



Universidad  
Francisco de Vitoria  
**UFV** Madrid

---

Universidad Francisco de Vitoria

Grado en Psicología

TRABAJO DE FIN DE GRADO

# El sentido vital y la regulación emocional como variables moduladoras del impacto de los sucesos vitales en el bienestar psicológico

---

**Trabajo Fin Grado**

**presentado por:** Teresa Paniagua Granados

**Director/a:** Dra. Virginia Fernández Fernández

**Curso 2017-2018**

## Resumen

El principal objetivo del presente estudio es, partiendo del Modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (Folkman 1997, 2008; Lazarus & Folkman, 1984), analizar el papel que cumple la regulación emocional y el sentido vital en la explicación del bienestar psicológico (la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico, concretamente) ante el impacto producido por los sucesos vitales negativos experimentados por las personas. Asimismo, se pretende explorar acerca de la existencia de perfiles que, en función de cómo sea su regulación emocional, presenten una mayor vulnerabilidad al desarrollo de malestar psicológico. Para ello, se ha estudiado a una muestra compuesta por 312 estudiantes de la Universidad Francisco de Vitoria. Los resultados obtenidos mediante los diferentes análisis llevados a cabo parecen indicar que, tanto las estrategias de regulación emocional como el sentido vital, cumplen un papel fundamental en la explicación del bienestar psicológico, más allá del impacto que tienen los sucesos vitales por sí mismos en la salud mental. Además, se han hallado dos perfiles diferenciados en cuanto a cómo regulan las emociones las personas que los componen: uno formado por aquellos que hacen uso de una regulación emocional de tipo más desadaptativo y que presentan mayor vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología depresiva, y otro más “adaptado” con menores niveles de estrategias disfuncionales y mayores adaptativas que, además, muestra un mayor bienestar psicológico.

Palabras clave: sucesos vitales, bienestar psicológico, sintomatología depresiva, regulación emocional, sentido vital, modelos de estrés y afrontamiento.

### **Abstract**

The aim of the present study is, assuming Lazarus and Folkman' Stress and Coping Model (Folkman 1997, 2008; Lazarus & Folkman, 1984), to analyse the role of emotional regulation and meaning in life in the explanation of psychological well-being (specifically, depressive symptomatology and psychological well-being) in light of the impact produced by the negative life events experienced by people. Likewise, it is intended to explore about the existence of profiles that, depending on how their emotional regulation is, presents a greater vulnerability to the development of psychological distress. To do so, a sample composed of 312 students from the Universidad Francisco de Vitoria has been studied. The results obtained through the different statistical analyses carried out seem to indicate that, as much the strategies of emotional regulation as the vital sense, they fulfil a fundamental role in the explanation of the psychological well-being, beyond the impact that life events have for themselves on mental health. In addition, two different profiles have been found in terms of how emotions regulate the people who compose them: one, formed by those that make use of emotional regulation of a more maladaptive type and that present greater vulnerability to the development of depressive symptomatology; and another more "adapted" with lower levels of dysfunctional strategies and adaptive major strategies that, in addition, shows a greater psychological well-being.

**Key words:** life events, psychological well-being, depressive symptomatology, emotional regulation, meaning in life, Stress and Coping model.

**Índice:**

<b>1. Introducción</b>	6
1.1. Sucesos vitales	6
1.2. Bienestar psicológico	9
1.2.1. <i>Sintomatología depresiva</i>	9
1.2.2. <i>Bienestar psicológico</i>	11
1.3. Regulación emocional	13
1.4. Sentido vital	17
<b>2. Objetivos e Hipótesis</b>	18
<b>3. Metodología</b>	21
3.1. Participantes	21
3.2. Variables y medidas	21
3.2.1. <i>Variables sociodemográficas</i>	21
3.2.2. <i>Estresores</i>	22
3.2.3. <i>Variables mediadoras</i>	23
3.2.3.1. Estilo rumiativo	23
3.2.3.2. Evitación experiencial	23
3.2.3.3. Reevaluación cognitiva	24
3.2.3.4. Supresión emocional	24
3.2.3.5. Impacto psicológico de sucesos vitales pasados	25
3.2.3.6. Sentido vital	26
3.2.4. <i>Variables resultado</i>	26
3.2.4.1. Sintomatología depresiva	26
3.2.4.2. Bienestar psicológico	27
3.3. Procedimiento	27

	4
3.4. Análisis de datos	28
<b>4. Resultados</b>	30
4.1. Relaciones entre las variables evaluadas	30
4.2. Modelo explicativo de sintomatología depresiva y bienestar psicológico	32
4.3. Odds ratio	33
4.4. Análisis de conglomerados para la identificación de perfiles	34
<b>5. Discusión</b>	38
5.1. Modelo explicativo para sintomatología depresiva	38
5.2. Modelo explicativo para el bienestar psicológico	41
5.3. Análisis de perfiles de vulnerabilidad psicológica	43
<b>6. Conclusiones, prospectiva y limitaciones</b>	45
<b>7. Referencias</b>	47
Anexo 1. Datos sociodemográficos	71
Anexo 2. Variables e instrumentos utilizados	72
Anexo 3. Supuestos de los análisis de regresión lineal en el modelo explicativo de sintomatología depresiva	74
Anexo 4. Supuestos de los análisis de regresión lineal en el modelo explicativo de bienestar psicológico	78
Anexo 5. Dendograma obtenido en el análisis de conglomerados jerárquicos	81
Anexo 6. Explicación de la sintomatología depresiva mediante regresión jerárquica	82
Anexo 7. Explicación del bienestar psicológico mediante regresión jerárquica	84
Anexo 8. Cumplimiento o no de las hipótesis del estudio	85

**Índice de Tablas:**

Tabla 1. Objetivos e hipótesis del estudio	19
Tabla 2. Correlaciones entre las variables evaluadas	31
Tabla 3. Odds ratio de sintomatología depresiva	33
Tabla 4. Odds ratio de bienestar psicológico	34
Tabla 5. Descriptivos de los perfiles identificados	35
Tabla 6. Diferencias de medias en las variables resultado y las de regulación emocional asociadas a los sucesos en función de los conglomerados	36
Tabla 7. Diferencias entre los perfiles en sintomatología depresiva, bienestar psicológico y pensamiento rumiativo y crecimiento personal asociados a sucesos vitales negativos	37
Tabla 1-anexo. Estadísticos de colinealidad del modelo explicativo de sintomatología depresiva	74
Tabla 2 –anexo. Estadísticos de colinealidad del modelo explicativo de bienestar psicológico	78

**Índice de Figuras:**

Figura 1. Puntuaciones medias de cada grupo en las variables resultado	36
Figura 1-anexo. Histograma de sintomatología depresiva	77
Figura 2-anexo. Diagrama de probabilidad normal de sintomatología depresiva	77
Figura 3-anexo. Gráfico de dispersión de la sintomatología depresiva	77
Figura 4-anexo. Histograma de bienestar psicológico	80
Figura 5-anexo. Diagrama de probabilidad normal de bienestar psicológico	80
Figura 6-anexo. Gráfico de dispersión del bienestar psicológico	80

## 1. Introducción

### 1.1. Sucesos vitales

El interés por el estudio de los sucesos vitales y su relación con el bienestar psicológico y el desarrollo de psicopatología a lo largo del ciclo vital fue iniciado por Meyer (1951). Desde entonces, han sido numerosas las investigaciones que han tratado el efecto que producen en la salud física y psicológica de las personas (Kobasa, 1979; Sarason, Johnson & Siegel, 1978), cobrando, además, una relevancia significativa en los últimos años (Kendler & Gardner, 2016; Ruscio et al., 2015; Sun, Niu, Zhou & Tang, 2017).

En base a las aportaciones de Meyer (1951), Holmes y Masuda (1974) comenzaron a estudiar los sucesos vitales de manera empírica definiendo suceso vital como “suceso notable positivo (por ej., el matrimonio) o negativo (por ej., enfermedad) que produce un cambio en las pautas vitales del individuo” (Holmes & Masuda, 1974). Pese a que se han aportado diversas definiciones a lo largo de los años, Dohrenwend y Dohrenwend (1981) concluyen que todas comparten que los sucesos vitales son sucesos habituales, no extraordinarios, que suponen un cambio en las personas a nivel de actividades, metas o valores. Además, el término suceso vital no entraña una connotación negativa, ya que se refiere tanto a experiencias positivas como negativas, siempre y cuando se de ese cambio vital (Holmes & Rahe, 1967).

Parece que, durante la etapa de la juventud, y en especial los estudiantes universitarios, tienen que enfrentarse a un gran número de estresores. Entre el 85 y el 99% de los universitarios reportan haber vivido, al menos, un suceso vital estresante a lo largo de sus vidas (Anders, Frazier, & Shallcross, 2012; Frazier et al. 2009). Se trata de una etapa de cambio vital, conocida como “adultez emergente” (Arnett, 2014), en la que, mientras se afianza la construcción de la identidad que tiene lugar durante la

adolescencia (Erikson, 1968), se tiene que hacer frente a estresores que generan inestabilidad (Arnett, 2014). Los sucesos estresantes más comunes en este momento son aquellos que impactan en el sistema familiar (por ej., enfermedad de un familiar cercano, conflictos familiares (incluido divorcio de los padres) o problemas económicos) y los que lo hacen directamente en los propios jóvenes (por ej., enfermedad de uno mismo, ruptura con la pareja o problemas con las amistades) (Arpawong et al., 2016; Kushner, 2015).

En lo que se refiere al impacto de los sucesos negativos en la salud mental, sus efectos perjudiciales parecen confirmarse, puesto que se han asociado con un incremento de sintomatología depresiva (Eysenck & Fajkowska, 2017; Kessler, 1997; Paykel, 2003; Shapero et al., 2014) y ansiosa (McLaughlin, Conron, Koenen, & Gilman, 2010; Phillips, Carroll, & Der, 2015), mayores índices de suicidio (Lantz, House, Mero & Williams, 2005; Wasserman, 2016) y abuso de sustancias (Roberts, English, Thompson, & White, 2018; Sinha, 2001). Dicha asociación entre la exposición a estresores y psicopatología ha sido constatada también en jóvenes (Kushner, 2015; Phillips et al., 2015), siendo aquellos sucesos que les afectan directamente los que resultan más impactantes (Arpawong et al., 2016; Kushner, 2015).

Por otro lado, hay estudios que sugieren que también se producen efectos psicológicos positivos tras la ocurrencia de acontecimientos adversos (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998; Power & Dalgleish, 2015; Rachman, 2001), actuando el bienestar psicológico (Fredrickson, 2009; Ryff, 2013) o el sentido vital (Newcomb & Harlow, 1986; Triplett, Tedeschi, Cann, Calhoun, & Reeve, 2012) como factores protectores del desarrollo de malestar ante dichas experiencias.

Por lo tanto, a pesar de que, tal y como muestran los estudios ya citados, los sucesos estresantes ejercen una influencia importante sobre el malestar psicológico, parece que

por sí mismos sólo explican un modesto porcentaje de la varianza de dicho malestar (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). En este punto, cobran especial relevancia los modelos de estrés y afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984), los cuales postulan que la relación entre la ocurrencia de sucesos vitales y el malestar psicológico se encuentra modulada por variables como el apoyo social o las estrategias de afrontamiento.

En el Modelo de Estrés y Afrontamiento, Lazarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus & Folkman, 1991, pag. 164). En definitiva, el modelo propone que la respuesta que de una persona ante una situación estresante depende de la valoración cognitiva que haga de la misma (Lazarus, 1999; Smith & Lazarus, 1993). Una vez la persona define una situación como estresante, puede desplegar dos tipos de estrategias de afrontamiento: a) estrategias centradas en el problema, dirigidas a reducir o gestionar la fuente de estrés, cuando ésta es susceptible de cambio; y b) estrategias centradas en la emoción, que incluyen los procesos de regulación emocional destinados a reducir las emociones negativas modificando la forma en la que una situación es percibida, cuando ésta no puede ser cambiada (Lazarus & Folkman, 1984, 1991). Más adelante, Folkman (1997, 2008), propone un tercer tipo de afrontamiento, que se produce cuando el malestar continúa aun habiendo puesto en marcha alguna de las estrategias anteriores: el afrontamiento centrado en el significado. En él, la persona recurre a sus creencias (por ej., religiosas o espirituales), valores (por ej., “darle importancia”) o logros existenciales (por ej., sentido vital) para cambiar el significado que tiene el suceso estresante para uno, intentando darle una connotación positiva (Folkman, 1997, 2008).

Numerosas investigaciones han estudiado el modelo de estrés, confirmando el rol mediador que ejerce el afrontamiento entre la ocurrencia de sucesos negativos y la salud mental, tanto el centrado en la emoción, que se identifica con variables de regulación emocional (Garnefski, Kraaij & Spinhoven, 2001; Michl, McLaughlin, Shepherd, & Nolen-Hoeksema, 2013), como el centrado en el significado, destacando el papel protector del sentido vital ante eventos estresantes (Park & Folkman, 1997; Triplett et al., 2012). Entre las variables indicadoras de salud psicológica con las que se ha contrastado el modelo, se encuentran la depresión (Sun et al., 2017) o el bienestar psicológico (Buunk, Gibbons & Buunk, 2013).

## 1.2. Bienestar psicológico

### 1.2.1. *Sintomatología depresiva*

Una de las manifestaciones del malestar psicológico que se da con mayor prevalencia en los jóvenes universitarios de todo el mundo es la depresión (Busari, 2012; Chen et al., 2013; Pidgeon et al., 2014). Dicho trastorno es, actualmente, la principal causa de discapacidad mundial, padecido por más de 300 millones de personas en todo el mundo (OMS, 2017). En Europa, aproximadamente el 10.5% de los jóvenes cumplen criterios para el diagnóstico de la depresión clínica y más del 29% reportan síntomas de depresión subclínica (Balázs et al., 2013).

La relevancia de la depresión en la población joven no sólo es evidente debido a la alta prevalencia que se da en este grupo, sino porque, además, aumenta la probabilidad de aparición de otros problemas de salud (Gilbert, 2016). La presencia de síntomas depresivos incrementa seis veces la probabilidad de riesgo de suicidio (Nock et al., 2013), que es la primera causa de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años

(OMS, 2017). También se asocia con abuso de sustancias en universitarios (Mushquash et al., 2013).

Numerosas investigaciones señalan factores sociales y económicos propios de esta etapa del ciclo vital como elementos de riesgo para el desarrollo de sintomatología depresiva. Entre ellos destacan las demandas académicas (Murphy, Denis, Ward & Tartar, 2010; Zunhammer, Eberle, Eichhammer & Busch, 2013), el apoyo social (Dyson & Renk, 2006; Nolen-Hoeksema & Ahrens, 2002), la situación económica (Andrews & Wilding, 2004) y los sucesos vitales estresantes (Goodyer, Kolvin & Gatzanis 1985; Kendler, Karkowski & Prescott, 1999; Lewinsohn, Joiner & Rohde, 2001).

En cuanto a factores de índole psicológico, las expectativas irreales que tienen los estudiantes ante las demandas académicas (Lyubomirsky, Kasri & Zehm, 2003; Vredenburg, O'brien & Krames, 1988) la indefensión aprendida (Abramson, Metalsky & Alloy, 1978), el locus de control interno (Benassi, Sweeney & Dufour, 1988; Shojaee & French, 2014) o la falta de sentido vital (Blair, 2004; Frankl, 1985; Yalom, 1980) son algunos de los predictores de la depresión en jóvenes universitarios. También se encuentra muy relacionada con las habilidades para identificar, asimilar, comprender y regular nuestras emociones (Cuijpers, Muñoz, Clarke, & Lewinsohn, 2009; Joormann, & Gotlib, 2010), destacando la rumiación como estrategia que explica de forma significativa la severidad y duración de los síntomas depresivos (Aldao, Nolen-Hoeksema, & Schweizer, 2010; NolenHoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema, Morrow & Fredrickson, 1993). Por la relevancia que tienen en la investigación, más adelante se tratarán con mayor detalle las relaciones entre la sintomatología depresiva y las variables de regulación emocional y el sentido vital.

### *1.2.2. Bienestar psicológico*

Tradicionalmente, el estudio de la salud mental, ha estado centrada en el paradigma de déficit, que pone énfasis en lo psicopatológico, y analiza a la persona en función de la presencia o ausencia de enfermedad, en el malestar (Kahneman, 1999; Nakamura & Csikszentmihalyi, 2014; Ryff, 1989; Seligman, 2016; Veenhoven, 1988, 1991). Desde esta visión, el bienestar, entendido como bienestar hedónico, sería fruto del balance que hace la persona entre el afecto positivo y el afecto negativo y la satisfacción vital percibida, mediante un juicio cognitivo (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999). Por lo tanto, sería necesario lograr la maximización de experiencias positivas y la minimización de experiencias negativas (Ryan & Deci, 2001).

Sin embargo, algunos autores afirman que esta focalización en lo negativo, ha llevado a asumir una concepción de la existencia humana que se olvida de los aspectos positivos de la persona (Hefferon, & Boniwell, 2011; Keyes & Annas, 2009; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). En esta misma línea, desde hace ya varios años la Organización Mundial de la Salud (OMS), viene definiendo la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o de minusvalía. La salud es un recurso de la vida cotidiana, no el objetivo de la vida. Es un concepto positivo que subraya los recursos sociales y personales, así como las capacidades físicas” (OMS, 2013). Se trata, por lo tanto, de algo más que la mera ausencia de enfermedad. Surge, así, el concepto de bienestar eudaimónico que, basado en una visión humanista (Díaz et al., 2006), hace hincapié en el potencial humano y el funcionamiento psicológico pleno (Deci & Ryan, 2008).

Ryff y Keyes (1995) proponen un modelo multidimensional de bienestar psicológico o eudaimónico, distinguiendo seis dimensiones en el mismo: a) autoaceptación: sentirse bien con uno mismo aun siendo consciente de las propias

limitaciones; b) relaciones positivas con otros: desarrollo y mantenimiento de relaciones cálidas; c) dominio del entorno: habilidad para dar forma al entorno para satisfacer sus necesidades y deseos; d) autonomía: sentido de autodeterminación sobre las propias convicciones; e) propósito en la vida: objetivos vitales que dotan de significado y sentido a la vida; y f) crecimiento personal: dinámica de aprendizaje y de desarrollo continuo de las propias capacidades.

Aunque algunos estudios indican que los jóvenes universitarios presentan un menor bienestar psicológico que en otras etapas del ciclo vital (Cooke, Bewick, Barkham, Bradley & Audin, 2006; García-Alandete, 2013), parece ser que, en comparación con la población mayor, se caracteriza por mejores puntuaciones en crecimiento personal y propósito en la vida y menores en dominio del entorno, autonomía y relaciones positivas (Ryff & Keyes, 1995; Ryff & Singer, 1998).

Pese a que numerosas investigaciones asocian los sucesos vitales estresantes con menores niveles de bienestar psicológico (Kessler, 1997; Hammen, 2005; Stroud, Davila & Moyer, 2008), otros autores (Bonanno, 2004; Seery, Holman, & Silver, 2010; Tugade & Fredrickson, 2004) afirman que en numerosos casos se produce un crecimiento ante situaciones adversas, mostrando mayores niveles de bienestar. En este punto, parece que cumple un importante papel el despliegue que hace la persona de estrategias de afrontamiento ante un suceso vital, conduciendo a bienestar o psicopatología (Cicchetti, Ackerman & Izard, 1995; Gross & John, 2003; Thompson, 1994). Además, Ryff y Singer (2008) sugirieron que, ante los acontecimientos negativos, un componente crítico de la salud mental incluye la convicción y el sentimiento personal de que la vida tiene sentido.

### 1.3. Regulación emocional

Entre las estrategias de afrontamiento, parece que las de regulación emocional juegan un papel modulador fundamental entre los sucesos vitales y el malestar psicológico tanto en la población general (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011) como en jóvenes universitarios (Moriya & Takahashi, 2013). La regulación emocional puede ser entendida como “aquellos procesos por los cuales las personas ejercemos una influencia sobre las emociones que tenemos, sobre cuándo las tenemos y sobre cómo las experimentamos y las expresamos” (Gross, 1999). Este mismo autor distingue entre estrategias desadaptativas y adaptativas de regulación emocional (Gross, 1999).

En cuanto a su relación con la salud mental, parece que los modos desadaptativos de control emocional están relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de psicopatología en el tiempo (Aldao et al., 2010; Garnefski & Kraaij, 2016; Nolen-Hoeksema, Wisco & Lybomirsky, 2008), como la depresión (Henry, Castellini, Moses, & Scott, 2016; Mehrabi, Mohammadkhani, Dolatshahi, Pourshahbaz & Mohammadi, 2014; Mezulis Priess, & Hyde, 2011), y con menor bienestar psicológico (Gross & John, 2003). Entre ellas, destacan la rumiación, la supresión, la evitación experiencial y la preocupación (Aldao & Nolen- Hoeksema, 2012).

Por el contrario, las estrategias adaptativas protegen de la psicopatología (Aldao et al., 2010; Schäfer, Naumann, Holmes, Tuschen-Caffier & Samson, 2017), como la sintomatología depresiva (Braet et al., 2014; Schäfer et al., 2017; Van Beveren, Harding, Beyers & Braet, 2018), y aumentan el bienestar emocional (Aldao et al., 2010; Gross, 2015). Algunos ejemplos son la aceptación, la solución de problemas y la reevaluación cognitiva (Aldao & Nolen- Hoeksema, 2012). Además, algunos estudios sugieren que la relación entre las estrategias adaptativas y la salud mental podría estar

moderada por el despliegue de estrategias de tipo desadaptativo (Aldao & Nolen-Hoeksema, 2012).

En la etapa universitaria las emociones negativas y los estresores son muy comunes, por lo tanto, se trata de un momento del ciclo vital de especial vulnerabilidad a regular las emociones de manera disfuncional (Ahmed, Bittencourt-Hewitt, & Sebastian, 2015).

El estilo rumiativo se ha definido como la focalización de la atención, de forma repetitiva, en los síntomas de malestar y de angustia, sus causas y posibles consecuencias (Nolen-Hoeksema et al., 2008; Trapnell & Campbell, 1999; Watkins, 2008). Se trata de una de las estrategias que más se ha estudiado por su fuerte relación con el desarrollo de malestar psicológico (Brosschot, Gerin & Thayer, 2006; Garnefski, Hossain, & Kraaij, 2017; Nolen-Hoeksema, Stice, Wade & Bohon, 2007) y sus efectos perjudiciales sobre el bienestar emocional (Harrington & Loffredo, 2010; Lischetzke & Eid, 2003; Lyubomirsky & Nolen-Hoeksema, 1995). En especial, se trata de un factor que predice en gran medida la presencia de sintomatología depresiva, provocando un incremento en su intensidad y duración en población general (Aldao., et al, 2010; NolenHoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al, 1993) y joven (Topper, Emmelkamp, Watkins & Ehring, 2017; Klemanski, Curtiss, McLaughlin, & Nolen-Hoeksema, 2017). Esto podría deberse a que, tal y como plantea la teoría de estilos de respuesta a la tristeza planteada por Nolen-Hoeksema (1991) aunque las personas hagan uso del estilo rumiativo para salir de su estado anímico, esto sólo agrava los síntomas y sufren los síntomas durante un mayor periodo de tiempo. También se han comprobado sus efectos adversos sobre la salud al utilizar esta estrategia para regular las emociones ante la ocurrencia de eventos vitales negativos (Connolly & Alloy, 2018; Michl et al., 2013; Moberly & Watkins, 2008; Ruscio et al., 2015).

Otra estrategia objeto de numerosas investigaciones por su contribución al desarrollo de la psicopatología es la evitación experiencial (Hayes, Wilson, Gifford, Follette & Strosahl, 1996). La evitación sido conceptualizada como la tendencia a intentar controlar y/o evitar la presencia de eventos internos molestos o desagradables (emociones, pensamientos, recuerdos, sensaciones) y las circunstancias que los generan (Hayes et al., 1996). Lo contrario a la evitación experiencial es la aceptación que implicaría la asunción de forma incondicional de las emociones negativas generadas por sucesos o eventos desagradables (Flaxman, Blackedge & Bond, 2011). Diversos estudios muestran correlatos negativos entre la evitación y diversos indicadores de bienestar emocional (Hayes et al., 2004; Lissek et al., 2009; Polivy & Herman, 2002), en especial con la sintomatología ansiosa y depresiva (Aldao et al., 2010; Kuyken et al., 2008). Este incremento del malestar podría producirse por lo conocido como “efecto boomerang”: ignorar las experiencias emocionales negativas irónicamente lleva a que éstas incrementen su frecuencia e intensidad (Campbell-Sills, Barlow, Brown & Hofmann, 2006; Hayes et al., 1996). También se ha demostrado que la no aceptación de la experiencia emocional ante eventos negativos o traumáticos predice el malestar psicológico (Blalock & Joiner, 2000; Diedrich, Grant, Hofmann, Hiller, & Berking, 2014; Goldstone, Farhall, & Ong, 2011; Shallcross, Troy, & Mauss, 2015).

Algunos autores han centrado el foco de atención en la supresión emocional, una forma de modular la respuesta emocional que consiste en la inhibición consciente de la expresión de una conducta emocional (Gross & Levenson, 1993). Pese a que la supresión de emociones reduzca la experiencia emocional subjetiva a corto plazo, no es efectivo a largo plazo (Gross, 1998; John & Gross, 2004), ya que quienes reprimen sus emociones reportan peores niveles de bienestar psicológico que quienes reflexionan sobre las mismas (Aldao et al., 2010; Gross & John, 2003; Campbell-Sills et al., 2006).

También se ha estudiado que el despliegue de esta estrategia para regular las emociones experimentadas tras la ocurrencia de sucesos negativos predice el malestar (Beevers & Meyer, 2004; Diedrich et al., 2014; Kaplow, Gipson, Horwitz, Burch, & King, 2014; Wenzlaff & Luxton, 2003).

Por otro lado, hay investigaciones que ponen énfasis en la reevaluación cognitiva ya que su puesta en marcha lleva a reducir las emociones negativas (Samson & Gross, 2012) y aumentar las positivas (Tugade & Fredrickson, 2007). Consiste en tomar conciencia de las emociones que acompañan a los pensamientos negativos o situaciones valoradas como conflictivas, comprenderlas, así como las condiciones que las han causado y regularlas, antes de intentar resolver un problema de relación interpersonal (Lazarus, 2000). Esta estrategia se ha mostrado eficaz para evitar el desarrollo de psicopatología (Aldao et al., 2010; Fernández-Berrocal, Alcaide, Extremera & Pizarro, 2006). Se trata de una forma de cambio cognitivo que incluye construir una situación potencialmente emocionante de otra forma, de manera que cambie su impacto emocional (Lazarus & Alfert, 1964), protegiendo a la persona del desarrollo de malestar emocional ante la ocurrencia de sucesos negativos (Gross, 2015; Troy, Shallcross & Mauss, 2013).

Como ya se ha señalado en el presente trabajo, aunque todas las personas experimentan adversidades a lo largo de su vida, parece que no todas desarrollan malestar como consecuencia de las mismas (Bonano, 2004). En este contexto, cobra gran interés el crecimiento personal, una estrategia de afrontamiento y/o regulación adaptativa desplegada por la persona ante un episodio o suceso estresante que permite a la persona realizar un aprendizaje y crecer (madurar) a partir de la experiencia vivida (Davis, Nolen-Hoeksema & Larson, 1998). Los sucesos negativos se han relacionado tradicionalmente con consecuencias negativas y malestar psicológico, pero,

paradójicamente los datos muestran que el impacto de tales eventos produce en muchas personas cambios psicológicos positivos (Calhoun & Tedeschi, 2014), cobrando sus vidas un nuevo sentido (Janoff-Bulman, 2004).

#### 1.4. Sentido vital

Además de las estrategias de regulación emocional, parece que, ante la ocurrencia de acontecimientos negativos, el sentido vital juega un importante papel en el desarrollo o no de malestar psicológico (Park et al., 2008). La voluntad de sentido es, para la logoterapia, la motivación fundamental del ser humano, ligada a su dimensión espiritual (Frankl, 1985; Lukas & Hirsch, 2002). Frankl (1985) considera que la plenitud existencial se logra mediante los logros personales a través del encuentro con el otro.

Si no se alcanza el sentido, se experimenta el vacío existencial, el cual se ha asociado con la psicopatología (Steger, 2013) como el abuso de sustancias (Nicholson et al., 1994; Noblejas de la Flor, 1997), la ideación suicida (Harlow, Newcomb & Bentler, 1987; Kleiman & Beaver, 2013) y la sintomatología ansiosa y depresiva (Friedman & Kern, 2014; Steger, Frazier, Oishi & Kaler, 2006; Yalom, 1980).

Por el contrario, los efectos beneficiosos de una vida con plenitud de sentido son, entre otros, mayores optimismo y auto-actualización (Baumeister, Vohs, Aaker, & Garbinsky, 2013; Compton, Smith, Cornish & Qualls, 1996), autoestima (Steger et al., 2006), afecto positivo (Hicks, Trent, Davis & King, 2012) y satisfacción vital (Chamberlain & Zika, 1988; Steger & Kashdan, 2009). Además, algunos autores han llegado a afirmar que el sentido es un componente crítico del bienestar psicológico (Ryff & Keyes 1995; Seligman, 2016).

Estos resultados han sido constatados también en jóvenes, quienes informan de peores niveles de bienestar cuando perciben que la vida carece de sentido (Reker,

Peacock, & Wong, 1987; Steger, Oishi & Kashdan, 2009; Zika & Chamberlain, 1992).

El papel que cumple el sentido vital en el impacto que tienen los sucesos vitales no es tanto en los eventos en sí, sino en las historias que se crea una persona sobre los mismos en base a su sentido vital (Kenyon & Randall, 1997). Además, parece que, ante las adversidades, las personas crecen existencialmente (Tedeschi & Calhoun, 2004). Así, el vacío existencial es un factor de vulnerabilidad para el desarrollo de psicopatología ante la ocurrencia de un acontecimiento estresante, tanto en población general (Folkman & Moskowitz, 2000; Park et al., 2008; Park, 2010; Park & Folkman, 1997), como en jóvenes (Newcomb & Harlow, 1986; Triplett et al., 2012).

## **2. Objetivo e Hipótesis**

El objetivo central del presente estudio es analizar el papel que juegan los sucesos vitales negativos en la explicación del bienestar psicológico de los jóvenes universitarios. Asimismo, se pretende evaluar el posible papel modulador de las estrategias de regulación emocional estables (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y reevaluación cognitiva) y las asociadas a los sucesos (rumiación y crecimiento personal) y el sentido vital. Con este fin, se persiguen los siguientes objetivos específicos y se mantienen las siguientes hipótesis (Tabla 1):

Tabla 1.  
*Objetivos e hipótesis del estudio.*

	<b>Objetivos específicos</b>	<b>Hipótesis</b>
<p>Proponer y analizar, partiendo de los modelos de estrés y afrontamiento, un modelo explicativo del bienestar emocional (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) asociado a la experiencia de sucesos vitales negativos, en el que se explique el papel que juegan en dicho proceso las variables de regulación emocional y el sentido vital.</p>	<p>1. Evaluar la relación entre la ocurrencia de los sucesos vitales adversos experimentados por la persona y su bienestar emocional y psicológico actual.</p>	<p>1. La ocurrencia de sucesos vitales negativos será un predictor del malestar psicológico.</p> <p>1.1. La ocurrencia de sucesos vitales negativos será un predictor de la sintomatología depresiva.</p> <p>1.2. La ocurrencia de sucesos vitales negativos será un predictor del bienestar psicológico.</p>
	<p>2. Explorar si las variables de regulación emocional estables (estilo rumiativo, evitación experiencial, reevaluación cognitiva y supresión emocional) y las asociadas a sucesos vitales (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) contribuyen significativamente a la explicación de la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico.</p>	<p>2. Las variables de regulación emocional contribuirán significativamente a la explicación de la varian del malestar psicológico.</p> <p>2.1. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial, supresión emocional, estilo rumiativo y reevaluación cognitiva) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva.</p> <p>2.2. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial, supresión emocional, estilo rumiativo y reevaluación cognitiva) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza del bienestar psicológico.</p> <p>2.3. Las variables de regulación emocional asociadas a los sucesos negativos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva.</p> <p>2.4. Las variables de regulación emocional asociadas a los sucesos negativos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza del bienestar psicológico.</p>
	<p>3. Explorar si el sentido vital contribuye significativamente a la explicación de la varianza de sintomatología depresiva y bienestar psicológico, controlando previamente las variables de regulación emocional.</p>	<p>3. El sentido vital contribuirá significativamente a la explicación de la varianza del malestar psicológ aun controlando los efectos de las variables de regulación emocional.</p> <p>3.1. El sentido vital contribuirá significativamente a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva, aun controlando los efectos de las variables de regulación emocional.</p> <p>3.2. El sentido vital contribuirá significativamente a la explicación de la varianza del bienestar psicológico, aun controlando los efectos de las variables de regulación emocional.</p>

Objetivos específicos	Hipótesis
<p>4. Explorar el papel mediador que ejercen las variables de regulación emocional (estables y asociadas a los sucesos) en la relación entre ocurrencia de sucesos vitales y la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico.</p> <p>Evaluar la posibilidad de presentar malestar psicológico cuando se hacen uso de las estrategias de regulación emocional y cuando no, así como ante la presencia o ausencia de sentido vital.</p> <p>Explorar la existencia de perfiles psicológicos en base a las estrategias de regulación emocional estables evaluadas, que sugieran la existencia de grupos que presenten mayor vulnerabilidad psicológica para desarrollar peor bienestar emocional (mayor sintomatología depresiva y menores bienestar psicológico) y hacer un mayor uso de estrategias de regulación desadaptativas (rumiación) y menor adaptativas (crecimiento personal) asociadas a los sucesos negativos.</p>	<p>4. Las estrategias de regulación emocional mediarán la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el malestar psicológico.</p> <p>4.1. Las estrategias de regulación emocional mediarán la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva.</p> <p>4.2. Las estrategias de regulación emocional mediarán la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el bienestar psicológico.</p> <p>5. La posibilidad de presentar malestar psicológico será mayor o menor cuando hay uso de estrategias de regulación emocional y en presencia de sentido vital que cuando no lo hay.</p> <p>5.1. La posibilidad de presentar sintomatología depresiva será mayor cuando hay mayor uso de las estrategias de regulación emocional desadaptativas (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y pensamiento rumiativo asociado a sucesos negativos) que cuando no hay.</p> <p>5.2. La posibilidad de presentar sintomatología depresiva será mayor cuando hay menor uso de las estrategias de regulación emocional adaptativas (reevaluación cognitiva y crecimiento personal sobre sucesos negativos) y con ausencia de sentido vital que cuando hay.</p> <p>5.3. La posibilidad de presentar bienestar psicológico será mayor cuando hay menor uso de las estrategias de regulación emocional desadaptativas (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y pensamiento rumiativo asociado a sucesos negativos) que cuando hay.</p> <p>5.4. La posibilidad de presentar bienestar psicológico será mayor cuando hay mayor uso de las estrategias de regulación emocional adaptativas (reevaluación cognitiva y crecimiento personal sobre sucesos negativos) y presencia de sentido vital que cuando no hay.</p> <p>6. Se espera hallar un perfil con peor bienestar emocional (mayor sintomatología depresiva y menor bienestar psicológico) y uso de estrategias de regulación emocional más desadaptativas asociadas a los sucesos negativos (mayor rumiación y menor crecimiento personal) en presencia de altos niveles de regulación emocional desadaptativa (estilo rumiativo, evitación experiencial y supresión emocional); bajos niveles de regulación emocional adaptativa (reevaluación cognitiva).</p>

### 3. Metodología

#### 3.1. Participantes

La muestra está compuesta por un total de 312 jóvenes de la Universidad Francisco de Vitoria, de edades comprendidas entre 18 y 30 años ( $M=20.83$ ;  $DT=2.12$ ), siendo 219 mujeres (70.2%) y 93 hombres (29.8%). Los alumnos pertenecían a las siguientes carreras: psicología (26.3%), relaciones internacionales (3.5%), educación infantil (8.3%), derecho (16.3%), excellence (2.2%), periodismo (8%), educación primaria (5.8%), enfermería (19.2%) y ADE y Marketing (9.9%). Además, la media de años de educación de los participantes es de 17.27 ( $DT=3.06$ ). El resto de datos sociodemográficos recogidos de la muestra pueden apreciarse en el Anexo 1.

#### 3.2. Variables y medidas

Tal y como se viene señalando a lo largo del presente trabajo, se ha seguido el modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman (1984) y la actualización del mismo de Folkman (1997, 2008). De acuerdo con los principios de dicho modelo, las variables evaluadas han sido clasificadas en las siguientes dimensiones: sociodemográficas y salud, estresores, mediadoras y de resultado (Anexo 2).

##### 3.2.1. Variables sociodemográficas

Se incluyeron en el protocolo de evaluación preguntas específicas para evaluar las características sociodemográficas de la muestra: el sexo, la edad, el estado civil, el número de años de educación, el curso y la carrera. Además, se recogió información de las condiciones económicas de las personas a través de la pregunta: “¿Considera que sus condiciones económicas actuales son suficientes para afrontar adecuadamente el día a día?”. La opción de respuesta propuesta fue dicotómica: sí/no.

En cuando a las características de salud, se evaluó la variable de salud general percibida con la subescala correspondientes del Cuestionario de Salud SF-36 (Medical Outcomes Study, MOS; Ware & Sherbourne, 1992; versión en castellano de Alonso et al., 1995) que evalúa la percepción que tienen las personas sobre su propia salud actual mediante la pregunta “en general, cómo diría que es su salud”, con cinco opciones de respuesta tipo Likert (del 0 = muy buena al 4 = muy mala). Se preguntó, además, a los participantes si padecían alguna enfermedad mediante una pregunta específica: “¿Tiene usted alguna enfermedad diagnosticada?”, proponiéndose una opción de respuesta dicotómica: sí/no. En caso afirmativo, los participantes debían especificar cuál o cuáles.

### 3.2.2. *Estresores*

Para la evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales se han empleado las Escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV; Fernández-Fernández, et al., 2013). En concreto, Escala de Ocurrencia (EO) de sucesos vitales positivos y negativos. Esta escala evalúa la ocurrencia de determinados sucesos vitales (por ej., pérdida de un familiar, enfermedad de un ser querido o de uno mismo) a lo largo de la vida a través de un formato de respuesta dicotómico (Sí/no). Consta de dos subescalas, sucesos vitales positivos (EO+) y negativos (EO-), utilizándose únicamente la de sucesos negativos para el presente trabajo. Además, para controlar el tiempo transcurrido desde la ocurrencia de los sucesos vitales, se empleó la pregunta específica “¿Cuándo ocurrió?” con un formato de respuesta de tipo Likert con 4 opciones de respuesta (0=menos de un mes, 1=entre 1 y 6 meses antes, 2=entre 6 y 12 meses antes, 3=hace más de un año y 4=hace más de 2 años). La subescala de sucesos negativos presenta una consistencia interna aceptable, con un coeficiente KR-20 de .64 (Fernández-Fernández et al., 2013).

### 3.2.3. Variables mediadoras

#### 3.2.3.1. Estilo rumiativo

Esta variable ha sido evaluada a través de la versión reducida del Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; de Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998), que mide la tendencia a emplear la rumiación cuando la persona está experimentando sentimientos de tristeza, melancolía o abatimiento. Consta de 10 ítems (por ej., “piensa en lo solo que se siente”, “piensa en sus sentimientos de cansancio y dolor”) con formato de respuesta tipo Likert con 4 opciones de respuesta (desde 0 = nunca a 3 = siempre). Altas puntuaciones en esta escala sugieren altos niveles de estilo rumiativo. Los datos sobre consistencia interna han sido muy buenos, encontrándose un alpha de Cronbach de .85 (Márquez-González et al., 2012), similares a los obtenidos en el presente trabajo, de .84.

#### 3.2.3.2. Evitación experiencial

La evitación experiencial se ha medido a través de la adaptación española del Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al., 2004) realizada por Wilson y Luciano (2002). Esta escala evalúa la falta de disposición de una persona para ponerse en contacto con experiencias privadas particulares (por ej., sensaciones corporales, emociones, pensamientos), así como sus intentos de alterar la forma o la frecuencia de esos eventos y el contexto que los ocasiona (Hayes, et al., 1996). Está compuesta por 9 ítems (por ej., “tenga o no claro el mejor modo de resolver un problema me pongo en marcha”) y sus respuestas tipo Likert se agrupan desde 1 = nunca hasta 7 = siempre. Puntuaciones altas en esta escala sugieren altos niveles de evitación experiencial en la persona. La versión original muestra una consistencia interna de alpha igual a .70 (Hayes et al., 2000), siendo baja la obtenida en el presente trabajo (alpha de .56).

### 3.2.3.3. Reevaluación cognitiva

Para evaluar la reevaluación cognitiva se ha empleado la subescala correspondiente del Trait Meta- Mood Scale (TMMS24) (Salovey et al., 1995) en su adaptación al castellano realizada por Fernández- Berrocal, Extremera y Ramos (2004). La escala original, formada por 48 ítems, mide la inteligencia emocional percibida y consta de tres subescalas: atención, claridad y reparación (Salovey et al., 1995). Se ha escogido únicamente la subescala de reparación emocional que evalúa las creencias que tienen los individuos acerca de su habilidad de regular sus emociones (Salovey et al., 1995). Está compuesta por 8 ítems (por ej., “cuando estoy enfadado intento cambiar mi estado de ánimo”) con un formato de respuesta de tipo Likert agrupadas de la siguiente forma: de 0=nunca a 3= siempre. Altas puntuaciones en esta subescala se corresponden con altos niveles de reevaluación cognitiva. Además, cuenta con buenas propiedades psicométricas en su versión original con alpha de Cronbach .82 (Salovey et al., 1995), superiores a las obtenidas en este estudio con un alpha de Cronbach de .73.

### 3.2.3.4. Supresión emocional

La supresión emocional se ha evaluado mediante la subescala correspondiente del cuestionario de Autorregulación emocional (ERQ; Gross & John, 2003), traducido y adaptado al castellano por Rodríguez- Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa (2006). Este cuestionario, mide las diferencias individuales entre dos tipos de estrategias de regulación emocional: la reevaluación y la supresión. Se ha empleado únicamente la subescala de supresión que determina inhibición consciente de la expresión de una conducta emocional (Gross, 1998). La subescala de supresión emocional consta de 4 ítems (por ej., “me suelo guardar las emociones para mí mismo/a”) con un formato de respuesta de tipo Likert: 0=nunca, 3=término medio y 6=siempre, dejando vacíos los

intermedios. Mayor puntuación indica mayor supresión emocional. La escala original cuenta con aceptables propiedades psicométricas con un alpha de Cronbach de .76. En el presente trabajo se ha obtenido una buena consistencia interna con alpha de .83.

#### 3.2.3.5. Impacto psicológico de los sucesos vitales pasados.

Para la evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales se han empleado las Escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales (EEIPSV; Fernández-Fernández, et al. 2013).

Escala de pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales (EPR). Esta escala evalúa un tipo de pensamiento repetitivo y generador de malestar emocional acerca de los sucesos vitales pasados evaluados en la escala de ocurrencia, a través de la pregunta: “¿con qué frecuencia le vienen a la cabeza recuerdos y pensamientos sobre este acontecimiento provocándole malestar o amargura?”. Las opciones de respuesta para esta pregunta fueron de tipo Likert de 4 opciones (de 0= nunca a 3 = mucho). En el presente estudio se han empleado solamente los ítems que evalúan el pensamiento rumiativo ante sucesos vitales negativos, subescala que presenta una consistencia interna de alfa ordinal .84 (Fernández-Fernández, et al. 2013).

Escala de crecimiento personal asociado a sucesos vitales pasados (ECP). Esta escala evalúa el grado en el que la persona percibe que ha experimentado algún tipo de crecimiento personal tras la vivencia de los sucesos vitales, a través de la pregunta: “¿Hasta qué punto ha extraído algo positivo (aprendizaje, crecimiento personal) de esta experiencia?”. Las opciones de respuesta para esta pregunta fueron de tipo Likert con 4 opciones (de 0= nada a 3 = mucho). Se han empleado únicamente las preguntas que evalúan crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos, cuya consistencia interna es de alfa ordinal igual a .90 (Fernández-Fernández, et al. 2013).

### 3.2.3.6. Sentido vital

Para evaluar el sentido ante la vida se ha empleado el test PIL (Purpose in Life) de Crumbaugh y Maholic (1969) en su versión española adaptada por Noblejas de la Flor (1994). Consta de 20 ítems con un formato de respuesta del tipo Likert que incluye siete categorías de respuesta. La primera y la séptima son respuestas específicas para cada enunciado, siendo el 4 la respuesta neutra (por ej., el ítem 9 cuyo enunciado es “Mi vida está”, el primer anclaje de respuesta es “Vacía, desesperada” y el séptimo “Llena de cosas buenas y excitantes”). Según el criterio de Crumbaugh y Maholic (1969) una puntuación inferior a 90 indica la falta de un sentido claro; una puntuación entre 90 y 105 se corresponde con una zona de indefinición respecto al sentido de la vida; y una puntuación superior a 105 señala la presencia de unas metas claras y sentido de la vida. La versión española del test muestra buenas propiedades psicométricas con un alpha de Cronbach de .89 (Noblejas de la Flor, 2011), similares a las obtenidas en el presente trabajo (.86).

### 3.2.4. Variables resultado

#### 3.2.4.1. Sintomatología depresiva

Para la evaluación de la sintomatología depresiva se ha utilizado la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977), que evalúa la frecuencia de aparición de síntomas depresivos en la última semana. Consta de 20 ítems (por ej., “Sentía que no podía librarme de la tristeza incluso con la ayuda de mi familia o amigos”) con un formato de respuesta de cuatro opciones tipo Likert (de 0 = “raramente o nunca” a 3 = “todo el tiempo”). El coeficiente alpha obtenido en el trabajo original varía entre .85 (con población general) y .90 (con población clínica). Habitualmente se utiliza como punto de corte que sugiere la presencia de depresión

clínica una puntuación igual o superior a 16 en esta escala (Radlof, 1977). En la versión española también se han obtenido adecuados índices de fiabilidad ( $\alpha = .90$ ) (Soler et al., 1997). En este estudio se ha obtenido un buen índice de fiabilidad (alpha de Cronbach) de .87.

#### 3.2.4.2. Bienestar psicológico-eudaimónico

La medida de bienestar psicológico utilizada ha sido la adaptación al español de la versión de Van Dierendonck (2005) de las escalas de bienestar psicológico, propuestas originalmente por Carol Ryff (Keyes, Shmotkin, & Ryff, 2002; Ryff, 1989; Ryff & Keyes, 1995). La versión española fue validada por Díaz et al. (2006). Consta de 29 ítems (por ej., “cuando repaso la historia de mi vida estoy contento de cómo han resultado las cosas”) divididos en seis subescalas (propósito en la vida, dominio del entorno, relaciones positivas, autoaceptación, autonomía y crecimiento personal). Altos niveles en esta escala sugieren altos niveles de bienestar psicológico. Las opciones de respuesta son de tipo Likert y oscilan entre 0 y 5 (0 = totalmente en desacuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). En la adaptación al castellano se obtuvieron buenos índices de fiabilidad con valores alpha de Cronbach comprendidos entre .83 (autoaceptación) y .68 (crecimiento personal) (Díaz et al., 2006). La consistencia interna (alpha de Cronbach) global de esta escala obtenida en el presente trabajo es de .87.

### 3.3. Procedimiento

La muestra fue evaluada en la Universidad Francisco de Vitoria de forma presencial por entrevistadores ciegos entrenados. Se contactó con docentes de diversas carreras para pedir la participación de los alumnos en el estudio. A cada participante se le entregaba un cuadernillo en formato papel que incluía tanto las preguntas destinadas a la

recogida de datos sociodemográficos como los correspondientes cuestionarios, a modo de autoinforme. Éste, había pasado previamente por el Comité de Ética de las evaluaciones. Además, contenía un consentimiento informado en el cual se explicaba al participante el propósito de la investigación, su derecho a retirarse del estudio, la voluntariedad de su participación y la confidencialidad de los datos recogidos, conforme a la Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter Personal 15/99, así como se le ofrecía la posibilidad de ponerse en contacto con el responsable de la investigación en cualquier momento. Por lo tanto, se trata de un muestreo incidental.

#### 3.4. Análisis de datos

Antes de realizar los análisis de las relaciones entre las variables del estudio, se ha llevado a cabo el análisis de los casos atípicos, tanto univariados como multivariados, de las distintas escalas empleadas, siguiendo los criterios de Tabachnick y Fidell (2007). A continuación, se comprobaron los supuestos propios del análisis de regresión propuestos por Berry y Feldman (1985). Anexos 3 y 4.

En primer lugar, se realizaron correlaciones bivariadas de Pearson entre las variables evaluadas para, posteriormente, efectuar los análisis de regresión. Respecto a las regresiones, éstas se han llevado a cabo a través del método de pasos sucesivos, que solamente incluye en el modelo aquellas variables introducidas que contribuyen de manera significativa a la explicación de la varianza de la variable dependiente. Las variables criterio de cada uno de los modelos fueron la sintomatología depresiva y el bienestar psicológico. En ambos modelos -además de utilizar pasos sucesivos- se han introducido las variables predictoras en cinco pasos, siguiendo el Modelo de Lazarus y Folkman (1984) y la actualización realizada posteriormente por Folkman (1997, 2008). Por tanto, en el primer paso, se han introducido las variables contextuales y de control:

características sociodemográficas (sexo y edad) y de salud (salud autopercebida). En el segundo, se han incluido los estresores, es decir, la ocurrencia de sucesos vitales negativos. En el tercero, la variable de control sobre el tiempo transcurrido desde la ocurrencia del suceso vital. En el cuarto, se han incluido, como variables moderadoras, las variables de regulación emocional, tanto las estables (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y reevaluación cognitiva), como las que evalúan el impacto psicológico de los sucesos vitales negativos (pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos y crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos). En el quinto y último paso, el sentido vital.

Además, se han llevado a cabo análisis de Odds ratio para comprobar el número de veces que es mayor la posibilidad de presentar cada una de las variables dependientes (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) cuando se da presencia de las variables de regulación emocional y el sentido vital, en comparación con la ausencia de ellas. Para ello, se han dicotomizado todas las variables del estudio con el objetivo de tener en cada variable dos niveles, uno alto y otro bajo, representando por ello presencia y ausencia de cada una de ellas. Esto se ha llevado a cabo mediante la creación de terciles, excepto en las variables de sintomatología depresiva y sentido vital, ya que las propias escalas utilizadas incluyen una baremación. En las Odds ratio, se consideran significativos aquellos resultados cuyo intervalo de confianza (IC) no incluye el 1.

Con el objetivo de explorar los perfiles de agrupación de la muestra en función de las cuatro estrategias de regulación emocional estables del estudio, se realizaron análisis de conglomerados (cluster). Para ello, se llevó a cabo un primer análisis de conglomerados jerárquicos para inspeccionar visualmente el dendograma (anexo 5) y, a continuación, se procedió a realizar un análisis de conglomerados de *K medias*, preestableciendo el número de conglomerados a cuatro en base a la inspección visual ya

realizada. Los resultados obtenidos en cada variable de regulación emocional de cada conglomerado, se han clasificado en puntuaciones bajas, medias o altas, en función de las puntuaciones obtenidas en los terciles realizados previamente. Se han llevado a cabo análisis de diferencia de medias (ANOVA de un factor) para las variables resultado (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) y las de regulación emocional asociadas a los sucesos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal), en función de cada conglomerado. Para explorar entre qué conglomerados se han producido las diferencias estadísticamente significativas se han realizado los análisis post-hoc, en concreto los estadísticos de HSD de Tukey (para variables con varianzas iguales entre sus grupos) y Games-Howell (para variables con varianzas distintas).

Todos los análisis estadísticos se han llevado a cabo a través del programa estadístico IBM SPSS Statistics 21.

#### **4. Resultados**

##### 4.1. Relaciones entre las variables evaluadas

El análisis de las correlaciones entre las variables evaluadas puede observarse en la tabla 2. En ella puede apreciarse que la sintomatología depresiva se relaciona de forma estadísticamente significativa con la ocurrencia de sucesos vitales negativos y con todas las variables de regulación emocional (excepto el crecimiento personal asociado a los sucesos- $r=.05$ ;  $p=.36$ ) y el sentido vital. En cuanto al bienestar psicológico, se han hallado relaciones estadísticamente significativas con todas las variables menos con aquellas asociadas a la ocurrencia de sucesos vitales negativos, es decir, el tiempo transcurrido ( $r=-.04$ ;  $p=.41$ ), el pensamiento rumiativo ( $r=-.09$ ;  $p=.10$ ) y el crecimiento personal ( $r=.11$ ;  $p=.05$ ) sobre los mismos.

Tabla 2.

*Correlaciones entre las variables evaluadas.*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1. Edad	1													
2. Sexo	.06	1												
3. Salud percibida	.10	-.10	1											
4. Ocurrencia de sucesos vitales negativos	.11*	-.03	.19**	1										
5. Tiempo transcurrido	.15**	.12*	-.05	.10	1									
6. Estilo rumiativo	-.03	-.10	.20**	.18**	.01	1								
7. Evitación experiencial	-.01	-.09	.10	.09	.00	.53**	1							
8. Supresión emocional	.00	.21**	-.10	.05	.02	.11*	.19**	1						
9. Reevaluación cognitiva	.00	.02	-.17**	-.05	-.01	-.32**	-.24**	.00	1					
10. Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	-.00	-.16**	.01	.14*	-.08	.15**	.16**	-.03	-.07	1				
11. Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos	.02	-.01	-.01	-.02	-.00	-.09	-.12*	.03	.07	-.13*	1			
12. Sentido vital	.05	-.11*	-.30**	-.08	-.02	-.37**	-.41**	-.13*	.29**	-.13*	.13*	1		
13. Sintomatología depresiva	.03	-.11*	.30**	.24**	-.15**	.54**	.48**	.19**	.26**	.21**	.05	-.46**	1	
14. Bienestar psicológico	.00	-.07	-.23**	-.12*	-.04	-.44**	-.54**	-.23**	.36**	-.09	.11	.67**	-.52**	1

\*\*:  $p \leq .01$ ; \*:  $p \leq .05$

#### 4.2. Modelo explicativo de sintomatología depresiva y bienestar psicológico

Los resultados del análisis de regresión jerárquica para explicar la sintomatología depresiva pueden observarse en el anexo 6. Como se puede apreciar, las variables que permiten explicar la varianza de sintomatología depresiva en el modelo resultante son: la salud percibida ( $t=5.64$ ;  $p\leq.001$ ), la ocurrencia de sucesos vitales negativos ( $t=3.18$ ;  $p\leq.01$ ), el tiempo transcurrido desde dicho suceso ( $t=-2.81$ ;  $p\leq.01$ ), el estilo rumiativo ( $t=9.89$ ;  $p\leq.001$ ), la evitación experiencial ( $t=4.96$ ;  $p\leq.001$ ), la supresión emocional ( $t=2.82$ ;  $p\leq.01$ ), el crecimiento personal asociado a los sucesos negativos ( $t=2.61$ ;  $p\leq.01$ ), el pensamiento rumiativo asociado a los sucesos negativos ( $t=2.71$ ;  $p\leq.01$ ) y el sentido vital ( $t=-4.04$ ;  $p\leq.001$ ). Además, cada una de estas variables mantiene su efecto predictor de la varianza de la sintomatología depresiva aun cuando se incluyen las demás, depurando con ello, los posibles efectos de mediación de unas variables a otras. El modelo final obtenido es significativo ( $F=30.25$ ;  $p<.001$ ) y explica un 47.6% de la varianza total de sintomatología depresiva.

En cuanto al análisis de regresión jerárquica de bienestar psicológico, los resultados pueden observarse en el anexo 7. El modelo final lo componen la salud percibida ( $t=-4.29$ ;  $p\leq.001$ ), el sexo ( $t=-2.03$ ;  $p\leq.05$ ), la evitación experiencial ( $t=-10.60$ ;  $p\leq.001$ ), la reevaluación cognitiva ( $t=4.82$ ;  $p\leq.001$ ), la supresión emocional ( $t=-2.89$ ;  $p\leq.01$ ), el estilo rumiativo ( $t=-2.41$ ;  $p\leq.05$ ) y el sentido vital ( $t=10.08$ ;  $p\leq.001$ ). Además, al incluir el sentido vital en el último paso de la regresión, la salud percibida, el sexo y el estilo rumiativo pierden su capacidad predictora sobre el bienestar psicológico. El modelo final obtenido es significativo ( $F=53.34$ ;  $p<.001$ ) y explica un 55.8% de la varianza total de bienestar psicológico.

### 4.3. Odds ratio

Como puede observarse en la tabla 3, todas las estrategias de regulación emocional y el sentido vital presentan una Odds ratio significativa en la sintomatología depresiva, excepto el crecimiento personal asociado a los sucesos vitales ( $IC=.29-1.17$ ). La Odds más alta es la del estilo rumiativo lo cual supone que la posibilidad de desarrollar sintomatología depresiva en presencia de estilo rumiativo alto es 17 veces la posibilidad de que haya sintomatología depresiva en presencia de bajo estilo rumiativo.

Tabla 3.

*Odds ratio de sintomatología depresiva.*

	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	
		Inferior	Superior
Estilo rumiativo	17.02	8.02	35.86
Evitación experiencial	5.70	3.12	10.41
Supresión emocional	1.95	1.12	3.39
Reevaluación cognitiva	3.12	1.81	5.38
Pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales	2.88	1.64	5.04
Crecimiento personal asociado a los sucesos vitales	.58	.29	1.17
Sentido vital	.22	.11	.47

\*Nota. Significativo en aquellos que el IC no incluye el 1.

Con respecto al bienestar psicológico, sus Odds ratio pueden apreciarse en la tabla 4, siendo significativas todas ellas salvo el pensamiento rumiativo sobre los sucesos ( $IC=.75-2.54$ ) y el crecimiento personal asociado a los sucesos negativos ( $IC=.95-5.13$ ). La evitación experiencial es la Odds más alta lo cual supone que la posibilidad de presentar bienestar psicológico con baja evitación experiencial es 28 veces la posibilidad de que haya bienestar psicológico cuando se da evitación experiencial alta.

Tabla 4.

*Odds ratio de bienestar psicológico.*

	Odds ratio	Intervalo de confianza 95%	
		Inferior	Superior
Estilo rumiativo	11.02	5.21	23.32
Evitación experiencial	28.05	11.86	66.34
Supresión emocional	3.74	1.39	7.23
Reevaluación cognitiva	9.49	4.76	18.92
Pensamiento rumiativo sobre los sucesos vitales	1.34	.75	2.54
Crecimiento personal asociado a los sucesos vitales	2.21	.95	5.13
Sentido vital	24.01	6.94	83.63

\*Nota. Significativo en aquellos que el IC no incluye el 1.

#### 4.4. Análisis de conglomerados para la identificación de perfiles

Como puede observarse en la tabla 5, los análisis de conglomerados muestran que puede identificarse un perfil (perfil 1) en el que se encuentran aquellos participantes con mayores puntuaciones en las variables de regulación emocional desadaptativas (estilo rumiativo y evitación experiencial), excepto supresión emocional, que presenta niveles medios, y menores en regulación emocional adaptativa (reevaluación cognitiva). El perfil 2 solamente se diferencia del 1 en que los sujetos presentan puntuaciones medias en evitación experiencial. Por otro lado, el 3 lo forman aquellos con niveles medios de estilo rumiativo, evitación experiencial y reevaluación cognitiva, y alta supresión emocional. Finalmente, el perfil 4 está compuesto por aquellas personas que puntúan bajo en las variables de regulación disfuncionales y alto en reevaluación cognitiva.

Tabla 5.  
*Descriptivos de los perfiles identificados.*

		Conglomerado							
		Perfil 1		Perfil 2		Perfil 3		Perfil 4	
		N=40		N=81		N=84		N=107	
		Media (DT)	Nivel	Media (DT)	Nivel	Media (DT)	Nivel	Media (DT)	Nivel
Estrategias de regulación emocional adaptativas	Estilo rumiativo	20.58 (4.84)	Alto	16.27 (4.04)	Alto	9.32 (3.61)	Medio	6.67 (3.05)	Bajo
	Evitación experiencial	43.38 (4.19)	Alto	32.17 (3.84)	Medio	32.25 (4.69)	Medio	26.83 (4.55)	Bajo
	Supresión emocional	10.98 (4.45)	Medio	8.07 (4.45)	Medio	15.43 (3.53)	Alto	5.41 (3.70)	Bajo
Estrategias de regulación emocional desadaptativas	Reevaluación cognitiva	11.95 (5.05)	Bajo	13.93 (3.19)	Bajo	16.71 (4.37)	Medio	16.34 (3.89)	Alto

Además, los análisis de diferencia de medias (ANOVA de un factor) en las puntuaciones de las variables resultado (síntomatología depresiva y bienestar psicológico) y en las estrategias de regulación emocional asociadas a sucesos vitales negativos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) en función del perfil de regulación emocional (conglomerados) pueden observarse en la tabla 6, sugiriéndose diferencias estadísticamente significativas en todas las variables propuestas excepto en crecimiento personal asociado a los sucesos vitales.

Tabla 6.  
*Diferencias de medias en las variables resultado y las de regulación emocional asociadas a los sucesos en función de los conglomerados.*

		Conglomerado	N	Media	DT	Error típico	F
Síntomatología depresiva	Grupo 1		40	24.70	9.42	1.48	36.39**
	Grupo 2		81	16.51	7.93	0.88	
	Grupo 3		84	13.92	7.44	0.81	
	Grupo 4		107	10.59	6.24	0.60	
	Grupo 1		40	88.92	12.87	2.03	34.04**

	Conglomerado	N	Media	DT	Error típico	F
Bienestar psicológico	Grupo 2	81	105.39	12.71	1.41	
	Grupo 3	84	105.69	17.00	1.85	
	Grupo 4	107	115.44	13.75	1.33	
Pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos	Grupo 1	40	1.34	0.54	0.08	
	Grupo 2	81	1.36	0.55	0.06	2.67*
	Grupo 3	84	1.27	0.66	0.07	
Crecimiento personal asociado a sucesos negativos	Grupo 4	107	1.12	0.66	0.06	
	Grupo 1	40	1.40	0.69	0.11	
	Grupo 2	81	1.43	0.67	0.07	1.78
	Grupo 3	84	1.62	0.73	0.08	
	Grupo 4	107	1.61	0.72	0.07	

\*\* :  $p \leq .01$ ; \* :  $p \leq .05$

En la figura 1, pueden observarse las puntuaciones medias de los grupos en cada una de las variables resultado (síntomatología depresiva y bienestar).

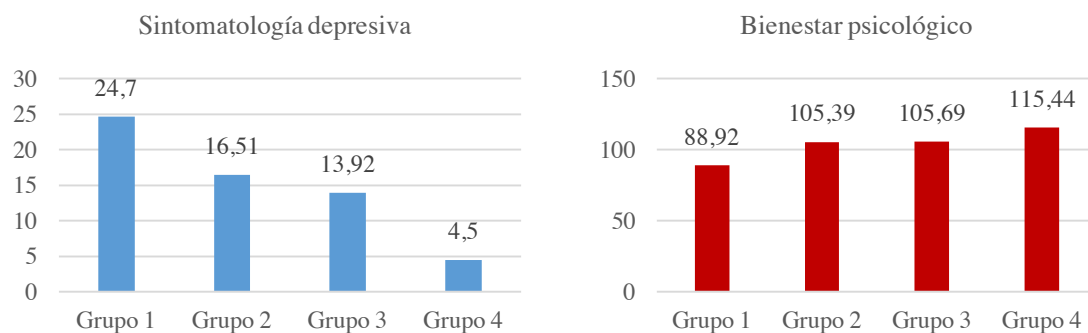


Figura 1. Puntuaciones medias de cada grupo en las variables resultado.

Los análisis post-hoc quedan reflejados en la tabla 7. Dichos análisis sobre las diferencias en sintomatología depresiva (Games-Howell), indican que las diferencias se producen entre todos los grupos, excepto entre el 2 y el 3 ( $p \geq .05$ ). El perfil que presenta mayor nivel de sintomatología depresiva es el 1 y el que menos el 4. En cuanto a los resultados post-hoc para el bienestar psicológico (Games-Howell), las diferencias estadísticamente significativas se producen entre todos los grupos a excepción del 2 y el

3 ( $p \geq .05$ ), siendo el perfil 4 el que presenta mayores niveles de bienestar y el 1 el que menos.

Los resultados post-hoc del pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos (HSD de Tukey), revelan que las diferencias estadísticamente significativas se dan únicamente entre los perfiles 2 y 4 ( $p = .05$ ), puntuando menos en esta variable el grupo 4 y más el 2. En el caso del crecimiento personal asociado a sucesos negativos, pese a que no se dan diferencias estadísticamente significativas entre ninguno los cuatro grupos ( $p \geq .05$ ), el mayor nivel de crecimiento lo presenta el perfil 3, mientras que el 1 muestra las menores puntuaciones.

Tabla 7.

*Diferencias entre los perfiles en sintomatología depresiva, bienestar psicológico y pensamiento rumiativo y crecimiento personal asociados a sucesos vitales negativos.*

Agrupación de conglomerados		Sintomatología depresiva		Bienestar psicológico		Pensamiento rumiativo sobre sucesos negativos		Crecimiento personal asociado a sucesos negativos	
Perfil	Perfil	G-H	E.T.	G-H	E.T.	HSD	E.T.	HSD	E.T.
1	2	8.18*	1.73	-16.47*	2.47	-.01	.12	-.03	.13
	3	10.77*	1.69	-16.76*	1.75	.07	.12	-.22	.13
	4	14.10*	1.60	-26.52*	2.43	.22	.11	-.21	.13
2	1	-8.18*	1.73	16.47*	2.47	.22	.12	.03	.13
	3	2.58	1.19	-.29	2.33	.08	.09	-.18	.11
	4	5.92*	1.06	-10.05*	1.94	.24*	.09	-.17	.10
3	1	-10.77*	1.69	16.76*	2.75	-.07	.12	.22	.13
	2	-2.58	1.19	.29	1.33	-.08	.09	.18	.11
	4	3.33*	1.01	-9.75*	2.28	.15	.09	.01	.10
4	1	-14.10*	1.60	26.52*	2.43	-.22	.11	.21	.13
	2	-5.92*	1.06	10.05*	1.94	-.24*	.09	.17	.10
	3	-3.33*	1.01	9.75*	2.28	-.15	.09	-.01	.10

\*:  $p \leq .05$ ; G-H: Games-Howell; HSD: HSD de Tukey; E.T.: error típico.

## 5. Discusión

En el Anexo 8 pueden observarse el cumplimiento o no de las hipótesis planteadas en el estudio. A continuación, se describirán y discutirán los resultados obtenidos, en base a los principales objetivos previamente establecidos.

### 5.1. Modelo explicativo para sintomatología depresiva

Respecto a la hipótesis 1.1, los análisis de regresión revelan que la ocurrencia de sucesos vitales negativos explica parte de la varianza de la sintomatología depresiva, aportando un 3% a la misma. Esto no sólo concuerda con el Modelo de estrés y afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 1997, 2008) que guía el presente trabajo, sino con otros estudios ya citados (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Moriya & Takahashi, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), que refieren que los sucesos estresantes sólo explican un pequeño porcentaje de la varianza del malestar, teniendo más peso otras variables como, por ejemplo, la regulación emocional o el sentido vital.

Así, otro de los resultados del presente trabajo que apoya dichos hallazgos (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 1997, 2008; Moriya & Takahashi, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), es el peso que tienen las variables de regulación emocional estables (en concreto, el estilo rumiativo, la evitación emocional y la supresión emocional) en la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva (28%), lo que confirma parcialmente la hipótesis 2.1. Además, parece que el estilo rumiativo tiene un notable papel predictor de la sintomatología depresiva, aportando un 22% a la explicación de la varianza de la misma, coincidiendo con numerosos estudios que señalan el poder de la rumiación para aumentar la intensidad y la duración de los síntomas depresivos (Aldao et al, 2010;

Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al, 1993). Estos datos también se apoyan en el considerable incremento de la posibilidad de presentar sintomatología depresiva cuando se da un alto estilo rumiativo en lugar de bajo ( $OR=17$ ) (hipótesis 5.1).

Por otro lado, la hipótesis 2.1 se cumple sólo parcialmente ya que la reevaluación cognitiva no es incluida en el análisis de regresión, pese a que sí se han hallado relaciones estadísticamente significativas entre esta variable y la sintomatología depresiva. Esto podría deberse a que, tal y como señalan algunas investigaciones, el impacto de las estrategias de regulación emocional adaptativas en el malestar podría estar modulado por la puesta en marcha de otras estrategias de tipo desadaptativo (Aldao & Nolen- Hoeksema, 2012).

En cuanto a las estrategias de regulación emocional asociadas a los sucesos vitales, parece que estas también aportan a la varianza de la sintomatología depresiva, aunque lo hacen en menor medida (2%), lo que confirma la hipótesis 2.3 y también apoya los estudios ya mencionados (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 1997, 2008; Moriya & Takahashi, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

En definitiva, los resultados sugieren que la sintomatología depresiva se asocia con la presencia de altos niveles de las variables de regulación emocional desadaptativas evaluadas y bajos de las adaptativas y sentido vital (hipótesis 5.1 y 5.2). Estos datos concuerdan con numerosas investigaciones que relacionan la sintomatología depresiva con la rumiación (Aldao et al., 2010; Nolen-Hoeksema, 2000; Nolen-Hoeksema et al, 1993), evitación experiencial (Aldao et al., 2010; Kuyken et al., 2008), supresión emocional (Diedrich et al., 2014; Gross & John, 2003), la ausencia de reevaluación cognitiva (Aldao et al., 2010) y el vacío existencial (Friedman & Kern, 2014).

En lo referido a la hipótesis 4.1, parece que las estrategias de regulación emocional no cumplen un papel mediador entre la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva, ya que los sucesos vitales continúan contribuyendo de forma estadísticamente significativa a la varianza de la sintomatología depresiva cuando se introducen las variables de regulación. Sin embargo, se produce un descenso en la correlación parcial entre los sucesos vitales y la sintomatología depresiva al incluirse las variables de regulación emocional en el modelo, por lo que se sugiere una posible mediación parcial. Este rol mediador del afrontamiento centrado en la emoción ha sido hallado en algunos estudios (Abravanel & Sinha, 2015; Michl et al., 2013; Moriya & Takahashi, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Sun et al., 2017), en los que se constata que las estrategias de regulación emocional constituyen un mecanismo de adaptación ante los sucesos estresantes que lleva al desarrollo o no de malestar psicológico.

Además, confirmando la hipótesis 3.1, el sentido vital, parece que tiene un peso significativo sobre la varianza de la sintomatología depresiva (3%), aun habiendo controlado previamente las variables de regulación emocional, tal y como postula el modelo de estrés (Folkman, 1997, 2008). Este resultado coincide con los correlatos encontrados entre sintomatología depresiva y el vacío existencial (hipótesis 5.2) y con los hallazgos que existen acerca de la eficacia de las psicoterapias existencialistas para el tratamiento de la depresión (Vos, Craig & Copper, 2015), las cuales sugieren que el lograr una vida plena de sentido es un elemento crucial para acabar con dicha sintomatología.

## 5.2. Modelo explicativo para el bienestar psicológico.

En cuanto al bienestar psicológico, la hipótesis 1.2 se rechaza, puesto que los sucesos vitales negativos no son introducidos en el modelo explicativo, ya que no contribuyen de forma estadísticamente significativa a la varianza del bienestar psicológico. En consecuencia, tampoco lo hacen las estrategias de regulación emocional asociadas a los sucesos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal), por lo que se rechaza la hipótesis 2.4. Por lo tanto y confirmando la hipótesis 2.2 del estudio, parece que el bienestar psicológico es explicado, en su mayor parte (34%), por las estrategias de regulación emocional estables (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y reevaluación cognitiva). Estos resultados coinciden igualmente con el modelo de estrés y afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 1997, 2008) y con otros estudios basados en dicho modelo (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Moriya & Takahashi, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011), que ponen el énfasis en las estrategias llevadas a cabo para adaptarse a los sucesos estresantes, más que al impacto de los sucesos en sí, a la hora de predecir el bienestar psicológico.

Entre las estrategias de regulación emocional estables, destaca el notable peso que tiene la evitación experiencial en la explicación de la varianza del bienestar (26%), datos que, además, se apoyan en los altos correlatos que presenta esta estrategia de regulación emocional con la presencia de bienestar psicológico ( $OR=28$ ). Estos resultados coinciden con lo que sugieren muchas investigaciones basadas en la Terapia de Aceptación y Compromiso, escuela que ha estudiado especialmente el papel de la evitación experiencial en el malestar psicológico (Hayes et al, 2006). Así, se ha demostrado que la aceptación de los eventos internos, sin juzgarlos, es un elemento fundamental ya no sólo para la desaparición de la psicopatología sino para lograr un bienestar emocional en la persona (Kashdan & Ciarrochi, 2013).

Dado que la ocurrencia de sucesos vitales negativos explica de forma significativa el bienestar psicológico, no parece producirse efecto de mediación de la regulación emocional entre dichas variables (hipótesis 4.2). Sin embargo, esto también apoya el objetivo que se viene persiguiendo a lo largo del presente estudio de demostrar el impacto de la regulación emocional en la explicación bienestar psicológico y no tanto en la ocurrencia de acontecimientos adversos, ya constatada en diversos estudios (Abravanel & Sinha, 2015; Dohrenwend, 2010; Lazarus & Folkman, 1984; Folkman, 1997, 2008; Moriya & Takahashi, 2013; Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011).

Así, parece que el bienestar se asocia con menores niveles de las estrategias desadaptativas evaluadas (hipótesis 5.3) y mayores de las adaptativas y el sentido vital (hipótesis 5.4), coincidiendo con muchos estudios que han vinculado el bienestar psicológico con la presencia de reevaluación cognitiva (Fernández-Berrocal et al., 2006), plenitud existencial (Ryff & Keyes 1995; Seligman, 2016), la aceptación (Shallcross et al., 2015), la expresión emocional (Gross & John, 2003) o la ausencia de rumiación (Harrington & Loffredo, 2010).

En lo que se refiere al sentido vital, además de hallarse que aporta un amplio porcentaje (15%) a la explicación del bienestar psicológico (hipótesis 3.2), se ha encontrado que la presencia de plenitud de sentido lleva a mayores posibilidades de presentar bienestar ( $OR=24$ ) que el vacío existencial (hipótesis 5.4). Estos resultados apoyan las teorías desarrolladas sobre el bienestar eudaimónico que entienden el sentido vital como un aspecto primordial para que exista bienestar psicológico (Ryff & Keyes 1995; Seligman, 2016). Además, coincide con los efectos mostrados por las psicoterapias centradas en el sentido como promotoras del bienestar psicológico (Cooper, 2016). Por lo tanto, parece que, tal y como muestran algunas investigaciones ya citadas (Folkman, 1997, 2008; Triplett et al., 2012), ante la experiencia de

acontecimientos adversos, la presencia de un sentido vital actúa como un factor protector en la salud mental de la persona, promocionando el bienestar emocional.

Por otro lado, el estilo rumiativo deja de contribuir a la explicación de la varianza del bienestar cuando se introduce el sentido vital en el modelo de regresión, lo que podría deberse a que el efecto negativo que causa la rumiación sobre el bienestar psicológico se produce de forma indirecta, a través de la mediación del sentido vital. Estos datos están en consonancia con algunos estudios que sugieren una relación entre ciertos niveles de rumiación con la búsqueda del sentido vital, denominada rumiación existencial (Steger, Bundick & Yeager, 2011; Steger, Kashdan, Sullivan & Lorentz, 2008). De esta forma, una rumiación deliberada ante experiencias adversas podría llevar a un crecimiento ante dichos eventos, que daría lugar a encontrar una plenitud de sentido y, en consecuencia, altos niveles de bienestar (Triplett et al., 2012). Además, estos resultados apoyarían algunos estudios que afirman que, aunque existe una tendencia a asumir que las estrategias de regulación emocional adaptativas son beneficiosas para la salud mental y las desadaptativas perjudiciales, con independencia de la situación, lo que realmente explica el bienestar es la “flexibilidad en la regulación emocional” (Aldao, Sheppes & Gross, 2015; Bonanno & Burton, 2014; Gross, 2015). Al no ser parte del principal objetivo del presente estudio y no haberse empleado los instrumentos de medida adecuados para evaluar dicho concepto, no se profundizará más en esta idea, no obstante, se plantea como una futura línea de investigación.

### 5.3. Análisis de perfiles de vulnerabilidad psicológica.

En lo que se refiere a la hipótesis 6 del estudio, ésta se cumple parcialmente, ya que los análisis sugieren la existencia de un perfil (el 1), con unas características determinadas en cuanto a su forma de regular las emociones, que presenta, además,

altos niveles de sintomatología depresiva y bajo bienestar psicológico. Así, se sugiere la existencia de un perfil de vulnerabilidad al desarrollo de malestar psicológico, compuesto por aquellas personas que hacen un mayor uso de estrategias de regulación emocional desadaptativas (estilo rumiativo, evitación experiencial y supresión emocional) y menor de las adaptativas (reevaluación cognitiva). Estos resultados coinciden con otros trabajos ya citados que vinculan la presencia de psicopatología a una ausencia de estrategias adaptativas (Gross, 2015; Schäfer et al., 2017) y empleo de desadaptativas (Aldao et al., 2010; Henry et al., 2016; Nolen-Hoeksema et al., 2008). A su vez, puede encontrarse otro perfil (el 4), que podría considerarse como “adaptado”, y engloba a aquellas personas con bajos niveles de sintomatología depresiva y alto bienestar psicológico. En cuanto a las estrategias empleadas por este grupo, presentan un mayor uso de la reevaluación cognitiva y menor estilo rumiativo, supresión emocional y evitación experiencial. Del mismo modo, estos datos son constatados por investigaciones ya mencionadas a lo largo del presente trabajo, que relacionan la salud mental con bajos niveles de regulación emocional de modo desadaptativa (Gross & John, 2003) y altos de modos adaptativos (Aldao et al., 2010; Gross, 2015). Finalmente, se han encontrado otros dos grupos (el 2 y el 3) con puntuaciones medias en las variables indicadoras de salud psicológica y sin diferencias entre ambos, por lo que podrían tratarse de perfiles intermedios.

Sin embargo, parece que no hay diferencias entre los cuatro perfiles en cuanto a la forma de regular las emociones en los sucesos vitales negativos. Esto podría deberse a que dicha variable se ha medido con un único ítem, por lo que podría no ser suficientemente sensible para detectar las diferencias.

## **6. Conclusiones, prospectiva y limitaciones.**

La principal conclusión del presente estudio es que, tal y como constata la literatura científica, aunque la ocurrencia de sucesos vitales negativos influya en el malestar psicológico, el impacto de los mismos en la salud mental de las personas depende en gran medida de las estrategias de regulación emocional y el sentido vital, puesto que constituyen los que verdaderamente contribuyen a la explicación del bienestar.

Así, tal y como demuestran los diferentes análisis llevados a cabo, parece que el bienestar emocional está asociado con el despliegue de estrategias de regulación emocional de tipo adaptativo y la ausencia de las desadaptativas, así como la presencia de sentido vital. Concretamente, la sintomatología depresiva guarda una estrecha relación con la rumiación, mientras que el bienestar parece vincularse con la aceptación de experiencias internas y el sentido vital. En esta línea, se han detectado dos perfiles diferenciados: uno compuesto por aquellas personas que hacen uso de una regulación emocional de tipo más desadaptativo y que presentan mayor vulnerabilidad al desarrollo de sintomatología depresiva, y otro más “adaptado” con menores niveles de estrategias disfuncionales y mayores adaptativas que, además, muestra un mayor bienestar psicológico.

Por otro lado, parece que ciertos niveles de rumiación (pese a tratarse de una estrategia de regulación emocional desadaptativa) podrían llegar a ser funcionales, puesto que contribuirían a encontrar un sentido vital y, en consecuencia, al bienestar psicológico. Como ya se ha mencionado, en el presente estudio no se han empleado instrumentos de medida que entiendan la flexibilidad en el uso de las estrategias para regular las emociones, sino que miden el poder disfuncional de las mismas. Por lo tanto, sería interesante en futuras investigaciones profundizar el concepto comentado de

“flexibilidad en la regulación emocional”, planteando para ello un diseño y la utilización de herramientas adecuadas.

Otra de las perspectivas del presente estudio es la de proponer una intervención para la población joven basada en las estrategias de regulación emocional y la búsqueda del sentido vital, con el fin de lograr no sólo la desaparición de la sintomatología depresiva sino un incremento en los niveles de bienestar emocional. También se pretende comparar los resultados con otras muestras de población, como adultos o personas mayores españolas, así como de otra nacionalidad (en concreto, Chile).

En cuanto a las limitaciones, cabe destacar la escasez de cuestionarios para medir el sentido vital, lo que ha reducido la posibilidad de elección de aquel que se considere que presente mejores propiedades para su uso en este estudio. Asimismo, es importante citar que, aunque el cuestionario empleado para la evaluación de los sucesos vitales y el impacto psicológico de los mismos ha sido validado en población mayor, aun no se ha llevado a cabo la validación en población joven.

Otra de las limitaciones es la baja consistencia interna que presenta la escala usada para evaluar la evitación experiencial. Si bien, se trata del único instrumento diseñado a día de hoy para medir ese constructo, por lo que es utilizado en las investigaciones realizadas en la actualidad que incluyen la evitación experiencial (Goldstone et al., 2011; Hayes et al., 2006).

También cabe mencionar que la muestra de jóvenes pertenece a la misma universidad, por lo que podrían presentar unas características determinadas que podrían haber influido en los resultados.

Finalmente, al tratarse de un diseño de tipo transversal, los resultados deben ser tomados con cautela, por lo que sería interesante llevar a cabo un estudio longitudinal para comprobar si se llegan a las mismas conclusiones obtenidas en el presente trabajo.

## 7. Referencias

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. I., & Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological review*, *96*(2), 358. doi: 10.1037/0033-295X.96.2.358
- Abravanel, B. T., & Sinha, R. (2015). Emotion dysregulation mediates the relationship between lifetime cumulative adversity and depressive symptomatology. *Journal of psychiatric research*, *61*, 89-96. doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.11.012
- Ahmed, S. P., Bittencourt-Hewitt, A., & Sebastian, C. L. (2015). Neurocognitive bases of emotion regulation development in adolescence. *Developmental Cognitive Neuroscience*, *15*, 11-25. doi: 10.1016/j.dcn.2015.07.006
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical psychology review*, *30*(2), 217-237. doi: 10.1016/j.cpr.2009.11.004
- Aldao, A., & Nolen-Hoeksema, S. (2012). When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? *Journal of Abnormal Psychology*, *121*, 276-281. doi: 10.1037/a0023598
- Aldao, A., Sheppes, G., & Gross, J. J. (2015). Emotion regulation flexibility. *Cognitive Therapy and Research*, *39*(3), 263-278. doi: 10.1007/s10608-014-9662-4
- Alonso, J., Prieto, L., & Antó Boque, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina clínica*, *104*(20), 771-776.
- Anders, S. L., Frazier, P. A., & Shallcross, S. L. (2012). Prevalence and effects of life event exposure among undergraduate and community college students. *Journal of Counseling Psychology*, *59*, 449-457. doi: 10.1037/a0027753

- Andrews, B., & Wilding, J. M. (2004). The relation of depression and anxiety to life-stress and achievement in students. *British Journal of Psychology*, *95*(4), 509-521. doi: 10.1348/0007126042369802
- Arnett, J. J. (2014). *Adolescence and emerging adulthood*. Boston, MA: Pearson.
- Arpawong, T. E., Rohrbach, L. A., Milam, J. E., Unger, J. B., Land, H., Sun, P., ... & Sussman, S. (2016). Stressful life events and predictors of post-traumatic growth among high-risk early emerging adults. *The journal of positive psychology*, *11*(1), 1-14. doi: 10.1080/17439760.2014.994223
- Balázs, J., Miklósi, M., Keresztény, Á., Hoven, C. W., Carli, V., Wasserman, C., Apter, A.,... & Wasserman, D. (2013), Adolescent subthreshold-depression and anxiety: psychopathology, functional impairment and increased suicide risk. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *54*: 670-677. doi: 10.1111/jcpp.12016
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., Aaker, J. L., & Garbinsky, E. N. (2013). Some key differences between a happy life and a meaningful life. *The Journal of Positive Psychology*, *8*(6), 505-516. doi: 10.1080/17439760.2013.830764
- Beevers, C., & Meyer, B. (2004). BRIEF REPORT Thought suppression and depression risk. *Cognition and Emotion*, *18*(6), 859-867. doi: 10.1080/02699930341000220
- Benassi, V. A., Sweeney, P. D., & Dufour, C. L. (1988). Is there a relation between locus of control orientation and depression? *Journal of abnormal psychology*, *97*(3), 357. doi: 10.1037/0021-843X.97.3.357
- Berry, W. D., & Feldman, S. (1985). *Multiple regression in practice* (No. 50). Sage. doi: 10.4135/9781412985208
- Blair, R. G. (2004). Helping older adolescents search for meaning in depression. *Journal of Mental Health Counseling*, *26*(4), 333-347. doi: 10.17744/mehc.26.4.w8u9h6uf5ybhapyl

- Blalock, J. A., & Joiner, T. E. (2000). Interaction of cognitive avoidance coping and stress in predicting depression/anxiety. *Cognitive therapy and research*, 24(1), 47-65. doi:10.1023/A:1005450908245
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist*, 59(1), 20-28. doi: 10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G. A., & Burton, C. L. (2014). Regulatory flexibility: An individual differences perspective on coping and emotion regulation. *Perspectives on Psychological Science*, 8, 591–612. doi: 10.1177/1745691613504116
- Braet, C., Theuwis, L., Van Durme, K., Vandewalle, J., Vandevivere, E., Wante, L., ... & Goossens, L. (2014). Emotion regulation in children with emotional problems. *Cognitive Therapy and Research*, 38(5), 493-504. doi: 10.1007/s10608-014-9616-x
- Brosschot, J. F., Gerin, W., & Thayer, J. F. (2006). The perseverative cognition hypothesis: A review of worry, prolonged stress-related physiological activation, and health. *Journal of psychosomatic research*, 60(2), 113-124. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.074
- Busari, A. O. (2012). Identifying difference in perceptions of academic stress and reaction to stressors based on gender among first year university students. *International Journal of Humanities and Social Science*, 2(14), 138-146.
- Buunk, B. P., Gibbons, F. X., & Buunk, A. (Eds.). (2013). *Health, coping, and well-being: Perspectives from social comparison theory*. Psychology Press.
- Calhoun, L. G., & Tedeschi, R. G. (Eds.). (2014). *Handbook of posttraumatic growth: Research and practice*. Routledge.

- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, 6(4), 587. doi: 10.1037/1528-3542.6.4.587
- Chamberlain, K., & Zika, S. (1988). Religiosity, life meaning and wellbeing: Some relationships in a sample of women. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 411-420.
- Chen, L., Wang, L., Qiu, X. H., Yang, X. X., Qiao, Z. X., Yang, Y. J., & Liang, Y. (2013). Depression among Chinese university students: prevalence and socio-demographic correlates. *PloS one*, 8(3), e58379. doi: 10.1371/journal.pone.0058379
- Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7(1), 1-10. doi: 10.1017/S0954579400006301
- Compton, W. C., Smith, M. L., Cornish, K. A., & Qualls, D. L. (1996). Factor structure of mental health measures. *Journal of personality and social psychology*, 71(2), 406. doi: 10.1037/0022-3514.71.2.406
- Connolly, S. L., & Alloy, L. B. (2018). Negative Event Recall as a Vulnerability for Depression: Relationship Between Momentary Stress-Reactive Rumination and Memory for Daily Life Stress. *Clinical Psychological Science*, 6(1), 32-47. doi: 10.1177/2167702617729487
- Cooke, R., Bewick, B., Barkham, M., Bradley, M. & Audin, K. (2006). Measuring, monitoring and managing the psychological well-being of first year university students. *British Journal of Guidance and Counselling*, 34 (4), 505-517. doi: 10.1080/03069880600942624
- Cooper, M. (2016). *Existential therapies*. Sage.

- Crumbaugh, J. C., & Maholick, L. T. (1969). *Purpose in life test*. Psychometric affiliates.
- Cuijpers, P., Muñoz, R. F., Clarke, G. N., & Lewinsohn, P. M. (2009). Psychoeducational treatment and prevention of depression: the “Coping with Depression” course thirty years later. *Clinical psychology review, 29*(5), 449-458. doi: 10.1016/j.cpr.2009.04.005
- Davis, C. G., Nolen-Hoeksema, S., & Larson, J. (1998). Making sense of loss and benefiting from the experience: two construals of meaning. *Journal of personality and social psychology, 75*(2), 561. doi: 10.1037/0022-3514.75.2.561
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2008). Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Canadian psychology/Psychologie canadienne, 49*(3), 182. doi: 10.1037/a0012801
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B., Gallardo, I., Valle, C., & Dierendonck, D. V. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema, 18*(3), 572-577.
- Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S. G., Hiller, W., & Berking, M. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behaviour research and therapy, 58*, 43-51. doi: 10.1016/j.brat.2014.05.006
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological bulletin, 125*(2), 276. doi: 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Dohrenwend, B. P. (2010). Toward a typology of high-risk major stressful events and situations in posttraumatic stress disorder and related psychopathology. *Psychological injury and law, 3*(2), 89-99. doi: 10.1007/s12207-010-9072-1

- Dohrenwend, B. S., & Dohrenwend, B. P. (1981). *Stressful life events: Their nature and their contexts*. New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Dyson, R., & Renk, K. (2006). Freshmen adaptation to university life: Depressive symptoms, stress, and coping. *Journal of clinical psychology*, 62(10), 1231-1244. doi: 10.1002/jclp.20295
- Erikson, E. (1968). *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, M. W., & Fajkowska, M. (2017). Anxiety and depression: toward overlapping and distinctive features, *Cognition and Emotion*, doi: 10.1080/02699931.2017.1330255
- Fernández-Berrocal, P., Alcaide, R., Extremera, N., & Pizarro, D. (2006). The role of emotional intelligence in anxiety and depression among adolescents. *Individual Differences Research*, 4(1).
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N., & Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological reports*, 94(3), 751-755. doi: 10.2466/pr0.94.3.751-755
- Fernández-Fernández, V., Márquez-González, M., Losada-Baltar, A., García, P. E., & Romero-Moreno, R. (2013). Diseño y validación de las escalas de evaluación del impacto psicológico de sucesos vitales pasados: el papel del pensamiento rumiativo y el crecimiento personal. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 48(4), 161-170. doi: 10.1016/j.regg.2013.03.006
- Flaxman, P. E., Blackledge, J. T., & Bond, F. W. (2011). *Acceptance and commitment therapy*. New York: Routledge.
- Folkman, S. (1997). Positive psychological states and coping with severe stress. *Social science & medicine*, 45(8), 1207-1221. doi: 10.1016/S0277-9536(97)00040-3

- Folkman, S. (2008). The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety, stress, and coping*, 21(1), 3-14. doi: 10.1080/10615800701740457
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, 55(6), 647. doi: 10.1037/0003-066X.55.6.647
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Simon and Schuster.
- Frazier, P. A., Anders, S. L., Perera, S., Tomich, P., Tennen, H., Park, C., & Tashiro, T. (2009). Traumatic events among undergraduate students: Prevalence and associated symptoms. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 450–460. doi: 10.1037/a0016412
- Fredrickson, B. (2009). *Positivity*. New York: Crown Publishers.
- Friedman, H. S., & Kern, M. L. (2014). Personality, well-being, and health. *Annual review of psychology*, 65. doi: 10.1146/annurev-psych-010213-115123
- García-Alandete, J. (2013). Bienestar psicológico, edad y género en universitarios españoles. *Salud & Sociedad: investigaciones en psicología de la salud y psicología social*, 4(1), 48-58. doi: 10.22199/S07187475.2013.0001.00004
- Garnefski, N., Hossain, S., & Kraaij, V. (2017). Relationships between maladaptive cognitive emotion regulation strategies and psychopathology in adolescents from Bangladesh. *Arch Depress Anxiety*, 3(2), 023-029. doi: 10.17352/2455-5460.000019
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2016). Specificity of relations between adolescents' cognitive emotion regulation strategies and symptoms of depression and anxiety. *Cognition and Emotion*, 1-8. doi: 10.1080/02699931.2016.1232698
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

- Gilbert, P. (2016). *Depression: The evolution of powerlessness*. Routledge.
- Goldstone, E., Farhall, J., & Ong, B. (2011). Life hassles, experiential avoidance and distressing delusional experiences. *Behaviour research and therapy*, 49(4), 260-266. doi: 10.1016/j.brat.2011.02.002
- Goodyer, I., Kolvin, I., & Gatzanis, S. (1985). Recent undesirable life events and psychiatric disorder in childhood and adolescence. *The British Journal of Psychiatry*, 147(5), 517-523. doi: 10.1192/bjp.147.5.517
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299. doi: 10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. In L.A. Pervin y O.P. John (Eds.), *Handbook of personality: Theory and research* (2nd ed.) (pp. 525-552). New York: Guilford.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. doi: 10.1080/1047840X.2014.940781
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85(2), 348. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1993). Emotional suppression: physiology, self-report, and expressive behavior. *Journal of Personality and social Psychology*, 64(6), 970. doi: 10.1037/0022-3514.64.6.970
- Hammen, C. (2005). Stress and depression. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, 1, 293-319. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.143938

- Harlow, L. L., Newcomb, M. D., & Bentler, P. M. (1987). Purpose in Life Test assessment using latent variable methods. *British Journal of Clinical Psychology*, *26*(3), 235-236. doi: 10.1111/j.2044-8260.1987.tb01355.x
- Harrington, R., & Loffredo, D. A. (2010). Insight, rumination, and self-reflection as predictors of well-being. *The Journal of Psychology*, *145*(1), 39-57. doi: 10.1080/00223980.2010.528072
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., ... & Stewart, S. H. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The psychological record*, *54*(4), 553-578. doi: 10.1007/BF03395492
- Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of consulting and clinical psychology*, *64*(6), 1152. doi: 10.1037/0022-006X.64.6.1152
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, *44*, 1–25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006
- Hefferon, K., & Boniwell, I. (2011). *Positive psychology: Theory, research and applications*. McGraw-Hill Education (UK).
- Henry, J. D., Castellini, J., Moses, E., & Scott, J. G. (2016). Emotion regulation in adolescents with mental health problems. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*, *38*(2), 197-207. doi: 10.1080/13803395.2015.1100276
- Hicks, J. A., Trent, J., Davis, W. E., & King, L. A. (2012). Positive affect, meaning in life, and future time perspective: An application of socioemotional selectivity theory. *Psychology and Aging*, *27*(1), 181. doi: 10.1037/a0023965

- Holmes, T. H., & Masuda, M. (1974). Life change and illness susceptibility. En B. S. Dohrenwend y R. P. Dohrenwend (Eds.). *Stressful life events: their nature and effects* (pp. 45-72). New York: Jhon Wiley.
- Holmes T & Rahe R. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of psychosomatic research*. *11*(2), 213-218. doi: 10.1016/0022-3999(67)90010-4
- Jackson B. & Nolen-Hoeksema S. (1998). The Emotion-Focused Coping Questionnaire. *Manuscript in progress*.
- Janoff-Bulman, R. (2004). Posttraumatic growth: Three explanatory models. *Psychological Inquiry*, *15*(1), 30-34.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2004). Healthy and unhealthy emotion regulation: Personality processes, individual differences, and life span development. *Journal of personality*, *72*(6), 1301-1334. doi: 10.1111/j.1467-6494.2004.00298.x
- Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: relation to cognitive inhibition. *Cognition and Emotion*, *24*(2), 281-298. doi: 10.1080/02699930903407948
- Kahneman, D. (1999). Objective happiness. *Well-being: The foundations of hedonic psychology*, *3*, 25.
- Kaplow, J. B., Gipson, P. Y., Horwitz, A. G., Burch, B. N., & King, C. A. (2014). Emotional suppression mediates the relation between adverse life events and adolescent suicide: Implications for prevention. *Prevention science*, *15*(2), 177-185. doi: 10.1007/s11121-013-0367-9
- Kashdan, T. B., & Ciarrochi, J. V. (Eds.). (2013). *Mindfulness, acceptance, and positive psychology: The seven foundations of well-being*. New Harbinger Publications.

- Kendler, K. S., & Gardner, C. O. (2016). Depressive vulnerability, stressful life events and episode onset of major depression: a longitudinal model. *Psychological medicine*, *46*(9), 1865-1874. doi: 10.1017/S0033291716000349
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. *American Journal of Psychiatry*, *156*(6), 837-841. doi: 10.1176/ajp.156.6.837
- Kenyon, G. M., & Randall, W. L. (1997). *Restoring our lives: Personal growth through autobiographical reflection*. Greenwood Publishing Group.
- Kessler, R. C. (1997). The effects of stressful life events on depression. *Annual review of psychology*, *48*(1), 191-214. doi: 10.1146/annurev.psych.48.1.191
- Keyes, C. L., & Annas, J. (2009). Feeling good and functioning well: Distinctive concepts in ancient philosophy and contemporary science. *The Journal of Positive Psychology*, *4*(3), 197-201. doi: 10.1080/17439760902844228
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, *82*(6), 1007. doi: 10.1037/0022-3514.82.6.1007
- Kleiman, E. M., & Beaver, J. K. (2013). A meaningful life is worth living: Meaning in life as a suicide resiliency factor. *Psychiatry research*, *210*(3), 934-939. doi: 10.1016/j.psychres.2013.08.002
- Klemanski, D. H., Curtiss, J., McLaughlin, K. A., & Nolen-Hoeksema, S. (2017). Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. *Cognitive therapy and research*, *41*(2), 206-219. doi: 10.1007/s10608-016-9817-6

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of personality and social psychology*, 37(1), 1. doi: 10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kushner, S. C. (2015). A review of the direct and interactive effects of life stressors and dispositional traits on youth psychopathology. *Child Psychiatry & Human Development*, 46(5), 810-819. doi: 10.1007/s10578-014-0523-x
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., ... & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966. doi: 10.1037/a0013786
- Lantz, P. M., House, J. S., Mero, R. P., & Williams, D. R. (2005). Stress, life events, and socioeconomic disparities in health: results from the Americans' Changing Lives Study. *Journal of health and social behavior*, 46(3), 274-288. doi: 10.1177/002214650504600305
- Lazarus, R. S., & Alfert, E. (1964). Short-circuiting of threat by experimentally altering cognitive appraisal. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 69(2), 195. doi: 10.1037/h0044635
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1991). The concept of coping. En A. Monat y R. S. Lazarus (Eds.), *Stress and coping: An anthology* (3rd ed., pp. 189-206). New York: Columbia University Press.
- Lazarus, R. S. (1999). The cognition-emotion debate: A bit of history. *Handbook of cognition and emotion*, 5(6), 3-19. doi: 10.1002/0470013494.ch1

- Lazarus, R. S. (2000). Toward better research on stress and coping. *American Psychologist*, *55*, 665–673. doi: 10.1037/0003-066X.55.6.665
- Lewinsohn, P. M., Joiner Jr, T. E., & Rohde, P. (2001). Evaluation of cognitive diathesis-stress models in predicting major depressive disorder in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, *110*(2), 203. doi: 10.1037/0021-843X.110.2.203
- Lischetzke, T., & Eid, M. (2003). Is attention to feelings beneficial or detrimental to affective well-being? Mood regulation as a moderator variable. *Emotion*, *3*(4), 361. doi: 10.1037/1528-3542.3.4.361
- Lissek, S., Rabin, S., Heller, R. E., Lukenbaugh, D., Geraci, M., Pine, D. S., & Grillon, C. (2009). Overgeneralization of conditioned fear as a pathogenic marker of panic disorder. *American Journal of Psychiatry*, *167*(1), 47-55. doi: 10.1176/appi.ajp.2009.09030410
- Lukas, E., & Hirsch, B. Z. (2002). Logotherapy. In F. W. Kaslow (Ed.-in-Chief) & R. F. Massey & S. D. Massey (Vol. Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 3. Interpersonal/humanistic/existential* (pp. 333–356). New York: Wiley.
- Lyubomirsky, S., Kasri, F., & Zehm, K. (2003). Dysphoric rumination impairs concentration on academic tasks. *Cognitive Therapy and Research*, *27*(3), 309-330. doi: 0147-5916/03/0600-0309/0
- Lyubomirsky, S., & Nolen-Hoeksema, S. (1995). Effects of self-focused rumination on negative thinking and interpersonal problem solving. *Journal of personality and social psychology*, *69*(1), 176. doi: 10.1037/0022-3514.69.1.176
- Márquez-González, M., Losada, A., Fernández-Fernández, V., & Pachana, N. A. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the Geriatric Anxiety

Inventory. *International Psychogeriatrics*, 24(1), 137-144. doi:

10.1017/S1041610211001505

McLaughlin, K. A., Conron, K. J., Koenen, K. C., & Gilman, S. E. (2010). Childhood adversity, adult stressful life events, and risk of past-year psychiatric disorder: a test of the stress sensitization hypothesis in a population-based sample of adults. *Psychological medicine*, 40(10), 1647-1658. doi:

10.1017/S0033291709992121

Mehrabi, A., Mohammadkhani, P., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., & Mohammadi, A. (2014). Emotion regulation in depression: an integrative review. *Practice in Clinical Psychology*, 2(3), 181-194.

Meyer, A. (1951). The life chart and the obligation of specifying positive data in psychopathological diagnosis. *The collected papers of Adolf Meyer*, 3, 52-56.

Mezulis, A. H., Priess, H. A., & Hyde, J. S. (2011). Rumination mediates the relationship between infant temperament and adolescent depressive symptoms. *Depression research and treatment*, 2011. doi: 10.1155/2011/487873

Michl, L. C., McLaughlin, K. A., Shepherd, K., & Nolen-Hoeksema, S. (2013). Rumination as a mechanism linking stressful life events to symptoms of depression and anxiety: Longitudinal evidence in early adolescents and adults. *Journal of abnormal psychology*, 122(2), 339. doi: 10.1037/a0031994

Moberly, N.J., Watkins, E.R. (2008). Ruminative self-focus, negative life events, and negative affect. *Behavioral Research Therapy*, 46, 1034–39. doi:

10.1016/j.brat.2008.06.004

Moriya, J., & Takahashi, Y. (2013). Depression and interpersonal stress: The mediating role of emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 37(3), 600-608. doi:

10.1007/s11031-012-9323-4

- Murphy, L., Denis, R., Ward, C. P., & Tartar, J. L. (2010). Academic stress differentially influences perceived stress, salivary cortisol, and immunoglobulin-A in undergraduate students. *Stress, 13*(4), 366-371. doi: 10.3109/10253891003615473
- Mushquash, A. R., Stewart, S. H., Sherry, S. B., Sherry, D. L., Mushquash, C. J., & MacKinnon, A. L. (2013). Depressive symptoms are a vulnerability factor for heavy episodic drinking: A short-term, four-wave longitudinal study of undergraduate women. *Addictive behaviors, 38*(5), 2180-2186. doi: 10.1016/j.addbeh.2012.11.008
- Nakamura, J., & Csikszentmihalyi, M. (2014). The concept of flow. In *Flow and the foundations of positive psychology* (pp. 239-263). Springer Netherlands. doi: 10.1007/978-94-017-9088-8\_16
- Newcomb, M. D., & Harlow, L. L. (1986). Life events and substance use among adolescents: Mediating effects of perceived loss of control and meaninglessness in life. *Journal of personality and social psychology, 51*(3), 564. doi: 10.1037/0022-3514.51.3.564
- Nicholson T, Higgins W, Turner P, James S, Stickle F, Pruitt, T (1994). The relation between meaning in life and the occurrence of drug abuse: a retrospective study. *Psychol Addict Behav. 8*:24–8. doi: 10.1037/0893-164X.8.1.24
- Noblejas de la Flor, M. A. (1994). *Logoterapia: fundamentos, principios y aplicación una experiencia de evaluación del Logro Interior de Sentido* (Doctoral dissertation, Universidad Complutense de Madrid, Servicio de Publicaciones).
- Noblejas, M. A. (2011). El sentido de la vida, dimensión evolutiva. Hallazgos empíricos en la baremación del test PIL (Purpose In Life) en España. *Journal of Transpersonal Research, 3*(1), 30-38.

- Nock, M. K., Green, J. G., Hwang, I., McLaughlin, K. A., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2013). Prevalence, correlates, and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *JAMA psychiatry*, *70*(3), 300-310. doi: 10.1001/2013.jamapsychiatry.55
- Nolen-Hoeksema, S. (2000). The role of rumination in depressive disorders and mixed anxiety/depressive symptoms. *Journal of abnormal psychology*, *109*(3), 504. doi: 10.1037/0021-843X.109.3.504
- Nolen-Hoeksema, S., & Ahrens, C. (2002). Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and aging*, *17*(1), 116. doi: 10.1037/0882-7974.17.1.116
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, *6*(6), 589-609. doi: 10.1177/1745691611419672
- Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., & Fredrickson, B. L. (1993). Response styles and the doi: 10.1037/0021-843X.102.1.20
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of abnormal psychology*, *116*(1), 198. doi: 10.1037/0021-843X.116.1.198
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*, 569-582 doi: 10.1037/0021-843X.100.4.569

- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400–424. doi:10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2013). Salud mental: un estado de bienestar. Obtenido de [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). La depresión encabeza la lista de causas de enfermedad. Obtenido de <http://www.who.int/campaigns/world-health-day/2017/es/>
- Park, C. L., Malone, M., Suresh, D. P., Bliss, D., & Rosen, R. (2008). Coping, meaning in life, and quality of life in congestive heart failure patients. *Quality of Life Research, 17*, 21–26. doi: 10.1007/s11136-007-9279-0
- Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the context of stress and coping. *Review of general psychology, 1*(2), 115. doi: 10.1037/1089-2680.1.2.115
- Park, C. L. (2010). Making sense of the meaning literature: an integrative review of meaning making and its effects on adjustment to stressful life events. *Psychological bulletin, 136*(2), 257. doi: 10.1037/a0018301
- Paykel, E. S. (2003). Life events and affective disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 108*(s418), 61-66. doi: 10.1034/j.1600-0447.108.s418.13.x
- Phillips, A. C., Carroll, D., & Der, G. (2015). Negative life events and symptoms of depression and anxiety: Stress causation and/or stress generation. *Anxiety, Stress, & Coping, 28*, 357–371. doi: 10.1080/10615806.2015.1005078
- Pidgeon, A. M., McGrath, S., Magya, H. B., Stapleton, P., & Lo, B. C. (2014). Psychosocial moderators of perceived stress, anxiety and depression in university students: An international study. *Open Journal of Social Sciences, 2*(11), 23. doi: 10.4236/jss.2014.211004

- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual review of psychology*, 53(1), 187-213. doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135103
- Power, M., & Dalgleish, T. (2015). *Cognition and emotion: From order to disorder*. Psychology press.
- Rachman, S. (2001). Emotional processing, with special reference to post-traumatic stress disorder. *International Review of Psychiatry*, 13(3), 164-171. doi: 10.1080/09540260120074028
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement*, 1, 385-401. doi: 10.1177/014662167700100306
- Reker, G. T., Peacock, E. J., & Wong, P. T. (1987). Meaning and purpose in life and well-being: A life-span perspective. *Journal of Gerontology*, 42(1), 44-49
- Roberts, Y. H., English, D., Thompson, R., & White, C. R. (2018). The impact of childhood stressful life events on health and behavior in at-risk youth. *Children and Youth Services Review*, 85, 117-126. doi: 10.1016/j.chilyouth.2017.11.029
- Rodríguez-Carvajal, R., Moreno-Jiménez, B., & Garrosa, E. (2006). Cuestionario de regulación emocional. *Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en inglés (Gross & John, 2003)*.
- Ruscio, A. M., Gentes, E. L., Jones, J. D., Hallion, L. S., Coleman, E. S., & Swendsen, J. (2015). Rumination predicts heightened responding to stressful life events in major depressive disorder and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 17-26. doi: 10.1037/abn0000025
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). On happiness and human potentials: A review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annual review of psychology*, 52(1), 141-166. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.141

- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 1069. doi: 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D. (2013). Eudaimonic well-being and health: Mapping consequences of self-realization. *The best within us: Positive psychology perspectives on eudaimonia*, 77-98. doi: 10.1037/14092-005
- Ryff, C. D., & Keyes, C. L. M. (1995). The structure of psychological well-being revisited. *Journal of personality and social psychology*, 69(4), 719. doi: 10.1037/0022-3514.69.4.719
- Ryff, C. D., & Singer, B. (1998). The contours of positive human health. *Psychological inquiry*, 9(1), 1-28. doi: 10.1207/s15327965pli0901\_1
- Ryff, C. D., & Singer, B. (2008). The Integrative Science of Human Resilience. *Interdisciplinary Research: Case Studies from Health and Social Science: Case Studies from Health and Social Science*, 198.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., & Palfai, T. P. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale. In J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure, and health*. Washington, DC: American Psychological Association. doi: 10.1037/10182-006
- Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & emotion*, 26(2), 375-384. doi: 10.1080/02699931.2011.585069
- Sarason, I. G., Johnson, J. H., & Siegel, J. M. (1978). Assessing the impact of life changes: development of the Life Experiences Survey. *Journal of consulting and clinical psychology*, 46(5), 932.

- Schäfer, J. Ö., Naumann, E., Holmes, E. A., Tuschen-Caffier, B., & Samson, A. C. (2017). Emotion regulation strategies in depressive and anxiety symptoms in youth: A meta-analytic review. *Journal of youth and adolescence*, *46*(2), 261-276. doi: 10.1007/s10964-016-0585-0
- Seery, M. D., Holman, E. A., & Silver, R. C. (2010). Whatever does not kill us: cumulative lifetime adversity, vulnerability, and resilience. *Journal of personality and social psychology*, *99*(6), 1025. doi: 10.1037/a0021344
- Seligman, M. E. (2016). *Floreecer: La nueva psicología positiva y la búsqueda del bienestar*. Editorial Oceano.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Special issue on happiness, excellence, and optimal human functioning. *American Psychologist*, *55*(1), 5-183.
- Shallcross, A. J., Troy, A. S., & Mauss, I. B. (2015). Change your feelings or leave them be? (or both?): How best to regulate emotions in the face of stress. In R. Scott and S. Kosslyn (Eds.), *Emerging Trends in the Social and Behavioral Sciences*. Hoboken, NJ: John Wiley and Sons.
- Shapero, B. G., Black, S. K., Liu, R. T., Klugman, J., Bender, R. E., Abramson, L. Y., & Alloy, L. B. (2014). Stressful life events and depression symptoms: the effect of childhood emotional abuse on stress reactivity. *Journal of clinical psychology*, *70*(3), 209-223. doi: 10.1002/jclp.22011
- Shojaee, M., & French, C. (2014). The relationship between mental health components and locus of control in youth. *Psychology*, *5*(08), 966. doi: 10.4236/psych.2014.58107
- Sinha, R. (2001). How does stress increase risk of drug abuse and relapse? *Psychopharmacology*, *158*(4), 343-359. doi: 10.1007/s002130100917

- Smith, C. A., & Lazarus, R. S. (1993). Appraisal components, core relational themes, and the emotions. *Cognition y Emotion*, 7(3-4), 233-26. doi: 10.1080/02699939308409189
- Soler, J.; Pérez, V.; Puigdemont, D.; Pérez, J.; Figueres, M. & Alvarez, E. (1997). Estudio de validación del CES-D en una población española de pacientes con trastornos afectivos. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 25(4), 243-249.
- Steger, M. F. (2013). Experiencing meaning in life: Optimal functioning at the nexus of well-being, psychopathology, and spirituality. In *The human quest for meaning* (pp. 211-230). Routledge
- Steger, M. F., Bundick, M. J., & Yeager, D. (2011). Meaning in life. In *Encyclopedia of adolescence* (pp. 1666-1677). Springer New York. doi: 10.1007/978-1-4419-1695-2\_316
- Steger, M. F., Frazier, P., Oishi, S., & Kaler, M. (2006). The meaning in life questionnaire: Assessing the presence of and search for meaning in life. *Journal of counseling psychology*, 53(1), 80. doi: 10.1037/0022-0167.53.1.80
- Steger, M. F., & Kashdan, T. B. (2009). Depression and everyday social activity, belonging, and well-being. *Journal of counseling psychology*, 56(2), 289. doi: 10.1037/a0015416
- Steger, M. F., Kashdan, T. B., Sullivan, B. A., & Lorentz, D. (2008). Understanding the search for meaning in life: Personality, cognitive style, and the dynamic between seeking and experiencing meaning. *Journal of personality*, 76(2), 199-228. doi: 10.1111/j.1467-6494.2007.00484.x
- Steger, M. F., Oishi, S., & Kashdan, T. B. (2009). Meaning in life across the life span: Levels and correlates of meaning in life from emerging adulthood to older

adulthood. *The Journal of Positive Psychology*, 4(1), 43-52. doi:

10.1080/17439760802303127

Stroud, C. B., Davila, J., & Moyer, A. (2008). The relationship between stress and depression in first onsets versus recurrences: A meta-analytic review. *Journal of Abnormal Psychology*, 117(1), 206. doi: 10.1037/0021-843X.117.1.206

Sun, X. J., Niu, G. F., You, Z. Q., Zhou, Z. K., & Tang, Y. (2017). Gender, negative life events and coping on different stages of depression severity: A cross-sectional study among Chinese university students. *Journal of Affective Disorders*, 209, 177-181. doi: 10.1016/j.jad.2016.11.025

Tabachnick, B.G. and Fidell, L.S. (2001). *Using Multivariate Statistics*, (4o Ed.). Needham Heights: Allyn and Bacon.

Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). " Posttraumatic growth: Conceptual foundations and empirical evidence". *Psychological inquiry*, 15(1), 1-18. doi: 10.1207/s15327965pli1501\_01

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Monographs of the society for research in child development*, 59(2-3), 25-52. doi: 10.2307/1166137

Topper, M., Emmelkamp, P. M. G., Watkins, E., & Ehring, T. (2017). Prevention of anxiety disorders and depression by targeting excessive worry and rumination in adolescents and young adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 90, 123–136. doi: 10.1016/j.brat.2016.12.015

Trapnell, P.D., & Campbell, J.D. (1999). Private self-consciousness and the five-factor model of personality: Distinguishing rumination from reflection. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76, 284–304. doi: 10.1037/0022-3514.76.2.284

- Triplett, K. N., Tedeschi, R. G., Cann, A., Calhoun, L. G., & Reeve, C. L. (2012). Posttraumatic growth, meaning in life, and life satisfaction in response to trauma. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *4*(4), 400. doi: 10.1037/a0024204
- Troy, A. S., Shallcross, A. J., & Mauss, I. B. (2013). A person-by-situation approach to emotion regulation: Cognitive reappraisal can either help or hurt, depending on the context. *Psychological science*, *24*(12), 2505-2514. doi: 10.1177/0956797613496434
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient individuals use positive emotions to bounce back from negative emotional experiences. *Journal of personality and social psychology*, *86*(2), 320. doi: 10.1037/0022-3514.86.2.320
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience. *Journal of Happiness Studies*, *8*(3), 311-333. doi: 10.1007/s10902-006-9015-4
- Van Beveren, M. L., Harding, K., Beyers, W., & Braet, C. (2018). Don't worry, be happy: The role of positive emotionality and adaptive emotion regulation strategies for youth depressive symptoms. *British Journal of Clinical Psychology*, *57*(1), 18-41. doi: 10.1111/bjc.12151
- Van Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff's scale of psychological wellbeing and its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences*, *36*, 629-44. doi: 10.1016/S0191-8869(03)00122-3
- Veenhoven, R. (1988). The utility of happiness. *Social indicators research*, *20*(4), 333-354. doi: 10.1007/BF00302332
- Veenhoven, R. (1991). Is happiness relative? *Social indicators research*, *24*(1), 1-34. doi 10.1007/BF00292648

- Vredenburg, K., O'brien, E., & Krames, L. (1988). Depression in college students: Personality and experiential factors. *Journal of Counseling Psychology*, 35(4), 419. doi: 10.1037/0022-0167.35.4.419
- Vos, J., Craig, M., & Cooper, M. (2015). Existential therapies: A meta-analysis of their effects on psychological outcomes. *Journal of consulting and clinical psychology*, 83(1), 115. doi: 10.1037/a0037167
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473–483.
- Wasserman, D. (2016). The suicidal process. In *Suicide: an unnecessary death* (pp. 27-37). Oxford University Press, London. doi: 10.1093/med/9780198717393.001.0001
- Watkins, E. R. (2008). Constructive and unconstructive repetitive thought. *Psychological Bulletin*, 134, 163-206. doi: 10.1037/0033-2909.134.2.163
- Wenzlaff, R. M., & Luxton, D. D. (2003). The role of thought suppression in depressive rumination. *Cognitive Therapy and Research*, 27(3), 293-308. doi: 10.1023/A:1023966400540
- Wilson, K.G. & Luciano M.C. (2002). *Terapia de aceptación y compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Yalom, I. E. (1980). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Zika, S., & Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British journal of psychology*, 83(1), 133-145.
- Zunhammer, M., Eberle, H., Eichhammer, P., & Busch, V. (2013). Somatic symptoms evoked by exam stress in university students: the role of alexithymia, neuroticism, anxiety and depression. *PloS one*, 8(12), e84911. doi: 10.1371/journal.pone.0084911

**Anexo 1. Datos sociodemográficos**

		N (312)	%
Curso	1	58	18.6
	2	97	31.1
	3	139	44.6
	4	18	5.8
Carrera	Psicología	82	26.3
	Relaciones internacionales	11	3.5
	Educación infantil	26	8.3
	Derecho	51	16.3
	Excellence	7	2.2
	Periodismo	25	8
	Educación primaria	18	5.8
	Enfermería	60	19.2
	ADE y Marketing	31	9.9
Estado civil	Casado	3	1
	Viudo	1	0.3
	Soltero	307	97.4
	Divorciado	-	-
	Separado	-	-
Ingresos económicos suficientes	Sí	249	79.8
	No	61	19.6
Salud percibida	Muy buena	81	26
	Buena	135	43.3
	Normal	84	26.9
	Mala	9	2.9
	Muy mala	-	-
Enfermedad diagnosticada	Sí	103	33
	No	208	66.7

## Anexo 2. Variables e instrumentos utilizados.

Dimensión según el modelo de estrés	Categoría	Variable	Instrumento de medida
Variables sociodemográficas	Características sociodemográficas	Sexo, edad, estado civil, años de educación, condiciones económicas	Preguntas específicas
		Enfermedad/es diagnosticada/s	Pregunta específica
	Salud	Salud percibida	Pregunta específica de la versión española del Cuestionario de Salud SF-36 (Alonso, Prieto y Antóy, 1995)
Estrés	Sucesos vitales	Ocurrencia de sucesos vitales negativos	Escalas de evaluación del Impacto Psicológico de Sucesos Vitales (EEIPSV, Fernández-Fernández, 2013)
		Estilo rumiativo	Estilo rumiativo: Cuestionario de Estilos de Respuesta a la Tristeza (RRS-versión reducida; de Jackson y Nolen-Hoeksema, 1998).
Variables mediadoras	Regulación emocional estables	Evitación experiencial	Cuestionario de Aceptación y Acción (AAQ; Hayes et al. 2000).
		Reevaluación cognitiva	Trait Meta-Mood Scale (TMMS24) (Salovey et al., 1995). Adaptación española de Fernández- Berrocal, P., Extremera, N. Y Ramos, N. (2004).
		Supresión emocional	Cuestionario de Autorregulación emocional (ERQ; Gross y John, 2003)

Dimensión según el modelo de estrés	Categoría	Variable	Instrumento de medida
	Impacto psicológico de los sucesos vitales pasados	Pensamiento rumiativo ante sucesos vitales negativos Crecimiento personal asociado a sucesos vitales negativos	Escala de evaluación del Impacto Psicológico de Sucesos Vitales (EEIPSV, Fernández-Fernández, 2013)
	Sentido vital	Sentido vital	PIL (Purpose in Life) (Crumbaugh & Maholic, 1969) en su versión española adaptada por Noblejas de la Flor (1994).
	Malestar emocional	Síntomatología depresiva	Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos (CES-D; Radloff, 1977).
Variables resultado	Bienestar emocional	Bienestar psicológico	Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (Ryff, C., 1989); adaptación española realizada por Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco, Moreno- Jiménez, Gallardo, Valle y Dierendonck (2006).

### Anexo 3. Supuestos de los análisis de regresión lineal en el modelo explicativo de sintomatología depresiva.

1. Linealidad: se asume que se está cumpliendo dado que, al haber realizado el análisis de regresión lineal por pasos sucesivos, únicamente se introducen aquellas variables que no sólo están explicando parte de la varianza de la variable dependiente, sino que, además, se relacionan con ésta cuando se está controlando el efecto del resto de variables incluidas en el modelo.
  
2. No colinealidad: como se puede observar en la tabla 1-anexo, todas las tolerancias son mayores que .10 y todos los FIV menores que 10, por lo tanto, se puede decir que no hay multicolinealidad (cada VI no es función lineal perfecta del resto de Vis).

Tabla 1-anexo.

*Estadísticos de colinealidad del modelo explicativo de sintomatología depresiva.*

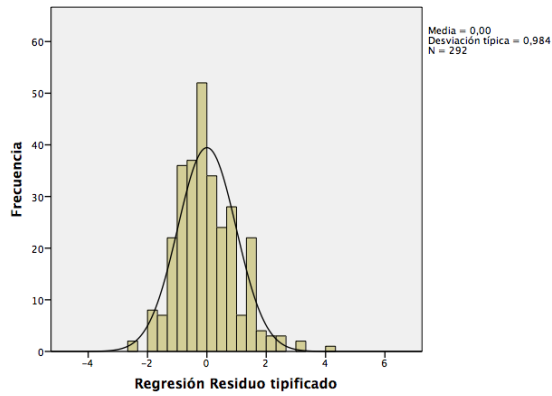
Modelo	Estadísticos de colinealidad	
	Tolerancia	FIV
1 (Constante)		
Salud percibida	1.00	1.00
2 (Constante)		
Salud percibida	.94	1.06
Ocurrencia sucesos negativos	.94	1.06
3 (Constante)		
Salud percibida	.93	1.07
Ocurrencia sucesos negativos	.92	1.08
Tiempo transcurrido desde los sucesos	.98	1.01
4 (Constante)		
Salud percibida	.89	1.11
Ocurrencia sucesos negativos	.91	1.09
Tiempo transcurrido desde los sucesos	.98	1.01
Estilo rumiativo	.93	1.07
5 (Constante)		

	Modelo	Estadísticos de colinealidad		
		Tolerancia	FIV	
	Salud percibida	.89	1.11	
	Ocurrencia sucesos negativos	.91	1.09	
	Tiempo transcurrido desde los sucesos	.98	1.01	
	Estilo rumiativo	.68	1.46	
	Evitación experiencial	.71	1.39	
6	(Constante)			
	Salud percibida	.88	1.13	
	Ocurrencia sucesos negativos	.91	1.09	
	Tiempo transcurrido desde los sucesos	.98	1.01	
	Estilo rumiativo	.68	1.47	
	Evitación experiencial	.70	1.42	
	Supresión emocional	.95	1.05	
7	(Constante)			
	Salud percibida	.88	1.13	
	Ocurrencia sucesos negativos	.91	1.09	
	Tiempo transcurrido desde los sucesos	.98	1.01	
	Estilo rumiativo	.67	1.47	
	Evitación experiencial	.69	1.43	
	Supresión emocional	.94	1.05	
	Crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos	.98	1.01	
8	(Constante)			
	Salud percibida	.88	1.13	
	Ocurrencia sucesos negativos	.89	1.11	
	Tiempo transcurrido desde los sucesos	.97	1.02	
	Estilo rumiativo	.67	1.47	
	Evitación experiencial	.68	1.45	
	Supresión emocional	.94	1.06	
	Crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos	.97	1.03	
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	.93	1.07	
	9	(Constante)		
	Salud percibida	.82	1.21	
	Ocurrencia sucesos negativos	.89	1.11	
	Tiempo transcurrido desde los sucesos	.97	1.02	
	Estilo rumiativo	.65	1.51	

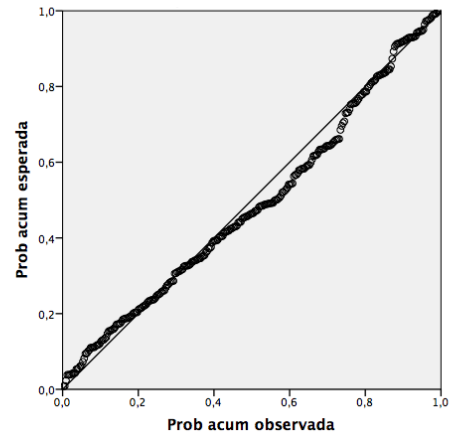
Modelo	Estadísticos de colinealidad	
	Tolerancia	FIV
Evitación experiencial	.64	1.55
Supresión emocional	.93	1.07
Crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos	.96	1.03
Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos	.92	1.07
Sentido vital	.72	1.38

3. Independencia: el estadístico de Durbin-Watson ha sido de 1,77. Dado que se encuentra entre 1,5 y 2,5, se asume que los errores son independientes.
4. Normalidad: se puede observar que se cumple este supuesto ya que no existen residuos que se alejen de manera problemática por las colas de la distribución. Tampoco parecen faltar casos a lo largo de la distribución de manera que pueda llevar a sesgar las estimaciones (*figura 1-anexo*).

Respecto a la siguiente figura (*figura 2-anexo*), dado que los puntos del diagrama se encuentran alineados con respecto a la diagonal, se puede decir que la distribución empírica se acerca a una teórica normal, no habiendo por ello problemas de normalidad.

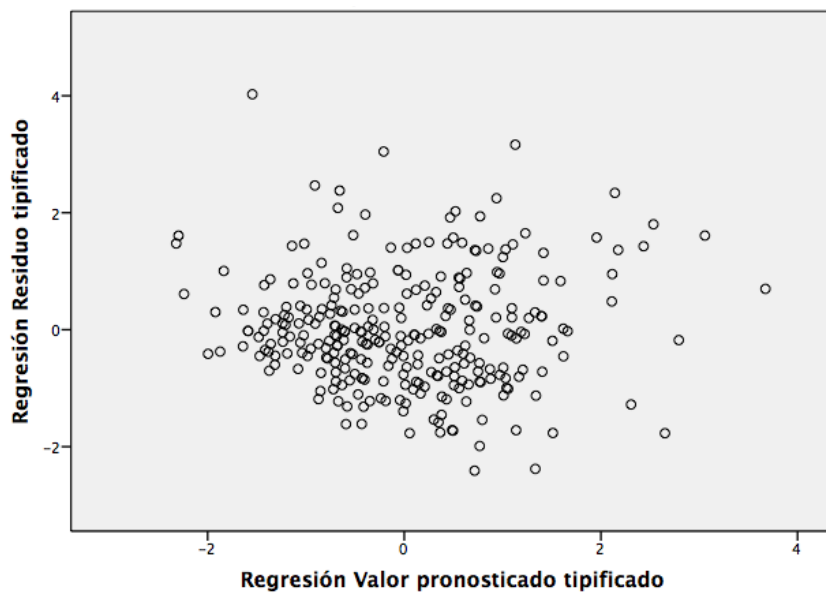


*Figura 1-anexo.* Histograma de sintomatología depresiva.



*Figura 2-anexo.* Diagrama de probabilidad normal de sintomatología depresiva.

5. Homocedasticidad: puesto que la nube de puntos es homogéneamente dispersa a lo largo del eje horizontal, se puede decir que las poblaciones, además de normales, son homocedásticas (tienen la misma varianza) (*figura 3-anexo*).



*Figura 3-anexo.* Gráfico de dispersión de la sintomatología depresiva.

#### **Anexo 4. Supuestos de los análisis de regresión lineal en el modelo explicativo de bienestar psicológico.**

1. Linealidad: al igual que con la sintomatología depresiva, se asume que se está cumpliendo al haber realizado el análisis de regresión lineal por pasos sucesivos.
2. No colinealidad: como se puede observar en la tabla 2-anexo, todas las tolerancias son mayores que .10 y todos los FIV menores que 10, por lo tanto, se puede decir que no hay multicolinealidad (cada VI no es función lineal perfecta del resto de VIs).

Tabla 2-anexo.

*Estadísticos de colinealidad del modelo explicativo de bienestar psicológico.*

Modelo	Estadísticos de colinealidad	
	Tolerancia	FIV
1	(Constante)	
Salud percibida	1.00	1.00
2	(Constante)	
Salud percibida	.99	1.01
Sexo	.99	1.01
3	(Constante)	
Salud percibida	.97	1.02
Sexo	.98	1.01
Evitación experiencial	.98	1.01
4	(Constante)	
Salud percibida	.95	1.04
Sexo	.98	1.01
Evitación experiencial	.93	1.07
Reevaluación cognitiva	.91	1.09
5	(Constante)	
Salud percibida	.94	1.05
Sexo	.93	1.07
Evitación experiencial	.88	1.13

Modelo	Estadísticos de colinealidad	
	Tolerancia	FIV
Reevaluación cognitiva	.91	1.09
Supresión emocional	.90	1.10
6 (Constante)		
Salud percibida	.92	1.08
Sexo	.92	1.07
Evitación experiencial	.69	1.44
Reevaluación cognitiva	.87	1.14
Supresión emocional	.90	1.11
Estilo rumiativo	.65	1.53
7 (Constante)		
Salud percibida	.85	1.16
Sexo	.88	1.13
Evitación experiencial	.64	1.56
Reevaluación cognitiva	.84	1.17
Supresión emocional	.89	1.11
Estilo rumiativo	.63	1.57
Sentido vital	.67	1.47

3. Independencia: el estadístico de Durbin-Watson ha sido de 2,1. Dado que se encuentra entre 1,5 y 2,5, se asume que los errores son independientes.
4. Normalidad: se puede observar que se cumple este supuesto ya que no existen residuos que se alejen de manera problemática por las colas de la distribución. Tampoco parecen faltar casos a lo largo de la distribución de manera que pueda llevar a sesgar las estimaciones (*figura 4-anexo*).

Respecto a la siguiente figura (*figura 5-anexo*), dado que los puntos del diagrama se encuentran alineados con respecto a la diagonal, se puede decir que la distribución empírica se acerca a una teórica normal, no habiendo por ello problemas de normalidad.

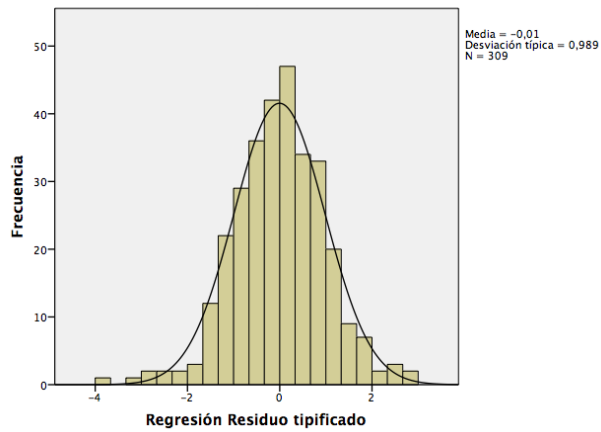


Figura 4-anexo. Histograma de bienestar psicológico

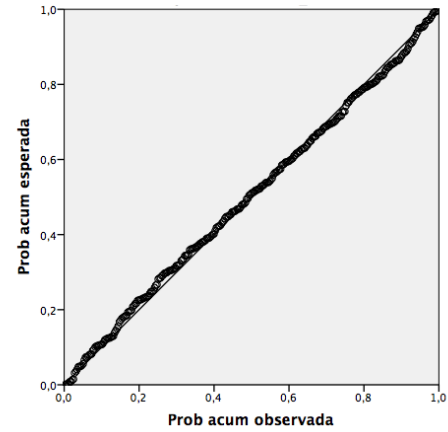


Figura 5-anexo. Diagrama de probabilidad normal de bienestar psicológico.

5. Homocedasticidad: puesto que la nube de puntos es homogéneamente dispersa a lo largo del eje horizontal, se puede decir que las poblaciones, además de normales, son homocedásticas (tienen la misma varianza) (figura 6).

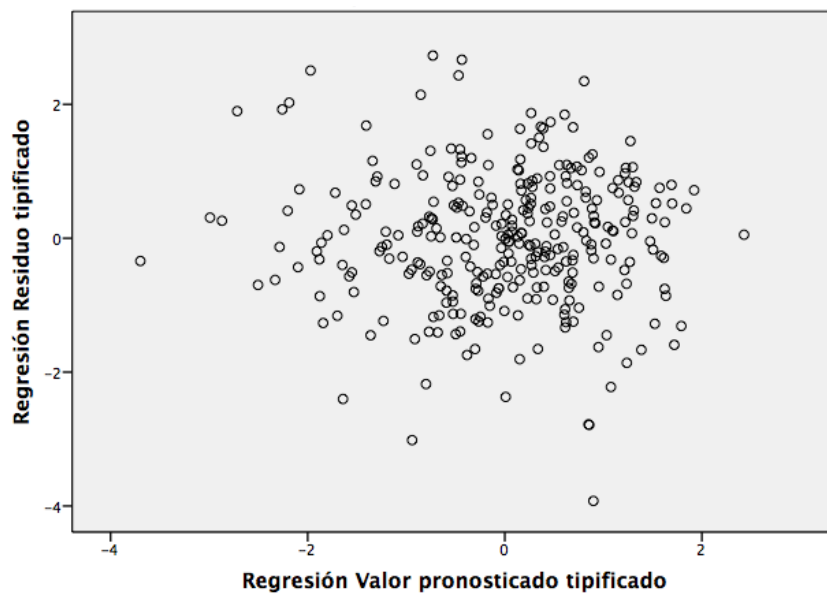
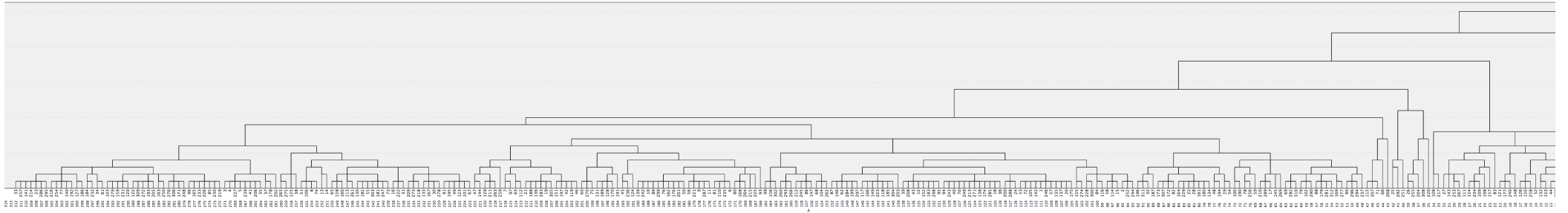


Figura 6-anexo. Gráfico de dispersión del bienestar psicológico.

**Anexo 5. Dendograma obtenido en el análisis de conglomerados jerárquicos.**



### Anexo 6. Explicación de la sintomatología depresiva mediante regresión jerárquica.

	Modelo	$\Delta R^2$	Beta	T	Correlación simple	Correlación semiparcial
1	(Constante)	.09**		13.94**		
	Salud percibida		.31	5.64**	.31	.31
2	(Constante)	.03**		7.42**		
	Salud percibida		.27	4.76**	.31	.27
	Ocurrencia sucesos negativos		.18	3.18**	.24	.18
3	(Constante)	.02**		7.89**		
	Salud percibida		.25	4.57**	.31	.26
	Ocurrencia sucesos negativos		.19	3.52**	.24	.20
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.15	-2.82**	-.14	-.16
4	(Constante)	.22**		3.85**		
	Salud percibida		.16	3.26**	.31	.19
	Ocurrencia sucesos negativos		.14	2.85**	.24	.16
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.16	-3.43**	-.14	-.19
	Estilo rumiativo		.48	9.89**	.53	.50
5	(Constante)	.05**		-1.81		
	Salud percibida		.16	3.42**	.31	.19
	Ocurrencia sucesos negativos		.14	2.96**	.24	.17
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.16	-3.55**	-.14	-.20
	Estilo rumiativo		.34	6.20**	.53	.34
	Evitación experiencial		.26	4.95**	.47	.28
6	(Constante)	.01**		-2.26*		
	Salud percibida		.18	3.80**	.31	.22
	Ocurrencia sucesos negativos		.13	2.88**	.24	.16
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.16	-3.61**	-.14	-.21
	Estilo rumiativo		.33	6.19**	.53	.34
	Evitación experiencial		.24	4.54**	.47	.26
	Supresión emocional		.12	2.82**	.19	.16
7	(Constante)	.01**		-3.20**		
	Salud percibida		.17	3.81**	.31	.22
	Ocurrencia sucesos negativos		.13	2.94**	.24	.17

	Modelo	$\Delta R^2$	Beta	T	Correlación simple	Correlación semiparcial
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.16	-3.62**	-.14	-.21
	Estilo rumiativo		.34	6.34**	.53	.35
	Evitación experiencial		.25	4.80**	.47	.27
	Supresión emocional		.12	2.68**	.19	.15
	Crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos		.11	2.61**	.05	.15
8	(Constante)	.01**		-3.85**		
	Salud percibida		.18	3.96**	.31	.23
	Ocurrencia sucesos negativos		.12	2.63**	.24	.15
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.14	-3.33**	-.14	-.19
	Estilo rumiativo		.33	6.22**	.53	.34
	Evitación experiencial		.24	4.56**	.47	.26
	Supresión emocional		.13	2.91**	.19	.17
	Crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos		.12	2.91**	.05	.17
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos		.12	2.71**	.22	.16
9	(Constante)	.03**		1.49		
	Salud percibida		.13	2.91**	.31	.17
	Ocurrencia sucesos negativos		.12	2.74**	.24	.16
	Tiempo transcurrido desde los sucesos		-.14	-3.41**	-.14	-.20
	Estilo rumiativo		.29	5.65**	.53	.32
	Evitación experiencial		.18	3.51**	.47	.20
	Supresión emocional		.11	2.58**	.19	.15
	Crecimiento personal sobre sucesos vitales negativos		.14	3.36**	.05	.19
	Pensamiento rumiativo sobre sucesos vitales negativos		.11	2.54*	.22	.15
	Sentido vital		-.20	-4.04**	-.46	-.23

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*:  $p \leq .05$

### Anexo 7. Explicación del bienestar psicológico mediante regresión jerárquica.

	Modelo	$\Delta R^2$	Beta	T	Correlación parcial	Correlación semiparcial
1	(Constante)	.06**		71.97**		
	Salud percibida		-.24	-4.29**	-.24	-.24
2	(Constante)	.01*		36.86**		
	Salud percibida		-.25	-4.50**	-.24	-.25
	Sexo		-.11	-2.03*	-.09	-.11
3	(Constante)	.26**		33.47**		
	Salud percibida		-.20	-4.11**	-.24	-.23
	Sexo		-.15	-3.13**	-.09	-.18
	Evitación experiencial		-.51	-10.60**	-.52	-.53
4	(Constante)	.05**		23.33**		
	Salud percibida		-.16	-3.46**	-.24	-.20
	Sexo		-.14	-3.14**	-.09	-.18
	Evitación experiencial		-.46	-9.60**	-.52	-.49
	Reevaluación cognitiva		.23	4.82**	.37	.27
5	(Constante)	.02**		23.60**		
	Salud percibida		-.17	-3.75**	-.24	-.21
	Sexo		-.11	-2.44*	-.09	-.14
	Evitación experiencial		-.43	-8.85**	-.52	-.46
	Reevaluación cognitiva		.24	5.04**	.37	.28
	Supresión emocional		-.13	-2.89**	-.22	-.16
6	(Constante)	.01*		23.87**		
	Salud percibida		-.15	-3.33**	-.24	-.19
	Sexo		-.12	-2.65**	-.09	-.15
	Evitación experiencial		-.36	-6.75**	-.52	-.37
	Reevaluación cognitiva		.21	4.44**	.37	.25
	Supresión emocional		-.13	-2.75**	-.22	-.16
	Estilo rumiativo		-.13	-2.41*	-.43	-.14
7	(Constante)	.15**		7.45**		
	Salud percibida		-.04	-1.12	-.24	-.06
	Sexo		-.03	-.82	-.09	-.04
	Evitación experiencial		-.23	-4.81**	-.52	-.27
	Reevaluación cognitiva		.14	3.47**	.37	.20
	Supresión emocional		-.11	-2.75**	-.22	-.16
	Estilo rumiativo		-.06	-1.24	-.43	-.07
	Sentido vital		.47	10.08**	.67	.51

$\Delta R^2$ : incremento del porcentaje de varianza explicado; \*\*:  $p \leq .01$ ; \*:  $p \leq .05$

### Anexo 8. Hipótesis planteadas en el estudio y su cumplimiento o no.

Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Se cumple?
1. La ocurrencia de sucesos vitales negativos será un predictor del malestar psicológico.	1.1. La ocurrencia de sucesos vitales negativos será un predictor de la sintomatología depresiva.	Sí
	1.2. La ocurrencia de sucesos vitales negativos será un predictor del bienestar psicológico.	No
	2.1. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial, supresión emocional, estilo rumiativo y reevaluación cognitiva) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva.	Sí parcialmente
2. Las variables de regulación emocional contribuirán significativamente a la explicación de la varianza del malestar psicológico.	2.2. Las variables de regulación emocional estables (evitación experiencial, supresión emocional, estilo rumiativo y reevaluación cognitiva) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza del bienestar psicológico.	Sí
	2.3. Las variables de regulación emocional asociadas a los sucesos negativos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza de la sintomatología depresiva.	Sí
	2.4. Las variables de regulación emocional asociadas a los sucesos negativos (pensamiento rumiativo y crecimiento personal) contribuirán significativamente a la explicación de la varianza del bienestar psicológico.	No
	3.1. El sentido vital contribuirá significativamente a la explicación de la varianza del malestar psicológico, aun controlando los efectos de las variables de regulación emocional.	Sí
3. El sentido vital contribuirá significativamente a la explicación de la varianza del malestar psicológico, aun controlando los efectos de las variables de regulación emocional.	3.2. El sentido vital contribuirá significativamente a la explicación de la varianza del bienestar psicológico, aun controlando los efectos de las variables de regulación emocional.	Sí
	4.1. Las estrategias de regulación emocional mediarán la ocurrencia de sucesos vitales negativos y la sintomatología depresiva.	Sí parcialmente

Hipótesis general	Hipótesis específica	¿Se cumple?
sucesos vitales negativos y el malestar psicológico.	4.2. Las estrategias de regulación emocional mediarán la ocurrencia de sucesos vitales negativos y el bienestar psicológico.	No
5. La probabilidad de presentar malestar psicológico será mayor o menor cuando hay uso de estrategias de regulación emocional y en presencia de sentido vital que cuando no lo hay.	5.1. La posibilidad de presentar sintomatología depresiva será mayor cuando hay mayor uso de las estrategias de regulación emocional desadaptativas (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y pensamiento rumiativo asociado a sucesos negativos) que cuando no hay.	Sí
	5.2. La posibilidad de presentar sintomatología depresiva será mayor cuando hay menor uso de las estrategias de regulación emocional adaptativas (reevaluación cognitiva y crecimiento personal sobre sucesos negativos) y con ausencia de sentido vital que cuando hay.	Sí parcialmente
	5.3. La posibilidad de presentar bienestar psicológico será mayor cuando hay menor uso de las estrategias de regulación emocional desadaptativas (estilo rumiativo, evitación experiencial, supresión emocional y pensamiento rumiativo asociado a sucesos negativos) que cuando hay.	Sí parcialmente
	5.4. La posibilidad de presentar bienestar psicológico será mayor cuando hay mayor uso de las estrategias de regulación emocional adaptativas (reevaluación cognitiva y crecimiento personal sobre sucesos negativos) y presencia de sentido vital que cuando no hay.	Sí parcialmente
6. Se espera hallar un perfil con peor bienestar emocional (mayor sintomatología depresiva y menor bienestar psicológico) y uso de estrategias de regulación emocional más desadaptativas asociadas a los sucesos negativos (mayor rumiación y menor crecimiento personal) en presencia de altos niveles de regulación emocional desadaptativa (estilo rumiativo, evitación experiencial y supresión emocional) y bajos niveles de regulación emocional adaptativa (reevaluación cognitiva).		Sí parcialmente