

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO ANTE LA DEPRESIÓN: UN ANÁLISIS DE SU FRECUENCIA Y UTILIDAD MEDIANTE EL COPING INVENTORY OF DEPRESSION (CID)

Carmelo Vázquez¹
Universidad Complutense de Madrid

Jeffrey Ring
California School of Professional Psychology

Resumen

El *Coping Inventory of Depression (CID)*, Ring y Vázquez, 1993) es un cuestionario de autoinforme para las estrategias de afrontamiento que utiliza la gente para combatir estados de ánimo deprimidos. El *CID* proporciona información sobre la *Frecuencia y Utilidad* de las estrategias de afrontamiento y también sobre el tipo de síntomas característicos de cada persona cuando se encuentra triste. Un análisis factorial confirmó la esperable heterogeneidad de su estructura interna al proporcionar una solución rotada de 13 factores (Varianza explicada = 58%). La consistencia interna de los factores (alfa de Cronbach) osciló entre 0,36 y 0,78. Respecto al análisis de las discrepancias entre la frecuencia de uso y la utilidad juzgada de cada estrategia, los resultados muestran que ciertas estrategias de afrontamiento son más utilizadas que lo que correspondería con su utilidad percibida (e.g., Comer, Ignorar la situación, Buscar soluciones o Actividades de distracción intencional), mientras que para otras estrategias la valoración de su utilidad es mayor de lo que dicen los sujetos emplearlas (e.g., Actividades recreativas, Uso de medicamentos y expertos o vías de expresión y comunicación). Este hallazgo pone de manifiesto la importancia de evaluar no sólo la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento sino su utilidad percibida. Se discuten finalmente las implicaciones clínicas y experimentales de este nuevo instrumento.

PALABRAS CLAVE: *Depresión, afrontamiento, estrés*

¹ Correspondencia: Carmelo Vázquez, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28223 Madrid (Spain). E-mail: pspere01@SIS.UCM.ES.

Deseamos agradecer a Emerita García-Bara (Hospital de Huesca, INSALUD) sus aportaciones en la recogida de datos, y a Trinidad Soria, Jesús Esteras, Beatriz López y Eva Muñoz su ayuda en la codificación de los cuestionarios. Finalmente expresamos nuestro agradecimiento a María Crespo por sus valiosos comentarios a un borrador de este manuscrito.

Abstract

The *Coping Inventory of Depression (CID)*, Ring y Vázquez, 1993) is a self-report questionnaire aimed to measure the coping strategies that people use to cope with depression. The *CID* provides information both on the Frequency and the Utility of the coping strategies. It also provides information concerning the types of depressive symptoms that subjects exhibit when depressed. A factor analysis showed that the *CID* structure is rather heterogeneous (13 factors explained 58% of the total variance). The internal consistency of the factors (Cronbach's alpha) ranged from 0.36 to 0.79. In regard to the comparison between the frequency of use and the perceived utility of each coping factor, our results showed some interesting discrepancies. Whereas for some strategies, their frequency scores are higher than their utility scores (e.g., Eating, Ignoring the situation, Solution seeking, or Intentional distraction) for some others, their frequency scores are lower than their utility scores (e.g., Recreational activities, Medicines/Experts, or Expression/Communication). This finding reveals the importance of assessing both the frequency and the perceived efficacy of the coping strategies, a topic often neglected in the literature. Finally, we discuss both the clinical and research implications of this new instrument.

KEY WORDS: *Depression, coping, stress*

Introducción

La depresión es uno de los trastornos mentales más comunes. Los años sesenta fueron denominados la época de la ansiedad. En la actualidad, como han sugerido Perris (1987) o Klerman (1987), estaríamos en la época de la depresión. Su prevalencia vital en la población general es de *aproximadamente el 5-10%*. Las cifras de prevalencia puntual oscilan entre el 3-4% para varones, y entre el 6 y 9% para las mujeres (Vázquez y Sanz, 1995). Estas cifras generales pueden ser aún mayores para sectores de alto riesgo: mujeres (Ashurst y Hall, 1989), inmigrantes (Ring y Marquis, 1991) o personas con antecedentes familiares de depresión (Smith y Weissman, 1991).

Pero aunque en términos relativos sea muy prevalente la depresión, es imprescindible subrayar que la mayoría de la población *no padece ni padecerá* un cuadro clínico depresivo como respuesta psicológica a los muchos estresores y pérdidas que forman parte de la vida cotidiana, y que tradicionalmente se relacionan con la etiología de la depresión (e.g., abandono, pérdida de un ser querido, crisis financiera, etc.). En otras palabras, aunque prácticamente todos padecemos estados de ánimo abatido con mayor o menor frecuencia, la inmensa mayoría no llegamos a padecer un cuadro depresivo *diagnosticable con criterios diagnósticos estrictos* (p. ej., APA, 1994). Vistos los datos epidemiológicos por su reverso, indican en definitiva que un 90% de la población consigue afrontar con cierta eficacia los estresores y amenazas cotidianos evitando así cuadros depresivos de importancia. Es posible que, ante dificultades vitales cotidianas, la mayor parte de la población reaccione de modo espontáneo con estrategias eficaces ante los primeros síntomas de la depresión, "cortocircuitando" así el progreso y posterior complicación del estado anímico negativo (Nolen-Hoeksema, 1990).

El enfoque del presente trabajo se centra en averiguar qué hace una persona *cuando se siente triste* para aliviar los síntomas que experimenta. Es posible que, si

somos capaces de contestar a esta pregunta, podamos averiguar por qué unas personas se deprimen y por qué otras no. Podríamos también descubrir qué tipos de intervenciones "terapéuticas" hace la gente, guiada por su sentido común, y quizás cabría sugerir estrategias profesionales de intervención inspiradas en esas intervenciones.

Estrés, afrontamiento y depresión

La investigación sobre depresión, afrontamiento y estrés se ha centrado hasta ahora en analizar cómo situaciones de estrés pueden ayudar a *desencadenar* o facilitar la aparición de síntomas depresivos (Swindle *et al.*, 1989; Brown, 1989; Brown y Harris, 1978; Billings y Moos, 1984) y también a *mantenerlos* una vez que aparecen (Billings y Moos, 1985). Por ejemplo, está demostrado que factores psicosociales como la pobreza, la falta de apoyo social o el desempleo incrementan el riesgo de padecer depresión. Por otro lado, otra línea de estudios ha descubierto que las personas deprimidas emplean estrategias de afrontamiento *insuficientes o inadecuadas* (e.g., un aparente exceso de estrategias de *evitación* y de *descarga emocional*) para luchar contra los sucesos estresantes (Billings y Moos, 1984; Coyne, Aldwin y Lazarus, 1981; Folkman y Lazarus, 1986).

Pero las relaciones entre estrés y depresión no acaban aquí. Padecer síntomas depresivos es normalmente vivido de modo amenazante, disfórico, de modo que la propia experiencia de sentirse deprimido es *un factor estresante* para el individuo (Teasdale, 1988). Ésta es una situación vital muy concreta que, en sí misma, pudiera necesitar de respuestas de afrontamiento para combatirla. No tener apetito, no poder dormir, no tener ganas de hacer nada, no disfrutar de aquellas cosas que uno hacía antes con gusto, etc., son conocidos síntomas de depresión pero, *además*, en sí mismos son fuentes de preocupación para quien los padece. Estar deprimido puede además afectar negativamente el curso normal de las relaciones interpersonales, contribuyendo así a exacerbar los problemas iniciales (Barnett y Gotlib, 1988). En conclusión, la depresión puede ser una *respuesta* a situaciones agudas o crónicas de estrés, pero también es en sí misma una *situación estresante* al igual que sucede con otros trastornos mentales o físicos (Vázquez, Crespo y Ring, en prensa).

Dado que no todos los que afrontan en su vida situaciones graves se deprimen, seguramente podremos aprender algo sobre qué hace la gente cuando se siente triste o deprimida para combatir un estado de ánimo bajo. Naturalmente todos nos hemos sentido tristes alguna vez. Pero esto no significa que hayamos estado "deprimidos" en el sentido clínico de la palabra. La mayoría ha sido capaz de atajar o combatir este estado con determinadas *estrategias de afrontamiento*. El objetivo de esta investigación es desvelar qué estrategias emplea la gente normal para hacer frente a ese estado de ánimo.

La pregunta que surge en este contexto es *¿Qué hace usted cuando se siente deprimido?* En esta investigación evaluaremos no sólo el *tipo de estrategias* que utiliza la gente normal sino también, un aspecto algo más descuidado en la investigación, la *utilidad* de estas estrategias. Asimismo nos interesa comprobar algo a lo que apenas se ha prestado atención: *¿existe alguna relación entre el tipo de síntomas que una*

persona normal experimenta cuando se siente triste y el tipo de estrategia utilizada para combatir ese estado de ánimo negativo? Si las estrategias de afrontamiento parecen *específicas* a cada situación (Mattlin *et al.*, 1990; Crespo y Cruzado, 1994) es muy probable que personas con diferentes patrones de síntomas respondan con diferentes estrategias para luchar contra esos síntomas. Las respuestas a estas cuestiones quizás puedan ayudarnos a desarrollar estrategias clínicas para ayudar a los pacientes a afrontar mejor los primeros síntomas de la depresión en una forma preventiva.

Desarrollo del *Coping Inventory of Depression (CID)*

La británica Vicky Rippere fue la pionera en interesarse por saber qué hace la gente cuando se siente triste (Rippere, 1977-1980b). En sus investigaciones iniciales preguntaba a los sujetos «¿Qué hay que hacer cuando uno se siente deprimido?», empleando un formato de *respuestas abiertas* (Rippere, 1977a, b). Su trabajo no se centraba tanto en analizar concienzudamente qué hace cada persona en concreto cuando se siente mal sino qué *creencias generales* tiene la gente sobre cómo hay que afrontar la depresión. Como apunta Kenealy (1989), se trataba, en suma, de una investigación sobre la sabiduría popular sobre cómo superar un bajo estado de ánimo. Los resultados de Rippere demuestran que la gente comparte bastantes ideas sobre qué hacer en estos casos. Las estrategias más mencionadas por los sujetos fueron: Ver gente o amigos (36%), Buscar una explicación (34%), Salir a pasear (32%).

Esta línea de investigación ha tenido alguna continuación transcultural. En España, Caro, Miralles y Rippere (1983), siguiendo el mismo procedimiento de Rippere, mostraron que aunque hay ítems aparentemente idiosincrásicos de cada país (España y Inglaterra), existe una serie de estrategias comunes mencionadas por personas de ambos países (ej.: «Hablar con alguien», «Salir», «Pensar en la causa») ². La contribución principal de las investigaciones de Rippere y colegas es su intento de efectuar un análisis de las estrategias de afrontamiento específicamente dirigidas al control de la *depresión*. Muchos de los ítems hallados en su investigación de formato abierto (ej., «comer dulces», «viajar», «salir de paseo», etc.) han sido incorporados en nuestro cuestionario de afrontamiento *CID*.

No obstante, aun reconociendo el valor de estas primeras investigaciones, esta aproximación es insuficiente en algunos aspectos. Por un lado, las muestras empleadas en los estudios de Rippere y colaboradores son relativamente pequeñas (con cifras cercanas a 50 sujetos). Por otro lado, la pregunta efectuada a los sujetos en las investigaciones de Rippere no hace relación a lo que ellos mismos emplean cuando se sienten mal sino a lo que "*creen* que hay que hacer cuando uno se siente mal". Los trabajos de Rippere se centran más en la investigación de las "*recetas compartidas y transmitidas culturalmente*" para luchar contra la depresión que en un análisis minucioso de las estrategias que cada sujeto dice poner en juego ante situaciones difíciles. Otro aspecto importante que ni esta ni otras investigacio-

² Algunos de los ítems indicados sólo por los británicos fueron: «Dar una vuelta con el coche», «Jugar al tenis», «Ir a la piscina» o «Comer algo dulce». Algunos ítems indicados expresados sólo por los españoles fueron: «Ovidario» o «Dejar que la situación se solucione».

nes semejantes han intentado evaluar es tanto la *frecuencia* de esas estrategias como su *eficacia*, así como las diferencias de estrategias entre hombres y mujeres (Ring y Vázquez, en preparación).

Por otro lado, los cuestionarios tradicionales que miden el afrontamiento en situaciones de estrés —*WOC*, *COPE*, etc. (véase Vázquez, Crespo y Ring, en prensa) tienen sólo una relativa eficacia para la medición del afrontamiento con la depresión, dado que, como demuestran los estudios de Rippere, existen varias estrategias del afrontamiento que pudieran ser *específicas para la depresión* y no son contempladas en estos cuestionarios (ej.: «Intentar ver una comedia en la televisión para levantarme el ánimo» o «Comer»). Además, estos cuestionarios incluyen ítems que aparentemente no tienen mucho que ver con la depresión (ej.: «Dejo de intentar conseguir lo deseable»; *COPE*, Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Está claro que medir el afrontamiento respecto a situaciones estresantes no es lo mismo que medirlo respecto a estados anímicos depresivos. Son dos tareas distintas que requieren instrumentos de medida distintos.

Existen algunos instrumentos que *específicamente* han intentado evaluar estrategias de afrontamiento en la depresión (véase una revisión en Fernández-Ballesteros *et al.*, 1987, y Vázquez *et al.*, en prensa). Por ejemplo, Kleinke (1988) presentó el *Depression Coping Questionnaire (DCQ)*, que consta de 29 ítems divididos empíricamente en once factores. Nuestro *Coping Inventory of Depression (CID)* está basado en las ideas de Rippere y la metodología de Kleinke, pero extiende mucho más las áreas de afrontamiento que mide el *DCQ*.

El *CID* ha nacido precisamente con el objetivo de crear una medida válida y fiable de las estrategias para afrontar un estado de ánimo deprimido y con la intención de convertirse en una herramienta útil tanto en la investigación básica como en la aplicada. En este primer trabajo presentamos los primeros datos sobre el *CID*, extraídos de una muestra de gente normal (estudiantes universitarios). Como ya hemos indicado, el *CID* intenta primordialmente analizar qué es lo que la gente normal hace para luchar (casi siempre con éxito, a diferencia de los pacientes clínicos) con la depresión³.

Método

Muestra

Completó el *CID* un total de 491 alumnos voluntarios de 3º de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid. La administración se efectuó en sesiones colectivas. La edad media fue de 21,6 años (19-54). El porcentaje de mujeres fue de un 80% sobre la muestra total. En cuanto al estado de ánimo de la muestra, la puntuación media en el *Inventario de Depresión de Beck* se situó en 6,82 (DT = 6,14), lo que la sitúa, como grupo, dentro de los límites de la "No depresión" (véanse los puntos de corte en Vázquez, 1995)⁴.

³ En trabajos posteriores analizaremos datos del *CID* en pacientes psiquiátricos.

⁴ El *BDI* comenzó a administrarse una vez comenzada la recogida de datos del *CID* y sólo se dispone de datos para 227 sujetos.

Instrumento

Con el *CID* pretendemos conocer mejor el afrontamiento cognitivo y conductual que ponen en marcha *espontáneamente* las personas cuando se sienten tristes, deprimidas o desanimadas. Para entender estas respuestas de afrontamiento, queremos analizar bien lo siguiente:

1. Los *síntomas característicos* que manifiestan los individuos cuando se sienten tristes;
2. El nivel de *preocupación* sobre estos síntomas;
3. La *frecuencia* de uso de diversas estrategias para afrontar esos síntomas depresivos, y
4. La *utilidad* percibida de esas estrategias de afrontamiento que se ponen en marcha.

El *Coping Inventory of Depression (CID)* es un cuestionario de autoinforme dividido en dos partes⁵:

Parte 1: Síntomas depresivos. La primera parte consiste de una lista de 22 síntomas de depresión basados casi exclusivamente en el *Inventario de Depresión de Beck* en su última versión de 1978 (Beck et al., 1982; Vázquez y Sanz, 1991b). En la Tabla 1 pueden verse los ítems que componen esta primera parte del *CID* y su correspondencia con los ítems del *BDI*. EL *CID* abarca el contenido de todos los ítems del *BDI* con la excepción de tres síntomas que, dado el carácter "reactivo" de la prueba se eliminaron por juzgar que no son pertinentes como síntomas posibles ante un estado situacional de tristeza (Pérdida de peso, Falta de atractivo físico y Sensaciones de castigo). Pero el *CID*, por otro lado, añade 4 ítems que no están contemplados en el *BDI* pero sí en el *DSM-III* o en escalas de depresión como el *CES-D* («Dificultades de concentración», «Molestias o dolores corporales», «Dificultades para hablar con los demás», «Menos ganas de hacer cosas»).

Para cada uno de los 22 síntomas, el sujeto ha de indicar dos informaciones diferentes: 1) hasta qué punto el síntoma es *Característico* de su experiencia "típica" de la depresión, medido en una escala Likert de 4 puntos (desde "Nada característico" hasta "Muy característico") y 2) el nivel de *Preocupación* que le causa el síntoma, también en una escala Likert de cuatro puntos (desde "No me preocupa" hasta "Me preocupa mucho"). El cuestionario permite también que el sujeto añada al final otros síntomas que puedan ser característicos en él y que no figuren en la lista⁶.

Parte 2: Estrategias de afrontamiento. La segunda parte del *CID* evalúa el patrón de afrontamiento con la depresión. Esta segunda parte consiste en 41 ítems referidos a cogniciones y comportamientos de afrontamiento para combatir síntomas depresivos. En cada ítem el sujeto ha de indicar la *Frecuencia* con que utiliza la es-

⁵ Una reproducción de la escala se puede encontrar en Vázquez, Crespo y Ring (en prensa). Existe también una versión en inglés y con la que actualmente estamos recogiendo datos transculturales.

⁶ En este trabajo no haremos alusión al análisis de estas respuestas abiertas pues, en general, no ha habido respuestas que puedan generar nuevos ítems.

Tabla 1.

Comparación entre los síntomas cubiertos por la primera parte del *CID* y los síntomas cubiertos por el *BDI* y *CES-D*

<i>Ítems del CID</i>	<i>BDI</i>
1. Me siento irritable	
2. Disminuye mi apetito	18
3. Tengo dificultades en concentrarme	
4. Me cuesta más esfuerzo hacer cualquier cosa	15
5. Me siento más fatigado físicamente	17
6. Tengo molestias o dolores corporales	
7. Me cuesta más hablar con los demás	
8. Lloro	10
9. Tengo menos ganas de hacer las cosas	
10. Me enfado con la gente	11
11. Me siento pesimista sobre mi futuro	2
12. Disfruto menos de las cosas	4
13. Tengo menos interés por el sexo	21
14. Me siento decepcionado de mí mismo	7
15. Me autocrítico	8
16. Pasan ideas de suicidio por mi cabeza	9
17. Me gusta menos estar con gente	12
18. Me cuesta más tomar decisiones	13
19. Tengo dificultades para dormirme	16
20. Tengo ideas de fracaso personal	3
21. Me entran preocupaciones por mi salud	20
22. Me siento culpable	5

Tabla 2.

Áreas inicialmente cubiertas por el *CID* antes de su factorización

<i>Áreas de afrontamiento</i>	<i>Número de ítems</i>	<i>Ejemplos</i>
A1 Actividades	9	Salgo al cine, al teatro, etc.
A2 Actividades sociales	4	Hablo con personas que me aconsejen y apoyen.
A3 Evitación	3	Intento no pensar.
A4 Focalización en el problema	4	Establezco un plan de actividades.
A5 Fisiología	7	Bebo alcohol.
A6 Actividades pasivas	3	Rezo.
A7 Autocuidado	2	Me ducho o me baño para relajarme.
A8 Respuestas emocionales	4	Lloro para aliviarme.
A9 Evaluación cognitiva	5	Busco el aspecto humorístico de lo que está pasando.
TOTAL	(41)	

Nota: Los ítems de las nueve áreas aparecen en orden consecutivo en el formato original de la escala (reproducida en Vázquez et al., en prensa).

trategia según una escala Likert de cuatro puntos (desde «Nunca o casi nunca lo hago» hasta «Lo hago siempre o casi siempre»). Asimismo se evalúa la utilidad de la respuesta de afrontamiento en una escala Likert de cuatro puntos (desde «No me sirve para sentirme mejor» hasta «Me sirve casi siempre»). También en esta sección se permite al sujeto que indique otras estrategias de afrontamiento no contempladas en el cuestionario y las evalúe en frecuencia y utilidad.

Para la construcción de esta segunda parte, se extrajeron diversos tipos de ítems de las citadas fuentes y se agruparon en 9 categorías (véase Tabla 2) que se corresponden básicamente con las más típicas subescalas de afrontamiento derivadas teórica o empíricamente mediante análisis factoriales (véase Vázquez, Crespo y Ring, en prensa). No obstante, como veremos más adelante, la solución factorial de la escala arroja algunas diferencias respecto a esta agrupación inicial de los ítems.

Resultados

A. Análisis factorial

Aunque el *CID* constaba en principio de 9 grandes áreas de afrontamiento (véase Tabla 2), decidimos efectuar un análisis factorial de la escala para derivar matemáticamente los factores empíricos subyacentes. Para ello se emplearon las puntuaciones de cada sujeto en la escala de *Frecuencia*. Las puntuaciones obtenidas fueron sometidas a un análisis factorial puesto que el test de esfericidad de Barlett lo permitió ($B = 4052,6$; $p < 0,0001$). Se efectuó un análisis de componentes principales empleando el paquete estadístico Statview 4,02.

Escogiendo sólo los factores con valores propios mayores de 1, la solución arrojó un total de 13 factores que explicaban el 58% de la varianza total. Dada la heterogeneidad intrínseca de las estrategias de afrontamiento decidimos retener los 13 factores puesto que, además, con la excepción del primer factor, no existían diferencias apreciables en el porcentaje de varianza explicada por cada uno. Estos 13 factores fueron sometidos a una rotación Varimax lo que produjo finalmente una solución con una razonable viabilidad de interpretabilidad psicológica.

En la Tabla 3 se muestran los ítems del *CID* que saturan en cada uno de los 13 factores. Sólo se eligieron aquellos ítems con saturaciones mayores a 0,40. Con este punto de corte, ninguno de los ítems saturó en más de un factor y sólo quedaron dos ítems fuera de la solución factorial:

Ítem 28) «Pongo la televisión, la radio, el equipo de música, etc.».

Ítem 30) «Me pongo a dormir»⁷.

En cuanto a la fiabilidad de los factores, la escala muestra un índice total moderado ($\alpha = 0,75$), variando desde un $\alpha = 0,36$ para el Factor 9 (Actividades creativas) hasta un $\alpha = 0,78$ para el Factor 2 (Comer).

⁷ No obstante, el ítem 28 satura negativamente ($-0,34$) con el Factor 4 (Alcohol y Drogas) mientras que el ítem 30 satura negativamente ($-0,32$) con el Factor 5 (Actividades de utilidad). Estos índices relativamente altos de saturación hacen aconsejable no retirarlos de la versión final del *CID*.

Tabla 3.
Estructura factorial del CID. Rotación Varimax

F1: REEVALUACIÓN/BUSCAR SIGNIFICADO (Varianza: 11%; Alfa = 0.75)	
37. Intento convencerme de que no hay razón para estar deprimido	0,52
38. Intento sacar algo positivo de lo que me pasa	0,77
40. Busco el aspecto humorístico de lo que está pasando	0,64
41. Me doy ánimos a mí mismo	0,65
F2: COMER (Varianza: 6%; Alfa = 0.78)	
22. Como más de lo normal	0,83
26. Como más dulces	0,86
F3: EXPRESIÓN/COMUNICACIÓN (Varianza: 6%; Alfa = 0.60)	
11. Hablo con personas que me aconsejen y apoyen	0,63
32. Me pongo a arreglarme (vestirme bien, maquillarme, etc.) para sentirme mejor	0,41
33. Intento expresar mis sentimientos	0,76
34. Intento ocultar a los demás mis sentimientos	-0,73
35. Lloro para aliviarme	0,45
F4: ALCOHOL y DROGAS (Varianza: 5%; Alfa = 0.42)	
23. Tomo drogas como marihuana, etc.	0,62
25. Me pongo a fumar	0,40
27. Bebo alcohol	0,74
F5: ACTIVIDADES DE UTILIDAD (Varianza: 5%; Alfa = 0.49)	
7. Hago algo útil (hago bricolaje, limpio la casa, ordeno mis cosas, etc.)	0,71
8. Me pongo a trabajar	0,72
19. Establezco un plan de actividades	0,52
F6: DISTRACCIÓN INTENCIONAL (Varianza: 4%; Alfa = 0.61)	
1. Hago algo para distraerme (me voy de compras, pinto, escribo, hago crucigramas, etc.)	0,52
9. Hago cosas para no pensar	0,77
14. Intento no pensar	0,82
F7: MEDICAMENTOS/EXPERTOS (Varianza: 3%; Alfa = 0.51)	
12. Busco la ayuda de un experto	0,80
21. Tomo medicamentos (tranquilizantes, antidepresivos, etc.)	0,76
F8: IGNORAR (Varianza: 3%; Alfa = 0.59)	
15. Intento que la depresión pase por sí sola con el tiempo	0,79
16. Intento seguir como si no pasara nada	0,69
F9: ACTIVIDADES RECREATIVAS (Varianza: 3%; Alfa = 0.36)	
2. Salgo al cine, al teatro, etc.	0,48
4. Hago ejercicio o alguna actividad física (deporte, baile, etc.)	0,76
5. Viajo	0,40
F10: ACTIVIDADES DE RELAX (Varianza: 3%; Alfa = 0.47)	
6. Leo (cojo un libro o una revista)	0,61
24. Tomo alguna bebida no alcohólica (té, café, refrescos, etc.)	0,67
31. Me ducho o me baño para relajarme	0,52
F11: SALIR/ACTIVIDADES SOCIALES (Varianza: 3%; Alfa = 0.68)	
3. Salgo a dar una vuelta	0,44
10. Salgo con amigos	0,83
13. Salgo a divertirme con otras personas	0,82
F12: BUSCAR SOLUCIONES (Varianza: 3%; Alfa = 0.43)	
17. Busco una solución directa del estado de ánimo	0,41
18. Pienso en la causa del problema para sentirme mejor	0,64
20. Pienso qué harían otros en un estado parecido	0,39
36. Descargo agresividad para desahogarme	0,54
39. Me recreo en situaciones imaginarias	0,42
F13: REZAR (Varianza: 3%; Alfa = ---)	
29. Rezo	0,83

Quizás uno de los aspectos más interesantes de la solución factorial es la distinción que se efectúa sobre tipos diversos de actividades. Como puede apreciarse, existen diversos tipos de actividades que se agrupan en *factores diferentes*: de Relax, de Utilidad (es decir, actividades de trabajo o propositivas), Recreativas (o de ocio), de Actividades sociales, o aquellas destinadas intencionalmente a la Distracción.

Asimismo, las soluciones más profesionales (acudir en busca de expertos o tomar medicamentos) forman otro factor diferenciado. El factor de Rezo forma, finalmente, un factor de un único ítem.

La búsqueda de consejo en otras personas satura, a diferencia de otros estudios, con ítems que tienen más relación con una función *expresiva* emocional (p.ej.: «Lloro para aliviarme»), lo que resalta el intrínseco valor expresivo que tiene la comunicación humana (véase un resultado semejante en Crespo y Cruzado, 1994).

B. *Parámetros del CID*

FRECUENCIA DE AFRONTAMIENTO

Con el fin de comprobar si la frecuencia de uso es diferente para cada tipo de estrategia, se efectuó un ANOVA de medidas repetidas para los 13 factores de afrontamiento extraídos en el análisis factorial. Los resultados demostraron que no todas las estrategias de afrontamiento son empleadas con la misma frecuencia ($F(12, 5844) = 216,4, p < 0,0001$). Como se puede observar en la Tabla 4, las estrategias más utilizadas —con una puntuación media por encima de 2 en la escala Likert— son, por este orden, la de «Salir», «Distracción», «Evaluación Cognitiva», «Ignorar» y «Buscar soluciones». Las menos utilizadas son las de «Rezar», «Expresión» y «Medicamentos».

Tabla 4.

Valores medios de la Frecuencia de uso y Utilidad de cada una de las estrategias de afrontamiento de la depresión. Se indica también el rango de orden de los resultados en ambas variables

<i>Estrategia</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Rango</i>	<i>Utilidad</i>	<i>Rango</i>
F11 (Salir/Act. Sociales)	2,54	1	2,69	1
F6 (Distracción intencional)	2,46	2	2,27	3
F1 (Reevaluación cognitiva)	2,38	3	2,25	4
F8 (Ignorar)	2,29	4	1,91	8
F12 (Buscar soluciones)	2,25	5	2,02	5
F10 (Act. relax)	2,14	6	1,97	6
F5 (Act. de utilidad)	1,95	7	1,95	7
F2 (Comer)	1,90	8	1,38	13
F9 (Act. recreativas)	1,75	9	2,27	2
F13 (Rezar)	1,63	10	1,69	11
F4 (Alcohol/Drogas)	1,50	11	1,72	10
F3 (Expresión/Comunicación)	1,50	12	1,72	9
F7 (Medicamentos/Expertos)	1,16	13	1,44	12

sión emocional», «Alcohol y/o drogas» y finalmente, muy poco utilizada dado el carácter *no clínico* de esta muestra, se encuentra la estrategia de «Medicamentos/Ayuda de expertos». En cuanto al rango de las puntuaciones, en la escala Likert de 1 a 4, la frecuencia media de utilización osciló entre un máximo de 2,54 para el factor «Salir» y un mínimo de 1,16 para el factor «Medicamentos/Ayuda de expertos» (algo lógico dado el carácter no clínico de nuestra muestra).

UTILIDAD DEL AFRONTAMIENTO

Un ANOVA de medidas repetidas para los 13 factores respecto a la valoración de «Utilidad» efectuada por los sujetos demostró asimismo que no todas las estrategias son juzgadas igualmente útiles ($F(12, 5748) = 152,1; p < 0,0001$). Como puede apreciarse en la Tabla 4, las estrategias más útiles *no coinciden exactamente* con las más utilizadas. Las estrategias que se consideraron por término medio como «Bastante útiles» —es decir, con una puntuación superior a 2 en la escala Likert— fueron: «Salir», «Distraerse», «Actividades recreativas», «Evaluación cognitiva» y «Búsqueda de soluciones». Las juzgadas como menos útiles fueron: «Comer», «Alcohol y/o drogas», y «Medicamentos/Ayuda de expertos».

FRECUENCIA VERSUS UTILIDAD DEL AFRONTAMIENTO

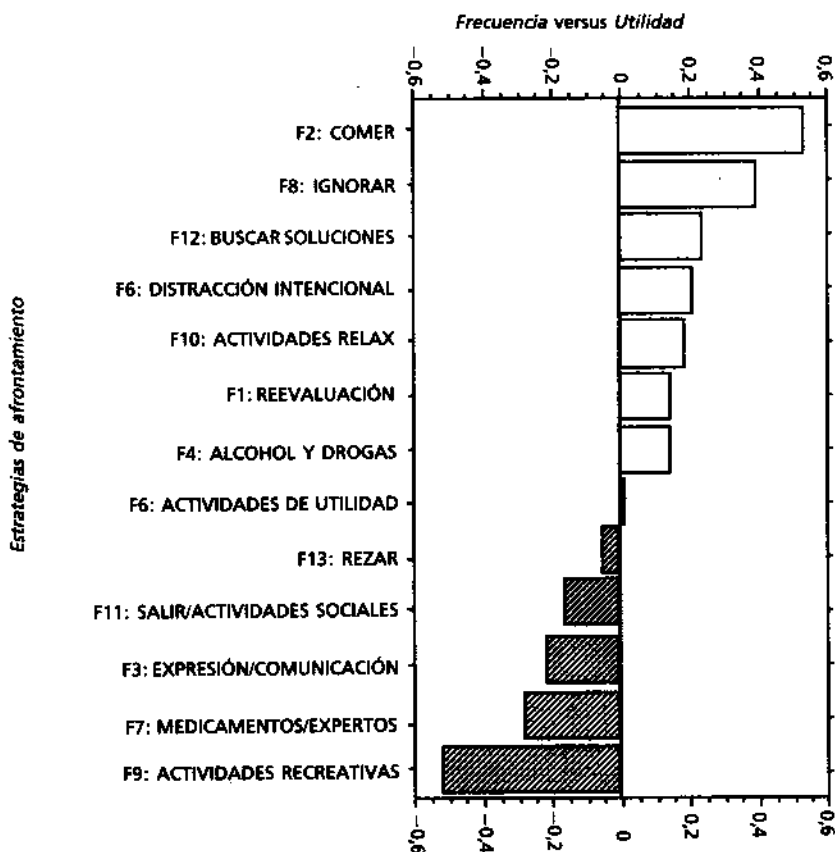
En general los resultados muestran una correlación relativamente alta y positiva entre la frecuencia de uso y la utilidad percibida ($r(480) = 0,63; p < 0,001$). Esto indica que en general la gente utiliza con más frecuencia las estrategias de afrontamiento que perciben como más eficaces para disminuir los síntomas de la depresión. La concordancia entre frecuencia y utilidad oscila entre un mínimo de 0,52 para el F7 (Medicamentos/Expertos) y 0,86 para el F13 (Rezar).

Ahora bien, no siempre existe concordancia entre frecuencia de uso y utilidad. Un primer modo de apreciar esto se puede efectuar si se analiza de nuevo la Tabla 4. Si comparamos el *ranking* de uso y el *ranking* de utilidad, los resultados son bastante llamativos. Como puede apreciarse claramente, hay dos estrategias que claramente tienen un puesto de frecuencia más alto que el de su utilidad juzgada: «Ignorar» y «Comer» son los casos más claros de esta tendencia. En el polo opuesto, es decir, estrategias de afrontamiento en las que su *ranking* de frecuencia de uso es más bajo que el de su utilidad percibida se encuentran las estrategias de «Expresión y comunicación» y sobre todo la de «Actividades recreativas». En este caso, la variación es enorme: las Actividades recreativas ocupan el puesto 9º por su frecuencia de uso pero pasan a ocupar el puesto 2º si consideramos su utilidad percibida.

Un modo más minucioso de comparar Frecuencia y Utilidad es sustraer, para cada uno de los ítems del CID, las respectivas puntuaciones de Frecuencia y Utilidad dadas por cada sujeto en cada uno de los ítems. Por lo tanto, efectuamos un ANOVA de medidas repetidas para los 13 factores respecto a las diferencias «Frecuencia-Utilidad». Los resultados muestran que no todas las diferencias son iguales para las 13 estrategias de afrontamiento ($F(12, 5748) = 152,1; p < 0,0001$) —véase la Fi-

gura 1. Lo más interesante de este patrón de resultados es la confirmación de que, en general, las *actividades* (con la excepción de las de relajación, aparentemente de tipo más pasivo) son las estrategias en las que la frecuencia es puntuada de modo más bajo que su utilidad. La única sorpresa pudiera ser la actitud positiva hacia la búsqueda de medicamentos y/o expertos que también se juzga como algo más útil de lo que realmente se hace⁸. Es posible que estas estrategias tengan un efecto distractor potente. Sin embargo, cuando uno intenta hacer cosas *para* distraerse (v.g., el factor «Distracción») esto no parece verse finalmente como muy efectivo a pesar de su uso relativamente elevado.

Figura 1. Discrepancias entre la Frecuencia de uso y la Utilidad percibida para cada uno de los 13 factores de afrontamiento para el CID. Una puntuación positiva significa que Frecuencia > Utilidad mientras que una puntuación negativa indica que Frecuencia < Utilidad



⁸ No obstante hay que recordar el hecho de que los sujetos sean alumnos de Psicología, en principio posiblemente más abiertos a la utilidad potencial de acudir a profesionales de la salud.

Como puede apreciarse en la Figura, para algunas estrategias de afrontamiento la Frecuencia es mayor que la Utilidad, mientras que para otras la situación es exactamente contraria. Estrategias como «Comer», «Ignorar», «Buscar soluciones», o «Distracción» son juzgadas como algo que se hace más frecuentemente de lo que en realidad parece ser útil. Por el contrario, «Salir/Social», «Expresión/Comunicación», «Medicamentos/Expertos» y, sobre todo, «Actividades recreativas» son estimadas como estrategias menos usadas de lo que se corresponde por su utilidad percibida. Para comparar cada una de las medias con el valor de "cero" (es decir, Frecuencia = Utilidad), efectuamos pruebas "t" de significación. Con la excepción de las «Actividades de utilidad» ($t = -0,07$, n.s.) en el resto de las estrategias la diferencia entre Frecuencia y Utilidad fue *significativa* en una u otra dirección (véase también la Figura 1).

SÍNTOMAS DEPRESIVOS Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

En primer lugar, existe una correlación alta y positiva entre el aspecto "Característico" y el aspecto "Preocupante" de algunos de los síntomas depresivos ($r_{xy}(490) = 0,77$; $p < 0,001$)⁹. Es decir, cuanto más se juzga un síntoma como característico de cómo se siente uno cuando está deprimido, es más elevada la preocupación por ese síntoma. Esta correlación positiva oscila entre 0,39 para el ítem 8 («Lloro») y 0,84 para el ítem 19 («Tengo dificultades para dormirme»).

TIPOS DE SÍNTOMAS Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO

En la Tabla 5 se puede apreciar la correlación existente entre el grado de Preocupación total con los síntomas depresivos y el Tipo de estrategia de afrontamiento empleada. Como puede apreciarse, existe una tendencia general a emplear con más frecuencia estrategias cuanta más preocupación existe. La única excepción respecto a la frecuencia de uso es la "Evaluación cognitiva": cuanta mayor es la preocupación, se reduce la probabilidad de empleo de este tipo de estrategia ($r(487) = -0,11$ ($p < 0,02$)). Determinadas estrategias (p. ej., «Buscar soluciones», «Comer», «Medicamentos/Buscar expertos») parece que son las preferidas para utilizar cuando la preocupación es alta, aunque, y esto es muy interesante, no son las estrategias más útiles (recordemos, por ejemplo, que la estrategia de «Comer» es la menos valorada en cuanto a su utilidad, véase la Tabla 4).

Sin embargo, la utilidad de estas estrategias es más cuestionable. El patrón de resultados cambia de modo significativo. En general, aquí también se observa una relación positiva entre nivel de preocupación con los síntomas depresivos y la utilidad percibida. Sin embargo, existen dos excepciones. La "evaluación cognitiva" correlaciona de nuevo negativamente con la preocupación y, asimismo, la utilidad de "Ignorar" la situación correlaciona negativamente con el nivel de preocupación.

⁹ Una explicación de esta alta correlación general es el posible efecto del formato del CID: para cada ítem el sujeto tiene que evaluar *inmediatamente* ambos parámetros, lo que pudiera aumentar artificialmente las correlaciones.

Tabla 5.

Correlaciones entre las Estrategias de Afrontamiento y el nivel de Preocupación global con los síntomas de depresión cuando uno se siente triste o deprimido (los grados de libertad oscilan entre 487 y 490)

	<i>Frecuencia</i>	<i>Utilidad</i>
F11 (Salir/Act. sociales)	-0,04	-0,09
F9 (Act. recreativas)	0,01	-0,01
F13 (Rezar)	0,06	-0,04
F8 (Ignorar)	0,08	-0,13**
F4 (Alcohol/Drogas)	0,09*	0,06
F1 (Reevaluación cognitiva)	-0,11*	-0,14**
F5 (Act. propositivas)	0,11**	0,03
F3 (Expresión/Comunicación)	0,12**	0,15**
F6 (Distracción intencional)	0,12**	0,02
F10 (Act. de relax)	0,15**	0,05
F7 (Medicamentos/Expertos)	0,21**	0,17**
F2 (Comer)	0,23**	0,15**
F12 (Buscar soluciones)	0,29**	-0,01

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

Un aspecto interesante de estos resultados es que el nivel de preocupación está relacionado con la frecuencia de uso de algunas estrategias pero, cuando se evalúa su utilidad, estas correlaciones dejan de ser significativas (Act. de utilidad, Distracción, Act. relajantes y Soluciones). En otras palabras, parece que estas estrategias de afrontamiento empiezan a utilizarse cuando uno se siente preocupado pero tienden a verse ineficaces según aumenta ese mismo nivel de preocupación. Finalmente, resulta interesante analizar la relación entre el grado de utilidad percibida y el nivel de preocupación. Cuando aumenta la preocupación, disminuye el nivel de utilidad de la Evaluación Cognitiva y aumenta el de «Medicamentos/Expertos», «Expresión/Comunicación» y, lo que resulta más sorprendente, «Comer». En este último caso, comer se juzga como algo que tiende a hacerse cuando se está más preocupado y, además, se juzga igualmente que es útil bajo esas circunstancias.

C. *Aplicabilidad de los ítems del cuestionario CID*

Con el fin de comprobar la utilidad del CID como instrumento de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la depresión, efectuamos diversos análisis sobre la pertinencia de las estrategias seleccionadas en la escala.

a. En primer lugar comprobamos hasta qué punto ciertas estrategias eran aplicables o no a nuestros sujetos. Por ejemplo, podría darse el caso de que algunos ítems fuesen tan escasamente seleccionados que no perteneciesen al dominio de estrategias de afrontamiento que las personas utilizan o dicen utilizar. Como Ben-Porath *et al.* (1991) han demostrado, no todos los ítems de los inventarios de

afrontamiento tienen aplicabilidad. Así pues, siguiendo una estrategia semejante a la utilizada por estos autores, efectuamos un análisis de la *aplicabilidad* de los ítems del *CID*. Para cada uno de los ítems analizamos en qué medida eran utilizados "siempre" o "nunca" por los sujetos; de este modo podíamos lograr cierta idea de la aplicabilidad de los ítems del *CID*. En varios ítems, al menos un 20% (N=98) de la muestra total, dijo utilizar "*Siempre*" esa estrategia como modo de afrontar la tristeza. Se trata de los ítems:

- «Pongo la televisión, la radio, el equipo de música, etc.» (36% de la muestra)¹⁰,
- «Hablo con personas que me aconsejen y apoyen» (25%),
- «Pienso en la causa del problema para sentirme mejor» (24%),
- «Me doy ánimos a mí mismo» (22%),
- «Lloro para aliviarme» (21%),
- «Hago cosas para no pensar» (20%).

Por el contrario, los ítems que al menos un 80% (N = 398) de la muestra dijeron no utilizar «*Nunca*» fueron sólo tres:

- «Tomo drogas como marihuana, etc.» (95% de la muestra),
- «Tomo medicamentos (tranquilizantes, antidepresivos, etc.)» (94%), y
- «Busco la ayuda de un experto» (86%).

A pesar de su muy escaso uso, quizás es deseable la permanencia de estos ítems en la escala no sólo por su valor informativo cualitativo en determinados casos sino, sobre todo, cuando se planea utilizar la escala *CID* en pacientes con *trastornos psicológicos*.

b. En segundo lugar, comprobamos si para cada uno de los factores extraídos los sujetos decían utilizarlos al menos con *alguna* frecuencia y les era de *alguna* utilidad. En ambos casos comparamos las puntuaciones medias en los factores con el valor *mínimo* posible teórico. De este modo comprobamos si las estrategias de afrontamiento tenían un mínimo de uso y de utilidad. De no ser así podría plantearse una reformulación de la escala construida eliminando estrategias irrelevantes. Los resultados (pruebas de significación 't' de Student), mostraron que *todos* los factores de afrontamiento sin excepción sobrepasan un mínimo de frecuencia y de utilidad cuando se comparan con un valor teórico de "cero"¹¹. En todos los casos el nivel de significación fue menor de $p < 0,001$.

Conclusiones

Los resultados obtenidos sugieren que el *CID* es un instrumento útil para evaluar lo que la gente dice hacer cuando está triste o deprimida. Aunque hay una gran diferencia entre el uso de diferentes estrategias, incluso aquellas que la mayoría dice

¹⁰ Un ítem que, curiosamente, no satura claramente en ningún factor.

¹¹ En nuestro caso, el valor teórico de comparación fue el '1' y no el '0' puesto que los valores de las escalas Likert para evaluar Frecuencia y Utilidad oscilaban entre el valor mínimo de 1 y el máximo de 4.

no utilizar «Nunca» (e.g., «Tomo drogas» o «Busco la ayuda de un experto») pueden tener cabida dentro de un cuestionario como el CID especialmente si se intenta administrar a muestras clínicas. Por otro lado, en su conjunto, todos y cada uno de los factores de afrontamiento extraídos en el CID tienen una frecuencia de uso y una utilidad estadísticamente mayores de cero para el conjunto de la muestra total (N = 491) lo que de algún modo vuelve a atestiguar la utilidad potencial del CID como instrumento clínico y de investigación.

Uno de los resultados llamativos del estudio es la confirmación de que las estrategias de afrontamiento son variadas y heterogéneas (Carver *et al.*, 1989; Crespo y Cruzado, 1994). Frente a nuestra idea inicial de que había dos o tres claras agrupaciones de actividades (e.g., Actividades sociales, Actividades de autocuidado, Actividades generales) la solución factorial arrojó un total de 13 factores con una diversidad de diferentes tipos de actividades. Esto parece indicar que, a pesar de que haya grandes tipos de estrategias generales (p. ej., Rohde *et al.*, 1990), el arsenal de estrategias utilizables para combatir la depresión es intrínsecamente variado.

En cuanto a la frecuencia de uso, nuestros resultados indican que las estrategias más utilizadas son las de «Salir y Actividades sociales», la «Distracción intencional» (es decir, hacer algo con el propósito de sentirse mejor) y la «Reevaluación de la situación». Estudios efectuados tanto con adultos (Rippere, 1977a) como con niños (Kenealy, 1989) efectivamente han hallado que este tipo de estrategias activas y/o sociales (e.g., «Jugar con amigos», «Jugar con juguetes», «Ver gente o amigos»...) son de las más utilizadas cuando uno se siente triste.

Las estrategias menos utilizadas, aparte de las aparentemente obvias del uso de «Alcohol y Drogas» o del uso de «Expertos o Medicamentos», son las de «Expresión y Comunicación», el «Rezo» y las «Actividades Recreativas». Este último dato no parece interesante porque pone de manifiesto la inercia depresiva de no hacer nada agradable o placentero cuando se está en ese estado de ánimo. Recordemos que la anhedonia es uno de los síntomas clave de la depresión clínica (APA, 1994). Sin embargo, en contraste, sí tiene cabida como estrategia muy utilizada, al menos en esta muestra no clínica, el uso *intencional* (posiblemente forzado, autoimpuesto) de salir a la calle o con amigos o de intentar hacer cosas *para* sentirse mejor. Estos datos apoyarían parcialmente la teoría de Nolen-Hoeksema (1990, 1993) en cuanto a la importancia de participar en las actividades que ligeramente le distraigan a uno de pensar menos en su propio sufrimiento, si bien nuestros datos parecen incidir en una línea de conductas *intencionales*.

Un típico mecanismo de afrontamiento señalado por prácticamente todos los autores es el de búsqueda de apoyo emocional (Vázquez *et al.*, en prensa). Sin embargo, según los datos de nuestro estudio, hablar o expresar los sentimientos cuando uno está *deprimido* no es algo muy utilizado. Este dato es interesante porque quizás se deba a una estrategia adecuada si consideramos que la gente en general rechaza a aquellas personas que se quejan de estar mal o estar tristes lo cual, a su vez, podría incrementar el aislamiento de una persona depresiva (p. ej., véase Vázquez y Sanz, 1991a, 1995).

Sin embargo, cuando se analiza la *Utilidad* percibida de las estrategias empleadas, el panorama presenta algunos cambios sustanciales y muy sugestivos. Hay estrategias en las que la frecuencia de uso percibida es mayor que su utilidad perci-

bida (e.g., «Ignorar lo que sucede» y «Comer»). Por el contrario, hay estrategias que ocupan una mejor posición en el *ranking* de la utilidad que en el de la frecuencia de uso (e.g., «Actividades recreativas» o «Expresarse/Comunicarse»)¹². Estos datos, además de incidir de nuevo en la necesidad de evaluar multidimensionalmente el *coping*, permiten sugerir algunas ideas sobre dónde deberían encaminarse posiblemente las estrategias terapéuticas: favorecer el uso de aquellas estrategias señaladas como más útiles. Los resultados parecen apoyar de alguna manera la filosofía de las intervenciones cognitivo-conductuales en la depresión, habida cuenta del énfasis de estas terapias en aumentar el comportamiento activo en las primeras fases del tratamiento (p. ej., Bas y Andrés, 1993). Estas terapias están en consonancia con el hecho de que las estrategias más pasivas y cognitivas, cuando no van asociadas a la acción, suelen resultar disfuncionales (Mattlin et al., 1990).

En cuanto a la aplicación del *CID*, aunque es un instrumento que valora tanto síntomas como estrategias de afrontamiento, creemos que su uso podría en algunos casos simplificarse, sobre todo en la clínica, eliminando la primera parte correspondiente al tipo de síntomas depresivos característicos. Por otro lado, para evitar correlaciones artificialmente altas entre "frecuencia" y "utilidad" de las estrategias, quizás sería deseable administrar el cuestionario en dos pasadas diferentes (una para juzgar la frecuencia y otra para la utilidad) —véase la nota 9.

Este estudio creemos que es un paso más en la dirección de analizar estrategias de afrontamiento específicas ante situaciones específicas, lejos de los estudios más generales sobre «estilos de afrontamiento» (Vázquez et al., en prensa). Naturalmente tiene los problemas inherentes a los estudios retrospectivos y posiblemente se necesiten estudios que se apoyen menos en una estrategia de recogida de datos como la utilizada en el *CID*. Este tipo de estudios tampoco recoge, por otra parte, un análisis *causal* de las relaciones entre afrontamiento y depresión, un tema que exige estrategias de diseño específicas (e.g., Vázquez y Ring, 1993). Otro aspecto a analizar más en profundidad puede ser el de las relaciones existentes entre las causas del estado de ánimo y las estrategias puestas en marcha. Como han demostrado claramente Mattlin et al. (1990), una situación de enfermedad y otra de dificultades interpersonales, por poner dos ejemplos, pueden requerir estrategias de afrontamiento muy diferentes y esto no es analizado en un instrumento como el *CID*. Por último hay que señalar que el *CID*, como la mayoría de los cuestionarios de afrontamiento, se basa en la percepción del sujeto y esto tiene ventajas pero también limitaciones. Como señalan Parker et al. (1986), estudios empíricos y longitudinales han demostrado que no siempre hay una coincidencia entre lo que los sujetos creen que es útil y lo que realmente es útil. Este aspecto merece la pena también ser evaluado en estudios futuros.

¹² En el estudio de Kenealy (1989) los niños menores de 15 años indicaron que lo más útil era «Jugar con amigos» y los de más de 15 años señalaron el «Estar con amigos». En todo caso, una actividad social probablemente no pasiva.

Referencias

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (4ª edición)*. Washington, D.C.: American Psychiatric Association.
- Ashurst, P. y Hall, Z. (1989). *Understanding women in distress*. Londres: Tavistock/Routledge.
- Barnett, P. A. y Gotlib, I. H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants, and consequences. *Psychological Bulletin*, 104, 97-126.
- Bas, F. y Andrés, V. (1993). *Tratamiento cognitivo-conductual de la depresión: Un manual de tratamiento*. Madrid: Fundación Universidad Empresa.
- Beck, A., Rush, A. J., Shaw, B. F. y Emery, E. (1982). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclee de Brouwer. (Original de 1979).
- Ben-Porath, Y. S., Waller, N. G. y Butcher, J. N. (1991). Assessment of coping: An empirical illustration of the problem of inapplicable items. *Journal of Personality Assessment*, 57, 162-176.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Billings, A. G. y Moos, R. H. (1985). Life stressors and social resources affect post-treatment outcomes among adults with unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 140-153.
- Brown, G. W. (1989). Depression: A radical social perspective. En K. Herbst y E. Paykel (dirs.), *Depression: An integrative approach*. Londres: Heineman Medical Books.
- Brown, G. W. y Harris, T. (1978). *The social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women*. Nueva York: Macmillan.
- Bruder-Mattson, S. F. y Hovanovitz, C. A. (1990). Coping and attributional styles as predictors of depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46, 557-564.
- Burns, D. D., Shaw, B. F. y Croker, W. (1987). Thinking styles and coping strategies of depressed women: An empirical investigation. *Behavior Research and Therapy*, 25, 223-225.
- Caro, L., Miralles, A. y Rippere, V. (1983). What's the thing to do when you're feeling depressed? A cross-cultural replication. *Behavior Research and Therapy*, 21, 477-483.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Coyne, J. C., Aldwin, C. y Lazarus, R. S. (1981). Depression and coping in stressful episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 439-447.
- Crespo, M. y Cruzado, J. A. (1994). *Coping strategies: A study of the structure of the scales in the COPE questionnaire*. Trabajo presentado en la 15th International Conference of the Society for Stress and Anxiety Research (STAR). Madrid, 14-16 de julio.
- Fernández-Ballesteros, R. (1987). Evaluación del estrés ambiental. En R. Fernández-Ballesteros (dir.), *El ambiente. Análisis psicológico*. Madrid: Pirámide.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology. *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.
- Holahan, C. J. y Moos, R. H. (1991). Life stressors, personal and social resources and depression: A 4-year structural model. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 31-38.
- Kenealy, P. (1989). Children's strategies for coping with depression. *Behavior Research and Therapy*, 27, 27-34.
- Kleinke, C. L. (1984). Comparing depression-coping strategies of schizophrenic men and depressed and nondepressed college students. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 420-426.
- Kleinke, C. L. (1988). The Depression Coping Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 516-526.
- Klerman, G. L. (1987). Cognitive dysfunction, vulnerability, and integrating theories of depression. *Integrative Psychiatry*, 5, 32-35.

- Kuyken, W. y Brewin, C. R. (1994). Stress and coping in depressed women. *Cognitive Research and Therapy*, 18, 403-412.
- Mattlin, J. A., Wethington, E. y Kessler, R. C. (1990). Situational determinants of coping and coping effectiveness. *Journal of Health and Social Behavior*, 31, 103-122.
- Muñoz, R., Ying, Y., Armas, R., Chan, F. y Garza, R. (1987). The San Francisco depression prevention research project: A randomized trial with medical outpatients. En R. Muñoz (dir.), *Depression prevention*. Nueva York: Hemisphere Publishing.
- Nolen-Hoeksema, S. (1990). Effects of responses to depression on the remediation of depressive affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 519-527.
- Nolen-Hoeksema, S. (1993). Effects of rumination and distraction on naturally occurring depressed mood. *Cognition and Emotion*, 7, 561-570.
- Parker, G., Brown, L. y Bignaut, I. (1986). Coping behaviors as predictors of the course of clinical depression. *Archives of Clinical Psychiatry*, 43, 561-565.
- Perris, C. (1987). Towards an integrating theory of depression focusing on the concept of vulnerability. *Integrative Psychiatry*, 5, 27-32.
- Ring, J. y Marquis, P. (1991). Depression in a Latino immigrant medical population: an exploratory screening and diagnosis. *American Journal of Orthopsychiatry*, 61, 298-302.
- Ring, J. y Vázquez, C. (1993). *The Coping Inventory of Depression*. California School of Professional Psychology y Facultad de Psicología (UCM).
- Ring, J. y Vázquez, C. (en preparación). *What do you do when you feel blue? A comparison of the frequency and utility of coping strategies between patients and non-patients*.
- Rippere, V. (1977a). What's the thing to do when you're feeling depressed?- a pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 439-449.
- Rippere, V. (1977b). Commonsense beliefs about depression and antidepressive behaviour. *Behaviour Research and Therapy*, 15, 465-473.
- Rippere, V. (1979). Scaling the helpfulness of antidepressive activities. *Behavior Research and Therapy*, 17, 439-449.
- Rippere, V. (1980a). Predicting consensus about propositions concerning depression and antidepressive behaviour: Another cognitive dimension of commonsense knowledge. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 79-86.
- Rippere, V. (1980b). More historical dimensions of commonsense knowledge: Spiritual consolation for the depressed. *Behaviour Research and Therapy*, 18, 549-563.
- Rohde, P., Lewinsohn, P. M., Tilson, M. y Seely, J. R. (1990). Dimensionality of coping and its relation to depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 499-511.
- Smith, A. L. y Weissman, M. M. (1991). Epidemiología de los trastornos depresivos: perspectivas nacionales e internacionales. En J. P. Feighner y W. F. Boyer (dirs.), *Diagnóstico de la depresión*. Nueva York: Wiley. (Edición especial traducida por Laboratorios Beecham).
- Steptoe, A. y Vögele, C. (1986). Are stress responses influenced by cognitive appraisal? An experimental comparison of coping strategies. *British Journal of Psychology*, 77, 243-255.
- Swindle, R. W., Cronkite, R. C. y Moos, R. H. (1989). Life stressors, social resources, coping, and the four year course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98, 468-477.
- Taylor, C. J. y Scogin, F. (1992). Dysphoria and coping in women: The effect of threat and challenge appraisals. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11, 26-42.
- Teasdale, J. D. (1988). Cognitive vulnerability to persistent depression. *Cognition and Emotion*, 2, 247-274.
- Vázquez, C. (1995). Evaluación de trastornos depresivos y bipolares. En J. Roa (dir.), *Evaluación en psicología clínica y de la salud* (pp. 163-209). Madrid: CEPE.
- Vázquez, C., Crespo, M. y Ring, J. (en prensa). Estrategias de afrontamiento. En J. Guimón, G. Berrios y A. Bulbena (dirs.), *Medición en psiquiatría*. Barcelona: Salvat.