

# Perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento en ansiosos y depresivos chilenos

Uwe Kramp  
Universidad de Chile

De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud, la depresión se convertirá en el año 2020 en la segunda enfermedad mundial causante de incapacidad. En Chile, los trastornos ansiosos y depresivos representan casi un 28% del total de años de vida saludable perdidos por enfermedad. Esta investigación explora el perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés presente en personas acompañadas por síntomas ansiosos y depresivos. La muestra se compone de 1.179 participantes análogos chilenos (55,9% mujeres), con una media de edad de 22,23 años (rango entre 18 y 48 años). Los resultados indican diferencias estadísticamente significativas para las estrategias de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés evaluadas. Así, a medida que aumentan los síntomas ansiosos o depresivos, las estrategias de resolución de problemas sociales o de afrontamiento al estrés se muestran cada vez menos adaptativas.

*Profile of social problem solving and coping profile in anxious and depressed Chileans.* According to the Pan American Health Organization and the World Health Organization, in 2020, depression will become the second cause of disability worldwide. In Chile, anxiety and depressive disorders account for almost 28% of the total years of healthy life lost due to illness. This research seeks to explore a profile of social problem solving and coping present in people who suffer from anxious and depressive symptoms. The sample consisted of 1179 analogous Chilean participants (55.9% women), with a mean of 22.23 years (range between 18-48 years). The results suggest statistically significant differences for all social problem solving and coping strategies evaluated. Thus, if anxious or depressive symptoms increase, social problem solving or coping strategies become less adaptive.

Durante las últimas décadas, la salud mental se ha transformado en un tema prioritario. De acuerdo a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (OPS y OMS, 2001), de las diez principales alteraciones causantes de discapacidad a nivel mundial, cinco se relacionan con el área salud mental: depresión, alcoholismo, trastornos bipolares, esquizofrenia y trastornos obsesivo-compulsivos. Entre éstas, la depresión presenta una progresión especialmente preocupante. Se espera que, de ser el cuarto trastorno mental con mayor prevalencia, pase a ocupar un segundo lugar el año 2020 (World Health Organization, 2001).

En Chile, los informes entregados por el Ministerio de Salud (MINSAL) son consistentes con lo señalado por la OPS y la OMS (MINSAL, 2006; Minoletti y Zaccaria, 2005). Minoletti y Zaccaria (2005) señalan que en Chile una cuarta parte de la población ha sufrido o sufrirá algún tipo de alteración mental a lo largo de su vida. Por otro lado, la prevalencia de los principales trastornos mentales es aproximadamente de un 36%, siendo los más frecuentes la agorafobia (11,1%), la depresión mayor (9%), la distimia (8%) y el alcoholismo (6,4%).

Dada su alta prevalencia, el MINSAL publicó el año 2006 una *Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión* (MINSAL, 2006). Esta guía es específica en sus recomendaciones para realizar un tratamiento farmacológico. No así al sugerir intervenciones de tipo psicosocial o psicoterapéuticas. Solo indica, de forma genérica, la pertinencia de realizar un tratamiento de tipo conductual, cognitivo-conductual, interpersonal o de resolución de problemas sociales. Lo anterior no parece extraño si se observa el bajo número de investigaciones realizadas en Chile sobre la materia (Araya, Rojas, Fritsch, Gaete, Rojas, Simón y Peters, 2003). El presente estudio procura llenar en parte este vacío, tomando como referente la Terapia de Resolución de Problemas Sociales.

Se han desarrollado distintos instrumentos para evaluar habilidades de Resolución de Problemas Sociales. Dada la calidad de sus propiedades psicométricas, destacan el *Social Problem-Solving Inventory* (SPSI, D'Zurilla y Nezu, 1990) y su versión revisada, el *Social Problem-Solving Inventory - Revised* (SPSI-R, D'Zurilla, Nezu y Maydeu-Olivares, 2001). Este último evalúa cinco dimensiones: (a) dos de *Orientación hacia los Problemas* [Orientación Positiva hacia los Problemas (PPO) y Orientación Negativa hacia los Problemas (NPO)] y tres *estilos de Solución de Problemas* [Estilo Racional de Solución de Problemas (RPS), Estilo Impulsivo/Descuidado (ICS) y Estilo Evitativo (AS)]. De éstas, PPO y RPS suelen formar parte de comportamientos de tipo adaptativo, mientras que NPO, ICS y AS están ligados a comportamientos de tipo

desadaptativo (D'Zurilla y Nezu, 1999; A. M. Nezu, C. M. Nezu, Deaner, y D'Zurilla, 1997).

En tanto proceso genérico de afrontamiento al estrés (Skinner Edge, Altman y Sherwood, 2003), el SPSI-R se relaciona con instrumentos que miden afrontamiento al estrés situacional, como el *Indicador de Estrategias de Afrontamiento* (CSI, Amirkhan, 1990; 1994). Por ejemplo, Kramp, Maydeu-Olivares, Tous y Gallardo (2004) relacionan el SPSI-R con el CSI e indican que las dimensiones PPO y RPS del SPSI-R correlacionan positivamente con estrategias de afrontamiento de *solución de problemas* (SP) del CSI. Adicionalmente, las dimensiones PPO y RPS muestran igual patrón respecto de la dimensión *búsqueda de apoyo social* (BAS) del CSI, en tanto que la escala RPS aparece relacionada negativamente con el uso de estrategias de afrontamiento por *evitación* (EV) del CSI. Por su parte, las dimensiones NPO, ICS y AS del SPSI-R muestran una relación inversa con el uso de estrategias de afrontamiento SP del CSI.

Por otro lado, numerosos estudios relacionan el uso ineficiente de estrategias de Resolución de Problemas Sociales con presencia de malestar psicológico subjetivo y sintomatología. Por ejemplo, Chang y D'Zurilla (1996) señalan que la dimensión NPO se asocia con la presencia de afectos negativos y pesimismo, en tanto que D'Zurilla et al. (2001) sugieren que igual dimensión se relaciona positivamente con severidad sintomatológica en estudiantes universitarios. Por otro lado, Haaga, Fine, Roscow Terrill, Stewart y Beck (1995) hallan que las dimensiones de *orientación hacia los problemas* (PPO y NPO) se relacionan con presencia de síntomas depresivos en estudiantes universitarios, lo que es confirmado por D'Zurilla, Chang, Nottingham y Faccini (1998) en una muestra de pacientes depresivos e internados en un hospital psiquiátrico. También existen evidencias que indican que la habilidad para resolver problemas sociales juega un rol moderador y/o reductor de los efectos negativos del estrés en presencia de un trastorno ansioso o depresivo (Kant, D'Zurilla y Maydeu-Olivares, 1997).

En definitiva, existe evidencia internacional que sugiere la posibilidad de enriquecer sustantivamente la Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión (MINSAL, 2006). Falta replicar tales resultados en población chilena. Para tal efecto, se trabaja con una muestra de análogos chilenos, con el objetivo de analizar y formular un *perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés, presente en personas acompañadas por síntomas ansiosos y depresivos*. Como hipótesis de trabajo se explora y contrastan diferencias de perfil de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés en personas que manifiestan no presentar síntomas ansiosos o depresivos *versus* aquellas que señalan sentir tales síntomas de forma moderada-severa. Se espera que este último grupo se caracterice por exhibir: (1) déficits en el uso de estrategias de manejo racional de problemas (RPS del SPSI-R o PS del CSI bajos) y alta orientación negativa hacia los mismos (NPO alto); (2) altos niveles de impulsividad (ICS del SPSI-R alto) y evitación de problemas (AV del SPSI-R o EV del CSI alto); y (3) tendencia al aislamiento (BAS del CSI bajo). Personas con ausencia de síntomas presentarían un patrón inverso al descrito.

## Método

### Participantes

La muestra la componen 1.179 estudiantes universitarios chilenos (55,9% mujeres), pertenecientes a distintas facultades (Ar-

quitectura, Diseño y Arte; Ciencias Agropecuarias; Ciencias de la Actividad Física; Ciencias de la Ingeniería; Ciencias Económicas y Administrativas; Ciencias Sociales y Humanidades; Derecho y Educación). La media de edad de los participantes es de 22,23 años (desviación estándar= 5,33), con un rango que varía entre los 18 y 48 años.

### Procedimientos

Participaron en esta investigación estudiantes chilenos recién matriculados en una institución de educación superior privada. Luego de firmar un consentimiento informado, éstos fueron seleccionados al azar para contestar una batería de pruebas. La actividad duró aproximadamente una hora.

Los participantes respondieron una batería de pruebas compuesta por los siguientes instrumentos: Inventario de Resolución de Problemas Sociales-Revisado (SPSI-R), Inventario de Depresión de Beck (BDI), Indicador de Estrategias de Afrontamiento (CSI) e Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI). Éstos se presentaron en el orden mencionado. Todos los instrumentos aplicados cuentan con su respectiva adaptación en población chilena.

### Instrumentos

*Inventario de Resolución de Problemas Sociales Revisado* (SPSI-R, D'Zurilla y col., 2001): se compone de cinco escalas que evalúan dos dimensiones de *Orientación hacia los Problemas* [Orientación Positiva hacia los Problemas (PPO) y Orientación Negativa hacia los Problemas (NPO)] y tres *estilos de Solución de Problemas* [Estilo Racional de Solución de Problemas (RPS), Estilo Impulsivo/Descuidado (ICS) y Estilo Evitativo (AS)]. El SPSI-R se compone de 52 ítems, distribuidos de la siguiente forma: PPO= 5 ítems, NPO= 10 ítems, RPS= 20 ítems, ICS= 10 ítems y AS= 7 ítems. El inventario se contesta utilizando una escala con 5 opciones de respuesta (0= *No se aplica en nada a mí*, 1= *Se aplica levemente a mí*, 2= *Se aplica moderadamente a mí*, 3= *Se aplica mucho a mí*, y 4= *Se aplica extremadamente a mí*). Información sobre las propiedades psicométricas del SPSI-R y su adaptación en Chile puede ser consultada en D'Zurilla et al. (2001); Kramp, Rojas y Mella (2009); y Vera-Villaruel y Guerrero (2003).

*Inventario de Depresión de Beck - II* (BDI-II, Beck Depression Inventory: Beck, Steer y Brown, 1996): es un autoinforme diseñado para evaluar presencia y severidad de síntomas depresivos. Sirve como herramienta de tamizaje y consta de 21 ítems, los cuales presentan cuatro alternativas de respuesta (0 a 3 puntos), ordenadas de mayor a menor grado de severidad. Para evaluar la gradiente de síntomas depresivos, Beck et al. (1996) establecen los siguientes puntos de corte: 0-13= mínimo, 14-19= leve, 20-28= moderado y 29-63= severo. Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia (2008) sugieren respetar estos puntos de corte en población chilena. Información acerca de las propiedades psicométricas del BDI-II y su adaptación en Chile puede ser consultado en Beck et al. (1996), y Melipillán, Cova, Rincón y Valdivia (2008).

*Indicador de Estrategias de Afrontamiento* (CSI, Amirkhan, 1990; 1994): es un autoinforme diseñado para evaluar el uso de estrategias de afrontamiento situacional. Evalúa tres estrategias de afrontamiento de orden superior, como son *Solución de Problemas* (SP), *Búsqueda de Apoyo Social* (BAS) y *Evitación* (EV). El inventario consta de 33 ítems (11 por escala) y debe ser contestado utilizando una escala de 3 opciones de respuesta (1= *Nada*,

2= *Poco* y 3= *Mucho*), indicando en qué medida la estrategia de afrontamiento señalada se aplica o no a un problema vivido en los últimos seis meses. Amirkhan (1990; 1994); Kramp, Maydeu-Olivares, Tous y Gallardo (2004); y Kramp, Rojas y Mella (2009) aportan información acerca de las propiedades psicométricas del CSI y su adaptación en Chile.

*Inventario de Ansiedad Rasgo-Estado* (STAI, State-Trait Anxiety Inventory: Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg y Jacobs, 1983): es un autoinforme que permite evaluar síntomas de ansiedad, expresados como (1) un *estado* transitorio o (2) un *rasgo* personal estable. La escala de ansiedad *estado* (AE) se responde utilizando cuatro alternativas de respuestas, referidas a sentimientos experimentados en un momento concreto (0= *Nada*, 1= *Algo*, 2= *Bastante* y 3= *Mucho*). La escala de ansiedad *rasgo* (AR) se responde indicando la forma cómo la persona suele sentirse habitualmente y se responde utilizando cuatro opciones de respuesta (0= *Casi nunca*, 1= *A veces*, 2= *A menudo* y 3= *Casi siempre*). Vera-Villarroel, Celis-Atenas, Córdova-Rubio, Buela-Casal y Spielberger (2007) sugieren los siguientes puntos de corte, en población chilena, para evaluar gradiente sintomatológica. Para AE: 0-14= mínima, 15-21= leve, 22-60= moderada-severa; y para AR: 0-19= mínima, 20-25= leve, 26-60= moderada-severa. Información acerca de las propiedades psicométricas del STAI y su adaptación en Chile puede ser consultado en Spielberger et al. (1983), y Vera-Villarroel et al. (2007).

*Análisis de datos*

En primer lugar se presentan estadísticos descriptivos para cada una de las escalas utilizadas (media y desviación estándar), su con-

sistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) y la relación entre las mismas (coeficiente de correlación de Pearson). En segundo lugar se realiza un análisis múltiple de la varianza (MANOVA). El objetivo de este último análisis es comprobar las hipótesis planteadas en la introducción. Las subescalas del BDI-II y STAI actúan como variables independientes, con tres grupos de referencia: (a) síntomas ansiosos o depresivos *ausentes-mínimos*, (b) síntomas ansiosos o depresivos *leves*, y (c) síntomas ansiosos o depresivos *moderados-severos*. Las subescalas del CSI y SPSP-R operan como variables dependientes. Todos los análisis se llevan a cabo por medio del paquete estadístico IBM SPSS Statistics v.19 (SPSS e IBM, 2010).

Resultados

*Estadísticos descriptivos y correlación entre escalas*

La tabla 1 presenta las correlaciones, estadísticos descriptivos y consistencia interna de las escalas utilizadas. La matriz de correlaciones sugiere relaciones estadísticamente significativas entre todas las variables consideradas en este estudio. Se observan correlaciones moderado-altas y positivas entre las escalas BDI y STAI, con coeficientes de variación (R<sup>2</sup>) que varían entre 35 y 54%. Por otro lado, las variables sintomatológicas (BDI y STAI) presentan correlaciones estadísticamente significativas y de tipo moderado con las escalas SPSP-R y CSI consideradas. Excepción es la relación entre la escala BAS del CSI y las variables independientes, la cual muestra correlaciones bajas e incluso cercanas a cero con las escalas BDI y STAI. Sin considerar el comportamiento BAS, se observan R<sup>2</sup> que varían entre 6 y 49%, respecto de la relación en-

Tabla 1  
Correlaciones, estadísticos descriptivos y consistencia interna de las escalas utilizadas

	CSI			SPSP-R			BDI		STAI		
	SP	BAS	EV	PPO	NPO	RPS	ICS	AS	BDI	AE	AR
SP	1										
BAS	,298**	1									
EV	-,165**	,048**	1								
PPO	,522**	,081**	-,202**	1							
NPO	-,394**	,017**	,450**	-,543**	1						
RPS	,646**	,122**	-,116**	,670**	-,383**	1					
ICS	-,446**	,015**	,339**	-,397**	,613**	-,481**	1				
AS	-,424**	,036**	,373**	-,553**	,703**	-,409**	,618**	1			
BDI	-,303**	-,093**	,378**	-,329**	,579**	-,235**	,363**	,381**	1		
AE	-,312**	-,126**	,326**	-,329**	,518**	-,266**	,323**	,336**	,595**	1	
AR	-,330**	-,036**	,471**	-,401**	,702**	-,288**	,435**	,466**	,710**	,736**	1
Media	26,35	24,47	20,31	13,53	15,55	48,88	16,15	9,64	8,5	20,99	20,82
d.s.	4,49	5,13	3,89	3,11	6,94	10,79	5,78	4,65	7,024	10,11	9,36
α	,94	,94	,88	,69	,90	,92	,83	,82	,84	,92	,87

Nota: Escalas: CSI (Indicador de estrategias de afrontamiento); SP= Solución de problemas, BAS= Búsqueda de apoyo social y EV= Evitación; SPSP-R (Inventario de resolución de problemas sociales-Revisado); PPO= Orientación positiva a los problemas, NPO= Orientación negativa a los problemas, RPS= Estilo Racional de Solución de Problemas, ICS= Estilo Impulsivo/Descuidado y AS= Estilo Evitativo; BDI (Inventario de depresión de Beck); STAI (Inventario de ansiedad estado-rasgo); AE= Ansiedad estado y AR= Ansiedad rasgo. Estadísticos descriptivos: d.s.= Desviación estándar. Consistencia interna: α= alfa de Cronbach.

\*\* Todas las correlaciones son significativas en un nivel 0,01 (bilateral)

tre variables dependientes e independientes. Por último, la escala NPO del SPSI-R es la que muestra mayor relación con las escalas BDI y STAI, con  $R^2$  que varían entre 36 y 49%.

Respecto de los estadísticos descriptivos (media y desviación estándar) y consistencia interna de las escalas, las estimaciones observadas son congruentes con estudios previos en población chilena (véanse referencias en apartado instrumentos). Si se analiza el comportamiento del coeficiente alfa de Cronbach ( $\alpha$ ), la escala PPO del SPSI-R muestra un  $\alpha$  moderado de ,69. El resto de las escalas presenta un  $\alpha$  que varía entre ,82 y ,94.

#### Análisis múltiple de la varianza (MANOVA)

En primer lugar, se realiza un análisis múltiple de la varianza (MANOVA) para contrastar la interacción entre todas las variables sintomatológicas (Ansiedad Estado  $\times$  Ansiedad Rasgo  $\times$  Depresión). Los valores *F Lambda de Willks* estimados sugiere ausencia de interacción: (a) Ansiedad Estado  $\times$  Ansiedad Rasgo: *F Lambda*

*de Willks* (32, 4228)= 1,196 ( $p= ,207$ ); (b) Ansiedad Estado  $\times$  Depresión: *F Lambda de Willks* (32, 4228)= 1,108 ( $p= ,309$ ); (c) Ansiedad Rasgo  $\times$  Depresión: *F Lambda de Willks* (32, 4228)= 1,032 ( $p= ,417$ ); y (d) Ansiedad Estado  $\times$  Ansiedad Rasgo  $\times$  Depresión: *F Lambda de Willks* (56, 6177)= 1,155 ( $p= ,201$ ).

Debido a lo anterior, se procede a realizar MANOVAS independientes para cada una de las variables sintomatológicas consideradas en este estudio. Los p-valores asociados a las distintas pruebas M de Box estimadas indican que no es posible aceptar la hipótesis nula sobre igualdad de las matrices de varianzas/covarianzas, para ninguno de los modelos considerados: (a) Ansiedad Estado ( $F= 1,519, p= ,003$ ); (b) Ansiedad Rasgo ( $F= 2,269, p= ,001$ ); y (c) Depresión ( $F= 1,530, p= ,003$ ). Lo anterior era esperable, si se atiende el dispar tamaño muestral intra grupos sintomatológicos (tabla 2).

Por otro lado, la tabla 3 muestra los resultados observados tras realizar una prueba de Levene sobre igualdad de las varianzas error para cada escala del SPSI-R y CSI, en función de las gradientes sintomatológicas consideradas en este estudio (síntomas ansiosos

Tabla 2  
Análisis Múltiple de la Varianza (MANOVA) para el comportamiento de las escalas SPSI-R y CSI, en función del grado de sintomatología ansiosa o depresiva presente.

Prueba	Escala	Síntomas	Ansiedad Estado			Ansiedad Rasgo			Depresión		
			N: 0= 341, 1= 322 y 2= 516			N: 0= 572, 1= 272 y 2= 335			N: 0= 949, 1= 119 y 2= 111		
			Media	d.s.	F $\lambda$ Willks	Media	d.s.	F $\lambda$ Willks	Media	d.s.	F $\lambda$ Willks
SPSI-R	PPO	0	14,84	2,88		14,53	2,87		13,94	2,91	
		1	13,57	2,80	56,869**	13,29	2,97	79,634**	12,43	3,31	52,178**
		2	12,63	3,12		12,01	2,95		11,16	3,16	
	NPO	0	10,96	5,84		11,45	5,41		14,00	6,17	
		1	15,27	5,82	166,961**	16,6	4,85	390,495**	20,51	6,27	161,552**
		2	18,76	6,49		21,71	5,74		23,50	5,8	
	RPS	0	52,52	11,51		51,39	11,20		49,90	10,71	
		1	49,02	9,98	35,051**	47,63	9,94	34,346**	46,26	9,85	24,994**
		2	46,39	10,08		45,63	9,65		43,04	10,12	
	ICS	0	13,64	5,44		14,04	5,33		15,33	5,57	
		1	15,98	5,09	62,632**	16,96	5,06	98,417**	19,23	5,33	54,848**
		2	17,93	5,77		19,1	5,61		19,93	5,42	
AS	0	7,56	4,20		7,88	4,14		8,92	4,35		
	1	9,41	4,27	69,905**	9,9	4,13	124,369**	11,90	4,76	68,326**	
	2	11,17	4,6		12,45	4,44		13,38	4,47		
CSI	SP	0	28,03	4,19		27,51	4,42		26,97	4,25	
		1	26,71	4,31	52,027**	25,98	4,33	47,023**	24,37	4,44	53,268**
		2	25,01	4,37		24,66	4,12		23,14	4,53	
	BAS	0	25,17	5,08		24,64	5,12		24,75	5,02	
		1	24,67	4,89	6,923**	24,39	4,94	0,650	23,87	5,64	8,917**
		2	23,88	5,26		24,25	5,31		22,71	5,21	
	EV	0	18,65	3,62		18,87	3,65		19,77	3,78	
		1	20,23	3,80	59,887**	20,32	3,36	130,397**	22,00	3,31	55,404**
		2	21,47	3,70		22,78	3,42		23,18	3,56	

Nota: Prueba: SPSI-R= Inventario de resolución de problemas sociales-Revisado y CSI= Indicador de estrategias de afrontamiento. Escalas: SPSI-R: PPO= Orientación positiva a los problemas, NPO= Orientación negativa a los problemas, RPS= Estilo Racional de Solución de Problemas, ICS= Estilo Impulsivo/Descuidado y AS= Estilo Evitativo; CSI: SP= Solución de problemas, BAS= Búsqueda de apoyo social y EV= Evitación. Síntomas: 0= ausentes-mínimos, 1= leves y 2= moderados-severos. N= tamaño de la muestra. Estadísticos descriptivos: d.s.= Desviación estándar, F  $\lambda$  Willks= prueba *F Lambda de Willks* (Efectos inter-sujetos)

\*\*  $p \leq ,001$

o depresivos ausentes, leves o moderado-severos). Con un nivel de significación  $p \leq .01$ , los resultados sugieren que no es posible rechazar la hipótesis nula sobre igualdad de varianzas de error en ninguno de los casos analizados. Por el contrario, con un nivel de significación  $p \leq .05$ , los resultados sugieren diferencias estadísticamente significativas en los siguientes casos: (a) *Ansiedad Estado*: escalas NPO y RPS del SPSI-R; (b) *Ansiedad Rasgo*: escala RPS del SPSI-R; y (c) *Depresión*: escala EV del CSI.

*Perfiles resolución de problemas sociales y afrontamiento en función de la variable sintomatológica presente*

A continuación se presentan por separado los perfiles de resolución de problemas sociales y afrontamiento que resultan luego de controlar el efecto síntomas. Con objeto de sintetizar los resultados observados, éstos se describen en función de la diferencia porcentual entre puntuaciones promedio extremas (síntomas ausentes versus síntomas moderados-severos).

En términos generales, se observa un patrón similar en el comportamiento de las variables resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés, en función de la variable dependiente síntomas. Así, aquellas estrategias que pueden ser definidas como adaptativas (SPSI-R= PPO y RPS; CSI= SP y BAS) se muestran más activas en personas que no presentan síntomas, respecto de aquellas que manifiestan síntomas moderados-severos. Por el contrario, aquellas variables que pueden ser consideradas poco adaptativas (SPSI-R = NPO, ICS y AS; CSI= EV) se muestran más activas en personas que presentan síntomas moderados-severos, respecto de aquellas que manifiestan ausencia de síntomas. Lo que sugiere específica tales patrones.

*Ansiedad Estado*: controlado en función de la gradiente sintomatológica Ansiedad-Estado, las escalas adaptativas del SPSI-R (PPO y RPS) y del CSI (SP y BAS) se muestran sistemáticamente más activas en personas que no presentan síntomas respecto de aquellas que manifiestan presencia de síntomas moderados o severos. De acuerdo a la tabla 2, las escalas PPO, RPS, SP y BAS

muestran una tasa de crecimiento del 15, 12, 11 y 5%, respectivamente, para el grupo ausencia de síntomas Ansiedad-Estado, respecto del grupo Ansiedad-Estado síntomas moderado-severos. Por el contrario, las escalas que evalúan comportamiento disruptivo del SPSI-R (NPO, ICS y AS) y CSI (EV) se muestran sistemáticamente más activas en individuos que presentan síntomas Ansiedad-Estado moderado-severo, respecto del grupo que manifiesta no presentar tales síntomas. Para las escalas NPO, ICS, AS y EV, la tasa de crecimiento en presencia de síntomas moderados-severos, respecto de la ausencia de síntomas, es del 42, 24, 32 y 13%, respectivamente.

*Ansiedad Rasgo*: controlado en función de la gradiente sintomatológica Ansiedad-Rasgo, las escalas adaptativas del SPSI-R y del CSI se muestran sistemáticamente más activas en personas que no presentan síntomas, respecto de aquellas que manifiestan presencia de síntomas moderados o severos. Excepción es la escala BAS del CSI, la cual no muestra diferencias estadísticamente significativas entre los distintos grupos sintomatológicos considerados.

De acuerdo a la tabla 2, las escalas PPO, RPS y SP muestran una tasa de crecimiento del 17, 11 y 10%, respectivamente, para el grupo ausencia de síntomas Ansiedad-Rasgo, respecto del grupo Ansiedad-Rasgo síntomas moderados-severos. Por el contrario, las escalas que evalúan comportamiento disruptivo del SPSI-R (NPO, ICS y AS) y CSI (EV) se muestran sistemáticamente más activas en individuos que presentan síntomas Ansiedad-Rasgo moderados-severos, respecto del grupo que manifiesta no presentar tales síntomas. Para las escalas NPO, ICS, AS y EV, la tasa de crecimiento en presencia de síntomas moderados-severos, respecto de la ausencia de síntomas, es del 47, 26, 37 y 17%, respectivamente.

*Depresión*: controlado en función de la gradiente sintomatológica Depresión, las escalas adaptativas del SPSI-R (PPO y RPS) y del CSI (SP y BAS) se muestran sistemáticamente más activas en personas que no presentan síntomas, respecto de aquellas que manifiestan presencia de síntomas moderados o severos. De acuerdo a la tabla 2, las escalas PPO, RPS, SP y BAS muestran una tasa de crecimiento del 20, 14, 14 y 8%, respectivamente, para el grupo ausencia de síntomas Depresivos, respecto del grupo síntomas Depresivos moderados-severos. Por el contrario, las escalas que evalúan comportamiento disruptivo del SPSI-R (NPO, ICS y AS) y CSI (EV) se muestran sistemáticamente más activas en individuos que presentan síntomas Depresivos moderados-severos, respecto del grupo que manifiesta no presentar tales síntomas. Para las escalas NPO, ICS, AS y EV, la tasa de crecimiento en presencia de síntomas moderados-severos, respecto de la ausencia de síntomas, es del 40, 23, 33 y 15%, respectivamente.

Discusión y conclusiones

Un aspecto a destacar de este estudio es el hecho que, de acuerdo a la revisión de la literatura realizada, es uno de los primeros intentos por considerar simultáneamente las variables analizadas en una muestra de individuos chilenos. En su conjunto, los resultados observados son consistentes con la literatura internacional existente, respecto de la relación que se establece entre presencia de sintomatología ansiosa o depresiva (en nuestro caso, moderada-severa) y el tipo de estrategias de resolución de problemas o afrontamiento al estrés utilizadas.

Los resultados de este estudio son concordantes con las hipótesis planteadas. Éstos muestran diferencias estadísticamente significativas en el uso de estrategias de resolución de problemas sociales

Tabla 3

Contraste de Levene sobre la igualdad de las varianzas error de las escalas del SPSI-R y CSI, en función de la sintomatología presente

Prueba	Escala	Ansiedad Estado		Ansiedad Rasgo		Depresión	
		F	Sig.	F	Sig.	F	Sig.
SPSI-R	PPO	2,625	,073	,067	,935	2,839	,059
	NPO	3,440	,032*	6,089	,935	,626	,535
	RPS	3,047	,048*	3,171	,042*	,474	,623
	ICS	2,574	,077	1,477	,229	,046	,955
	AS	1,713	,181	2,005	,135	,851	,427
CSI	SP	,299	,741	2,175	,114	,057	,944
	BAS	1,186	,306	,721	,487	1,502	,223
	EV	,771	,463	2,317	,099	3,519	,030*

Nota: Prueba: SPSI-R= Inventario de resolución de problemas sociales-Revisado y CSI= Indicador de estrategias de afrontamiento. Escalas: SPSI-R: PPO= Orientación positiva a los problemas, NPO= Orientación negativa a los problemas, RPS= Estilo Racional de Solución de Problemas, ICS= Estilo Impulsivo/Descuidado y AS= Estilo Evitativo; CSI: SP= Solución de problemas, BAS= Búsqueda de apoyo social y EV= Evitación. Contraste de Levene: F= F de *Snedecor*; Sig.= valor de significación

\*  $p \leq .05$

y afrontamiento al estrés, en función del grado de sintomatología ansiosa o depresiva presente en el individuo.

Dadas las características de la muestra (participantes análogos y no clínicamente diagnosticados), se utilizó como estrategia de análisis, para formular el perfil diferencial de uso de estrategias de resolución de problemas o afrontamiento al estrés, la comparación de grupos extremos: 'ausencia de síntomas' versus 'presencia de síntomas moderados-severos'. Los resultados sugieren el siguiente perfil:

Personas que presentan síntomas moderados-severos de ansiedad (estado-rasgo) o depresión se caracterizan por privilegiar el uso de estrategias de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés de tipo disfuncional (NPO, ICS y AS del SPSI-R; EV del CSI). Por el contrario, individuos que manifiestan no experimentar síntomas de ansiedad (estado-rasgo) o depresión privilegian el uso de estrategias de resolución de problemas sociales y afrontamiento al estrés de tipo adaptativo (PPO y RPS del SPSI-R; SP del CSI).

Llama especial atención el comportamiento de tres escalas: NPO, AS y BAS. En el primer caso, los resultados de esta investigación son consistentes con estudios previos (Chang y D'Zurilla, 1996; D'Zurilla et al., 1998; D'Zurilla et al., 2001; Haaga et al., 1995). Utilizando como referencia exclusivamente el SPSI-R, la escala NPO es la que tributa mayor efecto ante la presencia de síntomas ansiosos o depresivos. Le sigue en importancia la escala AS del SPSI-R. Por otro lado, no se esperaba el comportamiento de la escala BAS del CSI. De acuerdo a los resultados observados, ésta parece no tener efectos estadísticamente significativos sobre la forma de expresar estrategias de resolución de problemas o afrontar el estrés en personas que presentan síntomas ansiosos o depresivos.

En términos prácticos, lo anterior permite sugerir que personas que manifiestan presentar síntomas ansiosos o depresivos, respecto

de quienes expresan no padecer tales síntomas, activan principalmente un estilo atribucional del tipo Orientación Negativa hacia los Problemas (NPO) y un Estilo Evitativo (AS) de resolución de problemas. Asimismo, aunque en menor medida que NPO y AS, estos individuos tienden a presentar también un Estilo Impulsivo/Descuidado (ICS) de resolución de problemas y a Evitar (EV) las situaciones de estrés. Por el contrario, factores tales como Orientación Positiva hacia los Problemas (PPO), Resolución Racional de Problemas (RPS) y el estilo Solución de Problemas (SP) para enfrentar situaciones de estrés están claramente interferidos en personas que presentan síntomas ansiosos o depresivos moderados-severos, respecto de quienes manifiestan no experimentar tales síntomas. Este último grupo de individuos (ausencia de síntomas) presenta un perfil inverso al antes descrito.

La principal limitación de este estudio consiste en haber trabajado con una muestra de participantes análogos. De esta forma, es conveniente replicarlo en una muestra de participantes que presenten síntomas clínicamente diagnosticados, de manera tal que se pueda comprobar la consistencia de los patrones de comportamiento aquí observados. Una vez hecho lo anterior y de mantenerse estables los resultados observados en esta investigación, bien podría enriquecerse sustantivamente la Guía Clínica para el Tratamiento de la Depresión elaborada por el MINSAL (MINSAL, 2006).

#### Agradecimientos

Esta investigación fue financiada por la Comisión Nacional de Investigación Científica y Tecnológica (CONICYT) del Ministerio de Educación de Chile (Proyecto Fondecyt n° 11080225; Investigador responsable: Dr. Uwe Kramp Denegri).

#### Referencias

- Amirkhan, J.A. (1990). A factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59(5), 1066-1074.
- Amirkhan, J.A. (1994). Criterion validation of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*, 62(2), 242-261.
- Araya, R., Rojas, G., Fritsch, R., Gaete, J., Rojas, M., Simón, G., y Peters, T.J. (2003). Treating depression in primary care in low-income women in Santiago, Chile: A randomised controlled trial. *The Lancet*, 361, 995-1000.
- Beck, A.T., Steer, R.A., y Brown, G.K. (1996). *Manual for the Beck Depression Inventory-II*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Chang, E.C., y D'Zurilla, T.J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behavior Research and Therapy*, 34, 185-194.
- D'Zurilla, T.J., Chang, E.C., Nottingham IV, E.J., y Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 54, 1-17.
- D'Zurilla, T.J., y Nezu, A.M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem Solving Inventory (SPSI). *Psychological Assessment. A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2, 156-163.
- D'Zurilla, T.J., Nezu, A.M., y Maydeu-Olivares, A. (2001). *Manual for the Social Problem-Solving Inventory-Revised*. North Tonawanda, N.Y: Multi-Health Systems.
- D'Zurilla, T.J., y Nezu, A. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2ª ed.). New York: Springer.
- Haaga, D.A.F., Fine, J.A., Roscow Terrill, D., Steward, B.L., y Beck, A.T. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19, 147-158.
- Kant, G.L., D'Zurilla, T.J., y Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 73-96.
- Kramp, U., Maydeu-Olivares, A., Tous, J., y Gallardo, D. (2004). Coping Strategy Indicator: Reliability and validity of the Spanish adaptation and its relationship with personality and affectivity dispositions. Póster presentado en la VII Jornada de la Sociedad Española para la Investigación en Diferencias Individuales, Lleida (España, 17 de septiembre).
- Kramp, U., Tous, J.M., Muiños, R., y Pont, N. (2004). Factor Analysis between the IA-TP and different personality dimensions. Póster presentado en el VII European Congress y VI Congreso Nacional de Evaluación Psicológica de la European Association of Personality Assessment (EAPA), Málaga (España, 1 a 4 de abril).
- Kramp, U., Rojas, G., y Mella, J. (2009). Perfil de afrontamiento y resolución de problemas sociales en una muestra análoga de sujetos ansiosos y depresivos. Comunicación presentada en el XXXII Congreso Interamericano de Psicología, Psicología: un camino hacia la paz y la democracia, Sociedad Interamericana de Psicología (SIP), Guatemala (Guatemala), 29 de junio.
- Melipillán, R., Cova, F., Rincón, P., y Valdivia, M. (2008). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en adolescentes chilenos. *Terapia Psicológica*, 26(1), 59-69.

- Ministerio de Salud (MINSAL) (2006). *Guía Clínica. Tratamiento de Personas con Depresión*. Santiago: MINSAL.
- Minoletti, A., y Zaccaria, A. (2005). Plan Nacional de Salud Mental en Chile: 10 años de experiencia. *Pan Am J Public Health*, 18(4/5), 346-358.
- Nezu, A.M., Nezu, C.M., Deaner, S.L., y D'Zurilla, T.J. (1997). El estado de la cuestión en los enfoques de resolución de problemas. En I. Caro (Ed.), *Manual de psicoterapias cognitivas: estado de la cuestión y procesos terapéuticos* (pp. 171-179). Barcelona: Paidós.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS) (2001). *35ª Sesión del Subcomité del Comité Ejecutivo de Planificación y Programación* (14 al 16 de marzo). Washington, DC: OPS y OMS.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P.R., y Jacobs, G.A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Redwood City, CA: Mind Garden.
- 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(2), 216-269.
- SPSS e IBM (2010). *IBM SPSS Statistics* (Version 19). Chicago: SPSS Inc.
- Vera-Villarroel, P., Celis-Atenas, K., Córdova-Rubio, N., Buéla-Casal, G., y Spielberger, Ch. (2007). Análisis preliminar y datos normativos del Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo en adolescentes y adultos de la ciudad de Santiago de Chile. *Terapia Psicológica*, 25(2), 155-162.
- Vera-Villarroel, P., y Guerrero, A. (2003). Diferencias en habilidades de resolución de problemas sociales en sujetos optimistas y pesimistas. *Universitas Psychologica*, 2, 21-26.
- World Health Organization (WHO) (2001). *Mental Health: New Understanding, New Hope*. Genova: WHO.