Factores protectores de la salud mental: Un estudio comparativo sobre valores, autoestima e inteligencia emocional en población clínica y población general

Vanesa C. **Góngora*** y María Martina **Casullo****

Resumen

El objetivo del trabajo que se informa fue realizar un estudio comparativo de tres *factores protectores* de la salud mental: *inteligencia emocional*, *valores* y *autoestima* entre 60 pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad y/o depresión y 60 sujetos de población normal. Así la muestra total quedó conformada por 120 sujetos. Los instrumentos utilizados fueron: la Escala de Valores de Schwartz (1992), la Escala de Inteligencia Emocional Bar-On (1997), la Escala de Autoestima de Rosenberg (1965), la Escala de Ansiedad STAI-rasgo (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983) y la Escala de Depresión de Beck-II (Beck, Steer & Brown, 2006). Los resultados indicaron que *Autoestima* y un aspecto de la inteligencia emocional, *Felicidad*, fueron las variables que mejor distinguieron al grupo clínico del grupo de población general. Dos componentes de la inteligencia emocional, *Manejo de Estrés* y *Estado de Animo*, distinguieron claramente entre sujetos con alta y baja ansiedad. Ambas dimensiones permitieron identificar correctamente a un 91.7% de sujetos con alta ansiedad. Un bajo nivel de valores de *Autotrascendencia*, una alta Autoestima y una alta dimensión del *Estado de Animo* de la in-

* Doctora en Psicología. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Docente de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires (UBA). Tronador 3891, Piso 15, Dpto. E - (C1430DMS) Ciudad Autónoma de Buenos Aires. República Argentina. E-Mail: vgongora@psi.uba.ar

** Doctora en Psicología. Miembro de la Carrera del Investigador Científico del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET) y Profesora Emérita de la Universidad de Buenos Aires (UBA).

teligencia emocional permitieron distinguir un 85.3% de los pacientes con alta y baja depresión. Los resultados están en consonancia con los principios de la Psicología Positiva, en tanto que aspectos positivos también contribuyen a las variables patológicas y por lo tanto pueden fortalecerse a través de intervenciones positivas.

Palabras clave: Factores protectores; Valores; Inteligencia emocional; Autoestima.

Abstract

Clinical Psychology is trying to find new approaches to treat psychopathological problems. For this purpose, it takes the contributions of Positive Psychology for promoting mental health. In Clinical Psychology, the positive aspects are tackled in two main ways: as factors to strength in periods of health, and as factors to enhance in periods of illness. Positive or *protective factors* from Positive Psychology perspective are not conceived as prevention of illness but as promotion of health. Although many studies have focused on several protective factors such as hope, psychological well-being or effective coping, there are other factors much less studied. That is the case of *emotional intelligence* in a clinical context, the *values* that a person sustains and its relation with the level of *self-esteem*. The aim of this study is to present a comparative research of three protective factors of mental health: emotional intelligence, personal values and self-esteem between general and clinical populations. Specifically, it aims to: compare the three protective factors between the two populations and to assess what aspects of emotional intelligence, what type of values and what level of self-esteem relate to low levels of anxiety and depression. The sample was composed of two groups: one group of general population (n = 60) and one group of clinical population (n = 60) formed by patients with a diagnosis of anxiety disorders and/or depression. The general population sample was matched with the clinical sample by age and gender. The mean age in the clinical sample was 34.72 years old (SD = 10.23) and 34.23 years old (SD = 11.96) in the general population sample. The clinical group was composed of 12 men and 48 women whereas in the general population group there were

13 men and 47 women (79.2% of women in the whole sample). Participants signed informed consent and completed the questionnaires in presence of a researcher. The instruments used in this study were the Schwartz´s Portrait Values Questionnaire (1992), the Emotional Intelligence Inventory of Bar-On (1997), the Rosenberg Self-esteem Scale (1965), the STAI-trait Scale (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg, & Jacobs, 1983), and the Beck-II (Beck, Steer, & Brown, 2006). Results indicated that Self-esteem, the value Self-direction and the aspects of emotional intelligence (Emotional Self-awareness, Assertiveness, Self-regard, Self-actualization, Interpersonal relationship, Reality Testing, Stress Tolerance, Happiness, and Optimism) were significantly different between the two groups. The clinical sample scored significantly lower in all the aforementioned variables. In order to examine which of these variables discriminated between the two sample groups, a discriminant analyses was carried out. Self-esteem and, an aspect of emotional intelligence, Happiness, were the only variables to clearly differentiate between the clinical and the general samples. However, both variables could only classify a 71.1% of participants. On the basis of percentile values of STAI and Beck scales (cut-off point 70th percentile), both samples were divided into two groups: high and low anxiety level and high and low depression level. Two components of emotional intelligence, Stress Tolerance and General Mood, clearly distinguished between participants with high or low anxiety level. Both aspects allowed a correct identification of 91.7% of participants. On the other hand, low Self-transcendence personal values, high Self-esteem, and high General Mood component of emotional intelligence discriminated between subjects with high or low depression level, with a correct identification of 85.3% of participants. Results are in consonance with the fundamentals of Positive Psychology in terms that positive aspects also relate to pathological variables and, thus, may be enhanced with positive interventions. Both self-esteem and the different dimensions of emotional intelligence have specific structured programs to promote them.

Key words: Protective factors; Values; Emotional intelligence; Self-esteem.

Durante el último siglo la Psicología Clínica y la Psiquiatría se han centrado en el estudio de los trastornos mentales, su diagnóstico y tratamiento. A pesar del desarrollo de diversas terapias y el avance de los psicofármacos, el éxito ha sido sólo parcial con altas tasas de reincidencia, severos cuadros clínicos y sin posibilidad de reducir la cantidad de pacientes, prolongar la remisión del cuadro clínico y prevenir la aparición de trastornos mentales (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; Seligman, Parks & Steen, 2006; Snyder & Lopez, 2002). La Psicología Clínica se plantea actualmente la necesidad de encontrar nuevas formas de abordar los problemas psicopatológicos que aquejan a las personas. Hasta el momento poca atención se le ha prestado a la promoción de la salud como un fin en sí mismo, o como una forma de prevenir los trastornos mentales (Zarit & Robertson, 2006). En tal sentido se ha desarrollado una nueva rama, la Psicología Positiva que se centra en la salud mental más que en la enfermedad. Se entiende por *salud mental* no sólo la ausencia de síntomas sino también la experiencia de bienestar psicológico (Wright & Lopez, 2002). El énfasis se dirige a ampliar el espectro del diagnóstico y tratamiento e incluir dentro de las intervenciones aspectos más positivos, es decir, aquellos aspectos que promueven la salud y se relacionan con el bienestar psicológico. Asimismo se pretende trabajar con estos aspectos positivos (factores salugénicos o protectores) en tareas de prevención y promoción de la salud mental (Keyes & Lopez, 2002). En Psicología Clínica los aspectos positivos son abordados en dos formas principales: por un lado como factores a fortalecer en momentos de salud, entendiendo que su promoción permite prevenir la aparición de patología y por otro, se asume que en momentos de enfermedad, el trabajo de fortalecimiento de los aspectos positivos también resulta terapéutico, contribuyendo al mejoramiento de la patología. En este sentido, la Psicología Positiva se puede incorporar al tratamiento clínico, en particular, de orientación cognitiva. Los factores protectores desde la Psicología Positiva no son concebidos como factores que previenen la enfermedad, como desde el paradigma del déficit, sino como factores que promueven la salud (Ingram & Snyder, 2006).

Los estudios se han focalizado principalmente en factores protectores tales como: bienestar psicológico (Fava, 1999), optimismo (Seligman, Reivich, Jaycox & Gillham, 1995), esperanza (Klausner, Snyder & Cheavens, 2000) y afrontamiento efectivo (Snyder, 2001). Sin embargo existen otros factores protectores que han recibido escasa atención, entre ellos el estudio de la inteligencia emocional en un contexto clínico, los valores que sostienen una persona y la relación de estos factores con el nivel de autoestima.

El objetivo del estudio que se informa fue investigar tres factores protectores: inteligencia emocional, valores y autoestima en población general y

en pacientes diagnosticados con los dos cuadros de mayor prevalencia en los servicios de psicopatología: trastornos de ansiedad y depresión. La tasa de prevalencia para dichos trastornos se sitúa entre un 3 y un 5% en el caso de ansiedad y entre un 5 y un 8% en el caso de depresión (American Psychiatric Association, 1994).

La *inteligencia emocional* es definida como un conjunto de habilidades personales, emocionales y sociales, que influyen en la capacidad para adaptarse y enfrentar las demandas especiales del medio (Bar-On, 1997). Desde esta perspectiva los componentes factoriales de este constructo se asemejan a los factores de la personalidad, pero a diferencia de éstos, la inteligencia emocional y social es modificable a través de la vida. El nivel de inteligencia emocional influirá en la selección y el control de las estrategias de afrontamiento para hacer frente a determinadas situaciones que se le presentan a la persona en su vida. En otras palabras, la inteligencia emocional se relaciona con la elección de las estrategias de afrontamiento y con la evaluación primaria de la significación personal de los eventos. Esto dará lugar a conductas destinadas a la adaptación a las demandas del medio. Una alta inteligencia emocional supone una serie de beneficios personales: satisfacción personal, buenas relaciones interpersonales, salud, aprendizaje y logro de objetivos (Matthews & Zeidner, 2000). La inteligencia emocional se encuentra relacionada con la satisfacción vital (Palmer, Donaldson & Stough, 2002), un afrontamiento adecuado (Chan, 2003) y la capacidad adaptativa (Ghorbani, Bing, Watson, Davison & Mack, 2002) en población general. Sin embargo, estudios con muestras clínicas son prácticamente inexistentes así como estudios que comparen muestras clínicas y de población general. Bar-On (1997) afirma que los niveles de inteligencia emocional serían mayores en población general comparados con población clínica. Estudios realizados en el área educativa con estudiantes universitarios informan que altos niveles de inteligencia emocional se encontraban asociados a bajos niveles de ansiedad y depresión (Ciarrochi, Chan & Caputi, 2000; Salovey, Stroud, Woolery & Epel, 2002).

Schwartz (1992) define a los *valores* como metas motivacionales deseables y transituacionales que varían en importancia y que sirven como principios en la vida de una persona y considera 10 tipos de valores motivacionales: poder, logro, hedonismo, autodirección, estimulación, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad. Estos valores se organizan en dos dimensiones bipolares: apertura al cambio versus conservación y autopromoción versus autotrascendencia. Schwartz propone que los valores de autotrascendencia (universalismo, benevolencia) generan preocupaciones de tipo macro (centradas en temas sociales), en tanto los valores de autopromoción (poder, logro) estarán ligados a preocupaciones de tipo micro (más centradas en la propia per-

sona), por lo tanto estas personas tendrán menores niveles de bienestar subjetivo y mayores niveles de ansiedad (Schwartz, Sagiv & Boehnke, 2000). Las investigaciones confirmaron que los valores de autotrascendencia (universalismo y benevolencia) se asociaban con altas preocupaciones de tipo macro, altos niveles de bienestar subjetivo y baja ansiedad, en tanto que los valores de autopromoción (hedonismo, poder y en menor medida, logro) se vinculaban con altas preocupaciones micro, altos niveles de ansiedad y bajo nivel de bienestar. Estudios longitudinales y transculturales en población general confirmaron la hipótesis de que los valores u objetivos que orientan la vida, influenciarían el nivel de bienestar de las personas a través del rol mediacional de las preocupaciones (Boehnke, Fuss & Rupf, 2001; Boehnke, Stromberg, Regmi, Richmond & Chandra, 1998). Investigaciones sobre valores en población clínica son casi inexistentes.

La *autoestima* es definida como la dimensión evaluativa del autoconcepto, en la que la persona se autoevalúa en una escala que varía de lo positivo (autoafirmación) a lo negativo (auto-denigración) (Hewit, 2002). Se considera que una alta autoestima tiene una función hedónica o de bienestar general. Extensas investigaciones han encontrado que una alta autoestima tiene efectos beneficiosos para las personas, en tanto se sientan bien con respecto a sí mismas, a su vida y a su futuro. También se asocia a un mejor desempeño laboral, resolución de problemas, extraversión, autonomía, autenticidad y a varios tipos de fenómenos interpersonales positivos: conducta prosocial, satisfacción en las relaciones y desempeño positivo en grupos (Kernis & Goldman, 2003; Leary & MacDonald, 2003). Por otro lado, una baja autoestima está asociada a hipersensibilidad, inestabilidad, timidez, falta de autoconfianza, evitación de riesgos, depresión, pesimismo, soledad o alienación (Rosenberg & Owens, 2001). La autoestima puede ser vista como una variable fundamental, particularmente cuando las personas enfrentan y pasan por diversos problemas y desafíos de la vida (Epstein, 2003; Kernis & Goldman, 2003) ya que ha demostrado jugar un rol importante en ayudar a las personas a enfrentar las situaciones estresantes actuando como almacenamiento de sentimientos positivos (Baumeister, Campbell, Krueger & Vohs, 2003). Las personas van a orientar su conducta en pos de mantener su alta autoestima en aquellos dominios considerados valiosos (Crocker & Park, 2004).

En suma, este estudio propone estudiar tres factores protectores de la salud, inteligencia emocional, valores y autoestima, en población general y población clínica. Específicamente se pretende: (1) comparar los tres factores protectores entre las dos poblaciones y (2) evaluar qué aspectos de la inteligencia emocional, qué tipo de valores y qué nivel de autoestima se relacionan con bajos niveles de ansiedad y de depresión.

Las hipótesis que sostienen este estudio son que un mayor nivel de inteligencia emocional, mayor autoestima y el predominio de valores de autotrascendencia (universalismo, benevolencia) se relacionan con menores niveles de ansiedad y de depresión en población general y en población clínica. Se espera que estos tres factores protectores de la salud se diferencien entre población clínica y población general, así como dentro de la población clínica entre aquellos con mayores y con menores niveles de ansiedad y depresión.

Método

Muestra

La muestra de carácter intencional estuvo conformada por un grupo de 60 pacientes diagnosticados con trastornos de ansiedad y/o depresión y otro de 60 sujetos pertenecientes a población general (grupo control) apareados por sexo y edad. La participación fue voluntaria. Se informó a los sujetos que se trataba de una investigación que indagaba sobre la forma en que se sentían y sus características personales. La participación fue voluntaria y se solicitó el consentimiento informado correspondiente.

En el caso de los participantes de población general, las administraciones fueron anónimas y se realizaron en forma individual o en grupos pequeños en el domicilio o en el ámbito de trabajo del participante. Los evaluadores fueron alumnos de la Cátedra de Técnicas Psicométricas de la Carrera de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, quienes fueron instruidos sobre los propósitos de la investigación así como entrenados en el procedimiento de administración de los protocolos. La muestra de población general se conformó sobre la base de una muestra más amplia, pero se seleccionaron 60 casos apareados por sexo y edad con la muestra clínica a fin de que los grupos fueran equivalentes.

Para conformar la población clínica, se contactó a la sección de Psicopatología de tres centros de salud de la Ciudad de Buenos Aires y se solicitó a psicólogos y médicos clínicos y psiquiatras, que seleccionaran a aquellos pacientes que podrían responder a los cuestionarios considerando que el criterio de inclusión era que hubieran recibido un diagnóstico de depresión y/o trastorno por ansiedad. La intención fue de interferir lo menos posible en el tratamiento de los pacientes y que el contacto con los sujetos fuera a través del clínico. La administración de las pruebas en el grupo clínico se realizó en forma individual en presencia de una persona del equipo de investigación en el ámbito hospitalario. Debido a que la selección de los casos fue realizada

por indicación de los clínicos de acuerdo al diagnóstico, la administración de las pruebas no fue anónima.

El grupo clínico estuvo conformado por pacientes diagnosticados con criterio clínico por su psiquiatra conforme a los criterios diagnósticos del DSM-IV. Un 61.7% (n = 37) de los participantes presentó cuadros de tipo ansioso (principalmente trastorno por ansiedad generalizada, trastorno de pánico con y sin agorafobia, y en menor medida, ansiedad social, fobia específica y trastorno ansioso no especificado), un 23.3% (n = 14) cuadros de tipo depresivo (principalmente trastorno depresivo, distimia y un caso de trastorno adaptativo con síntomas depresivos) y un 15% (n = 9) cuadros de tipo mixto con diagnósticos en las dos categorías.

La media de edad fue 34.72 (DE = 10.23) para el grupo clínico y de 34.23 años (DE = 11.96) para el grupo de población general. El grupo clínico contaba con 12 hombres y 48 mujeres, en tanto en el grupo control participaron 13 hombres y 47 mujeres (79.2% de mujeres en el total de la muestra).

En el grupo clínico, el 8.3% de los participantes contaba con nivel primario de instrucción, el 73.3% con nivel medio y el 18.4% con nivel superior, en tanto que en el grupo de población general el 1.7% tenía nivel primario de educación, un 61.6% nivel medio y un 36.7% nivel superior. La diferencia en el nivel de educación se debe a las características de los centros de salud que en general concentraban una población con menor nivel educativo. Se evaluó si el nivel educativo era una variable relevante para diferenciar niveles de ansiedad y depresión en la muestra, y por lo tanto, hacer que los dos grupos no fueran equivalentes. No se encontraron diferencias significativas en los niveles de depresión (F = .88; gl = 6; p = .51) ni de ansiedad rasgo (F = .96; gl = 6; p = .46) según el nivel educativo.

La población general estuvo integrada por: 60% de solteros, 30% de casados o en pareja, 8.3% divorciados y un 1.7% viudos. En la población clínica el estado civil se distribuía en 50% solteros, 35% casados y 15% divorciados.

La duración media de tratamiento de los participantes fue de 12.60 meses (DE = 12.56, Mdn = 8, rango 1-50); llamativamente, esto no se relacionó con las medidas de ansiedad rasgo (r = .12; p = .39) y depresión (r = -.07; p = .62), por lo que el grupo clínico resultó ser homogéneo.

Los participantes del grupo de población general no estaban realizando tratamiento psiquiátrico al momento de la evaluación. De todos modos, se evaluó su nivel de ansiedad y depresión para asegurarse que efectivamente constituían un grupo no clínico. La puntuación media de depresión para el grupo clínico fue de 17.27 (DE = 10.72), mientras que para el grupo de población general fue de 9.10 (DE = 5.79). En cuanto a los niveles de ansiedad, la puntuación media

para el grupo clínico fue de 50.72 (*DE* = 11.25) y de 41.70 (*DE* = 8.55) para el grupo de población general. Se halló una diferencia estadísticamente significativa entre los dos grupos en los niveles de ansiedad rasgo (t = -5.08; $p \leq .001$) y depresión (t = -4.85; $p \leq .001$) siendo claramente mayores en el grupo clínico.

Instrumentos

1.- Escala de Valores de Schwartz -SVS- (1992)

La SVS es una escala que presenta 10 tipos de valores motivacionales: poder, logro, hedonismo, autodirección, estimulación, universalismo, benevolencia, tradición, conformidad y seguridad, para ser ordenados jerárquicamente por los individuos. Es un instrumento formado por 40 reactivos que describen preferencias y características personales relacionadas con la orientación valorativa de las personas. El sujeto debe decidir, en cada caso, cuán parecido es a esa descripción, según 6 opciones de respuesta en formato Likert, que varían desde 0 (*No se parece nada a mí*) hasta 5 (*Se parece mucho a mí*). Estudios de validación realizados en Argentina pudieron constatar los cuatro tipos motivacionales a los que hace referencia Schwartz en sus estudios realizados en otros países: Apertura, Conservación, Autodirección y Autotrascendencia, así como similares niveles de consistencia interna en distintos contextos: estudiantil, civil y militar (Castro Solano & Nader, 2006; Casullo, 2002; Casullo & Castro Solano, 2004).

2.- Escala de Inteligencia Emocional – Bar-On (EQ-I)

El EQ-I es una escala que contiene 133 ítemes breves que describen en qué medida las afirmaciones presentadas sobre la forma de sentir, pensar o actuar son verdaderas la mayor parte del tiempo para la persona evaluada. El EQ-I emplea una escala de cinco puntos que fluctúa desde '*rara vez o nunca es mi caso*' hasta '*con mucha frecuencia o siempre es mi caso*'. Los ítemes están organizados en 15 subescalas concernientes a habilidades intrapersonales, habilidades interpersonales, adaptabilidad, manejo del estrés y afecto general (Bar-On, 1997). Las 15 subescalas son agrupadas en 5 componentes: Intrapersonal (Comprensión emocional de sí mismo, Asertividad, Autoconcepto, Autorrealización e Independencia), Interpersonal (Empatía, Responsabilidad social y Relaciones interpersonales), Manejo del estrés (Tolerancia al estrés, Control de impulsos), Adaptabilidad (Prueba de reali-

dad, Flexibilidad y Solución de problemas) y Estado de ánimo en general (Optimismo y Felicidad). Los puntajes altos son mejores predictores del funcionamiento efectivo en situaciones de presión y demandantes. Por otra parte, las puntuaciones más bajas sugieren una incapacidad para ser exitoso en la vida, teniendo problemas conductuales, emocionales y sociales. Las propiedades psicométricas del instrumento fueron analizadas por Bar-On en una validación conjunta del EQ-I realizada en varios países. La versión en español correspondió a una muestra argentina y mostró tener la misma estructura factorial que la original, adecuados niveles de consistencia interna, diferenciar población general de clínica y buena validez divergente (Bar-On, 1997).

3.- Escala de Autoestima de Rosenberg (1965)

Esta escala evalúa autoestima en forma global y consta de 10 ítemes con cuatro opciones de respuesta: desde (4) *extremadamente de acuerdo* a (1) *extremadamente en desacuerdo*. La consigna le solicita al sujeto que responda los ítemes teniendo en cuenta lo que piensa y siente. Los estudios locales realizados en población general y en población clínica evidenciaron que la escala mostraba la misma estructura factorial que la versión original, buenos niveles de consistencia interna, validez convergente y divergente (Góngora & Casullo, en prensa).

4.- Escala de Ansiedad STAI-rasgo

Es un cuestionario de 20 ítemes que evalúa síntomas relacionados con ansiedad como rasgo (Spielberger, Gorsuch, Lushene, Vagg & Jacobs, 1983). Se presentan distintas frases que describen cómo se siente generalmente la persona, con cuatro opciones de respuesta: *casi nunca*, *algunas veces*, *frecuentemente* y *casi siempre*. La versión argentina de esta escala demostró tener niveles de confiabilidad interna y test-retest adecuados y validez convergente, divergente y de constructo (Leibovich de Figueroa, 1991).

5.- Escala de Depresión de Beck-II (BDI-II)

El BDI-II es un instrumento de 21 ítemes que evalúa la severidad de la sintomatología depresiva (Beck, Steer & Brown, 2006). Se le pide a la per-

sona que en cada ítem indique cómo se ha sentido en las últimas dos semanas. Cada ítem incluye síntomas y actitudes representativos y es evaluado según una escala de cuatro puntos (de 0 a 3); cuanto mayor sea la puntuación, mayor será el nivel de depresión que presentará la persona. La escala ha sido validada en Argentina en población clínica y población general, mostrando igual estructura factorial que la versión original, estabilidad test-retest a los 10 días, validez convergente con las escalas de depresión del SCL-90-R y del MMPI-2 y adecuados niveles de consistencia interna (Beck, Steer & Brown, 2006).

Análisis estadístico

Con el fin de controlar el efecto espurio que introducen en los puntajes las diferencias individuales en el uso de la escala de respuesta del SVS, se centró previamente cada puntaje según la media obtenida por el participante en la totalidad de los valores de la escala.

En primera instancia se realizó un análisis múltiple de variancia (MANOVA) para comparar las puntuaciones de las escalas de valores (SVS), autoestima e inteligencia emocional entre población general y clínica. Posteriormente, se realizó un análisis discriminante entre los dos grupos usando como variables independientes, las que habían resultado significativas en el análisis univariado de variancia post-hoc.

Para el segundo objetivo de este estudio, se categorizaron las variables depresión y ansiedad de los dos grupos, alto y bajo, y se realizaron sendos análisis discriminantes utilizando las escalas de ejes valorativos, las dimensiones de la inteligencia emocional y la autoestima como variables independientes.

Resultados

Comparación de valores, autoestima e inteligencia emocional entre ambos grupos

Las puntuaciones medias y los desvíos estándares de los distintos tipos de valores, los aspectos de la inteligencia emocional y el nivel de autoestima en el grupo clínico y en el grupo de población general se presentan en la Tabla 1. Se incluyen también los coeficientes de consistencia interna de las variables (Alpha de Cronbach) obtenidos en cada grupo. Los coeficientes Alpha resultaron adecuados para la Escala de Autoestima y la mayoría de las subescalas

del EQ-I ($\alpha > .70$); sin embargo, algunas subescalas del SVS mostraron bajos niveles de consistencia interna, particularmente los valores ligados al eje de Autopromoción (Poder y Logro).

Con el fin de comparar las medidas de valores, autoestima e inteligencia emocional entre ambos grupos se realizó un análisis multivariado de variancia (MANOVA). Se obtuvo un efecto general significativo de las variables independientes sobre los grupos ($\lambda = .43$, $F = 3.23$, $gl = 26$; $p \leq .001$). El análisis univariado de variancia (ANOVAs) post-hoc indicó que las variables Autoestima ($F = 37.19$, $p \leq .001$), el valor Autodirección ($F = 4.78$; $p \leq .03$) y las subescalas de la inteligencia emocional Comprensión de sí mismo ($F = 11.69$; $p = .001$), Asertividad ($F = 9.28$; $p = .003$), Autoconcepto ($F = 23.30$; $p \leq .001$), Autorrealización ($F = 26.60$; $p \leq .001$), Relaciones Interpersonales ($F = 6.81$; $p = .01$), Prueba de Realidad ($F = 4.75$; $p = .03$), Tolerancia al Estrés ($F = 18.48$; $p \leq .001$), Felicidad ($F = 30.66$; $p \leq .001$) y Optimismo ($F = 14.19$; $p \leq .001$) mostraban diferencias significativas entre los grupos. La muestra clínica puntuó significativamente más bajo en todas las variables mencionadas.

Para determinar las variables que diferenciaban mejor los grupos, se realizó un análisis discriminante con método *stepwise* en el que se incluyeron las variables en las que se hallaron diferencias significativas en las ANOVAs post-hoc. El análisis mostró una única función discriminante (*eigenvalues* = .47, $\lambda = .68$, $gl = 2$, $p \leq .001$, $r = .57$) que incluía a las variables Felicidad ($r = .88$ con la función, coeficiente estandarizado de función discriminante = .55) y Autoestima ($r = .85$ con la función, coeficiente estandarizado de función discriminante = .61). La función discriminante que incluía estas dos variables permitía clasificar correctamente el 74.6% de los casos de población general y un 67.3% de población clínica, siendo en promedio su nivel de clasificación del 71.1%.

Valores, autoestima e inteligencia emocional en relación a ansiedad y depresión

Conforme a los valores percentilares de las puntuaciones del STAI, se procedió a categorizar la variable en alta ansiedad (puntuaciones iguales o superiores al percentil 70) y baja ansiedad (puntuaciones inferiores al percentil 70). El corte en el percentil 70 para considerar alto el puntaje, es el establecido por los autores de la prueba y en las pruebas de validación local (Leibovich de Figueroa, 1991). En el grupo de población general, el 55.2% ($n = 33$) pertenecía al grupo de alta ansiedad, en tanto que el 81.8% ($n = 49$) al grupo clínico. En el total de la muestra un 68.1% ($n = 82$) se incluyó en el grupo de alta ansiedad. Para este análisis se tomaron las dos muestras juntas ya que lo

que interesaba era identificar las variables que discriminaban entre sujetos con alta y baja ansiedad, independientemente del grupo al que pertenecieran.

Se realizó un análisis discriminante con método *stepwise* para seleccionar qué tipo de valores, qué aspectos de la inteligencia emocional y qué nivel de autoestima diferenciaban mejor a los sujetos con alta y baja ansiedad. Dada la gran cantidad de variables y el número limitado de la muestra se incluyeron las cuatro dimensiones valóricas polares, en lugar de los 10 tipos valóricos. Asimismo, se seleccionaron las cinco dimensiones o componentes de la inteligencia emocional y la variable autoestima.

El análisis (*eigenvalues* = .68, λ =.59, *gl* = 2, $p \leq .001$, *r* = .64) mostró que dos dimensiones de la inteligencia emocional distinguían claramente los dos grupos en una misma función discriminante: Manejo de Estrés (*r* = .81 con función discriminante, coeficiente estandarizado de función discriminante = .64) y Estado de Animo (*r* = .85 con función discriminante, coeficiente estandarizado de función discriminante = .57). Esta función permitía clasificar correctamente el 84.1% de los participantes: 80.3% de baja ansiedad y 91.7% de alta ansiedad.

Un procedimiento similar se siguió con las puntuaciones del BDI-II. En este caso se categorizaron como baja depresión las categorías mínimo y leve (puntuaciones inferiores a 20) y como alta depresión las categorías moderado y severo (puntuaciones iguales o superiores a 20). El grupo de alta depresión se conformó con 33 sujetos (27.5%) correspondientes a 5 (8.8%) del grupo de población general y 28 (47.1%) del grupo clínico.

Se efectuó un análisis discriminante con las dimensiones del EQ-I, las dimensiones de valores y el nivel de autoestima como variables independientes.

Se halló una única función discriminante (*eigenvalues* = 1.23, λ =.45, *gl* = 3, $p \leq .001$, *r* = .74) de los dos grupos (alta y baja depresión) que incluía a las variables Autoestima (*r* = .70 con función discriminante, coeficiente estandarizado de función discriminante = .38), al grupo de valores de Autotrascendencia (*r* = -.23 con función discriminante, coeficiente estandarizado de función discriminante = -.29) y al componente Estado de Animo de inteligencia emocional (*r* = .87 con función discriminante, coeficiente estandarizado de función discriminante = .76). La función permitía clasificar correctamente el 84.6% de los participantes con baja depresión y un 85.5% de alta depresión, mostrando un poder de clasificación general del 85.3%.

Discusión

Este estudio tenía dos objetivos principales. En primer lugar, comparar tres factores protectores de la salud mental: valores, inteligencia emocional

y autoestima entre población general y población clínica. Conforme a lo hipotetizado, se encontraron diferencias significativas entre ambas poblaciones en los tres factores estudiados. Sin embargo, las diferencias fueron más claras para autoestima y algunos aspectos de inteligencia emocional.

Un único valor, *Autodirección*, resultó significativamente más alto en el grupo de población general. *Autodirección* se encontró vinculada a una alta autoestima en estudios previos (Góngora, 2007), en tanto estimula la búsqueda de acciones para promover el propio valor en áreas que son de interés y apreciación para la persona (Crocker & Park, 2004). Para algunos autores, la definición misma de autoestima supone la vinculación con valores individualistas, como la *Autodirección*, en sociedades occidentales (Hewitt, 1998). También se vincularían con aspectos de la inteligencia emocional, particularmente con la dimensión intrapersonal como Asertividad, Autoconcepto y Autorrealización. Es claro entonces, que este valor puede vincularse con otros factores protectores en grupos considerados saludables. Sin embargo, los valores no permitieron discriminar entre las dos poblaciones estudiadas.

Las dos variables que mejor distinguieron el grupo de pacientes con ansiedad y/o depresión del grupo control fueron: *Autoestima* y *Felicidad*. La contribución de ambas variables fue significativa y similar aunque *Autoestima* resultó levemente más relevante. En consonancia con otros estudios, un nivel alto de autoestima se relacionaría con una población con mejor salud mental, en tanto que niveles bajos se asociarían con una población con trastornos mentales (Mruk, 2006). La habilidad de sentir satisfacción de la vida, de disfrutar con otros expresando emociones positivas (Felicidad) claramente ha sido asociada a altos niveles de autoestima y a mayores niveles de salud mental. Ambas variables permitieron discriminar un porcentaje importante (71.1%) pero no excesivamente relevante en los participantes de ambos grupos. Esto se puede deber a la heterogeneidad de los grupos clínicos y a que algunos participantes del grupo de población general también tenían niveles altos de depresión y particularmente, de ansiedad. De hecho, cuando los grupos se dividieron en alta y baja patología independientemente del grupo poblacional, los porcentajes de discriminación aumentaron aproximadamente un 15% tanto para el grupo de ansiedad como de depresión.

El segundo objetivo se refería a evaluar qué aspectos de la inteligencia emocional, qué tipo de valores y qué nivel de autoestima se relacionaban con bajos niveles de ansiedad y de depresión. Para ello se procedió a detectar cuáles de estos factores discriminaban entre sujetos con alta y baja ansiedad así como entre sujetos con alta y baja depresión.

Los valores de *Autotrascendencia* se vincularon negativamente con una alta *Autoestima* y con una alta dimensión del *Estado de Animo* de la inteligen-

cia emocional para configurar una función que permitía distinguir un 85.3% de los pacientes con alta y baja depresión. El componente del *Estado de Animo* (Felicidad y Optimismo) resultó la variable que mayor contribución tuvo para discriminar entre personas con alto y bajo nivel de depresión. Esta dimensión se asocia con la habilidad para disfrutar de la vida y con el tener una perspectiva y sensación de bienestar general. Caracteriza a personas alegres, positivas, esperanzadas y optimistas que saben cómo disfrutar de la vida. Asimismo, saben también que un elemento esencial es la interacción con otros, a lo que les atribuyen un componente motivacional para resolver los problemas y tolerar el estrés. Resulta congruente entonces que las personas con bajo nivel de depresión se caractericen con esta dimensión de la inteligencia emocional, y que esto se vincule también con una alta sensación de autoestima. Desde el punto de vista de la patología, la formulación misma de depresión supone un alto pesimismo, desesperanza y anhedonia, así como una baja autoestima (Beck et al., 2006).

La dimensión *Estado de Animo* también contribuyó a distinguir una alta proporción de sujetos con alta y baja ansiedad (84.1%) junto con la dimensión *Manejo de Estrés*. Esta segunda dimensión resultó más relevante para diferenciar ambos grupos. El componente *Manejo de Estrés* caracteriza a personas calmas, raramente impulsivas y que trabajan bien bajo presión; pueden manejar situaciones estresantes o ansiosas sin sentir un gran peligro personal. Esta dimensión es la que claramente se asocia a bajos niveles de ansiedad, ya que supone un buen uso de estrategias de afrontamiento (Bar-On, 1997). Asimismo, la dimensión *Estado de Animo* también se asocia indirectamente a un buen manejo del estrés, ya que la visión optimista de la vida y la capacidad de sentirse contento y satisfecho con la vida favorecen la positiva valoración de los sucesos como no amenazantes y estimulan la confianza en los propios recursos para enfrentar las situaciones. Ambas dimensiones permiten identificar correctamente a un 91.7% de sujetos con alta ansiedad, proporción altamente significativa. También puede haber contribuido a este alto porcentaje el hecho de que una alta proporción de la muestra clínica tenía trastornos ansiosos, lo que hace más representativo a este grupo de patología.

Con respecto al rol de los valores para distinguir grupos de alta y baja ansiedad y depresión, se encontró que una baja intensidad de valores ligados a la *Autotrascendencia* (Benevolencia y Universalismo) era relevante para discriminar entre personas con baja y alta depresión. Sin embargo, su contribución fue baja para distinguir ambos grupos. Estos resultados contradicen la formulación de Schwartz, quien propuso que la orientación hacia valores vinculados al beneficio del mundo y de otras personas, más que de sí mismo, aumentarían las preocupaciones de tipo macro y generaría menores niveles de ansiedad y

mayor bienestar; en cambio, las personas que se orientan más hacia sus propios intereses tendrían mayor ansiedad y menor bienestar (Boehnke et al., 2001; Schwartz, 1996; Schwartz et al., 2000). De hecho, los valores se vincularon a depresión y no a ansiedad como hipotetizaba Schwartz. Los resultados de este estudio muestran justamente una asociación contraria a las hipótesis planteadas ya que altos niveles de valores de *Autotrascendencia* se vincularon con alta, y no con baja depresión. Sin embargo, están en concordancia con estudios sobre autoestima y valores que señalan la relación entre alta autoestima, baja depresión y valores de tipo individualistas (Crocker & Park, 2003, 2004; Hewitt, 1998). Debe señalarse que en los resultados apareció un solo eje valorativo sin su opuesto, debido quizás, a la baja contribución de estas variables en la distinción de los grupos. Por otro lado, es importante también considerar los bajos niveles de consistencia interna de las escalas valorativas, en particular del eje de *Autopromoción*. Posiblemente esto haya afectado la medición de estas escalas y su subrepresentación en los resultados del estudio.

Los resultados están en clara concordancia con los principios de la Psicología Positiva, que afirman que los aspectos positivos también contribuyen a las variables patológicas y por lo tanto pueden fortalecerse a través de intervenciones positivas (Snyder & Lopez, 2002). Un aspecto importante es que tanto *Autoestima* como las dimensiones de la inteligencia emocional pueden ser promovidas a través de intervenciones positivas específicas. Existen diversos programas de intervención destinados al desarrollo de una alta autoestima así como a estimular la percepción de momentos de satisfacción y bienestar (Fava, 1999; Keyes & Lopez, 2002; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). También se han diseñado programas específicos para el desarrollo de los distintos componentes de la inteligencia emocional (Bar-On, 1997). Esto puede realizarse en población general en tareas de promoción de la salud mental o combinadas con las terapias clínicas, particularmente de corte cognitivo (Frisch, 2006; Ingram & Snyder, 2006).

Un aporte importante de la investigación realizada es la inclusión de muestras clínicas para estudiar estos aspectos positivos o salugénicos, ya que la mayoría de los estudios se han centrado en población general. Por otro lado, se han incluido variables poco estudiadas como valores e inteligencia emocional en este tipo de población.

Finalmente, entre las limitaciones de este estudio se encuentran el reducido tamaño de la muestra y la alta proporción de mujeres que la conforma. Esto se debe a la proporción por género que generalmente se encuentra en los pacientes de los servicios públicos de salud mental.

En futuros estudios sería conveniente trabajar con una muestra de mayor tamaño y con mayor participación de hombres a los fines de comparar los re-

sultados por género, así como contar con pacientes de otras patologías. El tamaño de la muestra limitó también la inclusión de los 10 valores y las 15 subescalas de inteligencia emocional, por lo que se utilizaron los cuatro ejes valorativos y las cinco dimensiones de la inteligencia emocional. Sería recomendable examinar más detenidamente cada uno de los valores y de los aspectos de la inteligencia emocional para profundizar el estudio de estas variables. Futuras investigaciones tendrán que indagar sobre la importancia de otros factores salugénicos en pacientes con diversas patologías clínicas.

Tabla 1
Puntuaciones medias, desvíos estándares y consistencia interna de las escalas de Autoestima de Rosenberg, de Valores de Schwartz y de Inteligencia Emocional de Bar-On

Variable	Población General	Población Clínica	α Población General	α Población Clínica
Autoestima	27.43 (3.19)	22.75 (5.15)	.70	.78
Conformismo	.84 (.25)	.93 (.27)	.75	.70
Tradición	.77 (.24)	.83 (.28)	.60	.64
Benevolencia	1.19 (.18)	1.24 (.21)	.44	.38
Universalismo	1.21 (.17)	1.21 (.19)	.70	.68
Autodirección	1.21 (.20)	1.10 (.24)	.55	.68
Estimulación	.93 (.30)	.86 (.34)	.69	.65
Hedonismo	1.22 (.26)	1.09 (.27)	.70	.79
Logro	.73 (.21)	.77 (.24)	.46	.50
Poder	.66 (.21)	.65 (.32)	.20	.41
Seguridad	1.03 (.21)	1.05 (.24)	.71	.67
Autotrascendencia	2.40 (.26)	2.46 (.34)	.70	.69

(Continúa)

Tabla 1 (Continuación)
Puntuaciones medias, desvíos estándares y consistencia interna de las escalas de Autoestima de Rosenberg, de Valores de Schwartz y de Inteligencia Emocional de Bar-On

Variable	Población General	Población Clínica	α Población General	α Población Clínica
Conservación	2.65 (.52)	2.82 (.58)	.85	.81
Autopromoción	1.39 (.32)	1.43 (.45)	.53	.60
Apertura al cambio	3.38 (.55)	3.06 (.67)	.79	.83
Compr. de sí mismo	29.59 (4.94)	26.28 (4.90)	.75	.63
Asertividad	25.68 (4.61)	22.71 (5.68)	.78	.78
Autoconcepto	34.06 (5.59)	27.72 (7.35)	.85	.88
Autorrealización	37.05 (4.75)	30.71 (7.45)	.82	.88
Independencia	24.29 (4.87)	23.56 (6.33)	.76	.83
Empatía	32.56 (3.69)	30.92 (4.24)	.67	.66
Rel. Interpersonales	42.44 (5.22)	39.10 (6.25)	.70	.73
Responsabilidad Social	41.26 (4.94)	40.98 (4.72)	.72	.63
Solución de Problemas	28.13 (5.39)	26.76 (5.21)	.81	.68
Prueba de Realidad	36.86 (4.71)	34.25 (6.07)	.62	.70
Flexibilidad	31.01 (4.36)	20.29 (4.81)	.71	.66
Tolerancia al Estrés	28.17 (6.43)	22.93 (7.25)	.86	.87
Control de Impulsos	33.06 (6.64)	30.69 (8.10)	.79	.83
Felicidad	39.06 (5.43)	31.77 (7.73)	.77	.88
Optimismo	29.51 (4.93)	25.45 (6.97)	.81	.90
Comp. Intrapersonal	150.50 (19.20)	131.11 (26.46)	.92	.94
Comp. Interpersonal	116.21 (11.56)	111.03 (11.37)	.85	.79
Comp. Adaptabilidad	86.30 (10.87)	81.28 (10.74)	.81	.73
Comp. Manejo de Estrés	61.50 (11.29)	53.62 (12.70)	.87	.87
Comp. Estado de Animo	68.53 (9.373)	57.35 (13.74)	.88	.93

Referencias bibliográficas

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.

Bar-On, R. (1997). *Bar-On Emotional Quotient Inventory: Technical manual.* Toronto, Canada: Multi Health Systems.

Baumeister, R.F., Campbell, J.D., Krueger, J.I. & Vohs, K.D. (2003). Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, happiness, or healthier lifestyles? *Psychological Science in the Public Interest, 4,* 1-44.

Beck, A., Steer, R. & Brown, G. (2006). *Inventario de Depresión de Beck - Segunda Edición (BDI - II)* [Beck Depression Inventory - Second Edition (BDI - II)]. Buenos Aires: Paidós.

Boehnke, K., Fuss, D. & Rupf, M. (2001). Values and well-being: The mediating role of worries. En P. Schmuck & K. Sheldon (Eds.), *Life goals and well-being: Towards a positive psychology of human striving* (pp. 85-101). Kirkland, Wa, Us: Hogrefe & Huber Publishers.

Boehnke, K., Stromberg, C., Regmi, M.P., Richmond, B.O. & Chandra, S. (1998). Reflecting the world "out there": A cross-cultural perspective on worries, values and well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 17,* 227-247.

Castro Solano, A. & Nader, M. (2006). La evaluación de los valores humanos con el *Portrait Values Questionnaire de Schwartz* [Human values assessment with Schwartz´s Portrait Values Questionnaire]. *Interdisciplinaria, 23*(2), 155-174.

Casullo, M.M. (2002). *La Escala de Valores de Schwartz, adaptación argentina* [The Schwartz´s Portrait Values Questionnaire, Argentinian adaptation]. Buenos Aires: Departamento de Publicaciones, Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.

Casullo, M.M. & Castro Solano, A. (2004). Valores humanos y contextos en población civil y militar [Human values and contexts in civil and militar population]. *Acción Psicológica, 3,* 21-30.

Chan, D.W. (2003). Dimensions of emotional intelligence and their relationships with social coping among gifted adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence, 32,* 409-418.

Ciarrochi, J.V., Chan, A.Y.C. & Caputi, P. (2000). A critical evaluation of the emotional intelligence construct. *Personality and Individual Differences, 28,* 539-561.

Crocker, J. & Park, L.E. (2003). Seeking self-esteem: Construction, maintenance, and protection of self-worth. En M.R. Leary & J.P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 291-313). New York, NY: Guilford Press.

Crocker, J. & Park, L.E. (2004). The costly pursuit of self-esteem. *Psychological Bulletin, 130*(3), 392-414.

Epstein, S. (2003). Cognitive-experiential self-theory of personality. En T. Millon & M.J. Lerner (Eds.), *Handbook of psychology: Personality and social psychology,* Vol. 5 (pp. 159-184). Hoboken, NJ: John Wiley.

Fava, G.A. (1999). Well-being therapy: Conceptual and technical issues. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68,* 171-179.

Frisch, M.B. (2006). *Quality of life therapy: Applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy.* New York: Wiley.

Ghorbani, N., Bing, M.N., Watson, P.J., Davison, H.K. & Mack, D.A. (2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology, 37,* 297-308.

Góngora, V.C. (2007). Valores personales y autoestima en población general y clínica [Personal values and self-esteem in general and clinical population]. *Psicodebate, 8,* 37-46.

Góngora, V.C. & Casullo, M.M. (en prensa). Validación de la Escala de Autoestima de Rosenberg en población general y en población clínica de la Ciudad de Buenos Aires [Validation of the Rosenberg Self-esteem Scale in general and clinical population of Buenos Aires]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica.*

Hewitt, J.P. (1998). *The myth of self-esteem: Finding happiness and solving problems in America.* New York: St. Martins.

Hewit, J.P. (2002). The social construction of self-esteem. En S.J. Snyder & S.J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 135-147). New York: Oxford University Press.

Ingram, R.E. & Snyder, C.R. (2006). Blending the good with the bad: Integrating Positive Psychology and Cognitive Psychotherapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 20*(2), 117-122.

Kernis, M.H. & Goldman, B.M. (2003). Stability and variability in self-concept and self-esteem. En M.R. Leary & J.P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 106-127). New York, NY: Guilford.

Keyes, C.L.M. & Lopez, S.J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. En S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45-59). New York, NY: Oxford University Press.

Klausner, E.J., Snyder, C.R. & Cheavens, J. (2000). A hope-based group treatment for depressed older adult outpatients. En P.A. Parmelee, G.M. Williamson & D.R. Shaffer (Eds.), *Physical illness and depression in older adults: A handbook of theory, research, and practice* (pp. 295-310). Dordrecht, Netherlands: Kluwer Academic Publishers.

Leary, M.R. & MacDonald, G. (2003). Individual differences in self-esteem: A review and theoretical integration. En M.R. Leary & J.P. Tangney (Eds.), *Handbook of self and identity* (pp. 401-418). New York, NY: Guilford.

Leibovich de Figueroa, N. (1991). Ansiedad. Algunas concepciones teóricas y su evaluación [Anxiety. Some theoretical conceptions and its evaluation]. En M.M. Casullo, N. Leibovich de Figueroa & M. Aszkenazi (Eds.), *Teoría y técnicas de evaluación psicológica* (pp. 123-155). Buenos Aires: Psicoteca.

Matthews, G. & Zeidner, M. (2000). Emotional intelligence, adaptation to stressful encounters, and health outcomes. En J.D.A. Parker & R. Bar-On (Eds.), *The handbook of emotional intelligence: Theory, development, assessment, and application at home, school, and in the workplace* (pp. 459-489). San Francisco, CA: Jossey-Bass.

Mruk, C.J. (2006). *Self-Esteem research, theory, and practice: Toward a positive psychology of self-esteem* (3ra. ed.). New York: Springer Publishing Company.

Palmer, B., Donaldson, C. & Stough, C. (2002). Emotional intelligence and life satisfaction. *Personality and Individual Differences, 33,* 1091-1100.

Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image.* Princeton, NJ: Princeton University Press.

Rosenberg, M. & Owens, T.J. (2001). Low self-esteem people: A collective portrait. En T.J. Owens, S. Stryker & N. Goodman (Eds.), *Exending self esteem theory and research: Sociological and psychological currents* (pp. 400-436). New York, NY: Cambridge University Press.

Salovey, P., Stroud, L.R., Woolery, A.A. & Epel, E.S. (2002). Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychology and Health, 17,* 611-627.

Schwartz, S.H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. En M.P. Zanna (Ed.), *Advances in experimental social psychology,* Vol. 25 (pp. 1-65). San Diego, CA: Academic Press.

Schwartz, S.H. (1996). Value priorities and behavior: Applying a theory of integrated value systems. En M.P. Zanna, C. Seligman & J.M. Olson (Eds.), *The psychology of values: The Ontario Symposium*, Vol. 8 (pp. 1-24). Hillsdale, NJ, England: Lawrence Erlbaum Associates.

Schwartz, S.H., Sagiv, L. & Boehnke, K. (2000). Worries and values. *Journal of Personality, 68,* 309-346.

Seligman, M.E.P. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist, 55,* 5-14.

Seligman, M.E.P., Parks, A.C. & Steen, T. (2006). A balanced psychology and a full life. En H. Huppert, B. Keverne & N. Baylis (Eds.), *The science of well-being.* Oxford: Oxford University Press.

Seligman, M.E.P., Reivich, K., Jaycox, L. & Gillham, J. (1995). *The optimistic child.* New York: Houghton Mifflin.

Snyder, C.R. (2001). *Coping with stress: Effective people and processes.* New York: Oxford University Press.

Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (2002). *Handbook of positive psychology.* New York: Oxford University Press.

Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E., Vagg, P. & Jacobs, A. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory - STAI (Form Y), self-evaluation questionnaire.* Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.

Wright, B.A. & Lopez, S.J. (2002). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. En S.J. Lopez & C.R. Snyder (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 26-44). New York, NY: Oxford University Press.

Zarit, S.H. & Robertson, S.M. (2006). Editorial: Positive dimensions of mental health. *Aging and Mental Health, 10*(5), 437-438.

Consejo Nacional de Investigaciones
Científicas y Técnicas (CONICET)
Universidad de Buenos Aires (UBA)
Buenos Aires - República Argentina

Fecha de recepción: 16 de abril de 2008
Fecha de aceptación: 26 de mayo de 2009