

Perfiles de afrontamiento del estrés en adolescentes: su relación con la psicopatología

*Coping Profiles in Adolescents:
Their Relation to Psychopathology*

de la Iglesia, G.*
Castro Solano, A.**
Fernandez Liporace, M.***

Resumen

El objetivo de este trabajo consistió en la búsqueda de distintos perfiles de afrontamiento en adolescentes bonaerenses y su análisis en relación a la presencia de sintomatología psicológica. Participaron 459 adolescentes de edades entre 12 y 18 años (M=15.51; DE=1.80; 51.6% varones y 48.4% mujeres). Los resultados principales indicaron una solución de tres clusters en el caso de las mujeres: uso de afrontamientos aproximativos, uso de afrontamientos evitativos, y poco afrontamiento. Y tres clusters en el caso de los varones: poco afrontamiento, afrontamiento moderado y alto afrontamiento. Se estudiaron diferencias en distintas medidas de psicopatología según la pertenencia al cluster. Las mujeres que

presentaron más síntomas pertenecían al cluster de afrontamientos evitativos. En el caso de los varones tenían menos síntomas quienes informaron una baja frecuencia de afrontamiento. Los resultados indican la importancia de estudiar el uso de las estrategias de afrontamiento de manera simultánea en términos de perfiles.

Palabras clave: clusters, perfiles, afrontamiento, síntomas psicológicos, adolescentes

Abstract

The aim of this research was studying the existence of coping profiles in adolescents of Buenos Aires and their relation to psychological symptoms. The sample consisted of 459 adolescents of ages between 12 and 18 years old

*Dra. en Psicología. Especialista en Estadística para Ciencias de la Salud. Lic. en Psicología. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad de Palermo. Neuquén 1740 8ºA (1406), Buenos Aires, Argentina. E-mail: gdelaiglesia@gmail.com. *Autor responsable de la correspondencia*

**Dr. en Psicología. Profesor de Psicología en Enseñanza Media y Superior. Licenciado en Psicología. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad de Palermo. Paraguay 5337 5ºA (1425), Buenos Aires, Argentina. alejandro.castrosolano@gmail.com

***Dra. en Psicología. Lic. en Psicología. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Universidad de Buenos Aires. Gral. Juan Lavalle 2353 (C1052AAA). Buenos Aires, Argentina. E-mail address: mliporac@psi.uba.ar

Este trabajo fue realizado con un subsidio otorgado por el Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), PIP 11220110100504/2012-2014, Res. 2043/14.

Fecha de recepción: 05 de marzo de 2018 - Fecha de aceptación: 19 de marzo de 2018

($M=15.51$; $SD=1.80$; 51.6% male and 48.4% female). The main results indicated that a three-cluster solution was the most appropriate. They were differentiated according to the frequency of use of coping strategies. The three clusters in the case of women were: low copers, approximative copers and avoidance copers. In the case of man they were: low copers, moderate copers and high copers. Women of the avoidance copers cluster and man of the moderate and high copers clusters showed more psychological symptoms compared to the other clusters. Results show the importance of studying coping by the use of profiles considering all coping strategies simultaneously.

Key words: clusters, profiles, coping, psychological symptoms, adolescents

Introducción

El alto nivel de estrés que caracteriza al período adolescente impacta directamente en el riesgo de presencia de psicopatología, incrementándolo (Zahn-Waxler, Shirliff & Marceau, 2008). El éxito que los adolescentes tengan en el afrontamiento de situaciones estresantes reducirá el riesgo de presencia de psicopatología (Compas et al., 2017). Es por ello, que la adquisición de estrategias de afrontamiento se establece como un hito fundamental en el desarrollo de los adolescentes. En general, al ser comparados con los adultos los adolescentes suelen utilizar en menor medida todas las estrategias de afrontamiento (Garnefski, Legerstee, Kraaij, Van Den Kommer & Teerds, 2002) ya que el repertorio disponible y su frecuencia de uso se incrementará con el correr de los años.

Afrontamiento del estrés

El afrontamiento –o coping– es un proceso complejo y multidimensional (Folkman & Moskowitz, 2004). Se lo ha conceptualizado como las posibles respuestas –cognitivas o conductuales– de los individuos ante situaciones de estrés (Lazarus & Folkman, 1984). Su objetivo

principal consiste en la reducción de la tensión que el escenario estresante genera con el fin de adaptarse al mismo en un intento de recuperar el equilibrio perdido (e.g., Lazarus, 1991).

Existen diversos enfoques en la teorización sobre el afrontamiento. Por ejemplo, algunas denominaciones lo conciben como afrontamiento enfocado en el problema vs. afrontamiento enfocado en la emoción, otras como afrontamiento activo vs. pasivo, o afrontamiento aproximativo vs. evitativo (Averill & Rosenn, 1972; Cohen & Lazarus, 1973; Compas, 1987; Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988; Folkman & Lazarus, 1985; Kahn, Wolfe, Quinn, Snoek & Rosenthal, 1964; Lazarus, Averill & Opton, 1974; Lazarus & Folkman, 1984; Pearlin & Schooler, 1978; Roth & Cohen, 1986; Sidle, Moos, Adams & Cady, 1969). Moos (1993), postuló un modelo en el que refleja esta división central del afrontamiento en dos grandes tipos: por aproximación y por evitación del problema. Subdividiéndolos, a la vez, en dos modos: cognitivo y conductual. Garnefski, Kraaij y Spinhoven (2001) subrayaron la necesidad de esta última subdivisión en modos debido a que tanto el modo cognitivo como el modo conductual se encuentran asociados a diferentes resultados.

Tipos de afrontamiento y psicopatología

La utilización de distintos tipos de afrontamiento ha sido estudiada en relación con distintos desenlaces positivos y negativos. Gran parte de la varianza de la sintomatología psicológica se encuentra explicada por el uso de estrategias de afrontamiento tanto en relación con el tipo como con la frecuencia (Garnefski et al., 2002). En un meta-análisis sobre el tema, Compas et al. (2017) concluyeron que la asociación entre afrontamiento y psicopatología es significativa aunque entre pequeña y moderada. En general, las estrategias del tipo evitativas –como la evitación cognitiva, foco en la emoción, aislamiento social, resignación, descarga emocional, hacerse ilusiones, culparse/criticarse a sí mismo– han sido vinculadas a la presencia de sintomatología

psicológica en adolescentes (e.g. Garnefski & Kraaij, 2006; González & Landero, 2007). Y que, por el contrario, las estrategias consideradas de tipo aproximativas –afrontamiento enfocado en el problema, resolución del problema, reestructuración cognitiva, reevaluación positiva del estresor– se relacionan con el bienestar psicológico y la ausencia de psicopatología de los adolescentes (e.g. Clarke, 2006; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín & Suedán, 2005; Garnefski & Kraaij, 2006).

En cuanto a la dicotomía cognitivo/conductual, se halló que los síntomas denominados internos –depresión, ansiedad– están más vinculados al uso de estrategias de tipo cognitiva e ineficaces en la mitigación del estrés, tales como la rumiación y el culparse a sí mismo; y los síntomas externos –agresividad, impulsividad– están vinculados a estrategias como ubicar el foco en lo positivo que resulta ser un modo de evitación cognitiva (Garnefski, Kraaij & Van Etten, 2005).

Byrne (1964), sin embargo, resaltó que a pesar de que se concibe que el afrontamiento aproximativo es el más saludable debido a que su objetivo es la mitigación del estresor, en ciertas ocasiones –como por ejemplo cuando el estresor es crónico o incontrolable– el evitativo pareciera ser una mejor opción (Chaffm, Wherry, & Dykman, 1997; O'Brien, Bahadur, Gee, Balto & Erber, 1997; O'Brien, Margolin & John, 1995; Weisenberg, Schwarzwald, Waysman, Solomon & Klingman, 1993). A pesar de esta discrepancia de posturas, Holahan et al. (1996) afirmaron que quienes tuvieran disponible un repertorio más variado de estrategias de afrontamiento encontrarían mejores resultados adaptativos en comparación a quienes utilicen siempre el mismo tipo de estrategia. Es así, que algunos tipos de afrontamiento pueden ser útiles en una primera instancia pero resulten posteriormente en rumiación de no ser reemplazados por otros tipos de afrontamiento más eficaces (Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema & Davis, 1999; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Stanton et al., 2000). Este fenómeno se ha denominado coping flexibility, e implica la puesta en juego de

una variada gama de afrontamientos posibles en contraste con el empleo rígido de unos pocos tipos (Lester, Smart & Baum, 1994).

Perfiles de afrontamiento y su relación con la psicopatología

Steele, Cushing, Bender y Richards (2008) resaltaron que la visión dicotómica clásica derivada de investigar las consecuencias asociadas al afrontamiento aproximativo versus el evitativo ignoran importantes diferencias individuales vinculadas a patrones de afrontamiento. En este sentido, Mauno, Rantanen y Tolvanen (2014), indicaron que las estrategias de afrontamiento no son necesariamente mutuamente excluyentes y que, de hecho, puede ser utilizadas simultáneamente. Es por ello que, en ocasiones, se han delineado distintos perfiles de afrontamiento que indican tendencias a combinar el uso más o menos frecuente de las distintas estrategias. Este tipo de análisis permite una evaluación más integrada del afrontamiento.

En estos estudios generalmente se recurre al análisis de clusters para determinar grupos de sujetos que se asemejen entre sí en cuanto al empleo de los distintos tipos de estrategias de afrontamiento. Estos análisis se han realizado en diferentes poblaciones y la cantidad de clusters hallados generalmente oscila entre tres y siete.

Por ejemplo, Luyckx, Vanhals, Seiffge-Krenke y Weets (2010) hallaron cuatro clusters en una muestra de pacientes con diabetes. Aquellos que pertenecían al cluster caracterizado por un afrontamiento más activo tenían menos síntomas depresivos y mejor salud en general en comparación con quienes exhibían estrategias más evitativas. Por otra parte, Li et al. (2017) encontraron tres perfiles de afrontamiento en mujeres con diagnóstico de cáncer de mama: aproximativo, negativo e inconsistente. Quienes pertenecían al grupo de afrontamiento aproximativo tenían menores niveles de ansiedad y depresión. Además, Sanchez et al. (2015) identificaron tres perfiles de afrontamiento en trabajadores con dolor crónico: mezclado,

catastrófico y positivo. Los del grupo de afrontamiento positivo tenían menores niveles de depresión, y mayores niveles de calidad de vida. En deportistas, se encontró que los atletas que pertenecían al grupo con afrontamiento de tipo aproximativo –centrado en la resolución del problema o en la tarea– tenían un mejor ajuste psicológico (Gaudreau & Blonden, 2002; Martinent & Decret, 2015).

En el caso de adultos pertenecientes a población general se puede destacar el estudio de Doron, Thomas-Ollivier, Vachon y Fortes-Bourbousson (2013) quienes hallaron tres clusters de afrontamiento cognitivo: aproximativo, evitativo y poco afrontamiento. Los de cluster aproximativo presentaron menores niveles de ansiedad y depresión, lo del evitativo mayores niveles de ansiedad y depresión, y menores niveles de autoestima. Los que afrontaban poco tenían niveles similares de autoestima y ansiedad que los evitativos, mayores niveles de depresión que los aproximativos pero mejor ajuste psicológico que los evitativos. Luego, Doron, Trouillet, Maneveau, Neveau y Ninot (2014), en otro estudio similar, reportaron cuatro clusters: los que afrontaban mucho, los que utilizaban afrontamientos aproximativos, los evitativos y los que afrontaban poco. Los que afrontaban mucho y los evitativos tenían más estrés e incurrieron en más conductas insalubres.

Asimismo, Mauno et al. (2014) hallaron siete perfiles de afrontamiento en un estudio realizado sobre trabajadores. Las diferencias más relevantes se encontraron entre los perfiles de afrontadores activos en contraste con los de afrontamiento moderado y los poco afrontadores. Los más activos demostraron tener también más compromiso en el trabajo y la familia. No hallaron diferencias en el distrés psicológico ni en el bienestar entre los grupos.

Poniendo el foco ahora en investigaciones en población adolescente, Tam (2008), por ejemplo, distinguió cuatro perfiles: activo, activo-interno, interno-retirada e indiferenciado. Ambos grupos de afrontamiento activo tenían mejor ajuste psicológico. Por otra parte, Steele et al. (2008)

estudiaron el afrontamiento en un grupo de preadolescentes hallando cuatro perfiles: los que afrontaban mucho, los que utilizaban estrategias activas, los que afrontaban poco y los que mostraban un afrontamiento indiscriminado. Quienes utilizaban un afrontamiento más activo informaron menos síntomas de desajuste clínico, mayor ajuste personal y menos síntomas emocionales negativos. Finalmente, Aldridge y Roesch (2008) estudiaron adolescentes pertenecientes a minorías encontrando tres perfiles de afrontamiento: bajo genérico, activo y evitativo. Los activos tenían menor depresión aunque más estrés que los bajo genérico quienes tenían menor estrés que los activos y más depresión que los evitativos.

Además se han realizado estudios longitudinales. Seiffge-Krenke y Klessinger (2000), por ejemplo, reportaron que el grupo que utilizaba afrontamientos de tipo aproximativo informaba menos sintomatología depresiva en contraste con el grupo de afrontamiento evitativo. Tolan, Gorman-Smith, Henry y Hunt (2002) hallaron cinco clusters de adolescentes que diferían en relación a la frecuencia de uso de distintos tipos de afrontamiento. Los que afrontaban poco demostraron tener, luego de un tiempo, más síntomas internalizantes, y los que afrontaban poco junto con los asumían afrontamientos enfocados en la emoción experimentaban más síntomas externalizantes luego de un tiempo.

El foco de intervenciones psicológicas dirigidas a niños y adolescentes para la prevención y el tratamiento de la psicopatología está puesto en el incremento de las habilidades de afrontamiento (e.g. Clarke et al., 1995; Kendall et al., 1997). Teniendo en consideración estos antecedentes, conocer los perfiles de afrontamiento que caracterizan a los adolescentes argentinos podría aportar a las teorizaciones aquí expuestas y arrojar luz acerca de uno de los posibles factores determinantes del riesgo psicopatológico en adolescentes. El entrenamiento en estrategias de afrontamiento podría conllevar la disminución de la sintomatología psicológica de los adolescentes y

la prevención de su aparición a futuro así como también aportar al progreso psicoterapéutico de aquellos adolescentes bajo tratamiento psicológico.

Teniendo en consideración lo antecedentes expuestos es que resulta relevante: (1) Analizar si existen asociaciones entre la frecuencia de uso de las distintas estrategias de afrontamiento y la presencia de psicopatología, (2) Estudiar si es posible identificar perfiles de afrontamiento diferenciados y, (3) Indagar si existen diferencias en el grado de presencia de psicopatología según perfil de afrontamiento. Además, en función de los antecedentes se hipotetizó que: (a) Las estrategias de afrontamiento evitación cognitiva y evitación conductual estarán relacionadas positivamente a la presencia de síntomas psicológicos, (b) Las estrategias de afrontamiento aproximación cognitiva y aproximación conductual estarán asociadas negativamente a la presencia de síntomas psicológicos, (c) Se aislarán clusters delimitados por la dicotomía evitativo vs. aproximativo, o de acuerdo a la frecuencia de uso, (d) Los clusters que estén caracterizados por un mayor uso de estrategias de afrontamiento aproximativas presentarán menor sintomatología que aquellos que utilicen mayormente estrategias evitativas.

Método

Participantes

Participaron 459 adolescentes argentinos de edades entre 12 y 18 años ($M = 15.51$; $DE = 1.80$). El 51.6% ($n = 237$) eran varones y el 48.4% restante, mujeres ($n = 222$). En relación con su nivel socio-económico, el 44.9% ($n = 206$) dijo pertenecer a la clase media-alta, el 39.7% ($n = 182$) a la clase media, el 10.9% ($n = 50$) a la clase alta, el 3.9% ($n = 18$) a la clase media-baja, y el 0.7% ($n = 3$) a la clase baja. El 58% ($n = 266$) de los adolescentes concurría a escuelas privadas y el restante 42% ($n = 193$), a escuelas públicas.

Materiales

- Inventario de Estilos de Afrontamiento para Adolescentes y Adultos (Moos, 1993). Este instrumento brinda distintas medidas de estrategias de afrontamiento: Aproximativo Cognitivo (siete ítems, e.g. “¿Pensaste en qué forma esta situación podría cambiar tu vida para mejor?”), Aproximativo Conductual (seis ítems, e.g. “¿Hablaste con alguno de tus padres o familiares sobre eso?”), Evitativo Cognitivo (cinco ítems, e.g. “¿Trataste de negar cuán serio era el problema realmente?”) y Evitativo Conductual (cuatro ítems, e.g. “¿Empezaste a leer para entretenerte?”). Los 22 elementos se responden con un formato likert de cuatro posiciones 0 = nunca a 3 = siempre referido a frecuencia de uso de la respuesta de afrontamiento. Para obtener la puntuación compuesta de cada dimensión se deben promediar las respuestas del sujeto dadas a los ítems que las componen. Puntuaciones elevadas indicarán un mayor uso de esa estrategia de afrontamiento. La adaptación local (Ongarato, de la Iglesia, Ongarato & Fernández Liporace, 2009; Rial Boubeta, de la Iglesia, Ongarato & Fernández Liporace, 2011) contó con estudios de componentes principales, análisis factorial confirmatorio con validación cruzada en invarianza factorial, además de estudios de consistencia interna y estabilidad de las puntuaciones.

- Listado de Síntomas Breve (LSB-50; de Rivera & Abuín, 2012). Es un instrumento de 50 ítems que brinda mediciones sobre diferentes síntomas psicológicos a través de siete escalas clínicas: (1) Hipersensibilidad (siete ítems), se refiere a la sensibilidad tanto intra como interpersonal (e.g., “Me parece que otras personas me observan o hablan de mí”); (2) Obsesiones-Compulsiones (siete ítems), apunta a cubrir la presencia de dudas, rituales y compulsiones (e.g., “Tengo que hacer las cosas muy despacio para estar seguro de que las hago bien”); (3) Ansiedad (nueve ítems), indaga acerca de síntomas de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobias (e.g., “Siento miedo en la calle o en espacios abiertos”); (4)

Hostilidad (seis ítems), interroga sobre comportamientos vinculados a la ira, enojo y resentimiento (e.g., “Tengo ganas de romper o destruir algo”); (5) Somatizaciones (ocho ítems), evalúa síntomas somáticos que tienen base en problemas psicológicos o médicos (e.g., “Mi corazón palpita o va muy deprisa”); (6) Depresión (diez ítems), examina síntomas relacionados con escasa energía, culpa, tristeza y desesperanza (e.g., “Me siento triste”); y (7) Alteraciones del sueño (tres ítems), examina posibles dificultades de sueño desde la perspectiva del bienestar (e.g., “Me despierto de madrugada”). Los ítems se responden mediante una escala Likert de cinco posiciones que varía desde 0 = nada hasta 4 = mucho. El cálculo de las escalas clínicas se realiza promediando las respuestas del sujeto. Cuanto mayor sea el promedio, mayor será la presencia de sintomatología psicológica. También se pueden calcular tres índices globales y un índice de riesgo: el Índice Global de Severidad, que es una medida global de malestar psicológico que combina el número de síntomas con su intensidad; el indicador de Número de Síntomas Presentes, que resulta de la cantidad de ítems con respuesta distinta de cero (síntoma presente); el Índice de Intensidad de Síntomas Presentes, que es una medida más pura de intensidad ya que considera solamente aquellos con respuesta distinta de cero; y el Índice de Riesgo Psicopatológico que evalúa la presencia de síntomas generalmente presentes en población clínica. En el estudio llevado a cabo por de la Iglesia, Castro Solano y Fernández Liporace (2016), y de la Iglesia, Fernández Liporace y Castro Solano (2015) se verificó la dimensionalidad del listado mediante análisis factoriales confirmatorios con pruebas de validación cruzada e invarianza factorial, además de evidencias de validez externa mediante la correlación de un instrumento de diagnóstico de psicopatología, así como también se analizó su consistencia interna. En la presente muestra la consistencia interna de las escalas clínicas fue Hipersensibilidad = .84, Obsesiones-Compulsiones = .75, Ansiedad = .85, Hostilidad = .85, Somatizaciones = .79, Depresión = .85 y Alteraciones del sueño = .81

Procedimiento

Los datos fueron recolectados mediante un muestreo no probabilístico intencional. La recolección estuvo a cargo de estudiantes avanzados de psicología que fueron supervisados por un investigador experto. Previo a solicitar la respuesta a los instrumentos se pidió a los padres de los adolescentes la firma de un consentimiento informado en el que se explicaba el objetivo de la investigación, se establecía que la participación de su hijo/a era voluntaria y que podía desistir de participar en cualquier momento, y que los datos serían tratados de manera confidencial y anónima.

Análisis de datos

Como paso previo a los análisis, se analizaron posibles diferencias en las estrategias de afrontamiento según el sexo de los participantes a consideración de la abundante evidencia en ese sentido (e. g. Fernández Liporace, Contini, Ongarato, Saavedra & de la Iglesia, 2009). Las pruebas t de Student indicaron diferencias significativas en todas las estrategias ($p < .05$) a excepción de aproximación cognitiva. Las d de Cohen indicaron tamaños del efecto entre pequeños y moderados (Aproximación Conductual $d = -0.32$, Evitación Cognitiva $d = -0.23$, Evitación Conductual $d = -0.29$). Debido a ello y a los antecedentes sobre el tema, se controló la variable sexo en todos los análisis que prosiguieron.

Para estudiar las asociaciones entre las medidas de psicopatología y las estrategias de afrontamiento se calcularon pruebas r de Pearson. Luego, se estandarizaron las medidas de afrontamiento para proceder a continuación a un análisis de clusters con el fin de identificar los distintos perfiles de afrontamiento. Tal como recomendaron Henry, Tolan y Gorman-Smith (2005) este análisis se hizo en dos etapas. En primer lugar, se calculó un modelo jerárquico con el método Ward y la distancia euclídea al cuadrado –se segmentó la base por sexo para controlar esa

variable-. Esto se hizo con el fin de determinar el número adecuado de clusters que maximizaba la diferencia entre los grupos y minimizaba las diferencias intragrupalas. Luego se calculó un análisis de conglomerados de *k* medidas para confirmar y generar los perfiles. A continuación, para validar la solución de conglomerados obtenida, se calcularon ANOVAs one way para establecer diferencias en las estrategias de afrontamiento según cluster. Finalmente, mediante un MANOVA se estudiaron diferencias en las medidas de psicopatología de acuerdo con la pertenencia al cluster (perfil de afrontamiento).

Resultados

En primer lugar, se calcularon las correlaciones entre las cuatro estrategias de afrontamiento y las distintas medidas de psicopatología diferenciando por sexo del participante –ver tabla 1–. De los resultados se desprende que las correlaciones de todas las medidas de psicopatología con la estrategia de Evitación Cognitiva fueron estadísticamente significativas, positivas y entre bajas y moderadas de acuerdo al criterio de Cohen (1988). En el resto de las estrategias la mayoría de las correlaciones no resultó ser estadísticamente significativa ($p > .05$).

Tabla 1
Correlaciones entre las escalas clínicas y puntajes globales del LSB-50, y las estrategias de afrontamiento.

		Aproximación Cognitiva	Aproximación Conductual	Evitación Cognitiva	Evitación Conductual
Hipersensibilidad	Mujeres	.059	.023	.427**	.103
	Hombres	.081	.125	.393**	.079
Obsesiones-Compulsiones	Mujeres	.100	.034	.408**	.174**
	Hombres	.224**	.109	.351**	.146*
Ansiedad	Mujeres	.040	.008	.372**	.041
	Hombres	.113	.151*	.368**	.042
Hostilidad	Mujeres	.014	.001	.418**	.111
	Hombres	.061	.058	.250**	.088
Somatizaciones	Mujeres	.083	.014	.250**	.112
	Hombres	.136*	.082	.304**	.161*
Depresión	Mujeres	.071	.031	.431**	.073
	Hombres	.104	.107	.470**	.081
Alteraciones del sueño	Mujeres	.012	-.020	.319**	.091
	Hombres	.089	.018	.264**	.107
Índice global de severidad	Mujeres	.068	.019	.460**	.117
	Hombres	.141*	.119	.430**	.120
Número de síntomas presentes	Mujeres	.105	.070	.422**	.136*
	Hombres	.143*	.112	.407**	.093
Índice de intensidad de síntomas presentes	Mujeres	-.041	-.071	.351**	.011
	Hombres	.100	.136*	.329**	.140*
Índice de riesgo psicopatológico	Mujeres	.027	-.001	.424**	.098
	Hombres	.094	.130*	.415**	.069

* $p < .05$ ** $p < .01$

El historial del coeficiente de conglomeración y el dendograma obtenido en el análisis de conglomerados indicaron que una solución de tres conglomerados era la más adecuada tanto para las mujeres como para los varones. Debido a ello, el análisis de clusters de k medias se realizó solicitando tres clusters y controlando por sexo. Los ANOVAs validaron la solución de tres clusters indicando diferencias estadísticamente significativas en las cuatro estrategias de afrontamiento de acuerdo a la pertenencia al cluster tanto para el grupo de varones como para el de mujeres ($p < .01$). En la tabla 2 se pueden visualizar las medias para cada estrategia según el cluster de pertenencia.

En el caso de las mujeres, el cluster 1 se caracterizaba por un bajo uso de las estrategias de afrontamiento aproximativas y evitativas, el cluster 2 por un uso moderado de las estrategias de afrontamiento aproximativas y un uso frecuente de las evitativas, y el cluster 3 por un uso moderado de las evitativas y un uso frecuente de las aproximativas. En el caso de los hombres, el cluster 1 se caracterizaba por una baja frecuencia en el uso de todas las estrategias de afrontamiento, el cluster 2 por un uso frecuente de todas las estrategias, y el cluster 3 por un uso moderado de todas las estrategias.

En las figuras 1 y 2 se graficaron las medias de las estrategias de afrontamiento para cada

cluster para el grupo de hombres y el de mujeres. En el caso de las mujeres, el cluster 1 podría denominarse Poco Afrontamiento, el 2 Afrontamiento Evitativo, y el 3 Afrontamiento Aproximativo. En el caso de los hombres el cluster 1 se podría denominar Poco Afrontamiento, el 2 Alto Afrontamiento y el 3 Afrontamiento Moderado.

A posteriori, se calculó un MANOVA para estimar si existían diferencias en las siete escalas clínica del LSB-50 según los perfiles de afrontamiento encontrados en el análisis previo. Debido a que se incumplía el supuesto de homogeneidad de varianzas (Hombres: M de Box = 92.79, $p = .004$; Mujeres: M de Box = 102.77, $p < .001$) se procedió a interpretar el trazo de Pillai que resulta ser más robusto ante el incumplimiento de este supuesto estadístico (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1999). El modelo resultó estadísticamente significativo indicando diferencias en los niveles de sintomatología psicológica de acuerdo con el cluster de pertenencia tanto para los hombres (Traza de Pillai = .130, $F(14, 458) = 2.268$, $p = .005$, $ETA = .065$) como para las mujeres (Traza de Pillai = .187, $F(14, 428) = 3.145$, $p < .001$, $ETA = .093$).

En el caso de los hombres, los ANOVAs indicaron diferencias estadísticamente significativas en todas las escalas ($p < .05$) a excepción de Hostilidad ($p > .05$). En el caso de las

Tabla 2
Perfiles de afrontamiento en hombres y mujeres.

		Aproximación Cognitiva	Aproximación Conductual	Evitación Cognitiva	Evitación Conductual
Hombres	Cluster 1	-1.00	-0.48	-1.04	-0.68
	Cluster 2	0.88	1.00	0.39	0.52
	Cluster 3	0.10	-0.59	0.32	-0.12
Mujeres	Cluster 1	-0.90	-0.70	-0.70	-0.62
	Cluster 2	0.25	0.07	1.03	0.70
	Cluster 3	0.56	0.89	-0.24	0.13

mujeres las diferencias eran estadísticamente significativas en todas las escalas ($p < .05$) a excepción de Somatizaciones ($p > .05$).

En la tabla 3 y en las figuras 3 y 4, se pueden visualizar las medias de cada perfil para cada escala clínica y la pertenencia a subconjuntos homogéneos de acuerdo con el análisis *pos hoc* con corrección de Bonferroni. En el caso de las mujeres los clusters 1 y 3 se diferenciaban significativamente del 2 presentando menor

cantidad de síntomas. Es decir, las mujeres del cluster de Afrontamiento Evitativo experimentaban mayor cantidad de síntomas. En el caso de los hombres los clusters 2 y 3 se diferenciaban del 1 presentando mayor cantidad de síntomas. Es decir, los que pertenecían al cluster de Poco Afrontamiento observaban menor presencia de síntomas en comparación con los otros dos clusters.

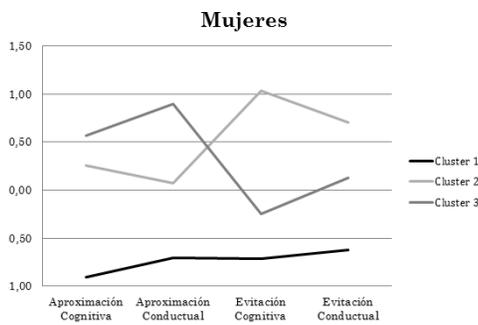


Figura 1. Perfiles de afrontamiento en el grupo de mujeres

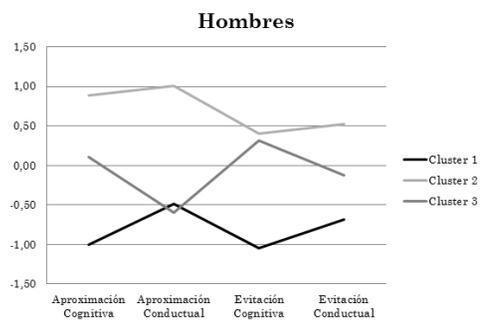


Figura 2. Perfiles de afrontamiento en el grupo de hombres

Tabla 3
Diferencias en las escalas clínicas del LSB-50 según el cluster de pertenencia en hombres y mujeres.

		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Hipersensibilidad	Mujeres	1.01A	1.60B	1.11A
	Hombres	0.64A	1.00B	1.01B
Obsesiones-Compulsiones	Mujeres	1.05A	1.69B	1.34A
	Hombres	0.90A	1.41B	1.35B
Ansiedad	Mujeres	0.77A	1.24B	0.91A
	Hombres	0.48A	0.89B	0.73B
Hostilidad	Mujeres	0.96A	1.60B	0.95A
	Hombres	1.03A	1.37A	1.33A
Somatizaciones	Mujeres	0.79A	1.03A	0.88A
	Hombres	0.46A	0.85B	0.76B
Depresión	Mujeres	0.88A	1.49B	1.11A
	Hombres	0.66A	1.06B	1.07B
Alteraciones del sueño	Mujeres	1.05A	1.55B	1.07A
	Hombres	0.93A	1.42B	1.34B

Letras iguales indican subconjuntos homogéneos de acuerdo al análisis *pos hoc* (Bonferroni)

Luego se calcularon ANOVAs one-way para estimar si se verificaban diferencias en las puntuaciones globales del LSB-50 según perfiles. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en todos ellos ($p < .01$). En la tabla 4 y en las figuras 5 y 6, se pueden apreciar las medias de cada perfil para cada índice global y la pertenencia a subconjuntos homogéneos de acuerdo con el análisis *pos hoc* con corrección de Bonferroni. Los resultados de la prueba *post hoc* fueron idénticos al obtenido para las escalas clínicas. En el caso de las mujeres presentaban más síntomas quienes pertenecían al cluster de Afrontamiento Evitativo, y en el caso de los hombres, quienes pertenecían a los clusters de Afrontamiento Moderado o Alto Afrontamiento.

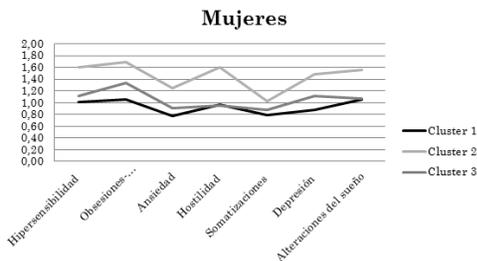


Figura 3. Medias en las escalas clínicas del LSB-50 según los clusters de afrontamiento en mujeres.

Discusión

El objetivo principal de este trabajo radicaba en identificar distintos perfiles de afrontamiento en adolescentes argentinos y determinar su posible vínculo con sintomatología psicológica. Para comenzar a explorar los datos se correlacionaron las escalas clínicas y los índices globales de psicopatología con las cuatro estrategias de afrontamiento controlando por la variable sexo. Se encontraron correlaciones estadísticamente significativas entre leves y moderadas entre todas las medidas de psicopatología y la estrategia de evitación cognitiva. Esto replica lo señalado por Compas, Connor-Smith, Saltzman, Harding Thomsen y Wadsworth (2001) en cuanto al grado

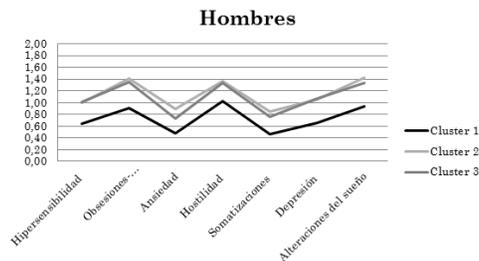


Figura 4. Medias en las escalas clínicas del LSB-50 según los clusters de afrontamiento en hombres.

Tabla 4
Diferencias en los índices globales del LSB-50 según el cluster de pertenencia en hombres y mujeres.

		Cluster 1	Cluster 2	Cluster 3
Índice global de severidad	Mujeres	0.91A	1.43B	1.05A
	Hombres	0.69A	1.10B	1.04B
Número de síntomas presentes	Mujeres	23.41A	32.21B	26.56A
	Hombres	19.39A	27.01B	25.94B
Índice de intensidad de síntomas presentes	Mujeres	1.83A	2.10B	1.86A
	Hombres	1.67A	1.93B	1.88B
Índice de riesgo psicopatológico	Mujeres	0.65A	1.16B	0.73A
	Hombres	0.42A	0.81B	0.72B

Letras iguales indican subconjuntos homogéneos de acuerdo al análisis *pos hoc* (Bonferroni)

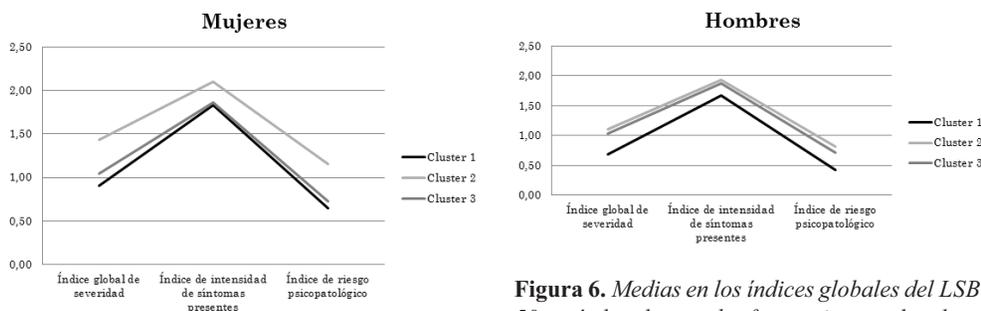


Figura 5. Medias en los índices globales del LSB-50 según los clusters de afrontamiento en mujeres.

Figura 6. Medias en los índices globales del LSB-50 según los clusters de afrontamiento en hombres.

de varianza explicada por el afrontamiento por sobre la psicopatología, y los valores esperados de acuerdo a Hemphill (2003) en el cálculo de correlaciones en el ámbito de investigación en psicología. Estos resultados permiten aportar evidencia a antecedentes previos que vinculan el uso de estrategias de tipo evitativas a la presencia de sintomatología psicológica (e.g. Folkman & Moskowitz, 2004). Además, resultan interesantes en cuanto a los señalamientos de Garnefski et al. (2001) acerca de la importancia de diferenciar la evitación cognitiva de la conductual. En el caso de la evitación conductual solo pueden observarse algunas pocas correlaciones significativas y leves, es decir que la evitación como estrategia de afrontamiento se vincula específicamente a la sintomatología psicológica cuando el modo es cognitivo.

Los análisis de conglomerados concluyeron en una solución de tres clusters bien diferenciados que, en el caso de los hombres, se distinguían por la frecuencia en el uso de todas las estrategias (bajo, moderado, alto), y en el de las mujeres, se diferenciaba por un lado, el poco afrontamiento, y por el otro, el uso de estrategias aproximativas y el uso de estrategias evitativas.

En el caso de los hombres, los clusters replican aquellos encontrados por Mauno et al. (2014), y por Steele et al. (2008), donde las diferencias se dan por la frecuencia en el uso. En el caso de las mujeres, los clusters replican los

hallazgos de Aldridge y Roesch (2008), de Doron et al. (2013, 2014), y de Seiffge-Krenke y Klessinger (2000), donde las diferencias se dan entre el poco afrontamiento, y la diferenciación aproximativo/evitativo. Es interesante destacar aquí la importancia de haber llevado a cabo estos análisis controlando la variable sexo –algo inusual en los antecedentes rastreados–. De haberse analizado la muestra en su totalidad, estas particularidades se habrían perdido en promedios indiferenciados.

Pasando a las diferencias de los clusters en cuanto a la presencia de psicopatología, resulta llamativo que se hayan encontrado diferencias en todas las medidas de síntomas tanto para hombres como para mujeres.

En el caso de las mujeres, presentaban mayor sintomatología quienes pertenecían al grupo de afrontamiento evitativo –en contraste con el grupo de afrontamiento aproximativo y de poco afrontamiento–. La diferencia aquí parece estar dada por el uso de la evitación como estrategia para mitigar el estrés replicando la mayoría de los antecedentes referidos al tema en los que se denota la clara ineficacia de la evitación y, en consecuencia, la continuidad de los efectos tensionantes del estrés sobre la salud mental (Folkman & Moskowitz, 2004; Garnefski & Kraaij, 2006; González & Landero, 2007; Sandín & Chorot, 1993; Sandín et al., 1988).

En el caso de los varones quienes presentaban menos síntomas eran los que informaron un bajo uso de las cuatro estrategias de

afrontamiento. Este resultado es novedoso y no va en la misma línea que ninguno de los antecedentes sobre el tema. En relación a ello podría contemplarse la característica transversal de esta investigación. Tal como muy pertinentemente señalaron Compas et al. (2001), sería incorrecto hablar de la efectividad del afrontamiento en estudios transversales debido a que la dirección en la relación entre el afrontamiento y la sintomatología no puede ser determinada con certeza. Es posible que la presencia de altos niveles de afrontamiento esté dada por la presencia de síntomas psicológicos, como así también que los síntomas psicológicos ocurran por el uso de afrontamientos evitativos, por ejemplo. Teniendo en consideración esto, debe recordarse el estudio longitudinal llevado a cabo por Tolan et al. (2002) en el que los adolescentes con bajos niveles de afrontamiento presentaban mayor cantidad de síntomas en un tiempo posterior. Es posible que en los adolescentes varones aquí evaluados, el poco afrontamiento que los caracteriza no se asocie hoy a la presencia de sintomatología pero si lo esté en un futuro no tan lejano.

La limitación principal de este trabajo radica en que el diseño transversal imposibilita aseverar que las estrategias de afrontamiento causan o influyan en la presencia de sintomatología psicológica. Sumado a ello, la muestra analizada corresponde a adolescentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires por lo que la generalización de los resultados es limitada. A pesar de todo ello, se replican resultados de investigaciones llevadas a cabo en otras poblaciones y se arroja luz sobre teorizaciones vinculadas al afrontamiento que no son menores. Sintéticamente: (1) la diferenciación en el uso del afrontamiento entre mujeres y varones se replica en esta muestra, (2) las estrategias evitativas están vinculadas a una mayor presencia de síntomas psicológicos, (3) se pueden identificar perfiles de afrontamiento diferenciados que dan cuenta de combinación en el uso más o menos frecuente de las distintas estrategias, y (4) los perfiles de afrontamiento se configuran de acuerdo a la dicotomía aproximativo/evitativo, y/o

a la frecuencia de uso de las cuatro estrategias.

Será importante en futuros análisis que todo estudio sobre el afrontamiento no sólo considere las diferenciaciones de acuerdo con el sexo del evaluado sino que se estudien las estrategias de afrontamiento de manera conjunta. En cuanto a las posibles aplicaciones clínicas de estos hallazgos cabe señalar lo indicado por Seiffge-Krenke y Klessinger (2000) en relación a la necesidad de identificar el perfil de afrontamiento del paciente para poder trabajar junto a él el desarrollo de estrategias de afrontamiento efectivas en la mitigación del estresor. Si se tiene en cuenta la clara relación entre ciertas estrategias de afrontamiento y la presencia de sintomatología psicológica, el trabajo sobre las mismas podría acarrear un mejoramiento en el proceso psicoterapéutico. Cabe interrogarse si es factible entrenar a un individuo y enseñarle modos más adaptativos para manejar el estrés. Según Lazarus y Folkman (1984) esto es posible, en tanto que Folkman y Moskowitz (2004) afirman que el modo adecuado de hacerlo es a través de intervenciones cognitivo-conductuales. En ellas el foco se centra en entrenar a los sujetos en cómo lidiar con un estresor pasado o presente. Sumado a ello, ya hace unos años se acuñó el concepto de *proactive coping* –afrontamiento proactivo– cuyo fin es preparar al individuo para manejar potenciales futuras situaciones de estrés (Aspinwall & Taylor, 1997).

Referencias

- Aldridge, A. A. & Roesch, S. C. (2008). Developing coping typologies of minority adolescents: A latent profile analysis. *Journal of Adolescence*, 31(4), 499-517. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2007.08.005>
- Aspinwall, L. G. & Taylor, S. E. (1997). A stitch in time: self-regulation and proactive coping. *Psychological Bulletin*, 121(3), 417-36. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.3.417>

- Averill, J. R. & Rosenn, M. (1972). Vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysical stress reaction during anticipation of electric shock. *Journal of Personality and Social Psychology*, 2, 321–329.
- Byrne, D. (1964). Repression-sensitization as a dimension of personality. En B. A. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research* (pp. 169-220). New York: Academic Press.
- Chaffin, M., Wherry, J. N., & Dykman, R. (1997). School age children's coping with sexual abuse: Abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies. *Child Abuse and Neglect*, 21, 227-240. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(96\)00148-2](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(96)00148-2)
- Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 11-24. <https://doi.org/10.1007/s10964-005-9001-x>
- Clarke, G. N., Hawkins, W., Murphy, M., Sheeber, L. B., Lewinsohn, P. M., & Seeley, J. R. (1995). Targeted prevention of unipolar depressive disorder in an at-risk sample of high school adolescents: A randomized trial of a group cognitive intervention. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 312-321. <https://doi.org/10.1097/00004583-199503000-00016>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cohen, F. & Lazarus, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375–389.
- Compas, B. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393–403.
- Compas, B. E., Jaser, S. S., Bettis, A. H., Watson, K. H., Gruhn, M. A., Dunbar, J. P., ... Thigpen, J. C. (2017). Coping, Emotion Regulation, and Psychopathology in Childhood and Adolescence: A Meta-Analysis and Narrative Review. *Psychological Bulletin*, 143(9), 939-991. <https://doi.org/10.1037/bul0000110>
- Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping With Stress During Childhood and Adolescence: Problems, Progress, and Potential in Theory and Research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.127.1.87>
- Compas, B., Malcarne, V. & Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405–411.
- de la Iglesia, G., Castro Solano, A., & Fernández Liporace, M. (2016). Evidence of validity of the LSB-50: cross-validation, factorial invariance and external criterion analysis. *Ciencias Psicológicas*, 10(1), 63-73. <https://doi.org/10.22235/cp.v10i2.1154>
- de la Iglesia, G., Fernández Liporace, M., & Castro Solano, A. (2015). Psychometric study of the main clinical scales of the Listado de Síntomas Breve (LSB-50) -Short Checklist of Symptoms- in Argentinean adolescents. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*, 22(3), 383-399.
- de Rivera, L. & Abuín, M. R. (2012). *LSB-50, Listado de Síntomas Breve*. Madrid: TEA Ediciones.
- Doron, J., Thomas-Ollivier, V., Vachon, H., & Fortes-Bourbousson, M. (2013). Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. *Personality and Individual Differences*, 55(5), 515-520. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.04.017>
- Doron, J., Trouillet, R., Maneveau, A., Neveau, D., & Ninot, G. (2014). Coping profiles, perceived stress and health-related behaviors: a cluster analysis approach.

- Health Promotion International, 30(1), 88-100. <https://doi.org/10.1093/heapro/dau090>
- Fernández Liporace, M., Contini de González, N., Ongarato, P., Saavedra, E. & de la Iglesia, G. (2009). Estrategias de afrontamiento frente a problemas académicos en estudiantes medios y universitarios. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 27(1), 63-84.
- Figuerola, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., & Suedán, A. E. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de psicología*, 21(1), 66-72.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes, it may be a process: Study of emotion and coping during three stages of college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 150-170.
- Folkman, S. & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
- Garnefski, N. & Kraaij, V. (2006). Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*, 40, 1659-1669. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.12.009>
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Van Etten, M. (2005). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Adolescence*, 28, 619-631. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2004.12.009>
- Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V. V., Van Den Kommer, T., & Teerds, J. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, 25, 603-611. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0507>
- Gaudreau, P. & Blondin, J. (2002). Different athletes cope differently during a sport competition: A cluster analysis of coping. *Personality and Individual Differences*, 36, 1865-1877. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.08.017>
- González, M. T. & Landero, R. (2007). Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE): Validación en una muestra Mexicana. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(2), 189-198. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.12.num.3.2007.4044>
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (1999). *Análisis Multivariante*. Madrid: Prentice Hall.
- Hemphill, J. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *American Psychologist*, 58(1), 78-80. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.58.1.78>
- Henry, D., Tolan, P. H., & Gorman-Smith, D. (2005). Cluster analysis in family psychology research. *Journal of Family Psychology*, 19, 121-132. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.19.1.121>
- Holahan, C. J., Moos, R. H., & Schaefer, J. A. (1996). Coping, Stress Resistance, and Growth: Conceptualizing Adaptive Functioning. En M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, Research, Applications* (pp. 24-43). New York: John Wiley & Son Inc.
- Kahn, R. L., Wolfe, D. M., Quinn, R. P., Snoek, D. & Rosenthal, R. A. (1964). *Organizational stress: Studies in role conflict and ambiguity*. New York, NY: Wiley.
- Kendall, P. C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S. M., Southam-Gerow, M., Henin, A., & Warman, M. (1997). *Therapy for youths with anxiety disorders: A second*

- randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.65.3.366>
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., Averill, J. R. & Opton, E. M. (1974). The psychology of coping: Issues of research and assessment. En D. A. Coelho, D. A. Hamburg & J. E. Adams (Eds.), *Coping and adaptation* (pp. 47-68). New York: Basic Books.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lester, N., Smart, L., & Baum, A. (1994). Measuring coping flexibility. *Psychology & Health*, 9 (6) , 4 0 9 - 4 2 4 . <https://doi.org/10.1080/08870449408407468>
- Li, L., Li, S., Wang, Y., Yi, J., Yang, Y., He, J., & Zhu, X. (2017). Coping Profiles Differentiate Psychological Adjustment in Chinese Women Newly Diagnosed With Breast Cancer. *Integrative Cancer Therapies*, 1 6 (2) , 1 9 6 - 2 0 4 . <https://doi.org/10.1177/1534735416646854>
- Luyckx, K., Vanhalst, J., Seiffge-Krenke, I., & Weets, I. (2010). A typology of coping with Type 1 diabetes in emerging adulthood: associations with demographic, psychological, and clinical parameters. *Journal of Behavioral Medicine*, 33(3), 228-238. <https://doi.org/10.1007/s10865-010-9249-9>
- Martinet, G. & Decret, J. C. (2015). Coping profiles of young Athletes in their everyday life: A three-wave two-month study. *European Journal of Sport Science*, 15(8), 7 3 6 - 7 4 7 . <https://doi.org/10.1080/17461391.2015.1051131>
- Mauno, S., Rantanen, M., & Tolvanen, A. (2014). Identifying Coping Profiles and Profile Differences in Role Engagement and Subjective Well-Being. *Journal of Basic & Applied Sciences*, 10, 189-204.
- Moos, R. H. (1993). *Coping Responses Inventory Youth Form*. Odessa, Florida: Psychological Assessment Resources.
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 109(3), 504-511. <https://doi.org/10.1037/0021-843X.109.3.504>
- Nolen-Hoeksema, S. & Davis, C. G. (1999). "Thanks for sharing that": ruminators and their social support networks. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(4), 801-814. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.4.801>
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061-1072. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.77.5.1061>
- O'Brien, M., Bahadur, M. A., Gee, C., Balto, K., & Erber, S. (1997). Child exposure to marital conflict and child coping responses as predictors of child adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 21, 39-59. <https://doi.org/10.1023/A:1021816225846>
- O'Brien, M., Margolin, G., & John, R. S. (1995). Relation among marital conflict, child coping, and child adjustment. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24, 346-361. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2403_12
- Ongarato, P., de la Iglesia, G., Stover, J. B., & Fernández Liporace, M. (2009). Adaptación de un Inventario de Estrategias de Afrontamiento para Adolescentes y Adultos. *Anuario de Investigaciones*, 16, 383-391.
- Pearlin, L. I. & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Rial Boubeta, A., de la Iglesia, G., Ongarato, P. & Fernández Liporace, M. (2011). Dimensionalidad del Inventario de Afrontamiento para adolescentes y universitarios. *Psicothema*, 23(3), 464-474.

- Roth, S. & Cohen, L. (1986). Approach, avoidance and coping with stress. *American Psychologist*, 41, 813-819.
- Sanchez, J., Brooks, J., Fitzgerald, S., Strand, D. M., Leczycki, A., Blake, J., ... Lee, G. K. (2015). Pain Coping Profiles in Workers' Compensation Clients with Chronic Musculoskeletal Pain: A Cluster Analysis. *Australian Journal of Rehabilitation Counselling*, 21(2), 108-122. <https://doi.org/10.1017/jrc.2015.13>
- Sandin, B. & Chorot, P. (1993). Stress and anxiety: Diagnosis validity of anxiety disorders according to Ufe events stress, ways of coping and physical symptoms. *Psiquis*, 14, 178-184.
- Seiffge-Krenke, I. & Klessinger, N. (2000). Long-term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(4), 617-630. <https://doi.org/10.1023/A:1026440304695>
- Sidle, A., Moss, R. H., Adams, J. & Cady, P. (1969). Development of a coping scale. *Archives of General Psychiatry*, 20, 225-232.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Cameron, C. L., Bishop, M., Collins, C. A., Kirk, S. B., ... Twillman, R. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(5), 875-882. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.5.875>
- Steele, R. G., Cushing, C. C., Bender, J. A., & Richards, M. M. (2008). Profiles and Correlates of Children's Self-Reported Coping Strategies Using a Cluster Analytic Approach. *Journal of Child and Family Studies*, 17(1), 140-153. <https://doi.org/10.1007/s10826-007-9153-2>
- Tam, V. C. (2008). Coping profiles among Chinese adolescents in Hong Kong: A person-centered approach. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 20(1), 73-83. [https://doi.org/10.1515-IJAMH.2008.20.1.73](https://doi.org/10.1515/IJAMH.2008.20.1.73)
- Tolan, P., Gorman-Smith, D., Henry, K., & Hunt, M. (2002). The relation of patterns of coping of inner-city youth to psychopathology symptoms. *Journal of Research on Adolescents*, 12, 423-449. <https://doi.org/10.1111/1532-7795.00040>
- Weisenberg, M., Schwarzwald, J., Waysman, M., Solomon, Z., & Klingman, A. (1993). Coping of school-age children in the sealed room during scud missile bombardment and postwar stress reactions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 462-467. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.3.462>
- Zahn-Waxler, C., Shirtcliff, E. A., & Marceau, K. (2008). Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 4, 275-303. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091358>