%
Historia Familiar de Salud Mental	No	36	70.60%
	Si	15	29.40%

Apéndice C: Consentimiento Informado

Acepto libre y voluntariamente, sin ningún tipo de coerción de por medio, ser participante del Proyecto de Investigación que conduce Camila Rey de Castro, estudiante de último ciclo de la carrera profesional de Psicología Clínica, perteneciente a la Facultad de Letras y Ciencias Humanas de la Pontificia Universidad Católica del Perú. La tesis será asesorada por la Mg. Mónica Cassaretto, docente de la Universidad.

Entiendo que el propósito de la investigación es el de entender mejor el manejo de situaciones de estrés y como esto afecta a las personas. Se me ha explicado que, si accedo a participar en esta investigación, se me entregara una ficha sociodemográfica para llenar información sobre mi misma y luego llenare dos encuestas breves.

Se me ha informado que la participación en este estudio es estrictamente voluntaria y la información que se recoja será confidencial y no se usara para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Si en algún momento decido que no quiero seguir participando en la investigación, tengo el derecho a retirarme. Sus respuestas en el protocolo serán codificadas usando un número de investigación y por tanto, serán anónimas.

Adicionalmente, es importante resaltar que los participantes no recibirán ninguna información acerca de su desempeño en el estudio o sobre los resultados del mismo. Aquellos se publicarán en la tesis una vez concluida la investigación.

En caso de cualquier duda, inquietud o queja puede comunicarse con mcassar@pucp.edu.pe o 20142823@pucp.edu.pe o comunicarse con el 6262000 anexo 4598.

Desde ya le agradecemos por su tiempo y participación:

.....

Firma participante

.....

Firma

.....

Firma investigadora

.....

Fecha

Apéndice D: Ficha de Confiabilidad

Analisis de Confiabilidad de la Escala de Autoestima Rosenberg

Alfa de Cronbach de la Escala de Autoestima

Área	N de Elementos	Alfa de Cronbach
Autoestima	10	0.89

Correlacion Item-Test de la Subescala de Autoestima

	Correlacion elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Item 1	0.68	0.88
Item 2	0.67	0.88
Item 3	0.46	0.89
Item 4	0.60	0.88
Item 5	0.52	0.89
Item 6	0.75	0.87
Item 7	0.71	0.88
Item 8	0.68	0.88
Item 9	0.59	0.88
Item 10	0.72	0.87

Analisis de Confiabilidad del COPE

Alfa de Cronbach de la Escala COPE por areas

Área	N de Elementos	Alfa de Cronbach
Afrontamiento Activo	4	0.53
Planificacion	4	0.52
Contencion del Afrontamiento	4	0.24
Supresion de Actividades	4	0.57
Reinterpretacion Positiva y Crecimiento	4	0.61
Aceptacion	4	0.61
Enfocar y Liberar Emociones	4	0.71
Busqueda de SS razones instrumentales	4	0.77
Busqueda de SS razones emocionales	4	0.78

Desentendimiento Mental	4	0.48
Desentendimiento Conductual	4	0.63
Negacion	4	0.62
Afrontamiento Religioso	4	0.86
Uso del Humor	4	0.91

Correlacion Item-Test de la Subescala de Activo

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.27	0.5
Item 2	0.29	0.491
Item 3	0.27	0.503
Item 4	0.47	0.311

Correlacion Item-Test de la Subescala de Planificacion

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.38	0.38
Item 2	0.37	0.39
Item 3	0.46	0.29
Item 4	0.03	0.63

Correlacion Item-Test de la Subescala de Activo

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.27	0.5
Item 2	0.29	0.491
Item 3	0.27	0.503
Item 4	0.47	0.311

Correlacion Item-Test de la Subescala de Supresion

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.24	0.58
Item 2	0.39	0.46
Item 3	0.54	0.32
Item 4	0.26	0.56

Correlacion Item-Test de la Subescala de Contencion

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	-0.02	0.34
Item 2	0.36	-.192a
Item 3	0.22	0.04
Item 4	-0.04	0.41

Correlacion Item-Test de la Subescala de Reinterpretacion

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.37	0.56
Item 2	0.36	0.57
Item 3	0.50	0.46
Item 4	0.36	0.57

Correlacion Item-Test de la Subescala de Aceptacion

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.26	0.63
Item 2	0.40	0.54
Item 3	0.50	0.46
Item 4	0.42	0.52

Correlacion Item-Test de la Subescala de Enfocar

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.62	0.56
Item 2	0.40	0.69
Item 3	0.31	0.74
Item 4	0.65	0.53

Correlacion Item-Test de la Subescala de Emocionales

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.61	0.71
Item 2	0.71	0.66
Item 3	0.40	0.81
Item 4	0.63	0.70

Correlacion Item-Test de la Subescala de D. Conductual

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.21	0.71
Item 2	0.57	0.44
Item 3	0.47	0.53
Item 4	0.45	0.54

Correlacion Item-Test de la Subescala de Negacion

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.31	0.62
Item 2	0.27	0.63
Item 3	0.71	0.29
Item 4	0.35	0.58

Correlacion Item-Test de la Subescala de D. Mental

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.18	0.49
Item 2	0.29	0.39
Item 3	0.17	0.50
Item 4	0.47	0.18

Correlacion Item-Test de la Subescala de Uso de Humor

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.70	0.92
Item 2	0.78	0.88
Item 3	0.88	0.86
Item 4	0.84	0.87

Correlacion Item-Test de la Subescala de Uso de Substancias

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.51	0.80
Item 2	0.51	0.80
Item 3	0.71	0.70
Item 4	0.84	0.67

Correlacion Item-Test de la Subescala de Religioso

	<i>Correlacion elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.66	0.84
Item 2	0.81	0.78
Item 3	0.75	0.80
Item 4	0.62	0.86

*Análisis de Confiabilidad de SPANE**Alfa de Cronbach de la Escala de SPANE*

<i>Área</i>	<i>N de Elementos</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
SPANE-P	6	0.87
SPANE-N	6	0.84

Correlación Item-Test de la Subescala de SPANE-P

	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.61	0.85
Item 3	0.82	0.82
Item 5	0.65	0.85
Item 7	0.73	0.84
Item 10	0.78	0.83
Item 12	0.48	0.89

Correlación Item-Test de la Subescala de SPANE-N

	<i>Correlación elemento-total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 2	0.62	0.82
Item 4	0.76	0.79
Item 6	0.58	0.82
Item 8	0.78	0.79
Item 9	0.62	0.82
Item 11	0.41	0.85

*Análisis de Confiabilidad de la Escala de Florecimiento**Alfa de Cronbach de la Escala de Florecimiento*

<i>Área</i>	<i>N de Elementos</i>	<i>Alfa de Cronbach</i>
Florecimiento	8	0.85

Correlacion Item-Test de la Subescala de Florecimiento

	<i>Correlacion elemento- total corregida</i>	<i>Alfa de Cronbach si se elimina el elemento</i>
Item 1	0.65	0.82
Item 2	0.55	0.84
Item 3	0.62	0.83
Item 4	0.64	0.83
Item 5	0.65	0.83
Item 6	0.42	0.85
Item 7	0.54	0.84
Item 8	0.65	0.82

