

## **ESTRUCTURA FACTORIAL DEL “INVENTARIO DE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO” Y SU RELACIÓN CON LA REGULACIÓN EMOCIONAL, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN**

Paula Jauregui<sup>1</sup>, David Herrero-Fernández<sup>2</sup> y Ana Estévez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Deusto; <sup>2</sup>Universidad del País Vasco (España)

### **Resumen**

El afrontamiento y la regulación emocional son constructos relacionados pero diferenciados, que podrían estar implicados en distintas problemáticas psicológicas. El “Inventario de estrategias de afrontamiento” (*Coping Strategies Inventory*, CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989) es uno de los instrumentos más relevantes para medir afrontamiento. Consta de una estructura factorial de ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios, la cual no ha sido validada en español. Este estudio ha tenido como objetivo validar la estructura factorial del CSI en español y estudiar el valor predictivo del afrontamiento y las dificultades de regulación emocional en relación con la sintomatología ansioso-depresiva. La muestra ha estado compuesta por 498 participantes provenientes de centros universitarios y de recogida de muestra *online*. Se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) que apoyó la estructura original del instrumento y un análisis de regresión jerárquica que mostró el valor predictivo diferenciado del afrontamiento y la regulación emocional en relación con la sintomatología depresiva. Los resultados han permitido validar la estructura completa del CSI y obtener mayor conocimiento de la relación entre el afrontamiento y la regulación emocional.

**PALABRAS CLAVE:** *afrontamiento, validación, regulación emocional, ansiedad, depresión.*

### **Abstract**

Coping and emotion regulation are related but differentiated constructs, which may underlie different psychological disorders. The Coping Strategies Inventory (CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds, & Wigal, 1989) is one of the most relevant instruments to measure coping. It presents a factorial structure of eight primary factors, four secondary factors and two tertiary factors, which has not been validated in its Spanish adaptation. The aim of this study was to validate the factorial structure of the CSI in Spanish population, and to study the predictive value of coping and emotion regulation in relation with anxious and depressive symptomatology. The sample comprised 498 participants from universities and via

on line. Confirmatory factor analyses (CFA) were carried out, which supported the original structure of the instrument in its Spanish adaptation, and a hierarchical regression analysis was also carried out, which showed the differentiated predictive value of coping and emotion regulation in relation to depressive symptomatology. These results support the validity of the complete structure of the CSI and allowed to obtain a better knowledge of the relationship between coping and emotion regulation.

KEY WORDS: *coping, validation, emotion regulation, anxiety, depression.*

## Introducción

El afrontamiento ha sido definido originalmente como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/ o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1986, p. 164). El concepto de afrontamiento ha ido variando desde entonces y ha dado a la persona un papel más activo en todo el proceso ya que la percepción que tiene la persona del suceso afectaría al modo de afrontamiento. Como consecuencia, autores como Compas *et al.* (2001) hacen referencia al afrontamiento como los “esfuerzos conscientes y voluntarios para regular la emoción, cognición, conducta, fisiología y ambiente en respuesta a eventos o circunstancias estresantes” (p.89). Existen numerosas tipologías de clasificación con base en diversos criterios, ya sean teóricos, empíricos o una combinación de los dos (Folkman y Moskowitz, 2004; Skinner, Edge, Altman y Sherwood, 2003). En función del tipo de afrontamiento que se utilice las consecuencias podrían ser diferentes. Uno de los criterios clásicos a la hora de diferenciar entre tipos de afrontamiento ha sido la distinción entre las estrategias orientadas al problema y las estrategias orientadas a la emoción (Lazarus y Folkman, 1986). Otra distinción que se ha llevado a cabo entre las estrategias de afrontamiento ha sido entre aquellas que son adaptativas y aquellas que son desadaptativas (Zeitlin, 1980). Las estrategias de afrontamiento adaptativas podrían repercutir sobre el bienestar psicológico (González-Barrón, Montoya-Castilla, Casullo y Bernabéu-Verdú, 2002), mientras que un uso desadaptativo de las mismas está ligado a la presencia de problemáticas psicológicas (Asselmann, Wittchen, Lieb, Höfler y Beesdo-Baum, 2015; Collins, Woolfson y Durkin, 2013; Di Benedetto *et al.*, 2014).

No obstante, existe falta de acuerdo respecto a la clasificación de las estrategias de afrontamiento y autores como Skinner *et al.* (2003) remarcan la necesidad de consensuar los criterios y clasificaciones, ya que la mayoría de los instrumentos existentes no se basarían en un modelo teórico previo, sino en análisis factoriales exploratorios con falta de coherencia teórica o que no han sido replicados (Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman, 2000). Según Skinner *et al.* (2003), tan sólo cuatro instrumentos para clasificar subtipos de afrontamiento tendrían un modelo teórico de base y habrían sido empíricamente probados y validados: el “Listado de estrategias de afrontamiento para niños” (*Children’s Coping Strategies Checklist*, CCSC; Ayers, Sandier, West y Roosa, 1996), el “Cuestionario de respuestas al estrés” (*Responses to Stress*

*Questionnaire*, RSQ; Connor-Smith *et al.*, 2000), el "Inventario de respuestas al dolor para niños" (*Pain Response Inventory for Children*; Walker, Smith, Garber y VanSlyke, 1997) y el "Inventario de estrategias de afrontamiento" (*Coping Strategies Inventory*, CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989) que serían los referentes para la investigación en el ámbito de la estructura del afrontamiento.

El CSI de Tobin *et al.* (1989) es por tanto uno de los instrumentos de referencia para medir el afrontamiento desde una estructura jerárquica. Sus autores plantearon una organización del afrontamiento en distintos niveles, clasificando las estrategias de afrontamiento específicas que habían sido encontradas en otros estudios en dimensiones superiores y comprobaron empíricamente dicha clasificación. Dichas dimensiones superiores hacen referencia a la división entre estrategias orientadas a la emoción y al problema de Lazarus y Folkman (1986) y al carácter adaptativo o desadaptativo de las mismas (Zeitlin, 1980). De este modo, el instrumento original consta de 72 ítems, agrupados en ocho subescalas que hacen referencia a distintas estrategias de afrontamiento: solución de problemas, reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional, evitación de problemas, pensamiento desiderativo, aislamiento social y autocrítica. Asimismo, estas ocho subescalas se agrupan en cuatro factores secundarios (manejo adecuado centrado en el problema, manejo adecuado centrado en la emoción, manejo inadecuado centrado en el problema y manejo inadecuado centrado en la emoción) y dos factores terciarios (manejo adecuado y manejo inadecuado). Cano, Rodríguez y García (2007) llevaron a cabo la adaptación al español del instrumento. En ella, el instrumento se acortó a 40 ítems y se replicó el factor primario del instrumento original, referido a las ocho subescalas que miden estrategias de afrontamiento. Sin embargo, no se replicaron las subescalas secundarias y terciarias del instrumento original. En una adaptación a población penitenciaria en México (Rodríguez-Díaz *et al.*, 2014) se obtuvieron los mismos resultados. Nava-Quiróz, Ollua-Méndez, Vega-Valero y Soria-Trujano (2010), a su vez, intentaron replicar también la estructura original del CSI, consiguiendo resultados parciales. Los factores de segundo orden no pudieron replicarse y los factores de tercer orden tan sólo parcialmente. En este estudio, se señaló la necesidad de abordar en estudios futuros la replicación de la estructura original del CSI, que posibilitaría el uso este instrumento no sólo para medir las estrategias empleadas, sino también los estilos de afrontamiento, es decir, "las predisposiciones personales de afrontamiento, responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional" (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

De acuerdo con Cano *et al.* (2007) existen pocos instrumentos de evaluación del afrontamiento en español y los existentes presentarían una serie de limitaciones, como la excesiva longitud de los instrumentos, haber sido concebidos para muestras específicas o haber sido adaptados exclusiva o casi exclusivamente con universitarios, que indican la conveniencia de seguir investigando en el campo de los instrumentos de medida del afrontamiento. Nava-Quiróz *et al.* (2010), por su parte, hacen hincapié en la necesidad de obtener instrumentos para medir el afrontamiento con características psicométricas óptimas. El CSI se ha utilizado tanto en poblaciones clínicas como no clínicas, como es el caso de población

universitaria (Monteiro, Balogun y Oratile, 2014), población penitenciaria (Rodríguez-Díaz, Estrada-Pineda, Rodríguez-Franco y Bringas-Molleda, 2014), en estrés postraumático (Leiner, Kearns, Jackson, Astin y Rothbaum, 2012), sintomatología ansiosa y depresiva (García-Alberca *et al.*, 2012), intentos suicidas (Kattimani, Sarkar, Rajkumar y Menon, 2015), trastornos alimentarios (Jauregui-Lobera, Estébanez, Fernández, Bautista y Garrido, 2009), evaluación en salud (Costa, Cantarell, Parramon y Serón, 2014; Gaviria *et al.*, 2013), compras compulsivas (Otero-López y Villardefrancos, 2014) o en pacientes con daño cerebral (Woodrome, *et al.*, 2011), entre otros.

Otro factor íntimamente ligado al afrontamiento y que también ha sido relacionado con la presencia de problemáticas psicológicas es la regulación emocional. La regulación emocional se entiende como la habilidad de monitorizar y modular las reacciones emocionales (Gratz y Roemer, 2004; Gross y Thompson, 2007). También se ha definido como las estrategias o "procesos de iniciación, evitación, inhibición, mantenimiento o modulación de la ocurrencia, forma o duración de estados emocionales internos y procesos atencionales, psicológicos o motivacionales relacionados con la emoción" (Eisenberg y Spinard, 2004, p. 338). Las diferentes formas de regulación emocional tendrán un efecto diferencial en el desarrollo del individuo, a la vez que influirán en la forma de afrontar las relaciones con los otros (Márquez-González, Montorio, Izal y Losada, 2008). La regulación emocional cognitiva, por ejemplo, se refiere al proceso consciente y cognitivo de afrontamiento de las emociones (Garnefski *et al.*, 2002). Tanto las habilidades de afrontamiento como las de regulación emocional son fundamentales a la hora de determinar el riesgo de presentar un trastorno psicopatológico (Aldao, Nolen-Hoeksema y Schweizer, 2010; Compas y Reeslund, 2009; Curtis y Cicchetti, 2007) y ambos procesos ocuparían un lugar central en los modelos transdiagnósticos de intervención en un amplio espectro de problemáticas psicológicas (Compas, Watson, Reising y Dunbar, 2013; Kring y Sloan, 2009; Mennin, Ellard, Fresco y Gross, 2013; Trosper, Buzzella, Bennett y Ehrenreich, 2009), entre las que destacan los trastornos emocionales, tales como la ansiedad y el trastorno depresivo mayor (Campbell-Sills y Barlow, 2007; Hoffman, Sawyer, Fang y Asnaani, 2012).

Como puede verse, la regulación emocional presenta numerosos elementos en común con los procesos de afrontamiento. Como se ha indicado anteriormente, en la definición de afrontamiento se ha incluido la regulación emocional. Por ejemplo, algunas estrategias de afrontamiento contribuirían a la regulación de estados emocionales, aun cuando no sea éste su objetivo principal (Aldao *et al.*, 2010). Asimismo, cuanto mayor es la dificultad para regular emociones, mayor es la tendencia a utilizar estrategias de alejamiento del problema y de la emoción (Monteiro *et al.*, 2014). Sin embargo, pese a sus similitudes y a su interacción, se trataría de procesos diferenciados. El constructo de afrontamiento incluiría la regulación emocional pero no se reduciría a ello, sino que también incluiría otros aspectos como puede ser la solución de problemas (John y Gross, 2007). A este respecto, Compas y colaboradores (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001) consideran al afrontamiento como un aspecto dentro de un conjunto de procesos de autorregulación más amplio que

se realizan en respuesta al estrés. De esta forma, el afrontamiento se relaciona con la regulación de la emoción, cognición, conducta y fisiología. En el caso de la regulación emocional, por su parte, hace referencia específicamente a la gestión emocional en situaciones que no necesariamente han de ser estresantes sino que pueden ser tanto positivas como negativas (Folkman y Moskowitz, 2004; Webb, Miles y Sheeran, 2012). Compas *et al.* (2014) sugieren que, aunque el estudio de ambos constructos se ha llevado a cabo de manera separada y diferenciada, sería conveniente realizar también estudios que los interrelacionen e investiguen sus posibles conexiones (Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Gómez-Romero y Aradilla-Herrero, 2012).

Por tanto, los objetivos de este estudio han sido, en primer lugar, la validación de la estructura original del instrumento CSI en su adaptación en español y, en segundo lugar, estudiar la relación del afrontamiento y la regulación emocional con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, así como las interrelaciones entre el afrontamiento y la regulación emocional.

## Método

### *Participantes*

La muestra total de este estudio fue de 498 participantes. De ellos, 154 (30,9%) fueron hombres y 341 (68,5%) fueron mujeres, con una edad media de 28,21 años ( $DT= 10,17$ ). Los sujetos fueron captados por muestreo de conveniencia, tanto en centros universitarios (Universidad de Deusto y Universidad del País Vasco) (14,9%) como a través de redes sociales (Facebook) y por invitación vía e-mail, solicitando colaboración en el estudio y adjuntado un enlace para participar *online* (84,3%). El nivel educativo de los participantes fue el siguiente: estudios primarios (1,8%), estudios secundarios (8,4%), formación profesional (16,6%) y estudios universitarios (72,3%). La situación laboral de la muestra fue la siguiente: trabajadores (33,9%), estudiantes (37,7%), en paro (10,8%), estudiante y trabajador (12,8%), estudiante en paro (3,6%) y alternancia de trabajo y desempleo (0,2%). Se encontraron diferencias sociodemográficas entre la muestra universitaria y la muestra *online* en las siguientes variables: edad,  $t= 18,1(485,55)$ ;  $p= 0,00$ , sexo,  $\chi^2(1)= 7,45$ ;  $p= 0,006$ , y situación laboral,  $\chi^2(5)= 85,95$ ;  $p= 0,00$ .

### *Instrumentos*

- a) "Inventario de estrategias de afrontamiento" (*Coping Strategies Inventory*, CSI; Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal, 1989), versión adaptada al español por Cano, Rodríguez y García (2007). Es un cuestionario de autoinforme que mide estrategias de afrontamiento. La escala original consta de 72 ítems, mientras que en la adaptación a español se redujo a 40, más un ítem de medida de eficacia percibida del afrontamiento, eliminándose así los ítems que mostraban baja correlación con el factor en análisis factoriales y obteniendo un número menor y más representativo de ítems, así como mayor homogeneidad en los factores. Consta de cinco ítems en cada subescala, que se contestan en una

escala tipo Likert de 0 (“En absoluto”) a 4 (“Totalmente”). Tiene una estructura jerárquica, formada por ocho escalas primarias, cuatro secundarias y dos terciarias. Las ocho escalas primarias miden ocho estrategias de afrontamiento distintas: 1) Solución de problemas: estrategias encaminadas a eliminar el estrés modificando la situación que lo produce; 2) Reestructuración cognitiva: estrategias que modifican el significado de la situación estresante; 3) Apoyo social: estrategias referidas a la búsqueda de apoyo emocional; 4) Expresión emocional: estrategias encaminadas a liberar las emociones que acontecen en el proceso de estrés; 5) Evitación de problemas: estrategias que incluyen la negación y evitación de pensamientos o actos relacionados con el acontecimiento estresante; 6) Pensamiento desiderativo: estrategias cognitivas que reflejan el deseo de que la realidad no fuera estresante; 7) Aislamiento social: estrategias de distanciamiento de personas significativas asociadas con la reacción emocional en el proceso estresante; 8) Autocrítica: estrategias basadas en la autoinculpación y la autocrítica por la ocurrencia de la situación estresante o su inadecuado manejo. Estas ocho subescalas primarias se integran en cuatro escalas secundarias: 1) Manejo adecuado centrado en el problema, que incluye las subescalas de Solución de problemas y Reestructuración cognitiva y hace referencia a un afrontamiento adaptativo centrado en el problema; 2) Manejo adecuado centrado en la emoción, que incluye las subescalas de Apoyo social y Expresión emocional y hace referencia a un afrontamiento adaptativo centrado en el manejo de las emociones; 3) Manejo inadecuado centrado en el problema, que incluye las subescalas Evitación de problemas y Pensamiento desiderativo y hace referencia a un afrontamiento desadaptativo centrado en el problema, mediante evitación o fantasía sobre realidades alternativas pasadas, presentes o futuras; 4) Manejo inadecuado centrado en la emoción, que incluye las subescalas Aislamiento social y Autocrítica y refleja un afrontamiento desadaptativo centrado en las emociones, basado en aislamiento, autocrítica y autoinculpación. A su vez, estas cuatro escalas secundarias se agruparían en dos escalas terciarias: 1) Manejo adecuado, formado por las siguientes subescalas: Solución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social y Expresión emocional y que haría referencia a los esfuerzos activos y adaptativos por compensar la situación estresante; y 2) Manejo inadecuado, formado por las siguientes subescalas: Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Aislamiento social y Autocrítica, las cuales hacen referencia a un afrontamiento pasivo y desadaptativo. En cuanto a su consistencia interna, la CSI presenta buenas propiedades psicométricas, con un alfa de Cronbach de entre 0,63 y 0,89 en las ocho subescalas primarias en la adaptación en español, mientras que en la versión original mostró valores entre 0,72 y 0,94. Asimismo, Nava-Quiróz *et al.* (2014) encontraron valores entre 0,70 y 0,86. En este estudio, se han obtenido valores de entre 0,75 y 0,89. Además, la puntuación en la CSI muestra validez convergente con la personalidad medida por el NEO-FFI (Costa y McRae, 1999) y con la autoeficacia percibida de afrontamiento (Cano *et al.*, 2007).

- b) “Cuestionario de síntomas psicopatológicos-45” (*Symptom Assessment, SA-45*; Davison *et al.*, 1997). Este cuestionario es una versión abreviada del SCL-

90-R (Derogatis, 2002) adaptada al español por Sandín, Valiente, Chorot, Santed y Lostao (2008). La SA-45 consta de las siguientes características: (a) reducción de la extensión del cuestionario, (b) iguala las escalas a un mismo número de ítems, de modo que poseen similar fiabilidad y validez, (c) evita el solapamiento de las distintas escalas, (d) minimiza la correlación entre las escalas y (e) favorece la utilidad y uso del cuestionario. Es una herramienta de evaluación de síntomas psicopatológicos. El sujeto debe indicar cuánto ha estado presente cada uno de los 45 síntomas durante la última semana, según una escala Likert entre 0 ("Nada en absoluto") y 4 ("Mucho o extremadamente"). Consta de nueve subescalas: Depresión, Ansiedad, Ansiedad Fóbica, Hostilidad, Sensibilidad interpersonal, Obsesión-compulsión, Somatización, Ideación paranoide y Psicoticismo. En este estudio se utilizaron dos subescalas: Ansiedad y Depresión. Presenta alta consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,95 en la escala total y de 0,85 en la subescala de depresión y 0,84 en la subescala de ansiedad (Sandín *et al.*, 2008). Los análisis de validez convergente y discriminante fueron adecuados, mostrando correlación baja y negativa con el afecto positivo ( $r = 0,25$  para la subescala total y entre 0,08 y 0,37 en las subescalas) y elevadas o moderadas con el afecto negativo ( $r = 0,72$  para la escala total y entre 0,43 y 0,71 en las subescalas), considerando que eran significativas con valores de  $r$  superiores a 0,15 (Sandín *et al.*, 2008). En este estudio, ambas subescalas presentaron un alfa de Cronbach de 0,84.

- c) "Escala de dificultades en la regulación emocional" (*Difficulties in Emotion Regulation Scale*, DERS; Gratz y Roemer, 2004). La DERS evalúa diferentes aspectos de la desregulación emocional a través de la medición de diversos déficit que pueden afectar a una óptima regulación afectiva. En este estudio se utilizó la adaptación al español realizada por Hervas y Jódar (2008), en la que destaca la reducción de factores e ítems con respecto a la escala original. Consta de 28 ítems, con una escala Likert de cinco puntos (de "Casi nunca/0-10% de las veces" a "Casi siempre/90-100% de las veces") y una estructura de cinco factores: 1) Desatención emocional; 2) Rechazo emocional; 3) Confusión emocional; 4) Interferencia cotidiana; 5) Descontrol emocional. Posee índices satisfactorios de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,93 en la escala global y de entre 0,73 y 0,91 en las distintas subescalas. Además, la fiabilidad test retest evaluada en un periodo temporal de seis meses fue adecuada, lo que indica que la escala presenta una buena estabilidad temporal (Hervás y Jódar, 2008). En el presente estudio se encontró una fiabilidad para la escala global de 0,94 y una fiabilidad entre 0,82 y 0,92 en las distintas subescalas.

### *Procedimiento*

Los participantes tomaron parte en el estudio de distintas formas. Como se ha indicado anteriormente, la muestra fue obtenida tanto en centros universitarios como de manera online en redes sociales y por e-mail. Por un lado, se invitó a personas a participar a través de un mensaje público en redes sociales (perfil de

Facebook), y vía e-mail. En ambos casos, se anunció la existencia del estudio y se solicitó la participación a través de la cumplimentación de un cuestionario online, del que se adjuntó un enlace. Asimismo, algunos de los participantes reenviaron el e-mail y compartieron la publicación en sus propios perfiles de Facebook. Por otro lado, se procedió a la aplicación colectiva en centros universitarios mediante cuestionarios en papel. De acuerdo con Herrero-Fernández (2015), se ha observado que el método de aplicación de los cuestionarios (lápiz y papel vs. Internet) no afectaría a los resultados obtenidos en los mismos. En ambos casos, el cuestionario venía acompañado de una carta explicativa sobre el estudio, objetivos, voluntariedad de participación, consentimiento informado, confidencialidad y anonimato de los datos obtenidos y datos de contacto del investigador de referencia.

## Resultados

En primer lugar se analizó la estructura factorial del CSI mediante un análisis factorial confirmatorio (AFC). De este modo, se pusieron a prueba tres hipótesis acerca de la estructura factorial: en primer lugar, un modelo bifactorial con los dos factores terciarios de Manejo adecuado y Manejo inadecuado; en segundo lugar, el modelo jerárquico de cuatro factores primarios (Manejo adecuado centrado en el problema; Manejo adecuado centrado en la emoción; Manejo inadecuado centrado en el problema; Manejo inadecuado centrado en la emoción) más los dos terciarios (Manejo adecuado y Manejo inadecuado) y, finalmente, el modelo jerárquico de tres niveles, compuesto por ocho factores de primer orden (Solución de problemas, Reestructuración cognitiva, Apoyo social, Expresión emocional, Evitación de problemas, Pensamiento desiderativo, Aislamiento social, Autocrítica), cuatro de segundo orden (Manejo adecuado centrado en el problema, Manejo adecuado centrado en la emoción, Manejo inadecuado centrado en el problema, Manejo inadecuado centrado en la emoción) y dos de tercer orden (Manejo adecuado y Manejo inadecuado).

Los AFC se realizaron con el software Lisrel 8,80 (Jöreskog y Sörbom, 1996), siguiendo el método robusto de mínimos cuadrados ponderados diagonales (DWLS) por ser el más apropiado cuando el supuesto de normalidad multivariada no se cumple, como sucede en el caso de ítems respondidos a través de escalas tipo Likert. Bajo estos supuestos, este método ha mostrado mejores resultados que el método de máxima verosimilitud (Mindrila, 2010). Por otro lado, los modelos se evaluaron a través de los siguientes índices de bondad de ajuste. Por un lado, el cociente entre el estadístico  $\chi^2$  y los grados de libertad del modelo, cuyo valor ha de ser inferior a 3 para considerarse un buen ajuste (Carmines y Mclver, 1981). En segundo lugar, la raíz cuadrada media del error de aproximación (*root mean squared of error approximation*, RMSEA) con su intervalo de confianza (IC) al 90%, cuyo valor debe ser inferior a 0,08 para considerar un ajuste adecuado y menor a 0,05 para ser óptimo (Browne y Cudeck, 1993). Finalmente, el índice de ajuste comparativo (*comparative fit index*, CFI), el índice de ajuste no normado (*non-normed fit index*, NNFI), el índice de bondad de ajuste (*goodness of fit index*, GFI) y el índice de bondad de ajuste ajustado (*adjusted goodness of fit index*, AGFI),



cuyos valores han de ser superiores a 0,95 para aceptar un ajuste adecuado (Hu y Bentler, 1999).

De esta forma, se comenzó ejecutando el modelo más parsimonioso posible, compuesto únicamente por dos factores de primer orden. Los resultados mostraron un ajuste inadecuado de acuerdo con los índices evaluados:  $\chi^2/gf= 20,46$ ; RMSEA= 0,208 (IC al 90%: 0,205-0,211); CFI= 0,47; NNFI= 0,44; GFI= 0,67; AGFI= 0,64. Seguidamente se analizó el modelo jerárquico de dos niveles, contando con cuatro factores de primer orden y dos de segundo orden. Los resultados mostraron igualmente un ajuste inadecuado,  $\chi^2/gf= 12,37$ ; RMSEA= 0,159 (IC al 90%: 0,156-0,162); CFI= 0,69; NNFI= 0,67; GFI= 0,74; AGFI= 0,71. Finalmente, se probó el tercer modelo, compuesto por ocho factores de primer orden, cuatro de segundo orden y dos de tercer orden. En este caso los resultados fueron satisfactorios para todos los índices evaluados:  $\chi^2/gf= 2,44$ ; RMSEA= 0,056 (IC al 90%: 0,053-0,060); CFI= 0,96; NNFI= 0,96; GFI= 0,95; AGFI= 0,94. De esta forma, se aceptó el modelo jerárquico de tres niveles. Seguidamente se procedió a analizar la consistencia interna (alfa de Cronbach) de los factores primarios. Los resultados se pueden observar en la tabla 1, junto con el resto de estadísticos descriptivos de los ítems y factores. Tal como se puede observar, todos los factores tuvieron valores de consistencia interna superiores a 0,70. Por otro lado, todas las variables (tanto ítems como factores) tuvieron una distribución simétrica, con valores de asimetría dentro del rango  $\pm 1,5$ . Los pesos factoriales oscilaron entre 0,29 (ítem 35) y 0,95 (ítem 13), aunque todos ellos tuvieron una contribución significativa a la consistencia interna de su factor, con coeficientes de correlación ítem-total por encima de 0,30.

**Tabla 1**

Estadísticos descriptivos de los factores e ítems del "Inventario de estrategias de afrontamiento" (CSI)

| Factor/Ítem del CSI                           | <i>M</i> | <i>DT</i> | Asimetría | Saturación factorial | Error de Estimación | $r_{i-t}$ |
|---|----------|-----------|-----------|----------------------|---------------------|-----------|
| Manejo adecuado ( $\alpha= 0,90$ )            | 46,67    | 14,27     | -0,44     | -                    | -                   | -         |
| Manejo adecuado problema ( $\alpha= 0,85$ )   | 24,00    | 7,47      | -0,33     | -                    | -                   | -         |
| Solución de problemas ( $\alpha= 0,88$ )      | 13,39    | 4,37      | -0,46     | -                    | -                   | -         |
| Ítem 1  | 2,85     | 1,02      | -0,62     | 0,80                 | 0,36                | 0,69      |
| Ítem 9  | 2,77     | 1,03      | -0,60     | 0,90                 | 0,19                | 0,77      |
| Ítem 17                                       | 2,82     | 1,07      | -0,72     | 0,89                 | 0,21                | 0,77      |
| Ítem 25                                       | 2,33     | 1,14      | -0,29     | 0,74                 | 0,45                | 0,68      |
| Ítem 33                                       | 2,61     | 1,09      | -0,42     | 0,71                 | 0,49                | 0,63      |
| Reestructuración cognitiva ( $\alpha= 0,81$ ) | 10,59    | 4,55      | -0,08     | -                    | -                   | -         |
| Ítem 6  | 2,31     | 1,23      | -0,26     | -0,62                | 0,61                | 0,51      |
| Ítem 14                                       | 1,91     | 1,25      | 0,06      | -0,65                | 0,57                | 0,50      |
| Ítem 22                                       | 1,91     | 1,17      | 0,19      | -0,76                | 0,42                | 0,65      |
| Ítem 30                                       | 2,14     | 1,16      | -0,06     | -0,79                | 0,38                | 0,68      |
| Ítem 38                                       | 2,32     | 1,21      | -0,25     | -0,77                | 0,41                | 0,64      |

| Factor/Ítem del CSI   | <i>M</i> | <i>DT</i> | Asimetría | Saturación factorial | Error de Estimación | <i>r<sub>i-t</sub></i> |
|---|----------|-----------|-----------|----------------------|---------------------|------------------------|
| Manejo adecuado emoción ( $\alpha=0,90$ )                   | 22,69    | 9,13      | -0,29     | -                    | -                   | -                      |
| Expresión emocional ( $\alpha=0,85$ )                       | 10,01    | 4,95      | -0,05     | -                    | -                   | -                      |
| Ítem 3  | 2,04     | 1,20      | 0,06      | 0,77                 | 0,40                | 0,71                   |
| Ítem 11   | 2,29     | 1,29      | -0,18     | 0,91                 | 0,17                | 0,76                   |
| Ítem 19   | 2,11     | 1,22      | 0,01      | 0,85                 | 0,28                | 0,75                   |
| Ítem 27   | 2,15     | 1,24      | -0,02     | 0,91                 | 0,18                | 0,75                   |
| Ítem 35   | 1,42     | 1,29      | 0,56      | 0,29                 | 0,49                | 0,38                   |
| Apoyo social ( $\alpha=0,88$ )                              | 12,68    | 5,28      | -0,52     | -                    | -                   | -                      |
| Ítem 5  | 2,90     | 1,25      | -0,89     | 0,88                 | 0,23                | 0,74                   |
| Ítem 13   | 2,88     | 1,24      | -0,83     | 0,95                 | 0,11                | 0,79                   |
| Ítem 21   | 2,23     | 1,34      | -0,15     | 0,82                 | 0,33                | 0,71                   |
| Ítem 29   | 2,19     | 1,21      | -0,07     | 0,71                 | 0,49                | 0,58                   |
| Ítem 37   | 2,48     | 1,39      | -0,47     | 0,82                 | 0,32                | 0,72                   |
| Manejo inadecuado ( $\alpha=0,87$ )                         | 30,13    | 13,32     | 0,31      | -                    | -                   | -                      |
| Manejo inadecuado centrado en el problema ( $\alpha=0,79$ ) | 17,75    | 7,36      | 0,01      | -                    | -                   | -                      |
| Evitación de problemas ( $\alpha=0,75$ )                    | 6,01     | 4,11      | 0,61      | -                    | -                   | -                      |
| Ítem 7  | 1,37     | 1,13      | 0,63      | 0,42                 | 0,82                | 0,46                   |
| Ítem 15   | 1,23     | 1,26      | 0,70      | 0,73                 | 0,46                | 0,57                   |
| Ítem 23   | 1,48     | 1,16      | 0,48      | 0,71                 | 0,50                | 0,54                   |
| Ítem 31   | 0,98     | 1,15      | 1,01      | 0,78                 | 0,40                | 0,53                   |
| Ítem 39   | 0,94     | 1,10      | 1,04      | 0,69                 | 0,53                | 0,49                   |
| Pensamiento desiderativo ( $\alpha=0,84$ )                  | 11,74    | 5,20      | -0,17     | -                    | -                   | -                      |
| Ítem 4  | 2,25     | 1,43      | -0,11     | 0,81                 | 0,35                | 0,70                   |
| Ítem 12   | 2,48     | 1,37      | -0,35     | 0,86                 | 0,26                | 0,72                   |
| Ítem 20   | 2,43     | 1,41      | -0,33     | 0,80                 | 0,36                | 0,67                   |
| Ítem 28   | 2,37     | 1,31      | -0,23     | 0,81                 | 0,35                | 0,69                   |
| Ítem 36   | 2,18     | 1,17      | -0,04     | 0,55                 | 0,70                | 0,40                   |
| Manejo inadecuado centrado en la emoción ( $\alpha=0,86$ )  | 12,37    | 8,02      | 0,52      | -                    | -                   | -                      |
| Autocrítica ( $\alpha=0,89$ )                               | 6,94     | 5,09      | 0,56      | -                    | -                   | -                      |
| Ítem 2  | 1,49     | 1,15      | 0,50      | 0,81                 | 0,35                | 0,72                   |
| Ítem 10   | 1,49     | 1,23      | 0,40      | 0,84                 | 0,30                | 0,76                   |
| Ítem 18   | 1,44     | 1,24      | 0,57      | 0,89                 | 0,21                | 0,80                   |
| Ítem 26   | 1,32     | 1,22      | 0,68      | 0,89                 | 0,20                | 0,76                   |
| Ítem 34   | 1,23     | 1,27      | 0,71      | 0,74                 | 0,46                | 0,64                   |
| Aislamiento social ( $\alpha=0,79$ )                        | 5,42     | 4,31      | 0,76      | -                    | -                   | -                      |
| Ítem 8  | 1,50     | 1,20      | 0,46      | 0,35                 | 0,88                | 0,36                   |
| Ítem 16   | 0,82     | 1,11      | 1,34      | 0,63                 | 0,60                | 0,51                   |
| Ítem 24   | 1,03     | 1,17      | 0,99      | 0,86                 | 0,27                | 0,66                   |
| Ítem 32   | 1,03     | 1,18      | 0,94      | 0,82                 | 0,32                | 0,64                   |
| Ítem 40   | 1,03     | 1,19      | 1,08      | 0,89                 | 0,21                | 0,69                   |

Nota:  $r_{i-t}$ = correlación ítem-total.

Seguidamente se procedió a analizar la validez convergente y divergente del instrumento. Para ello en primer lugar se calcularon los coeficientes de correlación entre los factores del CSI y los de la DERS, así como con los factores de Ansiedad y Depresión del SA-45. Los resultados se detallan en la tabla 2. Tal como se puede observar, los factores del CSI correlacionaron significativamente con las medidas criterio. Concretamente, se observaron mayores correlaciones con depresión que con ansiedad. Igualmente, se observó una correlación significativa positiva entre las estrategias de manejo inadecuado y la puntuación en la DERS y una correlación significativa negativa entre la DERS y las estrategias de manejo adecuado.

Finalmente, con base en los resultados correlacionales se llevaron a cabo dos modelos de regresión jerárquica para predecir las puntuaciones en ansiedad (tabla 3) y depresión (tabla 4), introduciendo en cada modelo como predictores las variables del CSI y de la DERS que habían estado significativamente asociadas además de la edad y el sexo como variables sociodemográficas y la ansiedad en el modelo predictivo de la depresión y ésta última en el modelo predictivo de la ansiedad como covariantes para controlar su efecto. En ambos casos se introdujo en el primer paso la variable covariante (ansiedad en el modelo predictivo de la depresión y depresión en el modelo predictivo de la ansiedad); la edad y el sexo en el segundo paso; los factores de primer orden del CSI en el tercer paso y en el cuarto paso se introdujeron las variables relativas a la DERS. Tal como se puede observar, en el caso de la ansiedad las variables predictoras explicaron el 54% de la varianza, de manera que en el último paso únicamente la puntuación en depresión mantuvo la significación. En el caso de la depresión, las variables predictoras explicaron el 61% de la varianza, manteniendo la significación en el cuarto paso las variables ansiedad, solución de problemas, aislamiento social, rechazo y confusión.

**Tabla 2**  
Correlaciones bivariadas (r de Pearson) entre las variables analizadas

|                       | 1       | 2       | 3        | 4       | 5        | 6       | 7       | 8        | 9       | 10       | 11      | 12       | 13      | 14      | 15       | 16      | 17      | 18       | 19      | 20   |
|-----------------------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|----------|---------|----------|---------|----------|---------|---------|----------|---------|---------|----------|---------|------|
| 1. Depresión          | --      |         |          |         |          |         |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 2. Ansiedad           | 0,69*** | --      |          |         |          |         |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 3. DERS               | 0,24*** | 0,11*   | --       |         |          |         |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| Desatención           | 0,52*** | 0,48*** | 0,16***  | --      |          |         |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 4. DERS_ Rechazo      | 0,46*** | 0,30*** | 0,51***  | 0,46*** | --       |         |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 5. DERS_ Confusión    | 0,48*** | 0,49*** | 0,02     | 0,60*** | 0,36***  | --      |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| Interferencia         | 0,46*** | 0,48*** | 0,07     | 0,68*** | 0,47***  | 0,72*** | --      |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 7. DERS_ Descontrol   | -0,14** | -0,05   | -0,31*** | -0,11*  | -0,20*** | -0,10*  | -0,09*  | --       |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 8. CSI_ Sol. Probl.   | 0,36*** | 0,29*** | 0,11*    | 0,47*** | 0,35***  | 0,33*** | 0,34*** | 0,01     | --      |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 9. CSI_ Autocrítica   | 0,01    | 0,09    | -0,40*** | 0,05    | -0,08    | 0,13**  | 0,15**  | 0,33***  | 0,02    | --       |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 10. CSI_ Exp. Emoc    | 0,34*** | 0,30*** | 0,00     | 0,33*** | 0,26***  | 0,33*** | 0,32*** | 0,09*    | 0,41*** | 0,24***  | --      |          |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 11. CSI_ Pens. Desi.  | -0,10*  | -0,02   | -0,34*** | -0,10*  | -0,11*   | -0,05   | -0,03   | 0,36***  | 0,01    | 0,58***  | 0,17*** | --       |         |         |          |         |         |          |         |      |
| 12. CSI_ Apo. Soc.    | -0,08   | -0,02   | -0,24*** | -0,03   | -0,06    | -0,06   | -0,06   | 0,39***  | 0,08    | 0,31***  | 0,03    | 0,38***  | --      |         |          |         |         |          |         |      |
| 13. CSI_ Reest. Cog   | 0,17*** | 0,10*   | 0,12**   | 0,17*** | 0,22***  | 0,12**  | 0,13**  | -0,02    | 0,22*** | 0,01     | 0,24*** | 0,02     | 0,41*** | --      |          |         |         |          |         |      |
| 14. CSI_ Evit. Probl  | 0,41*** | 0,27*** | 0,30***  | 0,35*** | 0,42***  | 0,28*** | 0,34*** | -0,08    | 0,46*** | -0,21*** | 0,33*** | -0,35*** | -0,03   | 0,37*** | --       |         |         |          |         |      |
| 15. CSI_ Ais. Social  | -0,13** | -0,03   | -0,33*** | -0,08   | -0,16*** | -0,11*  | -0,09   | -0,83*** | 0,05    | 0,39***  | 0,07    | 0,44***  | 0,84*** | 0,24*** | -0,07    | --      |         |          |         |      |
| 16. CSI_ Ad. Probl.   | 0,34*** | 0,26*** | 0,07     | 0,33*** | 0,31***  | 0,30*** | 0,30*** | 0,06     | 0,41*** | 0,17***  | 0,84*** | 0,12**   | 0,25*** | 0,73*** | 0,44***  | 0,19*** | --      |          |         |      |
| 17. CSI_ Inad. Probl. | -0,06   | 0,04    | -0,42*** | -0,04   | -0,11*   | 0,04    | 0,06    | 0,38***  | 0,01    | 0,88***  | 0,22*** | 0,90***  | 0,39*** | 0,01    | -0,32*** | 0,46*** | 0,16*** | --       |         |      |
| 18. CSI_ Ad. Emo.     | 0,45*** | 0,33*** | 0,25***  | 0,49*** | 0,45***  | 0,35*** | 0,39*** | -0,04    | 0,88*** | -0,10*   | 0,44*** | -0,18**  | 0,03    | 0,34    | 0,82***  | -0,10   | 0,50*** | -0,17*** | --      |      |
| 19. CSI_ Inad. Emo.   | 0,46*** | 0,35*** | 0,20***  | 0,48*** | 0,45***  | 0,38*** | 0,40*** | -0,10    | 0,76*** | 0,02     | 0,73*** | -0,05    | 0,14**  | 0,60*** | 0,74***  | 0,08    | 0,85*** | -0,03    | 0,88*** | --   |
| 20. CSI_ Inadec.      | -0,11*  | 0,01    | -0,44*** | -0,07   | -0,16*** | -0,03   | -0,01   | 0,68***  | 0,03    | 0,77***  | 0,18*** | 0,81***  | 0,69*** | 0,12*   | -0,25*** | 0,82*** | 0,19*** | 0,89***  | -0,12*  | 0,02 |
| 21. CSI_ Adec.        |         |         |          |         |          |         |         |          |         |          |         |          |         |         |          |         |         |          |         |      |

Notas: CSI= Solución de problemas; Exp. Emoc= Expresión emocional; Pens. Desi= Pensamiento desiderativo; Apo. Soc= Apoyo social; Reest. Cog= Reestructuración cognitiva; Evit. Probl= Evitación de problemas; Ais. Social= Aislamiento social; Ad. Probl= Manejo adecuado del problema; Inad. Probl= Manejo inadecuado del problema; Ad. Emo= Manejo adecuado de la emoción; Inad. Emo= Manejo inadecuado de la emoción; Inadec.= Manejo inadecuado. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

**Tabla 3**  
Regresión jerárquica múltiple para predecir ansiedad

|                              | B     | E.T.B | $\beta$ |
|------------------------------|-------|-------|---------|
| Paso 1                       |       |       |         |
| Depresión                    | 0,66  | 0,03  | 0,69*** |
| Paso 2                       |       |       |         |
| Depresión                    | 0,65  | 0,03  | 0,68*** |
| Edad                         | -0,01 | 0,02  | -0,03   |
| Sexo (1= Hombre; 2= Mujer)   | 0,65  | 0,31  | 0,07*   |
| Paso 3                       |       |       |         |
| Depresión                    | 0,61  | 0,04  | 0,67*** |
| Edad                         | -0,01 | 0,02  | -0,02   |
| Sexo (1= Hombre; 2= Mujer)   | 0,60  | 0,32  | 0,07    |
| CSI_Autocrítica              | 0,03  | 0,03  | 0,03    |
| CSI_Pensamiento desiderativo | 0,05  | 0,03  | 0,06    |
| CSI_Evitación de problemas   | -0,02 | 0,04  | -0,03   |
| CSI_Aislamiento social       | -0,03 | 0,04  | -0,03   |
| Paso 4                       |       |       |         |
| Depresión                    | 0,56  | 0,04  | 0,59*** |
| Edad                         | -0,01 | 0,02  | -0,01   |
| Sexo (1= Hombre; 2= Mujer)   | 0,42  | 0,31  | 0,05    |
| CSI_Autocrítica              | -0,01 | 0,03  | -0,01   |
| CSI_Pensamiento desiderativo | 0,03  | 0,03  | 0,04    |
| CSI_Evitación de problemas   | -0,01 | 0,04  | -0,01   |
| CSI_Aislamiento social       | -0,02 | 0,04  | -0,02   |
| DERS_Desatención             | -0,01 | 0,05  | -0,01   |
| DERS_Rechazo                 | 0,04  | 0,03  | 0,07    |
| DERS_Confusión               | -0,13 | 0,07  | -0,10   |
| DERS_Interferencia           | 0,08  | 0,05  | 0,08    |
| DERS_Descontrol              | 0,08  | 0,03  | 0,14    |

Notas: E.T.B: error típico de beta no estandarizada (B). Ansiedad:  $R^2=0,48$  ( $p<0,001$ ) en paso 1;  $\Delta R^2=0,01$  ( $p<0,001$ ) en paso 2;  $\Delta R^2=0,01$  ( $p<0,001$ ) en paso 3 y  $\Delta R^2=0,04$  ( $p<0,001$ ) en paso 4. \* $p<0,05$ ; \*\* $p<0,01$ ; \*\*\* $p<0,001$ .

**Tabla 4**  
Regresión jerárquica múltiple para predecir depresión

|                              | B       | E.T.B | $\beta$  |
|------------------------------|---------|-------|----------|
| Paso 1                       |         |       |          |
| Ansiedad                     | 0,73    | 0,04  | 0,69***  |
| Paso 2                       |         |       |          |
| Ansiedad                     | 0,73    | 0,04  | 0,69***  |
| Edad                         | -0,03   | 0,02  | -0,07    |
| Sexo (1= Hombre; 2= Mujer)   | -0,40   | 0,34  | -0,06    |
| Paso 3                       |         |       |          |
| Ansiedad                     | 0,63*** | 0,04  | 0,59***  |
| Edad                         | -0,02   | 0,02  | -0,04    |
| Sexo                         | -0,16   | 0,32  | -0,02    |
| CSI_Solución de problemas    | -0,12   | 0,03  | -0,12*** |
| CSI_Autocrítica              | 0,07    | 0,03  | 0,08*    |
| CSI_Pensamiento desiderativo | 0,08    | 0,03  | 0,09**   |
| CSI_Apoyo social             | -0,02   | 0,03  | -0,03    |
| CSI_Evitación de problemas   | 0,02    | 0,04  | 0,01     |
| CSI_Aislamiento social       | 0,15    | 0,04  | 0,15***  |
| Paso 4                       |         |       |          |
| Ansiedad                     | 0,55    | 0,04  | 0,52***  |
| Edad                         | -0,01   | 0,02  | -0,03    |
| Sexo                         | -0,20   | 0,31  | -0,02    |
| CSI_Solución de problemas    | -0,07   | 0,03  | -0,07*   |
| CSI_Autocrítica              | 0,02    | 0,03  | 0,03     |
| CSI_Pensamiento desiderativo | 0,05    | 0,03  | 0,06     |
| CSI_Apoyo social             | -0,01   | 0,03  | -0,01    |
| CSI_Evitación de problemas   | 0,01    | 0,04  | 0,01     |
| CSI_Aislamiento social       | 0,10    | 0,04  | 0,10*    |
| DERS_Desatención             | 0,05    | 0,05  | 0,04     |
| DERS_Rechazo                 | 0,07    | 0,03  | 0,11*    |
| DERS_Confusión               | 0,25    | 0,06  | 0,17***  |
| DERS_Interferencia           | 0,09    | 0,05  | 0,09     |
| DERS_Descontrol              | -0,04   | 0,03  | -0,07    |

Notas: E.T.B: Error típico de beta no estandarizado (B). Depresión:  $R^2=0,48$  ( $p < 0,001$ ) en paso 1;  $\Delta R^2=0,01$  ( $p < 0,001$ ) en paso 2;  $\Delta R^2=0,08$  ( $p < 0,001$ ) en paso 3 y  $\Delta R^2=0,04$  ( $p < 0,001$ ) en paso 4. \* $p < 0,05$ ; \*\* $p < 0,01$ ; \*\*\* $p < 0,001$ .

## Discusión

Este estudio ha tenido como objetivo validar la estructura factorial de la adaptación en español del CSI. Los resultados han replicado y validado la estructura factorial original del CSI, compuesta por ocho factores de primer orden, cuatro factores de segundo orden y dos factores de tercer orden. Esto contrasta con los estudios previos de Cano *et al.* (2007), Nava-Quiróz *et al.* (2010) y Rodríguez-Díaz *et al.* (2014), en los que no se pudo replicar la estructura factorial original de este instrumento.

Uno de los factores que ha podido influir en la replicación de los factores es el tamaño de la muestra, ya que se ha aumentado con respecto a estudios anteriores y los resultados de los análisis factoriales son sensibles al tamaño de la muestra (Comrey y Lee, 1992; Everitt, 1975; MacCallum, Widama, Zhang y Hong, 1999; Marsh, Balla y McDonald, 1988). Por otra parte, el tipo de análisis factorial utilizado ha sido diferente a los empleados en estudios anteriores, siendo en este caso un análisis factorial confirmatorio frente a los análisis factoriales exploratorios de estudios previos. El análisis exploratorio no establece *a priori* la estructura de los datos sino que se explora cómo se distribuyen. Esto contrasta con el análisis factorial confirmatorio que comprueba en un modelo estableciendo *a priori* el conjunto total de las relaciones entre los elementos que lo configuran, confirmando empíricamente el modelo teóricamente propuesto (Herrero, 2010). Este enfoque podría adaptarse de manera óptima a la validación de la estructura del instrumento original que, además, se fundamenta, como se señala en la introducción, en un modelo teórico sólido y empíricamente probado (Tobin *et al.*, 1989). El análisis confirmatorio tiene como ventaja añadida el hecho de que, aparte de explorar los distintos factores, permite estimar la bondad de ajuste del modelo total y comparar distintos modelos entre sí (Brown, 2006). De este modo, se ha comprobado que el modelo que mejor ajusta es el que replica la estructura original del instrumento, con ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios, frente al modelo que incluye sólo los dos terciarios o los dos terciarios y los cuatro secundarios. Esto permite validar la estructura original del CSI en su adaptación en español, ampliando las posibilidades que este instrumento ofrece. Esto supone una mejora de los instrumentos psicométricos disponibles en lengua castellana para medir este constructo y por tanto, los estudios que se llevan a cabo en un campo tan abordado en investigación como es el del afrontamiento, lo cual es relevante dada la escasez de instrumentos psicométricos adecuados en lengua castellana para medir el afrontamiento.

En cuanto a la consistencia interna del instrumento, se han obtenido valores del alfa de Cronbach de entre 0,75 y 0,89. Estos datos mejoran los datos aportados por algunos de los estudios previos, ya que tanto Cano *et al.* (2007) como Rodríguez-Díaz *et al.* (2014) mostraban valores inferiores a 0,70 en determinadas subescalas. Los resultados obtenidos en cuanto a la consistencia interna son, por tanto, más acordes tanto en relación con la escala original (Tobin *et al.*, 1989) como en relación con los aportados por Nava-Quiróz *et al.* (2010).

Para probar la validez convergente y divergente del instrumento se ha medido su correlación con medidas de ansiedad y depresión y de dificultades de regulación emocional, obteniendo relaciones significativamente positivas con las estrategias de manejo inadecuado y significativamente negativas con las estrategias de manejo adecuado. Estos resultados son acordes con Monteiro *et al.* (2014), que encontraron que las dificultades de regulación emocional serían predictoras de las estrategias dirigidas al problema y a la emoción, tanto en el caso de las estrategias de aproximación como en las de distanciamiento, destacando la subescala de Rechazo. En este estudio, además, las correlaciones con la sintomatología ansioso-depresiva y con las dificultades de regulación emocional han sido mayores en el caso de las estrategias de manejo inadecuado que en el caso de las estrategias de

manejo adecuado. Otros estudios también han obtenido resultados en este sentido. Por ejemplo, se ha encontrado que las estrategias adaptativas (reevaluación y aceptación) tendrían de manera mayoritaria asociaciones débiles o no significativas con las problemáticas psicológicas en comparación con las estrategias desadaptativas, como la rumiación y la supresión (Aldao *et al.*, 2010; Nolen-Hoeksema y Aldao, 2011).

Otro de los objetivos de este estudio ha sido evaluar la relación del afrontamiento y la regulación emocional con la presencia de sintomatología ansiosa y depresiva. Los análisis de regresión llevados a cabo han mostrado que, en el caso de la ansiedad, sería la depresión la variable predictora principal. Estos resultados son acordes con la amplia investigación que muestra la alta comorbilidad que existe entre la ansiedad y la depresión ya que están considerados ambos como desórdenes emocionales (Brown *et al.*, 2001; Estudio Europeo de Epidemiología de los Trastornos Mentales; 2004). Unido a esto, es importante señalar que la idea de que los trastornos emocionales son entidades bien diferenciadas entre sí está en muchas ocasiones alejada de la realidad clínica (Estévez, Ramos-Cejudo y Salguero, 2015) y que, en ese sentido, la perspectiva transdiagnóstica (Kring y Sloan, 2009; Osma, Castellano, Crespo, y García-Palacios, 2015) ha tenido como objetivo identificar los procesos psicológicos principales que subyacen a diferentes psicopatologías, usualmente comórbidas entre sí, como es el caso de los trastornos emocionales. Así, se hipotetiza que diferentes variables pueden actuar como predictoras y/o mantenedoras de problemas emocionales diferentes; estas variables serían por tanto transdiagnósticas a los trastornos emocionales (Estévez *et al.*, 2015). Otras evidencias provienen de diferentes trabajos de intervención en los que se muestra que los tratamientos destinados a reducir un determinado trastorno de ansiedad, podrían reducir problemas de depresión comórbidos (Tsao, Mystkowski y Zucker, 2002). Desde una perspectiva neuropsicológica, asimismo, se encuentran pruebas de que las áreas cerebrales implicadas en diferentes problemas emocionales son comunes (Wilamowska *et al.*, 2011).

En el caso de la sintomatología depresiva, el afrontamiento sería predictor de la misma y al introducir las dificultades de regulación emocional en el modelo, tanto el afrontamiento como las dificultades de regulación emocional también serían significativos. Por tanto, ambas variables en conjunto serían predictoras de la sintomatología depresiva. Estos resultados siguen la misma línea de aquellos estudios que relacionan la sintomatología depresiva con el afrontamiento y las dificultades de regulación emocional (Sheppes, Suri y Gross, 2015; Viñas-Poch, González-Carrasco, García-Moreno, Malo-Cerrato y Casas-Aznar, 2015) y apoya aquellos estudios que proponen que ambos constructos serían claves en los modelos transdiagnósticos (Compas *et al.*, 2013; Mennin *et al.*, 2013). Además, el cambio en  $R^2$  ha sido significativo al introducir la DERS en el modelo. Es importante tener en cuenta para comprender estos resultados que según la APA (2013) dentro de la definición del trastorno depresivo mayor se encuentra el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día; la disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades; fatiga o pérdida de energía o disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, entre otros. Esto



está asociado a las dificultades de regulación emocional y relacionado con el afrontamiento como es el caso del aislamiento social, el rechazo y confusión o ansiedad. Asimismo, estos resultados sugieren que, pese a tratarse de constructos similares, no estarían solapados, puesto que el CSI no cubriría todos los aspectos relacionados con los procesos regulatorios de la emoción, por lo que sería recomendable analizar el papel específico de cada una de ellos a la hora de realizar estudios en este campo. Esto apoya las sugerencias de Compas *et al.* (2014), que propusieron que futuras investigaciones estudiaran ambos constructos como entidades separadas, pero teniendo en cuenta sus posibles conexiones. La interconexión de ambos constructos en relación a la sintomatología ansioso depresiva ha sido poco estudiada, por lo que este estudio ayuda a cubrir esta cuestión. Esto tiene implicaciones también en el trabajo clínico ya que aporta más datos en el modo en el que ambas estructuras interactúan y podría suponer que en el trabajo clínico de las dificultades de afrontamiento habría que trabajar también los aspectos de dificultades en la regulación de las emociones.

Por otra parte, los valores de las subescalas de la DERS han sido mayores que los valores de las subescalas de la CSI al introducir todas las variables en el modelo, sugiriendo un posible mayor peso de las dificultades de regulación emocional a la hora de explicar la sintomatología depresiva. Se ha sugerido que el potencial dañino de las estrategias de afrontamiento desadaptativas, como pueden ser las estrategias emocionales evitativas, podría deberse a su uso inflexible o a su falta de sensibilidad al contexto (Eifert y Forsyth, 2005). Esta idea está emergiendo como una dimensión nuclear que distinguiría entre las estrategias de regulación emocional adaptativas y no adaptativas (Bonanno, Papa, Lalande, Westphal y Coifman, 2004; Kashdan, Barrios, Forsyth y Steger, 2006). Por tanto, las dificultades de regulación emocional estarían relacionadas con el uso de estrategias desadaptativas de afrontamiento, por lo que serían necesarios futuros estudios que profundizaran en la relación entre ambas, así como en posibles efectos de interacción. Aldao *et al.* (2010), por ejemplo, sugirieron que estrategias de afrontamiento como la Solución de problemas, pese a no ser en sí una estrategia de regulación emocional, también podrían influir a nivel emocional al eliminar o modificar el estresor. Compas *et al.* (2014) hipotetizaron que los intentos de afrontamiento se apoyan en los esfuerzos para regular las emociones antes y después de que ocurra un evento estresante. Según estos autores, las habilidades deficientes de regulación emocional podrían contribuir a la aparición de estresores que son en parte el resultado de acciones del individuo y que, tras terminar la situación estresante, los problemas para regular las emociones negativas residuales podrían prolongar e intensificar las emociones negativas incluso en ausencia de una situación estresante.

Este estudio no está exento de limitaciones. En primer lugar, la muestra se ha obtenido por conveniencia, tanto en centros universitarios como a través de redes sociales. El uso de muestras estratificadas que garanticen la representatividad de la misma podría fortalecer los resultados aquí obtenidos. Por otra parte, para medir la depresión y la ansiedad se han empleado dos subescalas de una medida de cribado de sintomatología, lo que podría influenciar los resultados obtenidos. El empleo de medidas específicas de ansiedad y depresión podría arrojar resultados

diferentes en los análisis llevados a cabo. Finalmente, la validación de este instrumento se ha realizado con población general. La validación de esta escala en muestras clínicas reforzaría su validez en futuros estudios orientados a distintas poblaciones.

Como conclusión, este estudio valida la estructura original de ocho factores primarios, cuatro secundarios y dos terciarios del CSI (Tobin *et al.*, 1989) en su versión en español (Cano *et al.*, 2007) y hace hincapié en la necesidad de analizar tanto el afrontamiento como la regulación emocional y su peso específico a la hora de valorar la sintomatología depresiva, teniendo en cuenta que son constructos similares pero diferenciados y que podrían influenciarse mutuamente.

## Referencias

- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S. y Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-237.
- Alvarado, B. G., Sandín, B., Valdez-Medina, J. L., González-Arratia, N. y Rivera, S. (2012). Análisis factorial confirmatorio del cuestionario SA-45 en una muestra mexicana. *Anales de Psicología*, *28*, 426-433.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5ª ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Asselmann, E., Wittchen, H.-U., Lieb, R., Höfler, M. y Beesdo-Baum, K. (2015). Does low coping efficacy mediate the association between negative life events and incident psychopathology? A prospective-longitudinal community study in adolescents and young adults. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. Publicación avanzada en línea.
- Ayers, T. S., Sandier, I. N., West, S. G. y Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: testing alternative models of coping. *Journal of Personality*, *64*, 923-958.
- Bonanno, G. A., Papa, A., Lalande, K., Westphal, M. y Coifman, K. (2004). The importance of being flexible the ability to both enhance and suppress emotional expression predicts long-term adjustment. *Psychological Science*, *15*, 482-487.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory Factor Analysis for applied research*. Nueva York, NY: Guilford.
- Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R. y Mancill, R.B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*, 48-58.
- Browne, M. W. y Cudeck, R. (1993). Alternative ways of assessing model fit. En K. A. Bollen y J. S. Long (dirs.), *Testing structural equation models* (pp. 136-162). Newsbury Park, CA: Sage.
- Campbell-Sills, L. y Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. En J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542-559). Nueva York, NY: Guilford.
- Cano, F. J., Rodríguez Franco, L. y García Martínez, J. (2007). Adaptación española del Inventario de estrategias de afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, *35*, 29-39.
- Carmines, E. G. y McIver, J. P. (1981). Analyzing models with unobserved variables. En G. W. Borhnstedt y E. F. Borgatta (dirs.), *Social measurement: Current issues* (pp. 51-102). Beverly Hills, CA: Sage.
- Collins, S., Woolfson, L. M. y Durkin, K. (2013). Effects on coping skills and anxiety of a universal school-based mental health intervention delivered in Scottish primary schools. *School Psychology International*, *35*, 85-100.

- Compas, B., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. y Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127, 87-127.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Dunbar, J. P., Watson, K. H., Bettis, A. H., Gruhn, M. A. y Williams, E. K. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66, 71-81.
- Compas, B. E. y Reeslund, K. L. (2009). Processes of risk and resilience: Linking contexts and individuals. En R. M. Lerner y L. Steinberg (dirs.), *Handbook of adolescence* (3ª ed., pp. 561-588). Nueva York, NY: Wiley.
- Compas, B. E., Watson, K. H., Reising, M. M. y Dunbar, J. P. (2013). Stress and coping: transdiagnostic processes in child and adolescent psychopathology. En J. Ehrenrich-May y B. Chu (dirs.), *Transdiagnostic mechanisms and treatment approaches of youth psychopathology* (pp. 35-58). Nueva York, NY: Guilford.
- Comrey, A. L. y Lee, H. B. (1992). *A first course in factor analysis*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Thomsen, A. H. y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976.
- Costa, P. T. y McCrae, R. R. (1999). *Inventario NEO reducido de cinco factores (NEO-FFI): manual profesional*. Madrid: TEA.
- Costa, G., Cantarell, M. C., Parramon, G. y Serón, D. (2014). Dispositional optimism and coping strategies in patients with a kidney transplant. *Nefrología: Publicación Oficial de la Sociedad Española de Nefrología*, 34, 605-610.
- Curtis, W. J. y Cicchetti, D. (2007). Emotion and resilience: a multilevel investigation of hemispheric electroencephalogram asymmetry and emotion regulation in maltreated and nonmaltreated children. *Development and Psychopathology*, 19, 811-840.
- Davison, M. K., Bershady, B., Beiber, J., Silversmith, D., Maruish, M. E. y Kane, R. L. (1997). Development of a brief, multidimensional, self-report instrument for treatment outcomes assessment in psychiatric settings: preliminary findings. *Assessment*, 4, 259-276.
- Derogatis, L. R. (2002). *SCL-90-R. Cuestionario de 90 ítems*. Madrid: TEA.
- Di Benedetto, M., Lindner, H., Aucote, H., Churcher, J., McKenzie, S., Croning, N. y Jenkins, E. (2014). Co-morbid depression and chronic illness related to coping and physical and mental health status. *Psychology, Health & Medicine*, 19, 253-262.
- Eifert, G. H. y Forsyth, J. P. (2005). *Acceptance and Commitment Therapy for anxiety disorders: a Practitioner's treatment guide to using mindfulness, acceptance, and values-based behavior change strategies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A., Guthrie, I. K. y Reiser, M. (2000). Dispositional emotionality and regulation: their role in predicting quality of social functioning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 136-157.
- ESEMeD/MHEDEA 2000. (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 28-37.
- Estévez, A., Ramos-Cejudo, J. y Salguero, J. M. (2015). *Tratamiento transdiagnóstico de los desórdenes emocionales*. Madrid: Síntesis.
- Everitt, B. S. (1975). Multivariate analysis: the need for data, and other problems. *The British Journal of Psychiatry*, 126, 237-240.
- Fernández-Abascal, E. G. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. G. Fernández-Abascal, F. Palmero, M. Chóliz y F. Martínez (dirs.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid: Pirámide.

- Folkman, S. y Moskowitz, J. (2004). Coping: pitfalls and promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774.
- García-Alberca, J. M., Cruz, B., Lara, J. P., Garrido, V., Lara, A. y Gris, E. (2012). Anxiety and depression are associated with coping strategies in caregivers of Alzheimer's disease patients: results from the Málaga-AD study. *International Psychogeriatrics*, 24, 1325-1334.
- Garnefski, N., van den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J. y Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems. *European Journal of Personality*, 16, 403-420
- Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Quiceno, J. M., Martínez, K., Yépez, M., Echevarria, C., Contreras, F. y Pineda, R. (2013). Rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de fibromialgia. *Psicología y salud*, 16, 129-138.
- González-Barrón, R., Montoya-Castilla, I., Casullo, M. M. y Bernabéu-Verdú, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14, 363-368.
- Gratz, K. L. y Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. y Thompson, R. A. (2007). Emotion regulation: Conceptual foundations. En J. J. Gross (dir.), (2007), *Handbook of emotion regulation* (pp. 3-24). Nueva York, NY: Guilford.
- Herrero, J. (2010). El análisis factorial confirmatorio en el estudio de la estructura y estabilidad de los instrumentos de evaluación: un ejemplo con el Cuestionario de autoestima CA-14. *Intervención Psicosocial*, 19, 289-300.
- Herrero-Fernández, D. (2015). A comparison of internet-based and paper-and-pencil questionnaires in assessing driving anger in a Spanish sample. *REMA: Revista Electrónica de Metodología Aplicada*, 20, 1-15.
- Hervás, G. y Jódar, R. (2008). Adaptación al español de la Escala de dificultades en la regulación emocional. *Clinica y Salud*, 19, 139-156.
- Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Fang, A. y Asnaani, A. (2012). Emotion dysregulation model of mood and anxiety disorders. *Depression and Anxiety*, 29, 409-416.
- Hu, L. y Bentler, P.M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modelling*, 6, 1-55
- Jauregui-Lobera, I., Estébanez, S., Fernández, M. J., Bautista, E. Á. y Garrido, O. (2009). Coping strategies in eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 17, 220-226.
- John, O.P. y Gross, J. J. (2007) Individual differences in emotion regulation strategies: links to global trait, dynamic, and social cognitive constructs. En J. J. Gross (dir.), *Handbook of emotion regulation* (pp.351-372). Nueva York, NY: Guilford.
- Jöreskog, K. G. y Sörbom, D. (1996). *Lisrel 8: User's Reference Guide*. Chicago: Scientific Software International.
- Kashdan, T. B., Barrios, V., Forsyth, J. P. y Steger, M. F. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with coping and emotion regulation strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Kattimani, S., Sarkar, S., Rajkumar, R. P. y Menon, V. (2015). Stressful life events, hopelessness, and coping strategies among impulsive suicide attempters. *Journal of Neurosciences in Rural Practice*, 6, 171.
- Kring, A. M. y Sloan, D. M. (2009). *Emotion regulation and psychopathology: a transdiagnostic approach to etiology and treatment*. Nueva York, NY: Guilford.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nueva York, NY: Springer.

- Leiner, A. S., Kearns, M. C., Jackson, J. L., Astin, M. C. y Rothbaum, B. O. (2012). Avoidant coping and treatment outcome in rape-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 80*, 317-321.
- Limonero, J., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Gómez-Romero, M. J. y Aradilla-Herrero, A. (2012). Estrategias de afrontamiento resilientes y regulación emocional: predictores de satisfacción con la vida. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 20*, 183-189.
- MacCallum, R. C., Widaman, K. F., Zhang, S. y Hong, S. (1999). Sample size in factor analysis. *Psychological Methods, 4*, 84.
- Márquez, M., Montorio, I., Izal, M. y Losada, A. (2006). Predicción del nivel de ansiedad a partir de la intensidad emocional y el afrontamiento cognitivo en situaciones amenazantes en personas jóvenes y mayores. *Ansiedad y Estrés, 12*, 305-316.
- Marsh, H. W., Balla, J. R. y McDonald, R. P. (1988). Goodness-of-fit indexes in confirmatory factor analysis: the effect of sample size. *Psychological Bulletin, 103*, 391.
- Maruish, M. E., Bershady, B. y Goldstein, L. (1998). Reliability and validity of the SA-45: further evidence from a primary care setting. *Assessment, 5*, 407-419.
- Mennin, D. S., Ellard, K. K., Fresco, D. M. y Gross, J. J. (2013). United we stand: emphasizing commonalities across cognitive behavioral therapies. *Behavior Therapy, 44*, 234-248.
- Mindrila, D. (2010). Maximum likelihood (ML) and diagonally weighted least squares (DWLS) estimation procedures: a comparison of estimation bias with ordinal and multivariate non-normal data. *International Journal of Digital Society, 1*, 60-66.
- Monteiro, N. M., Balogun, S. K. y Oratile, K. N. (2014). Managing stress: the influence of gender, age and emotion regulation on coping among university students in Botswana. *International Journal of Adolescence and Youth, 19*, 153-173.
- Nava-Quiróz, C., Ollua-Méndez, P., Vega-Valero, C. Z. y Soria-Trujano, R. (2010). Inventario de estrategias de afrontamiento: una replicación. *Psicología y Salud, 20*, 213-220.
- Nolen-Hoeksema, S. y Aldao, A. (2011). Gender and age differences in emotion regulation strategies and their relationship to depressive symptoms. *Personality and Individual Differences, 51*, 704-708.
- Osma, J., Castellano, C., Crespo, E. y García-Palacios, A. (2015). El protocolo unificado para el tratamiento transdiagnóstico de los trastornos emocionales en formato grupal en el ámbito de la salud mental pública española. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual, 23*, 447-466.
- Otero-López, J. M. y Villardefrancos, E. (2014). Prevalence, sociodemographic factors, psychological distress, and coping strategies related to compulsive buying: a cross sectional study in Galicia, Spain. *BMC Psychiatry, 14*, 101.
- Rodríguez-Díaz, F. J., Estrada-Pineda, C., Rodríguez-Franco, L. y Bringas-Molleda, C. (2014). Adaptación del Inventario de estrategias de afrontamiento (CSI) a la población penitenciaria de México. *Psicología: Reflexão e Crítica, 27*, 415-423.
- Sandín, B., Valiente, R. M., Chorot, P., Santed, M. A. y Lostao, L. (2008). SA-45: forma abreviada del SCL-90. *Psicothema, 20*, 290-296.
- Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J. y Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin, 129*, 216-269.
- Sheppes, G., Suri, G. y Gross, J. J. (2015). Emotion regulation and psychopathology. *Annual review of clinical psychology, 11*, 379-405.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V. y Wigal, J. K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive therapy and research, 13*, 343-361.

- Trosper, S. E., Buzzella, B. A., Bennett, S. M. y Ehrenreich, J. T. (2009). Emotion regulation in youth with emotional disorders: implications for a united treatment approach. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12, 234-254.
- Tsao, J. C. I., Mystkowski, J. L. y Zucker, B. G. (2002). Effects of cognitive behavioral therapy for panic disorders on comorbid conditions: replication and extension. *Behavior Therapy*, 33, 493-509.
- Viñas-Poch, F., González-Carrasco, M., García-Moreno, Y., Malo-Cerrato, S. y Casas-Aznar, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31, 226-233.
- Walker, L. S., Smith, C. A., Garber, J. y Van Slyke, D. A. (1997). Development and validation of the Pain Response Inventory for Children. *Psychological Assessment*, 9, 392-405.
- Webb, T. L., Miles, E. y Sheeran, P. (2012). Dealing with feeling: a meta-analysis of the effectiveness of strategies derived from the process model of emotion regulation. *Psychological Bulletin*, 138, 775-808.
- Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K, Farchione, T. J. y Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, 27, 882-890.
- Woodrome, S. E., Yeates, K. O., Taylor, H. G., Rusin, J., Bangert, B., Dietrich, A., Nuss, K. y Wright, M. (2011). Coping strategies as a predictor of post-concussive symptoms in children with mild traumatic brain injury versus mild orthopedic injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 17, 317-326.
- Zeitlin, S. (1980). Assessing coping behavior. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, 139-144.

RECIBIDO: 29 de junio de 2015

ACEPTADO: 11 de noviembre de 2015