

Algunas aportaciones críticas en torno a la búsqueda de un marco teórico del afrontamiento en la psicosis

Antonio Galán Rodríguez y Salvador Perona Garcelán
Servicio Andaluz de Salud

En el presente trabajo se defiende la necesidad de buscar un marco teórico para estudiar el afrontamiento en psicóticos. Se hace un análisis crítico del modelo de Lazarus y Folkman, tanto en el ámbito general del enfermar como en el de la psicosis. Se concluye planteando la conveniencia de este marco teórico y proponiendo algunas modificaciones para su uso en el ámbito de los enfermos psicóticos.

Some critical contributions to the search for a theoretical framework for coping in psychosis. The present article defends the need to search for a theoretical framework to study coping in psychosis. A critical analysis is made of the Lazarus and Folkman model, both in the general sphere of illness and in the area of psychosis. The article ends with a discussion of the importance of this theoretical framework and a proposal for some modifications for its use in the sphere of psychotic patients.

Muchas de las investigaciones realizadas desde el ámbito de la Psicología en torno a la psicosis han enfatizado el carácter activo del individuo ante su enfermedad. La constatación de que el enfermo psicótico trata de enfrentarse a los síntomas o a las limitaciones derivadas de ellos (Böker et al., 1984; Brazo, Dollfus & Petit, 1995; Dittmann & Schüttler, 1990; Tarrier, 1987) han permitido el desarrollo de múltiples conceptos con los que se intenta apresar este componente del enfermar (estrategias de afrontamiento, conductas de autocontrol, estrategias de autocuración, esfuerzos autoprotectores, estrategias anti-alucinatorias, etc.). Esta abundancia de aproximaciones nos lleva a plantear la necesidad de un marco teórico que permita integrar líneas de investigación que se están mostrando tan interesantes y fructíferas; de lo contrario, quedarán como aportaciones dispersas con las que difícilmente podremos avanzar en el conocimiento de la psicosis.

En otros ámbitos del enfermar uno de los modelos más comprensivos y operativos ha sido el propuesto en la Teoría Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1986), que con su concepto de «afrontamiento» ha servido de marco de referencia para múltiples acercamientos en torno a la salud-enfermedad (por ejemplo, Riquelme, Buendía & Rodríguez, 1993; Rodríguez Parra, Esteve Zarazaga & López Martínez, 2000), incluyendo el ámbito de la psicosis. Ante la ausencia de marcos teóricos integradores en este último campo, resulta conveniente plantearse la idoneidad del modelo. No obstante, su amplio uso no nos exime de la obligación de valorar cuidadosamente su utilidad en este campo específico del enfermar. En efecto, tras haber amparado un gran volumen de investigación, en la actualidad asistimos a un creciente rechazo de este marco teórico, del que se señalan una serie de limitaciones

(Sommerfield & McCrae, 2000): problemas en los diseños de investigación, omisión de las reacciones inconscientes al estrés, selección restrictiva de los criterios de resultado, desconexión de la investigación con el ámbito clínico, etc. Pero al mismo tiempo puede apreciarse el esfuerzo por introducir reformulaciones que lo hagan más útil.

Con este trabajo pretendemos valorar, tras una primera aproximación y desde un punto de vista crítico, la pertinencia de este modelo en el ámbito de la psicosis; para ello prestaremos una especial atención a las limitaciones que ha mostrado en otros campos más generales de aplicación, y especialmente en el del enfermar. Confiamos en que de este acercamiento surjan claves que nos permitan desarrollar modelos satisfactorios con los que entender mejor las conductas del enfermo psicótico.

El concepto de afrontamiento en el modelo de Lazarus y Folkman

Una de las principales aportaciones de la Teoría Transaccional del Estrés de Lazarus y Folkman (1986) es indudablemente su conceptualización del Afrontamiento. Los mismos Lazarus y Folkman (1987) llegaron a reconocer que a lo largo de los años setenta el foco del interés científico se desplazó del estrés en sí al afrontamiento, lo que resulta evidente al computar el ingente número de referencias en torno a éste en las bases de datos internacionales (Hobfoll, Schwarzer & Chon, 1998; Sommerfield & McCrae, 2000).

Las aportaciones de Lazarus y Folkman, esencialmente cognitivistas, trataban de desplazar a dos grandes planteamientos tradicionales en este ámbito: la experimentación animal y la psicología psicoanalítica del yo. Frente a estos, definieron el afrontamiento como «*aquellos esfuerzos 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 & Folkman, 1986, p. 164). Los puntos fundamentales que configuran esta definición son los siguientes:

1. El afrontamiento es un proceso, implica un cambio continuo y es específico para cada situación, de ahí que no deba ser considerado como un rasgo.

2. La demanda de esfuerzo lleva a excluir las conductas automáticas o los estilos cognitivos.

3. El afrontamiento se define por el esfuerzo realizado, no por los resultados; por tanto, no debe confundirse con el dominio de la situación o con la obtención de logros.

4. El afrontamiento es un proceso multidimensional, en cuanto que las personas tienden a utilizar una gran variedad de estrategias.

Las conductas concretas que se agrupan bajo esta definición son muy diversas, lo que queda claramente reflejado en la multitud de cuestionarios de evaluación que han aparecido en los últimos años. Tratando de realizar agrupaciones de conductas de afrontamiento distinguieron entre estrategias dirigidas al problema y dirigidas a la emoción, dos grupos entre los que se darían múltiples interacciones de facilitación-obstaculización mutua. Con las estrategias *dirigidas al problema* se intenta manipular o alterar la situación estresante; algunas intentan modificar el entorno (búsqueda de información y apoyo, llevar a cabo acciones destinadas a manejar la situación, etc.), mientras que otras pretenden cambios motivacionales o cognitivos en el individuo (modificaciones en el nivel de aspiraciones, búsqueda de otras formas de gratificación, etc.). Frente a ellas, las estrategias *dirigidas a la emoción* tienen como objetivo regular la respuesta emocional generada ante el problema, como la evitación, la minimización, las comparaciones positivas o la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Respecto a la evaluación del afrontamiento, Lazarus y Folkman (1986) defendieron un enfoque ipsativo-normativo, en el que se realiza un estudio intensivo de unos cuantos individuos a lo largo del tiempo y de las situaciones. Este tipo de diseño es especialmente útil cuando se intenta delinear transacciones específicas entre un individuo y el ambiente en respuesta a un estresor; pero presenta la desventaja de que los grupos evaluados suelen ser más pequeños y su estudio requiere más tiempo y esfuerzo. Además de desarrollar un enfoque para abordar el estudio del afrontamiento, Lazarus y Folkman crearon un cuestionario de evaluación, el Ways of Coping Checklist (WCC). Este instrumento presentaba los rasgos básicos que iban a caracterizar a los cuestionarios de afrontamiento desde este planteamiento, que según Moix (1990) son: 1) Están diseñados para ser contestados considerando una situación estresante específica; 2) cuestionan acerca de lo que una persona piensa o hace en una determinada situación, y no sobre lo que piensa o hace normalmente; 3) no se limitan a las estrategias efectivas; y 4) consideran el afrontamiento como un constructo multidimensional.

El modelo de Lazarus y Folkman en el ámbito de la psicosis

Al analizar el uso que se ha hecho de este modelo en el ámbito de la psicosis, podemos identificar un reducido grupo de trabajos en los que se parte claramente de los conceptos y categorías propuestos en él, llevando a cabo desarrollos empíricos consecuentes con sus presupuestos (por ejemplo, Wiedl, 1992; Wiedl & Schottér, 1991). No obstante, en líneas generales este marco teórico ha sido poco utilizado, tanto conceptual como empíricamente (Perona-Garcelán y Galán-Rodríguez, en prensa). De hecho, en muchas ocasiones las referencias a este modelo pueden ser enga-

ñosas. En efecto, en algunos de los estudios (por ejemplo, Brenner et al., 1987) los objetivos de las investigaciones no se centran en el desarrollo y utilización de los conceptos y variables que configuran la Teoría Transaccional de Estrés, sino en el estudio de las variables implicadas en la etiología y mantenimiento de la psicosis. De la misma manera, vemos que en otras investigaciones (por ejemplo, Farhall & Gehrke, 1997; O'Sullivan, 1994), se recurre a los trabajos de Lazarus y Folkman con la intención de enmarcar teóricamente sus estudios y darle un «cierto status científico», pero sin que sus actuaciones reales se ajusten a este modelo.

Vemos, por tanto, que la frecuente utilización de los términos «estrés» y «afrontamiento» en la literatura en torno a la psicosis no suele hacerse desde los parámetros conceptuales de Lazarus y Folkman. Más bien responden a un uso poco sistemático y con cierto carácter atóxico; y cuando se ha recurrido a un marco teórico de referencia, el más habitual ha sido el de la Vulnerabilidad-Estrés de Zubin y Spring (1977) o sus variantes (Nuechterlein, 1987). Aunque con ambos modelos los investigadores utilicen una terminología similar, existen importantes diferencias de base en las concepciones que los sustentan.

Así, los trabajos realizados desde el modelo de Lazarus y Folkman se han desarrollado especialmente desde una perspectiva de investigación básica en la que el objetivo es estudiar los procesos cognitivos relacionados con el estrés, donde el afrontamiento es una variable muy relevante, pero no la única a estudiar. En cambio, en el ámbito general de la psicosis las investigaciones han partido de intereses muy distintos. En efecto, éstas tratan de estudiar si los pacientes psicóticos son capaces de afrontar sus síntomas, desarrollar las taxonomías de afrontamiento, averiguar si existe alguna relación entre el afrontamiento y la sintomatología psicótica y buscar a partir de estos conocimientos aplicaciones tecnológicas.

De la misma manera, al enfoque marcadamente interaccional de Lazarus y Folkman se opone a la visión del estrés como estímulo, tal como es concebido en el modelo de la Vulnerabilidad-Estrés; así, en éste el estrés es asimilado a los acontecimientos que impactan sobre el individuo, como los eventos vitales estresantes o el ambiente social sobreestimulador (Nuechterlein, 1987). De la misma manera, en este último modelo el afrontamiento es considerado como un tipo de respuesta y está incluido (junto con la medicación antipsicótica, por ejemplo) en un grupo de variables denominadas «protectoras». La función de éstas es la de modular la relación entre la vulnerabilidad psicobiológica del individuo y los estresores vitales. Por tanto, desde esta perspectiva se concibe el afrontamiento como intrínsecamente eficaz, y se define por su cualidad protectora del equilibrio psicológico de la persona. Más concretamente, sería por ejemplo *«la autogeneración activa de procedimientos cognitivos y conductuales para influir directamente sobre los síntomas o disminuir la angustia resultante»* en el enfoque de Yusupoff y Tarrier (1996, p. 86). Estamos por tanto ante una postura diferente a la de Lazarus y Folkman, para quienes el afrontamiento viene definido por el esfuerzo realizado, no por sus resultados.

Consideramos que este relativo olvido en el campo de la psicosis del modelo de Lazarus y Folkman parece responder más a las circunstancias en que se ha desenvuelto cada ámbito de estudio, que al producto de una reflexión en torno a sus ventajas e inconvenientes. Este trabajo está concebido como un lugar en el que plantear algunas de las dificultades que presenta, como contraste a las innegables virtudes que han permitido su vertiginosa expansión. No obstante, no disponemos en este ámbito de un bagaje in-

investigador y clínico tan amplio como en el campo general del enfermar; por ello, comenzaremos señalando las limitaciones del modelo a un nivel más extenso, y buscaremos en un momento posterior su reflejo en el ámbito de los enfermos psicóticos.

Algunas limitaciones del modelo de Lazarus y Folkman en el ámbito general del enfermar

El modelo de Lazarus y Folkman aportó un marco conceptual muy bien elaborado en torno a la conducta de un individuo ante situaciones estresantes. Y uno de los ámbitos de estudio en el que ha experimentado un mayor desarrollo ha sido el del enfermar, en gran parte porque resulta intuitivamente accesible entender la enfermedad como un estresor que demanda la puesta en funcionamiento de mecanismos de adaptación. No obstante, su teoría del afrontamiento adolece de puntos oscuros y controvertidos que han llevado al planteamiento de diversas objeciones. En este apartado trataremos de recoger algunas de ellas, ya sean procedentes de la bibliografía o de nuestras propias reflexiones; de esta manera trataremos de preparar el posterior análisis de los problemas que el modelo presentaría en el ámbito específico de la psicosis. Con este fin, abordaremos los siguientes cinco puntos:

1. En primer lugar debemos hacer referencia a las objeciones que atañen incluso a la misma naturaleza del afrontamiento, un punto sobre el que no existe consenso; en efecto, y al igual que en el caso del estrés, la expansión del concepto de afrontamiento no ha ido acompañada de su correcta delimitación. En este sentido, podemos señalar que recientemente el mismo Lazarus (1999) ha comentado que la investigación en este ámbito ha destacado más por la cantidad que por la calidad de los trabajos. De esta manera encontramos que, como indica Pelechano (1992), algunos autores interpretan el afrontamiento a partir de las demandas situacionales o del papel; mientras, otros se centran en la influencia de las prácticas y preferencias culturales; otros autores lo asimilan a estimaciones-estrategias cognitivas y algunos otros lo identifican con características de personalidad. Así, se puede decir que incluso partiendo de la extendida propuesta de Lazarus y Folkman, no se ha llegado a disponer de una definición aceptada comúnmente, agrupándose bajo este concepto procesos de lo más diverso, desde patrones de actividad neuroendocrina hasta tipos específicos de procesamiento cognitivo, de tal forma que nos encontramos ante un megaconstructo en el que son incluidos fenómenos muy diferentes (Crespo y Cruzado, 1997).

De la misma manera, resulta difícil lograr un consenso que nos permita establecer un listado de estrategias de afrontamiento. En efecto, por un lado encontramos que cada autor ha elaborado su propia enumeración de éstas; por otro lado, se aprecia un importante problema de falta de definición; así, con frecuencia bajo los mismos nombres se recogen distintos conceptos, y bajo distintas denominaciones subyacen conceptos muy similares. Del mismo modo, bajo una misma estrategia de afrontamiento pueden ser recogidos procesos similares pero con matices que los diferencian sustancialmente; por ejemplo, si planteamos que un enfermo con cáncer utiliza la estrategia de «negación», podemos estar refiriéndonos tanto a la negación de los hechos como del significado de estos o del estado emocional experimentado por el individuo; indudablemente, las connotaciones que posee cada una de las tres actuaciones convierten la estrategia de negación en un concepto con implicaciones muy diversas.

En definitiva, estamos señalando una apreciable falta de consenso en aspectos muy básicos del concepto que nos ocupa, y esto nos permite entender gran parte de la confusión que rodea su estudio.

2. Uno de los aspectos más polémicos del planteamiento de Lazarus y Folkman reside en el carácter procesual del afrontamiento. Estos autores defendían que el afrontamiento es un proceso que cambia a lo largo del tiempo, lo que justificaban satisfactoriamente a nivel teórico. Pero las acciones concretas de los investigadores frecuentemente se separan de esta línea (aun cuando acepten explícitamente los presupuestos del modelo). Y así, los instrumentos de evaluación más utilizados no están preparados para evaluar el afrontamiento de esa forma, y de hecho en el ámbito de la salud no suele hacerse (Moix, 1990). De la misma manera, nos encontramos con frecuentes críticas a la falta de fiabilidad de los instrumentos de evaluación, a pesar de que la inconsistencia sería lo más coherente con el carácter procesual del afrontamiento (Schwartz & Daltroy, 1999). Lo que resulta indudable es que abordar el estudio de un proceso inherentemente variable es un desafío difícil de afrontar.

Pero además, otros autores defienden el valor de las disposiciones de los seres humanos a utilizar con cierta regularidad las mismas estrategias de afrontamiento ante situaciones muy diversas; por tanto, estaríamos hablando de algo relativamente estable dentro de la variabilidad del entorno (Terry, 1994). Finalmente, algunos otros han adoptado una posición intermedia entre el enfoque procesual de Lazarus y el enfoque disposicional (también llamado de estilos o rasgos) al que acabamos de referirnos; en este caso hablaríamos de dimensiones de afrontamiento como disposiciones generales que llevan al individuo a actuar de una forma más o menos estable ante las diferentes situaciones (Törestad, Magnusson & Oláh, 1990); como ejemplo podría considerarse el modelo «Monitoring-blunting» («incrementador-atenuador») de Miller (1987). De la misma forma podríamos considerar la existencia de preferencias por determinadas estrategias de afrontamiento dentro del amplio rango que puede ser usado en una situación dada.

No obstante, consideramos que en ocasiones bajo estas discrepancias podría estar latente cierta falacia: considerar como equivalentes la multidimensionalidad y el carácter procesual. Tal como nosotros entendemos estos dos rasgos, estaríamos situándonos ante dos dimensiones conceptualmente diferentes. Lo procesual implica la existencia de un cambio continuo, en el que el individuo trata de seguir los cambios, igualmente continuos, del ambiente en que se desenvuelve. En este sentido, el carácter procesual implicará habitualmente multidimensionalidad, en cuanto que la riqueza de cambios ambientales va a demandar el despliegue de un amplio repertorio cognitivo y conductual por parte de esa persona. Pero esto no tiene por qué ser necesariamente así; en efecto, podemos enfocar de manera procesual el análisis de una única dimensión, valorando el modo en que modula y es modulada a lo largo de la interacción estresante (aunque obviamente sus posibilidades explicativas serán limitadas). Por otro lado, la multidimensionalidad puede ir ligada o no a un análisis procesual del afrontamiento. Y así, si bien el modelo de Lazarus y Folkman (1986) defiende la conjunción de ambos elementos en su acercamiento al afrontamiento, lo cierto es que la mayoría de los cuestionarios actuales (que son multidimensionales) son utilizados desde una perspectiva poco procesual.

3. Al analizar el uso que se ha derivado del modelo de Lazarus y Folkman apreciamos una serie de dificultades que parten de las

limitaciones de su definición. Así, por un lado vemos que el énfasis en el componente de esfuerzo se ha traducido en un olvido de las conductas automáticas, de aquellas que no requieren ni de concentración ni de esfuerzo. Por ello, se han alzado algunas voces demandando la inclusión de estas actividades (Coyne & Gottlieb, 1996; Moix, 1990); así, las conductas automáticas resultarían muy relevantes en el caso de enfermedades crónicas, en las que las estrategias de afrontamiento relativas a la salud formarían parte de la rutina de funcionamiento del individuo. No obstante, consideramos que la distinción entre conductas automáticas y con esfuerzo no se ajusta a la riqueza y versatilidad de las acciones humanas. Para señalar estas limitaciones podemos mencionar el hecho de que una conducta que requiere esfuerzo puede llegar a rutinarse con el paso del tiempo (lo que ha sido señalado por ejemplo por Wills, 1997), de la misma manera que una conducta automática puede adquirir nuevos significados en función de las cambiantes circunstancias en que el individuo se sitúa. Pero además, esta distinción dicotómica peca de simplicidad, en cuanto que probablemente resulte más acertado hablar de una gradación que recogiese los distintos posibles niveles de control, voluntariedad o esfuerzo presentes en cada conducta; una interesante propuesta de este tipo ha sido planteada por ejemplo por Compas, Worsham y Ey (1992) en trabajos con niños.

Pero la confusión también proviene del término «estrategia», en cuanto que ésta implica una diferenciación respecto a «conducta» como entidad molecular, concreta y fácilmente delimitable. En efecto, como indica Breznitz (1986), hablar de estrategias implica que tras la conducta del individuo hay un planeamiento, unas alternativas de conducta y una consistencia en el patrón de respuestas. Pero al analizar la mayoría de los estudios publicados podemos apreciar que realmente pocas veces se recogen estrategias propiamente dichas; en efecto, aparecen más bien conductas rápidas, automáticas y para las que a veces no se dispone de muchas alternativas.

Indudablemente, en esta confusión que señalamos nos situamos ante dos planos de la realidad: por un lado la información concreta (habitualmente proporcionada por el mismo individuo) y por otro la categoría conceptual que crea el investigador, en un nivel superior de inferencia y abstracción. Y aquí podemos identificar al menos tres problemas: a) en ocasiones podemos dudar que realmente exista una correspondencia entre la conducta que describe un individuo y la categoría que crea el investigador; las dificultades para conseguir consenso en la elaboración de taxonomías resultan especialmente indicativas de esto; b) no ha terminado de ser explicitado si lo que define la estrategia (versus conducta) es el componente de planificación, el de intencionalidad o el de consistencia; y c) parece existir una confusión entre procesos y resultados al referirse a una estrategia; por ejemplo, si decimos que un enfermo de cáncer utiliza la estrategia de «resignación», surge la duda de si ésta es en sí misma la estrategia o si más bien lo serían los procesos afectivos, cognitivos o conductuales que han permitido llegar a un estado que denominamos «resignación». En definitiva, lo que planteamos es la dificultad para situar el concepto de afrontamiento que utilizan los investigadores dentro de un continuum molecularidad-molaridad, cuyos hipotéticos extremos vendrían dados por una conducta inmediata y fácilmente accesible, y una categoría abstracta definida por una serie de rasgos aún por determinar (intencionalidad, consistencia, etc.).

Continuando con estas limitaciones podemos señalar la habitual falta de atención a las conductas de autocontrol (Aliaga & Ca-

paños, 1996) o a las que no son estrictamente conscientes. Respecto a estas últimas, parece que el distanciamiento que Lazarus y Folkman impusieron respecto a los postulados de la Psicología del Yo desplazó la atención de los investigadores lejos de los procesos que no son estrictamente conscientes. El hecho de que desde la Psicología Cognitiva se estén realizando acercamientos a los procesos inconscientes, incluyéndose el ámbito del estrés (Cramer, 2000) nos obliga a plantearnos la conveniencia de ampliar la definición de afrontamiento de este modelo.

Pero de la misma manera que el uso que se hace de la definición de afrontamiento limita considerablemente su amplitud, también podemos apreciar cierto carácter indiscriminado en la selección de las estrategias; en efecto, frecuentemente son incluidas entre ellas conductas sin un claro componente funcional respecto a la situación estresante. Y así, en muchos trabajos son recogidos resultados del proceso de afrontamiento más que éste en sí, o actividades que un individuo puede realizar sin un componente relacional claro respecto a los estímulos que le rodean.

En definitiva, estamos planteando una serie de dudas en torno a las dimensiones que definirían el comportamiento al que hemos dado en llamar «estrategia de afrontamiento»; y en todos los casos parece estar presente una dificultad para establecer los límites adecuados para cada uno de los componentes de dicha definición, ya sea por desembocar en situaciones de confusión, descartar conductas relevantes o incluir otras de escasa utilidad o conveniencia. La necesidad de afinar cada uno de estos elementos es la conclusión que se deriva de estas objeciones.

4. Otro tema que ha generado una amplia literatura ha sido la clásica distinción entre *afrontamiento centrado en la emoción* y *afrontamiento centrado en el problema*. Por un lado podemos plantear la artificialidad de esta división, lo que ejemplificaremos con una lectura que puede ser hecha del trabajo de Folkman, Chorney y Christopher-Richard (1994) con cuidadores de enfermos con SIDA. En efecto, los sujetos de la investigación parecían combatir la desesperanza ligada a la impredecibilidad e incontrolabilidad de la enfermedad (afrontamiento dirigido a la emoción) marcándose objetivos relativos al cuidado que sí eran controlables (afrontamiento dirigido al problema). Vemos por tanto que esta clasificación tiene un gran valor heurístico pero que debe ser utilizada con ciertas reservas. Además, debemos considerar la conveniencia de incluir un tercer tipo, como la evitación y el apoyo social.

Por otra parte, las limitaciones de esta división han llevado al planteamiento de muchas otras, con las que se trata de establecer taxonomías de estrategias de afrontamiento. Por ejemplo, las distinciones *comportamental-cognitivo*, *anticipatorio-consecuente* o *aproximativo-evitativo*. Un criterio que requiere una especial atención es aquel que clasifica las estrategias de afrontamiento en función de su eficacia, o de criterios similares a éste (*adaptativo-no adaptativo*, *neurótico-maduro*, etc.). No obstante, estas distinciones no deben hacernos olvidar el hecho de que, como ya vimos, el concepto de afrontamiento no implica unos determinados resultados. Por ello, desde estos planteamientos resulta errónea la práctica de algunos investigadores que etiquetan como «afrontadores» a quienes muestran poco estrés emocional o una respuesta fisiológica reducida ante situaciones estresantes. En efecto, de esta manera se acaba en una definición tautológica del afrontamiento.

Además, debemos tener en cuenta que la utilidad de una estrategia de afrontamiento está en función de muchas variables que van a relativizar este componente funcional. Así, una estrategia puede ser muy beneficiosa en un momento determinado de la evo-

lución de la situación médica y resultar perjudicial en otro momento; una estrategia puede tener un efecto positivo en un dominio de funcionamiento personal mientras resulta negativo en otro; y una estrategia puede tener un determinado valor según la situación concreta o según el individuo que la utilice (tipo de enfermedad, sintomatología concreta, significados para el enfermo, etc.) (Augusto & Martínez, 1998; Moix, 1990). De esta manera se explica lo que consideramos una de las principales objeciones planteables a este modelo: la incapacidad para proporcionar unos resultados generalizables. En efecto, los estudios en torno a la idoneidad de las estrategias de afrontamiento proporcionan resultados frecuentemente contradictorios y difíciles de extender, en lo que también influye el hecho de que los criterios de resultado sean escogidos sin una adecuada reflexión. Así, entre otras cosas se evalúa la eficacia del afrontamiento en función de la asociación que se establecería entre las conductas del individuo e indicadores de distrés psicológico, sin profundizar en los objetivos que guían las acciones de las personas (para las que, por ejemplo, el malestar experimentado es secundario ante otro objetivo más relevante para él, como mantener una relación afectiva). De esta manera se ha llegado a una situación en la que prácticamente el único punto en el que encontramos cierto consenso es el de la conveniencia de utilizar estrategias de afrontamiento centradas en la emoción ante situaciones difícilmente solucionables, y estrategias orientadas al problema cuando sí es posible encontrar una solución a la situación estresante y el enfermo dispone de los recursos necesarios para ello.

5. Finalmente, debemos hacer referencia a los problemas ligados a la evaluación del afrontamiento. Ya vimos que el método ipsativo-normativo tenía serios problemas de aplicación práctica. Muchos autores siguen reivindicando este tipo de metodología, sopesando sus beneficios e inconvenientes, y proponiendo nuevos diseños y procedimientos estadísticos que los faciliten (Affleck et al., 1999; Schwartz & Stone, 1998; Tennen et al., 2000). Recientemente Lazarus (2000) resumía las necesidades metodológicas demandando estudios microanalíticos, longitudinales, procesuales y en los que se atendiera al significado de la experiencia para el individuo y a los procesos no accesibles directamente. Pero si revisamos las publicaciones existentes en el ámbito de la salud, podemos comprobar que los estudios siguen siendo mayoritariamente transversales y con evaluaciones puntuales. Y mientras no se avance en este sentido, resultará difícil determinar la temporalidad en las relaciones estrés-afrontamiento-resultados, y la relevancia real de las acciones recogidas por los investigadores.

Por otra parte, los cuestionarios presentes en este ámbito tienen muchos problemas. Así, se sabe poco de la validez de constructo de muchos de ellos; hay medidas que tienen nombres similares pero que muestran bajas correlaciones entre ellas; y no se ha logrado un consenso sobre la conveniencia de medidas unidimensionales versus multidimensionales. A nivel metodológico también se ha formulado críticas a los procedimientos de construcción. Por ejemplo se considera que la población sobre la que se elabora los cuestionarios no suele ser adecuada (Moix, 1990; Pelechano, 1992), o que el Análisis Factorial no es el procedimiento estadístico más indicado. Así, Aliaga y Capafons (1996) consideran que el carácter situacional del afrontamiento hace que la aplicación a éste del análisis factorial genere artefactos debidos a los cambios de situación. De la misma manera, el análisis factorial enfatiza que un ítem debe pertenecer a un sólo factor o escala, a pesar de que una estrategia puede cumplir distintas funcio-

nes ante cada uno de los rasgos que componen una situación estresante (Moix, 1990).

Pero yendo incluso más allá, debemos plantearnos si los ítems recogidos en estos cuestionarios realmente están conectados con la realidad que viven los individuos que los cumplimentan, tanto por ellos mismos como por las situaciones en que se desenvuelven; algo que cuestionamos, por ejemplo, es la capacidad de muchas personas para hacer evaluaciones tan complejas en torno a sus actividades tal como son recogidas en algunos de ellos. Las dudas planteadas sobre la utilidad de estos instrumentos (por ejemplo Coiné & Racioppo, 2000) parecen apoyar una respuesta negativa.

Algunas limitaciones del modelo de Lazarus y Folkman en su posible aplicación en la psicosis

Una vez que hemos calibrado las limitaciones que podemos identificar en el uso de este modelo en el ámbito general del enfermar, podemos volver al de la psicosis. Y aquí debemos plantearnos si los problemas identificados en otros ámbitos del enfermar también aparecen en éste. Nosotros consideramos que sí, en cuanto que las dificultades señaladas en el apartado anterior reflejan debilidades fundamentales del modelo, y por ello volverán a aparecer en su aplicación al campo más concreto de los enfermos psicóticos. Si bien no tendría sentido repetir lo que acabamos de exponer, sí que puede ser interesante señalar de una manera especial cómo se configurarían algunas de estas limitaciones si aplicásemos este modelo al ámbito de la psicosis.

El carácter de proceso

Para Lazarus y Folkman (1986), el componente de esfuerzo del afrontamiento viene delimitado por tres rasgos: 1) el afrontamiento se refiere a lo que el individuo hace en un momento concreto; 2) estos comportamientos siempre son analizados dentro de un contexto específico; y 3) van cambiando a medida que la interacción con el entorno va desarrollándose. Unos pocos autores (Rakfeldt & Strauss, 1989; Strauss, 1989) han acentuado la importancia de estudiar el afrontamiento como un proceso, dentro del ámbito de la psicosis. Ellos plantean que la metodología de investigación más adecuada sería por tanto el estudio de casos, incluyendo un seguimiento longitudinal durante largos períodos de tiempo y de forma muy intensa, más que la simple recolección de datos transversales en amplias muestras de pacientes.

No obstante, la mayoría de los estudios no siguen esta línea. Así, y al igual que en otros ámbitos del enfermar, no existe una disposición a abordar las conductas del individuo de esta manera, quizá nuevamente por las dificultades metodológicas que implica tal aproximación. En efecto, en las investigaciones con psicóticos se ha estudiado el afrontamiento en contextos muy específicos (el segundo de los criterios mencionados), por ejemplo, ante los síntomas positivos y negativos (por ejemplo, Mueser, Valentine & Agresta, 1997), ante los trastornos cognitivos básicos (por ejemplo, Wiedl, 1992) o ante las señales de recaída (por ejemplo, Pallanti, Quercioli & Pazzagli, 1997). Pero la metodología usada en estos estudios no permite tener en cuenta los otros dos criterios considerados. En efecto, casi todos los estudios utilizan entrevistas semiestructuradas, organizadas en dos fases: a) exploración de los problemas que presenta el paciente; y b) realización de preguntas abiertas en torno a qué hace el enfermo, o bien presentación de un listado predeterminado de conductas de afrontamiento de las

que debe seleccionar las que pone en funcionamiento. Pues bien, estas operaciones metodológicas sólo permiten averiguar lo que el individuo hace en general en cada uno de los contextos, informando únicamente sobre conductas moleculares contingentes a los problemas y limitadas a un momento concreto. Por tanto, no se puede valorar adecuadamente los cambios que se producen ante las contingencias que se suceden a lo largo del tiempo. Estaríamos por consiguiente ante una perspectiva de rasgo más que procesual. Nuevamente nos situaríamos ante las reticencias de los investigadores a embarcarse en concepciones procesuales de las conductas del individuo, lo que diferenciaría estas aproximaciones del marco teórico de Lazarus y Folkman.

El componente de esfuerzo

El componente de esfuerzo incluido en el afrontamiento nos permite diferenciar a éste de otros comportamientos adaptativos, como los reflejos, las conductas automatizadas y los estilos cognitivos. No obstante, este elemento de esfuerzo lleva aparejado algunas dificultades, y en el ámbito de la psicosis nosotros destacaríamos las siguientes: a) su evaluación resulta bastante problemática, y b) impide diferenciar entre el afrontamiento y algunos otros comportamientos relevantes. Veamos cada una de ellas de manera detenida.

Con respecto al primer punto, la dificultad proviene principalmente de la diversidad semántica del término «esfuerzo», pues podría ser entendido desde un punto de vista energético, como «drive» o «arousal»; o cognitivo, como planificación consciente y/o intencionada de las acciones. De hecho, al hablar de esfuerzo a veces incluimos una serie de rasgos complementarios «opcionales», como intencionalidad o planificación. De esta manera nos situamos ante múltiples significados, lo que conduce a formas de valoración distintas y con resultados incompatibles. Además, otro problema añadido al anterior está en saber cuándo el individuo emite una conducta adaptativa con esfuerzo. Como hemos comentado anteriormente, la metodología utilizada en estos trabajos no permite determinar si el individuo realiza o no un esfuerzo en la situación de estrés, lo cual quedaría sujeto a la identificación subjetiva por parte del observador y por tanto a los consabidos problemas de fiabilidad y validez.

De la misma manera, esta falta de definición nos sitúa ante los problemas ligados a la diferenciación entre conductas y estrategias. Frente a la molecularidad y accesibilidad de la conducta, en la estrategia nos manejaríamos con concepciones más amplias, y con componentes cognitivos, del esfuerzo. Sin embargo, esta distinción es muy difícil de hacer en la práctica, pues el término «estrategia» supone un grado de abstracción, introspección y fluidez verbal del que muchos psicóticos no disponen a la hora de informar al profesional. Por ello, este segundo concepto tiende a configurarse como una abstracción del propio investigador, quien categoriza las conductas descritas por el enfermo en un término verbal de orden superior.

Con respecto a la segunda cuestión, la falta de definición precisa de lo que queremos decir con «esfuerzo» en ocasiones nos impide diferenciar entre la conducta de afrontamiento y algunos comportamientos patológicos, incluidos los síntomas del trastorno. Esto puede apreciarse claramente, por ejemplo, en el caso de una persona que padece un delirio de persecución; aquí, tendremos que aceptar como afrontamiento las acciones que el paciente lleva a cabo conscientemente para «evitar, escapar o defenderse» de las

agresiones de sus «perseguidores», pues éstas constituyen intentos de manejar la situación y además requieren un importante esfuerzo. Sin embargo, desde un punto de vista clínico estas conductas en sí mismas son consideradas síntomas. Esta dificultad se hace evidente en las taxonomías de afrontamiento presentadas por autores como Carr (1988) y Dittman y Schüttler (1990), en las que se incluye un tipo de estrategia que denominan «conductas sintomáticas», en las que no queda clara la distinción entre afrontamiento y síntoma. Además, esta dificultad se complica, desde nuestro punto de vista, con las hipótesis planteadas por algunos investigadores que postulan que los síntomas psicóticos son una forma especial de afrontamiento de otros trastornos que ellos consideran primarios, como la depresión o una baja autoestima. Quizá por ello algunos autores, como Strauss (1989) y Rakfeldt y Strauss (1989) han llamado la atención sobre la importancia de poder diferenciar entre ambos, ya que sólo así podremos comprender los intentos del enfermo para alcanzar una mayor estabilidad psicopatológica o prevenir una crisis.

De la misma manera, el concepto de afrontamiento se solapa con el de «conducta de seguridad» (Salkovski, 1996), proveniente de la terapia cognitivo-conductual. En el ámbito de la psicosis, las conductas de seguridad se refieren a comportamientos que a corto plazo eliminan el resultado negativo de una situación proporcionando elementos atenuadores de la angustia, pero que a medio y largo plazo mantienen el problema, pues impiden la desconfirmación de la creencia delirante (Morrison, 1998). Como se puede apreciar, atendiendo a esta definición dichos comportamientos podrían ser incluidos perfectamente en la definición de afrontamiento de Lazarus y Folkman (1986).

Por otra parte, los componentes de esfuerzo y planificación que forman parte de la definición de afrontamiento obligan a dejar de lado las conductas automatizadas y rutinarias. Con ello obviaríamos una gran cantidad de situaciones comprometidas que los enfermos psicóticos superan gracias a ellas. Esto que comentamos resulta especialmente evidente en pacientes que padecen altos niveles de deterioro cognitivo, en los que la planificación consciente de una estrategia de acción es muy difícil. En este sentido, la revisión de las investigaciones sobre este tema muestra que estos enfermos suelen utilizar un alto porcentaje de estrategias de afrontamiento de tipo conductual y basadas en la emoción (Perona-Garcelán y Galán-Rodríguez, en prensa). Esto sugiere que los pacientes psicóticos, debido a sus déficits cognitivos, no necesariamente ponen en práctica estrategias planificadas y conscientes para reaccionar ante los eventos negativos.

La clasificación de las estrategias

Otro tema importante a tratar en el estudio del afrontamiento en psicóticos se refiere a las clasificaciones que se han hecho de las estrategias. Es éste un ámbito en el que han sido realizadas muchas aportaciones sin que exista acuerdo entre los autores. En otro lugar (Perona-Garcelán y Galán-Rodríguez, en prensa) hemos agrupado estas clasificaciones en dos grandes categorías: estructurales y funcionales. Las aproximaciones estructurales son las más frecuentemente utilizadas, consistiendo básicamente en la descripción de lo que el individuo hace en un momento concreto, tras lo cual las conductas son agrupadas a partir de criterios arbitrarios y pragmáticos, sin basarse en una teoría específica del afrontamiento. El problema principal que presentan estas taxonomías es ese carácter arbitrario de los criterios de clasificación, de tal forma que

podemos encontrarnos con una misma táctica o conducta de afrontamiento incluida en estrategias diferentes. Pero además, implican una concepción muy restringida del afrontamiento, pues lo limitan a respuestas concretas desligadas de su contexto, a un punto temporal del episodio en el que se producen, y sin tener en cuenta la historia del individuo. Por todo ello, consideramos que se olvida el significado práctico y funcional de esas acciones descritas como afrontamiento. De esta manera, podemos encontrarnos con la paradoja de que para unos autores una respuesta sea considerada como afrontamiento mientras que para otros sea un elicitor de los síntomas.

Frente a estas estrategias estructurales se situarían las funcionales, que aparecen estrechamente enlazadas al modelo de Lazarus y Folkman del que nos estamos ocupando. En este contexto, la denominación utilizada ha variado ligeramente, usándose por ejemplo las expresiones «esfuerzos compensatorios orientados a la resolución de problemas» y «esfuerzos compensatorios no orientados a la resolución de problemas» (Brenner et al., 1987) para referirse a las categorías propuestas por Lazarus y Folkman (1986) de «afrontamiento dirigido al problema» y «afrontamiento dirigido a la emoción» respectivamente. Esta aproximación permite inicialmente superar los problemas que presentan las estrategias estructurales que antes comentamos. No obstante, si bien esta propuesta es conceptualmente válida, consideramos que el uso que se ha hecho en la literatura de esta clasificación sí que plantea dificultades. Un análisis detallado de las investigaciones que la han utilizado en pacientes psicóticos demuestra que en la práctica los procedimientos usados para la valoración de las estrategias son muy similares a los empleados en las clasificaciones estructurales. De forma muy resumida, estos han consistido en entrevistas semiestructuradas en las que se pregunta al paciente qué es lo que hacía ante determinados síntomas o trastornos básicos, y a partir de ahí se registran y clasifican las respuestas desde un punto de vista estructural en estrategias cognitivas, conductuales y emocionales; por último, se puede clasificar las distintas respuestas en estrategias orientadas a la resolución de problemas o a la emoción (por ejemplo, Wiedl, 1992; Wiedl & Schötter, 1991).

Como podemos ver, los problemas que presentan estas clasificaciones así obtenidas son muy parecidos a los que hemos comentado anteriormente sobre las categorías estructurales, con el problema añadido de la arbitrariedad de hacer una clasificación de tipo funcional a partir de conductas puntuales. Pongamos el siguiente ejemplo: si un paciente nos dice que cuando está angustiado escucha música como estrategia de afrontamiento, podemos concluir que está utilizando una estrategia distractora orientada a la emoción; no obstante, si tenemos en cuenta el contexto donde se produce, pudiéramos encontrar que el paciente previamente ha detectado el problema (la angustia que se ha iniciado a raíz de una discusión familiar), se ha planteado alternativas de acción y ha puesto en práctica la estrategia de escuchar música, acabando así con la pelea y también con la angustia; desde este punto de vista, esa misma conducta puede ser clasificada como una estrategia orientada a la resolución de problemas. Vemos por tanto que no se puede valorar una conducta de afrontamiento sin tener en cuenta el contexto e historia previa de esa interacción estresante.

Conclusiones

La necesidad de un marco teórico que integre las investigaciones que, de manera fragmentada, se han acercado al carácter acti-

vo del psicótico ante su enfermedad, debe traducirse en la búsqueda de un modelo formalizado, del que pueda recogerse un bagaje conceptual, metodológico y empírico de cierta relevancia; pero también que sirva de elemento de referencia, de tal forma que podamos situar los resultados obtenidos con enfermos psicóticos dentro de ámbitos más generales del enfermar (e incluso en dimensiones aun más amplias del comportamiento humano).

El modelo de Lazarus y Folkman (1986) es una propuesta a valorar en este sentido. Frente a sus conocidas bondades, hemos identificado una serie de limitaciones, tras lo que debemos plantearnos nuevamente su ajuste a nuestros fines. Nosotros consideramos que las críticas que hemos recogido o elaborado pueden ser divididas en dos grupos. En el primero se situarían las referentes al uso general que se hace del modelo, y que con frecuencia resulta poco compatible con los presupuestos originales de éste (pensemos por ejemplo en todos aquellos autores que se adhieren formalmente a este marco teórico al mismo tiempo que adoptan visiones no procesuales del afrontamiento); obviamente, estas críticas no deslegitiman el modelo. Y en el segundo grupo se situarían las críticas que sí afectan a los fundamentos del modelo. Respecto a éstas, nosotros consideramos que este marco teórico dispone de una estructura lo suficientemente flexible como para asumirlos. De una manera muy representativa ha quedado reflejado en la respuesta tan integradora que recientemente dio Lazarus (2000) a las críticas que se hacían a su modelo. Lo que debemos cuestionarnos en el contexto de este trabajo es qué modificaciones son las que tenemos que realizar. A lo largo de la exposición hemos ido señalando algunas de ellas, y quisiéramos finalizar planteando algunas líneas básicas de actuación; éstas podrían constituirse en un punto de partida para fundamentar una propuesta de uso del modelo de Lazarus y Folkman en el ámbito de la psicosis. Son las siguientes:

1. Evitar la laxitud que caracteriza el empleo de algunos términos, explicitando con claridad las definiciones que sustenta cada uso que se hace de conceptos como «estrés» y «afrontamiento», o de las conductas y categorías que configurarían este último.
2. Determinar el carácter procesual-disposicional y uni-multidimensional de cada aproximación al afrontamiento, teniendo en cuenta sus cuatro posibles combinaciones. Además, debería enfatizarse el valor de las aproximaciones procesuales y multidimensionales, asimilando las peculiaridades metodológicas de este tipo de estudio.
3. Dejar un espacio para las conductas automáticas y de autocontrol, por su valor explicativo respecto a muchas de las acciones de los psicóticos.
4. Atender al carácter funcional de las conductas del individuo, yendo más allá de la identificación de simples coincidencias temporales situación-estresor.
5. Aceptar que las conductas (moleculares) y las estrategias serían los polos de un continuum que vendría delimitado al menos por el grado de planificación, pero probablemente por algunas otras dimensiones aún pendientes de determinar.
6. Tener en cuenta las distintas dimensiones que configuran el efecto de una conducta, evitando limitarse a la presencia de distrés para incluir otras consecuencias (y su relación con los valores personales) en el individuo.
7. Desarrollar instrumentos de evaluación sencillos, en los que además se evite la confusión entre conductas (moleculares) y estrategias, y entre conductas y resultados.

Referencias

- Aliaga, F., & Capafons, A. (1996). La medida del afrontamiento: revisión crítica de la «Escala de Modos de Coping» (Ways of Coping). *Ansiedad y Estrés*, 2, 17-26.
- Augusto, J.M., & Martínez, R. (1998). Afrontamiento al estrés y salud. Panorama actual de la investigación. *Boletín de Psicología*, 58, 31-48.
- Affleck, G., Satura, A., Tennen, H., & Armeli, S. (1999). Multilevel daily process designs for consulting and clinical psychology: a preface for the perplexed. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 746-754.
- Böker, W., Brenner, H.D., Gerstner, G., Keller, F., Müller, J., & Spichtig, L. (1984). Self-healing strategies among schizophrenics: attempts at compensation for basic disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 373-378.
- Brazo, P.; Dollfus, S., & Petit, M. (1995). Stratègies anti-hallucinatoires expérimentées par les schizophrènes. *Annales Medico Psychologiques*, 153(7), 456-459.
- Brenner, H.D., Böker, W., Müller, J., Spichtig, L., & Würzler, S. (1987). On autoprotective efforts of schizophrenics, neurotics and controls. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 75, 405-414.
- Brenzitz, S. (1986). Are there coping strategies?. En S. McHugh & T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 325-329). New York: Plenum Press.
- Carr, V. (1988). Patients' techniques for coping with schizophrenia: an exploratory study. *British Journal of Medical Psychology*, 61, 339-352.
- Compas, B.E., Worsham, N.L., & Ey, S. (1992). Conceptual and developmental issues in children's coping with stress. En A.M.L. Greca, L.J. Siegel, J.L. Wallander & C.E. Walker (Eds.), *Stress and coping in child health. Advances in pediatric psychology* (pp 7-24). New York: Guilford.
- Coyne, J.C., & Gottlieb, B.H. (1996). The mismeasure of coping by checklist. *Journal of Personality*, 64, 959-991.
- Coyne, J.C., & Racioppo, M.W. (2000). Never the Twain shall meet? Closing the gap between coping research and clinical intervention research. *American Psychologist*, 55, 655-664.
- Cramer, P. (2000). Defense mechanisms in Psychology today. Futher processes for adaptation. *American Psychologist*, 55, 637-646.
- Crespo, M., & Cruzado, J.A. (1997). La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Análisis y Modificación de Conducta*, 23, 797-830.
- Dittman, J., & Schüttler, R. (1990). Disease consciousness and coping strategies of patients with schizophrenic psychosis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82, 318-322.
- Farhall, J., & Gehrke, M. (1997). Coping with hallucinations: exploring stress and coping framework. *British Journal of Clinical Psychology*, 36, 259-261.
- Folkman, S. (1992). Making the case for coping. En B.N. Carpenter (Ed.), *Personal coping: theory, research and applications* (pp 31-46). New York: Praeger.
- Folkman, S., Chesney, M.A., & Christopher-Richard, S.A. (1994). Stress and coping in partners of men with AIDS. *Psychiatric Clinics of North America*, 17, 35-55.
- Hobfoll, S.E., Schwarzer, R., & Chon, K.K. (1998). Disentangling the stress labyrinth: interpreting the meaning of the term stress at it is studied in health context. *Anxiety, Stress and Coping*, 11, 181-212.
- Lazarus, R.S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, 55, 665-673.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca. (Orig., 1984).
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Moix, J. (1990). Estrategias de afrontamiento: consideraciones críticas sobre su concepto y sus formas de medición. *Psicologemas*, 4, 193-205.
- Morrison, A.P. (1998) Cognitive Behaviour Therapy for Psychotic symptoms in schizophrenia. En N. Tarrier; A. Wells & G. Haddock (Eds.): *Treating complex cases. The cognitive behavioural therapy approach*. Chichester: Wiley.
- Mueser, K.T., Valentine, D.P., & Agresta, J. (1997). Coping with negative symptoms of schizophrenia: patient and family perspectives. *Schizophrenia Bulletin*, 23, 329-339.
- Nuechterlein, K.H. (1987). Vulnerability models for schizophrenia: state of the art. En H. Hafner; W.F. Gattaz & W. Janarzik (Eds): *Search for the causes of schizophrenia*. Berlin: Springer.
- O'Sullivan, K. (1994). Dimensions of coping with auditory hallucinations. *Journal of Mental Health*, 3, 351-361.
- Pallanti, S., Quercioli, L., & Pazzagli, A. (1997). Relapse in young paranoid schizophrenic patients: a prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. *American Journal of Psychiatry*, 154, 792-798.
- Pelechano, V. (1992). Personalidad y estrategias de afrontamiento en pacientes crónicos. *Análisis y Modificación de Conducta*, 18, 167-202.
- Perona Garcelán, S., & Galán Rodríguez, A. (en prensa). Estrategias de afrontamiento en psicóticos: conceptualización y resultados de la investigación. Clínica y Salud.
- Rakfeldt, J., & Strauss, J.S. (1989). The low turning point. A control mechanism in the course of mental disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(1), 32-37.
- Riquelme, A.; Buendía, J., & Rodríguez, M.C. (1993). Estrategias de afrontamiento y apoyo social en personas con estrés económico. *Psicothema*, 5(1), 83-89.
- Rodríguez Parra, M.J., Esteve Zarazaga, R.M., & López Martínez, A.E. (2000). Represión emocional y estrategias de afrontamiento en dolor crónico oncológico. *Psicothema*, 12(3), 339-345.
- Salkovski, P.M. (1996). The cognitive approach to anxiety: threat beliefs, safety-seeking behaviour, and the special case of health anxiety and obsessions. En P.M. Sakovskis (Eds.), *Frontiers of cognitive therapy*. Nueva York: Guilford.
- Schwartz, J., & Stone, A. (1998). Strategies for analysing ecological momentary assessment data. *Health Psychology*, 17, 6-16.
- Sommerfield, M.R., & McCrae, R.R. (2000). Stress and coping research. Methodological challenges, theoretical advances, and clinical applications. *American Psychologist*, 55, 620-625.
- Strauss, J.S. (1989). Subjective experiences of schizophrenia: Toward a new dynamic psychiatry - II. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 179-187.
- Tarrier, N. (1987). An investigation of residual psychotic symptoms in discharged schizophrenic patients. *British Journal of Psychology*, 26, 141-143.
- Tennen, H., Affleck, G., Armeli, S., & Carney, M.A. (2000). A daily process approach to coping. Linking theory, research, and practice. *American Psychologist*, 55, 626-636.
- Terry, D.J. (1994). Determinants of coping: the role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.
- Törestad, B., Magnusson, D., & Oláh, A. (1990). Coping, control, and experience of anxiety: an interactional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1-16.
- Wield, K.H. (1992). Assessment of coping with schizophrenia. Stressors, appraisals, and coping behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 161 (suplemento 18), 114-122.
- Wield, K.H., & Schötter, B. (1991). Coping with symptoms related of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 17, 525-538.
- Wills, T.A. (1997). Modes and families of coping: an analysis of social comparison in the structure of other cognitive and behavioral mechanisms. En B.P. Buunk & F.X. Gibbons (Eds.), *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory* (pp 167-193). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Yusupoff, L., & Tarrier, N. (1996). Coping strategy enhancement for persistent hallucinations and delusions. En G. Haddock & P.D. Slade (Eds.), *Cognitive-behavioural interventions with psychotic disorders*. Londres: Routledge.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability-a new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 86, 103-126.