



PONTIFICIA  
**UNIVERSIDAD**  
**CATÓLICA**  
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

ESTRÉS REACTIVO Y AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES INSTITUCIONALIZADOS  
EX CONSUMIDORES DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN LIMA

Tesis para optar el título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica que  
presenta la Bachillera:

ERICA ROIG TRELANCIA

Dra. Cecilia Chau Pérez-Aranibar

Asesora

Lima, 2014

## Agradecimientos

Quisiera agradecer a Cecilia Chau, mi asesora, por su tiempo, dedicación, paciencia y valiosa supervisión. También por su compromiso en este trabajo y por haber confiado en mí.

A mi familia por el apoyo incondicional y sus valiosos consejos en los momentos más difíciles para poder seguir adelante y haber hecho posible todo esto.

Igualmente, quiero agradecer a Mónica Cassaretto, Juan Carlos Saravia y Manuel Lama por haber estado ahí dándome una mano en los momentos que necesité.

Por último, quisiera dedicar este trabajo a los adolescentes que participaron de la investigación por su confianza, colaboración, paciencia y por sus ganas de ser ayudados.



## Resumen

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las reacciones de estrés y el afrontamiento en adolescentes institucionalizados ex consumidores de sustancias psicoactivas. Con dicho fin, se aplicaron el Inventario de Reacciones de Estrés (IREA) y la Escala de Afrontamiento para adolescentes – Lima (ACS Lima) a 35 adolescentes institucionalizados con edades entre los 12 y 17 años ( $M=14.14$  años,  $DE=1.46$ ). Se encontraron correlaciones entre las reacciones de estrés global, fisiológicas, cognitivas, emocionales y las estrategias de afrontamiento esforzarse y tener éxito, no afrontamiento, autoinculparse y distracción física. De igual manera, se observaron diferencias significativas según el sexo en las reacciones de estrés global, fisiológico, emocional, cognitivo y en la estrategia de afrontamiento de autoinculparse donde las mujeres puntuaron más alto. Por el contrario, los hombres hacen mayor uso de las estrategias de distracción física e ignorar el problema a diferencia de las mujeres.

**Palabras clave:** Reacciones de estrés, Estrategias de Afrontamiento, Adolescentes institucionalizados, ex consumidores de sustancias psicoactivas.

## Abstract

The aim of this study was to identify the association between stress reactions and coping in institutionalized adolescents former abusers of psychoactive substances. A group of 35 currently institutionalized adolescents aged between 12 and 17 years old ( $M = 14.14$  years,  $SD = 1.46$ ) were assessed using the Adolescent Coping Scale – Lima (ACS Lima) and the Stress Reactions Inventory (IREA). Significant correlations between physiological, cognitive, emotional and global stress reactions with coping strategies such as not coping, self-blame, physical distraction and work hard and achieve were found. Also, significant differences by gender in physiological, cognitive and emotional stress reactions, overall stress and coping strategy self-blame, were higher in women than men. In contrast, men used coping strategies like physical recreation and ignore the problem more than women.

**Key Words:** Stress Reactions, Coping, Institutionalized adolescents, former substance abusers.

## Tabla de contenidos

Introducción	1
Método	14
Participantes	14
Medición	15
Procedimiento	18
Resultados	20
Discusión	24
Referencias	33
Apéndice	
Apéndice A	47
Apéndice B	48
Apéndice C	49
Apéndice D	51
Apéndice E	52
Apéndice F	55
Apéndice G	56
Apéndice H	57
Apéndice I	58
Apéndice J	59
Apéndice K	60
Apéndice L	61
Apéndice M	62

En el Perú existe una gran problemática constituida por los adolescentes que viven en situación de calle. Debido al contexto desfavorable del individuo, caracterizado por violencia, conflictos y abuso familiar así como pobreza y la experiencia de trabajar en calle (Alor, 1999; Castamán, 2005; UNICEF, 2012), los adolescentes la adoptan como su nuevo hogar y lugar de protección. Si bien las cifras son inexactas debido al difícil acceso a la población (se esconden, migran de un lugar a otro) (Aguirre, 2012) según el censo realizado en nuestro país en el 2007, existen por lo menos 328 menores de 18 años viviendo en las calles en Lima Metropolitana (Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2007). Los adolescentes de la calle viven en condiciones infrahumanas, sufren de abusos, y diversos tipos de maltratos (Save the Children, 2003) lo cual los convierte en una población vulnerable y en riesgo. Otros problemas igualmente significativos, son la exposición a la violencia (Alor, 1999; de Benítez, 2007), el abandono de la escuela conllevando al deterioro progresivo de las habilidades cognoscitivas, los embarazos no deseados y principalmente el consumo de drogas (Alor, 1999).

El consumo de drogas es considerado como un ritual y un signo de pertenencia en la conformación del grupo de pares de calle (Ordóñez, 1995); también un facilitador de los actos antisociales colectivos (Ordóñez, 1995; Rojas, 2012, 2013). Cumple la función de ser amortiguadora del dolor y evasiva del sufrimiento por lo que la utilizan para sobrevivir ante sus precarias condiciones (Castamán, 2005; Kombarakaran, 2004; Rojas, 2012, 2013) y así anestesiar el malestar. Según el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (1997), comúnmente, se relaciona el consumo de Pasta básica de cocaína (PBC), y principalmente inhalantes [mayormente la utilización de pegamentos (terokal), pinturas, combustible, entre otros] (Casquero, 2006; CEDRO, 1997; Rojas, 2013) con los adolescentes en situación de calle.

Con respecto a lo mencionado, como solución ante el problema de los adolescentes en riesgo o desamparo, existen los Centros de Atención Residencial para menores (independientemente de la denominación y modalidad que tengan como hogares, albergues, aldeas etc.), administrados por entidades privadas, públicas o mixtas, en donde se brinda la protección y atención que requieren con el objetivo principal de propiciar su reinserción familiar y social (Ley N<sup>o</sup>29174 Ley general de centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes, 2007). Se entiende que la institución, en sus niveles normativos y de organización, cumple como espacio

intermedio entre el individuo y la sociedad buscando brindar funciones educativas, afectivas, socializadoras y económicas (Peres, 2008). Es importante mencionar que si bien existen diversas entidades donde puede acudir la población mencionada, son escasas las que se dedican a rehabilitar a adolescentes por consumo de drogas.

La experiencia de los adolescentes institucionalizados es compleja. Por un lado, la institución se convierte en su nuevo hogar y por tanto lugar de protección. Sin embargo, el cuidado que se les proporciona, debido a la superpoblación y el escaso personal de atención, se realiza de manera masificada donde lo que se prioriza son la satisfacción de necesidades básicas y por tanto no se logran cubrir las necesidades afectivas individualizadas de los adolescentes (Carcelén y Martínez, 2012). También se ha reportado que los adolescentes institucionalizados si bien reciben cuidados, debido al abandono o pérdida de un vínculo familiar, éstos tienen sentimientos profundos de soledad, de incompreensión, aislamiento de la sociedad, baja autoestima e incertidumbre frente a su futuro (Durán Strauch y Valoyes, 2009; Luna, 2011). Igualmente, se ha observado que dicha población suele experimentar mayores acontecimientos vitales estresantes que los no institucionalizados (Silva, Lemos y Nunes, 2013) así como mayores problemas de comportamiento, contando con menos competencias psicosociales y académicas (Fernández-Daza y Fernández-Parra, 2013).

Por otra parte, la adolescencia, etapa del desarrollo entre la infancia y adultez, es un periodo de transición, de considerables cambios físicos, cognitivos y emocionales (Bee, 1994; Feldman, 2007), de maduración cerebral y cambios hormonales (Ordaz y Luna, 2012). Asimismo, es un ciclo de mucha perturbación y lucha a causa de las incertidumbres internas, maduración sexual y el creciente descubrimiento del cuerpo (Wise, 2000) así como el afronte, superación y consolidación de la formación de la identidad, el logro del sentido de la propia autonomía y de pertenencia con un grupo de pares (Compas y Warner, 1991). Durante esta fase de desarrollo, los niveles de estrés objetivo y percibido aumentan considerablemente (Galván y McGlennen, 2012).

La institucionalización de por sí es una experiencia sumamente difícil. Las dificultades de la adolescencia en sí mismas combinadas con la irregularidad en la vida de una persona constituida por un internamiento es más difícil aún. Por lo tanto, se infiere que sumadas estas condiciones a un problema de consumo de drogas y la necesidad de rehabilitación institucionalizada, hacen que la situación devenga en una complejidad potenciada. Ello debido a que no sólo deben lidiar con la realidad de encontrarse internados y todo lo que ello supone sino que a su vez deben enfrentar las

consecuencias de interrumpir un consumo de sustancias psicoactivas reflejado a través de signos y síntomas tanto físicos como psicológicos más conocidos como el síndrome de abstinencia (Llopis, 2001). Por ello, se entienden que para dichos adolescentes existen diversas fuentes que les podrían generar algún tipo de estrés.

A lo largo de los años, el término estrés relacionado con la condición humana ha ido cobrando importancia en el mundo convirtiéndose en objeto de estudio de diversas disciplinas (Lazarus y Folkman, 1986). Es así que existen varias teorías sobre el estrés. En la presente investigación se utilizará “el enfoque transaccional” desarrollado por Lazarus y Folkman (1986) pues a diferencia de las otras orientaciones (el estrés centrado en el estímulo y el estrés basado en la respuesta), ésta considera el rol activo de la persona en la ocurrencia del estrés y tiende a maximizar la importancia de los factores psicológicos (principalmente cognitivos) que moderan el estímulo (estresantes o estresores) y las reacciones de estrés (Lazarus y Folkman, 1986; Lazarus, 2007; Sandín, 1995).

El estrés psicológico es el resultado de una relación entre el sujeto y el entorno (Hernández y Gutiérrez, 2012; Lazarus y Folkman, 1986; Smith y Kirby, 2011). En ella, existe un desbalance entre la percepción del individuo de las demandas que se le imponen, tanto internas como externas, y la percepción que tiene sobre sus propios recursos, considerándolos insuficientes para abordar la situación que se evalúa (appraisal) como amenazante o desbordante (Lazarus y Folkman, 1986).

El grado en que un acontecimiento es estresante, se encuentra determinado por la confluencia de factores situacionales y personales (Buceta y Bueno, 2001; Lazarus y Folkman, 1986). Asimismo, la evaluación cognitiva, término destacado por Lazarus y Folkman (1986) también afecta, ya que son los procesos de evaluación que intervienen entre las reacciones de un individuo y el afrontamiento a una situación particular en donde se establecen las consecuencias de ésta en el propio sujeto. Además, la existencia de factores personales como los compromisos (aquello que es importante para el sujeto y determina sus decisiones), las creencias (determinan la forma en que un individuo evalúa lo que ocurre en el entorno) (Lazarus y Folkman, 1986), los valores, patrones de conducta y estilos de afrontamiento (Buceta y Bueno, 2001) influyen en la evaluación cognitiva propia de cada persona.

A lo largo del tiempo, se han identificado tres tipos de evaluación cognitiva: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y la reevaluación. La primera, permite identificar si la situación es de pérdida, daño, amenaza o desafío mientras que la

segunda, valora los propios recursos para afrontar la situación (Lazarus y Folkman, 1986). La reevaluación retroalimenta lo que ocurre en la interacción individuo-ambiente y posibilita modificaciones en las dos primeras valoraciones (Smith y Kirby, 2011; Lazarus y Folkman, 1986; Perrewé y Zellars, 1999; Sandín, 1995).

Por otra parte, a partir de la presencia de una situación estresante, de factores ambientales, culturales y rasgos de personalidad (Goldstein y Eisenhofer, 2000) se verá influenciada la aparición, duración, intensidad y manifestaciones específicas de la respuesta del estrés (Buceta y Bueno, 2001; Lazarus y Folkman, 1986). Las reacciones de estrés, también conocidas como estrés reactivo, son una respuesta del organismo (Sandín, 1995, 2003) que variarán según el tipo de estresor (Crespo y Labrador, 2001). Se distinguen dos tipos principales: los psicosociales, siendo estímulos o situaciones que no generan directamente una respuesta de estrés, sino que a través de la interpretación cognitiva la convierten en estresores; y los biológicos, en donde los estímulos o situaciones se tornan en estresores por su capacidad para generar en el organismo cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparan una respuesta de estrés, independientemente de la interpretación cognitiva que se realice en base a la situación (Crespo y Labrador, 2001). Asimismo, existe una clasificación en la cual se caracterizan dos tipos de estrés. El estrés agudo y el estrés crónico o prolongado. Se ha documentado que en el primer caso, se encuentra compuesto por estresores limitados en el tiempo (pasado reciente, exigencias y presiones del futuro cercano) (Collazos, Qureshi, Antonin, y Tomás-Sábado, 2008; Lazarus y Folkman, 1986), mientras que los estresores, en el segundo caso, persisten a lo largo del tiempo y los daños a nivel físico son significativamente mayores (Lazarus y Folkman, 1986; Márquez, 2006).

Siguiendo la misma línea, las reacciones de estrés se caracterizan por contener dos procesos conjuntos; una respuesta automática y otra controlada reflejada a través del afrontamiento, comprendido como los esfuerzos volitivos conscientes para regular la emoción, la cognición, comportamiento, respuestas fisiológicas y el medio ambiente a eventos estresantes o circunstancias (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen y Wadsworth, 2001), término que será detallado en líneas posteriores. En cambio, la respuesta automática, implica respuestas a nivel fisiológico, emocional, cognitivo (pensamientos intrusivos, sesgos automáticos en la atención), respuestas impulsivas entre otras (Compas et al., 2001).

Con respecto a la respuesta fisiológica, es la respuesta inicial y automática frente a

un estresor, la cual tiene como objetivo lograr un balance homeostático en el organismo (Moscoso, 2010). La reacción fisiológica es el resultado de la activación de las dos ramas del sistema nervioso autónomo (SNA) (simpático y parasimpático) y del eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) (Burg y Pickering, 2011; Kajantie y Philips, 2006; Ordaz y Luna, 2012). El SNA, produce cambios inmediatos a través de una serie de sistemas fisiológicos, incluyendo ritmo cardíaco elevado, aumento de la presión arterial, conductividad de la piel, respiración y la disminución de la variabilidad de la frecuencia cardíaca en el sistema cardiovascular (Ordaz y Luna, 2012; Rodríguez, 1995; Sandín, 2003). Los cambios en estas medidas son a partir de interacciones complejas entre los dos sistemas independientes que componen el SNA, el sistema nervioso simpático (SNS) y el sistema nervioso parasimpático (SNP) (Ordaz y Luna, 2012). Por otra parte, el eje HPA es parte del sistema neuroendocrino y componente central de la respuesta al estrés facilitando la regulación homeostática (Loman y Gunnar, 2010; Prince van Leeuwen et al., 2011). Éste, se activa durante los acontecimientos estresantes prolongados, resultando en un marcado incremento en la liberación de cortisol, la hormona del estrés (o corticosterona, dependiendo del sistema) desde la glándula suprarrenal (Elzinga et al., 2008; Hackman et al., 2013; Ordaz y Luna, 2012). A diferencia del SNA, que moviliza rápidamente los recursos y facilita la respuesta de lucha o huida, el eje HPA, se mueve más lento en respuesta a factores de estrés agudo e induce cambios a largo plazo, en parte a través de cambios en la expresión de genes que influyen en líneas generales el cerebro y otros sistemas de órganos (Hackman et al., 2013).

En adición, existen respuestas psicológicas frente al estrés tanto a nivel emocional como a nivel cognitivo. Las respuestas a nivel emocional abarcan la intensidad y negatividad de las reacciones emocionales que experimenta un individuo (Charbonneau, Mezulis, y Hyde, 2009) y son activadas junto a las manifestaciones fisiológicas en el síndrome de estrés (Sandín, 1995). Además, el tipo de emoción que suele predominar son las emociones negativas como la ansiedad, el miedo, la ira, la irritación, tristeza y pánico (Moscoso, 2010; Rodríguez, 1995; Sandín, 1995). También se producen respuestas cognitivas involuntarias a partir de la vivencia de emociones negativas y producto del estrés manifestándose en pensamientos negativos, intrusivos, repetitivos, distraibilidad, preocupación y dificultad para concentrarse (Rodríguez, 1995; Sandín, 1995; Van der Does, 2002).

En relación a las fuentes de estrés que generan diferentes tipos de reacciones de estrés, la evidencia científica ha encontrado que adolescentes institucionalizados (entre los 11-18 años), en un estudio realizado en España, tienen como principales problemas percibidos los de tipo interpersonal, seguido por problemas relacionados con el deporte, el ocio, las vacaciones y por último por la conflictividad con las normas del lugar. También se halló que las situaciones más estresantes tienen lugar en el centro de acogida, seguido por los problemas que se presentan en la escuela o instituto y por último en los lugares de ocio o deporte (Fernández-Millán, Malpica y Fernández Navas, 2009). A su vez, en un estudio realizado en Portugal sobre adolescentes no institucionalizados e institucionalizados se demostró que los últimos presentan mayores acontecimientos de vida estresantes que los primeros (Silva et al., 2013). En nuestro país, se ha observado que los adolescentes institucionalizados en Lima, a diferencia de los adolescentes que viven con sus familias, tienen una mayor preocupación por sus familiares por el temor a perderlos, la preocupación por la subsistencia de éstos y el compromiso a ayudarlos a dejar la pobreza (Carcelén y Martínez, 2012).

Por otra parte, las investigaciones sobre las reacciones de estrés en la población adolescente son variadas. Con respecto a las diferencias en cuanto a las reacciones fisiológicas y el sexo, la literatura científica muestra resultados divergentes. Por un lado, existen estudios donde demuestran que no se ha encontrado diferencias en cuanto a la reactividad del cortisol, el transcurso de reacción, ni a nivel del sistema nervioso autónomo entre hombres y mujeres frente al estrés (Buske-Kirschbaum et al., 1997; Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer y Kirschbaum, 2004; Gunnar, Wewerka, Frenn, Long, y Griggs, 2009; Kelly, Tyrka, Anderson, Price y Carpenter, 2008; Kelly, Forsyth, y Karekla, 2006). Por otro lado, la evidencia empírica postula que sí existen divergencias en cuanto al sexo y las respuestas fisiológicas a nivel del eje HPA aunque éstas son mínimas (Kirschbaum, Kudielka, Gaab, Schommer, y Hellhammer, 1999; Stoney, Davis, y Matthews, 1987). Igualmente, otros estudios han encontrado diferencias en el ritmo cardíaco entre hombres y mujeres frente al estrés social inducido en un laboratorio (Kudielka et al., 2004). Asimismo, se ha observado que generalmente entre la pubertad y la menopausia el eje HPA y las respuestas autonómicas, es decir, las respuestas fisiológicas, tienden a ser menores en las mujeres a comparación de los hombres de la misma edad (Kajantie y Philips, 2006). Además, un estudio que incluyó dos grupos de adolescentes (11-13 años y 14-16 años) reveló que las diferencias entre hombres y mujeres no estaban presentes en los adolescentes más jóvenes, pero sí en los

de mayores (14-16 años) mostrando que los varones tienen una mayor reactividad de cortisol en comparación con las mujeres (Klimes-Dougan, Hastings, Granger, Usher, y Zahn-Waxler, 2001). Igualmente, ocurrió con una muestra entre las edades de 15 a 17 años donde los hombres mostraron mayores elevaciones en los niveles de cortisol a diferencia de las mujeres (Bouma, Riese, Ormel, Verhulst, y Oldehinkel, 2009).

En relación a la edad y las reacciones fisiológicas se ha hallado que en comparación con los niños pre-púberes, los adolescentes presentan una mayor reactividad del eje HPA frente al estrés (Chrousos, Torpy, y Gold, 1998; Stroud, Papandonatos, Williamson y Dahl, 2011) y también frente al estrés social (Gunnar et al., 2009; Stroud et al., 2009). Más aún, un estudio observó aumentos proporcionales en las respuestas de cortisol con el tiempo de inicio de la pubertad, siendo en el caso de las mujeres entre las edades de 11 y 13 años y los varones entre los 13 y 15 años. Incluso, se encontró que la mayor diferencia en cortisol entre hombres y mujeres se da a los 13 años (Gunnar et al., 2009).

El periodo de la adolescencia se caracteriza por la aparición de diferencias en el afecto negativo, la experiencia subjetiva, la expresión conductual de la emoción como respuesta al estrés agudo (Ordaz y Luna, 2012) y la dificultad para el control de las emociones (Mercurio, 2011). A partir del inicio de esta etapa, la literatura científica señala que las mujeres adolescentes sienten más estrés (Frydenberg, 1997 citado en Gelhaar, et al., 2007; Ge, Lorenz, Conger, Elder y Simons, 1994) y experimentan más eventos estresantes que los varones adolescentes (Hankin y Abramson 2001; Hyde, Mezulis y Abramson, 2008). Más aún, Seiffge-Krenke (1995) encontró que las adolescentes, si bien no sienten cuantitativamente más estrés que los hombres, vivencian la experiencia de los mismos factores hasta cuatro veces más estresante y difícil (citado en Gelhaar et al., 2007; Jose y Ratcliffe, 2004). Asimismo, la evidencia empírica demuestra que las mujeres tienden a experimentar con más frecuencia, mayores niveles de emociones negativas como respuesta ante situaciones estresantes a diferencia de los hombres (Craske, 2003; Garber, Keiley y Martin, 2002; Ge et al, 1994; Hampel y Petermann, 2006; Kelly et al., 2008). Incluso, se ha hallado que las diferencias de género en la reactividad emocional también se relacionan con estresores específicos, donde las adolescentes reportan mayor malestar subjetivo frente a situaciones estresantes que impliquen lo social e interpersonal en comparación con otros estresores (Crick, Casas y Nelson, 2002; Prinstein, Cheah y Guyer, 2005; Kelly et al.,

2008). A diferencia de lo expuesto y en menor grado, existen ciertas investigaciones donde no han logrado encontrar diferencias significativas en cuanto a género y el estrés en general (Hankin, Mermelstein y Roesch, 2007) o que las diferencias significativas entre estos son mínimas (Hyde et al., 2008).

Los estudios sobre las respuestas cognitivas y diferencias en cuanto a hombres y mujeres indican que estas últimas son más propensas a rumiar cuando experimentan emociones negativas (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994; Thomsen, Mehlsion, Viidik, Sommerland, y Zachariae, 2005), lo que posiblemente conlleva a mayor sintomatología depresiva y ansiosa (Nolen-Hoeksema, Larson, y Grayson, 1999). Además, otro estudio observó que luego de aplicar una prueba sobre el estrés social (TSST), inmediatamente, las mujeres reportaron mayor miedo, irritabilidad y menor felicidad que los varones (Kelly et al., 2008). Asimismo, las mujeres presentaron más confusión a comparación de los hombres luego de la prueba, lo cual puede ser compatible con la noción de que las mujeres tienden a rumiar más y a su vez mostrarse más distraídas por la naturaleza emocional del desafío del estrés social, provocando interferencias con su proceso de experimentar la tarea (Kelly et al., 2008).

En la actualidad, en nuestro país, son escasas las investigaciones realizadas sobre las reacciones de estrés en adolescentes institucionalizados y en adolescentes en general. Sin embargo, es relevante mencionar el estudio realizado en el Perú por Valdéz (1999) en el que observó las respuestas de estrés y los recursos de afrontamiento en adolescentes embarazadas; es decir, en una población en situación de riesgo. Se encontró que las reacciones globales de estrés de las adolescentes gestantes se concentraron en nivel intermedio. De igual manera, se percibió que las reacciones emocionales se hallaron en niveles altos e intermedios al igual que las reacciones fisiológicas. Las reacciones de estrés a nivel cognitivo fueron de nivel bajo (Valdéz, 1999).

Por otro lado, el afrontamiento es considerado como el elemento esencial empleado por el individuo para hacer frente al estrés (Seiffge-Krenke, 1998) dirigiendo su acción tanto a los estresores (buscando eliminarlos o reducir su nivel de amenaza) como a sus propias respuestas fisiológicas, psicológicas y sociales (Sandín, 2003). A partir del enfoque de Lazarus y colegas (1986), Frydenberg y Lewis (Frydenberg, 1997a) redefinen el concepto para una población específica que son los adolescentes. Se entiende entonces al afrontamiento como un conjunto de acciones cognitivas y afectivas, que aparecen como respuesta ante una preocupación, y que buscan restablecer

el equilibrio. Ello puede lograrse a través de resolver el problema (modificando el estímulo), acomodándose a la emoción sin dar necesariamente una solución o la imposibilidad para manejar la demanda (Carver, 2011; Frydenberg, 1997a). Se clasifica al afrontamiento en 3 estilos (resolver el problema, referencia a otros y afrontamiento no productivo) considerados como la tendencia a actuar de manera estable frente a situaciones difíciles y en 18 estrategias siendo éstas las acciones cognitivas y/o conductuales utilizadas en situaciones particulares (Frydenberg, 1997a). La investigación señala que las personas que utilizan estrategias emocionales más funcionales y estrategias de afrontamiento centradas en el problema suelen tener una mejor adaptación en diferentes áreas de la vida como en lo académico, en el trabajo entre otras (Cornejo y Lucero, 2005)

Además, según Zimmer-Gembeck y Skinner (2008), los adolescentes suelen utilizar una amplia gama de estrategias de afrontamiento frente a los problemas por lo que, utilizar un número limitado y rígido de éstos implicaría dificultades en el manejo del estrés y la adaptación en general. A su vez, en este periodo, los patrones comunes en los adolescentes para enfrentar un problema tienen que ver con reducir la tensión (Frydenberg, 2004). También, las mejoras en las habilidades metacognitivas y el reconocimiento de las emociones facilitan la planificación y el uso de estrategias cognitivas para regular las emociones complejas (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). Sin embargo, al mismo tiempo, debido al periodo en el que se encuentran, producto de los cambios físicos y biológicos, las reacciones de estrés en los adolescentes pueden aumentar y por tanto interferir en la resolución de problemas de forma racional (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2008). De igual manera, los adolescentes son más vulnerables pues, si bien tienen menos probabilidades de ser abrumados por la excitación emocional, están más propensos a sufrir amenazas en los conceptos de sí mismos, preocuparse más por las relaciones sociales, internalizar las experiencias negativas y rumiar (Eisenberg, Fabes y Guthrie, 1997 citado en Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007).

En relación a la evidencia empírica, se ha observado que los adolescentes australianos utilizan con mayor frecuencia las estrategias de afrontamiento esforzarse y tener éxito, resolver el problema y buscar diversiones relajantes mientras que las estrategias como buscar ayuda profesional y acción social son las menos empleadas (Frydenberg y Lewis, 1999, 2000 citado en Frydenberg, 2008). Por el contrario, hay otros estudios con adolescentes españoles que han encontrado que las estrategias más

empleadas son preocuparse, concentrarse en resolver el problema y las menos usadas ignorar el problema y reducción de la tensión (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres y Sobral-Fernández, 2006).

El género es considerado como un elemento que discrimina cómo las personas hacen frente a situaciones estresantes (Frydenberg, 2008) y los resultados obtenidos en un estudio longitudinal por Frydenberg y Lewis (2000) lo corroboran. Se encontró que las adolescentes a pesar de que buscan apoyo social (Frydenberg, 2008; Hampel y Petermann, 2005) tienden a decir que no poseen las estrategias necesarias para afrontar una situación amenazante. En cambio, los jóvenes adolescentes son más propensos a ignorar los problemas y evitarlos manifestándose a través de su conducta de “seguir con la vida” (a través del relajo y manteniéndose en forma) pudiendo ser interpretado como una conducta de negación (Frydenberg, 2008).

Según Fields y Prinz (1997), no sólo son evidentes las diferencias en cuanto al género y el afrontamiento sino que también hay diferencias de edad en cómo los adolescentes hacen frente a sus preocupaciones (Frydenberg, 2008). En diversos estudios realizados en el mundo, se encontró que en el periodo de la adolescencia, a diferencia de la niñez, se agregarían el afrontamiento de tipo meta-cognitivo en donde los adolescentes son capaces de regular sus acciones de afrontamiento basados en futuras preocupaciones, incluyendo objetivos a largo plazo y los efectos sobre otros (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007). Igualmente, existen considerables pruebas de que el afrontamiento emocional aumenta con los años (Compas, Malcrane y Fondacaro, 1998; Frydenberg y Lewis, 1993 citado en Hampel y Petermann, 2005; Frydenberg, 1997b, 2004). Por otro lado, Skinner y Zimmer-Gembeck (2007), construyeron un marco para organizar las diversas investigaciones sobre el desarrollo normativo del afrontamiento durante la infancia y la adolescencia incluyendo 44 estudios que utilizaron la medida de afrontamiento como respuesta de estrés, reportando diferencias de edad en las respuestas de afrontamiento antes o durante la adolescencia. Se encontraron diferencias en la búsqueda de apoyo social en aproximadamente la mitad de los 29 estudios de niños y adolescentes y, a su vez con un número casi igual de informes, que las diferencias aumentan o disminuyen. Se llegó a la conclusión que, en la adolescencia media, la búsqueda de apoyo social aumenta en relación a los compañeros.

En un estudio realizado con adolescentes españoles se comparó a la población utilizada para validar la prueba “Escala de afrontamiento para adolescentes” (ACS) en España (media de edad 17 años) y una muestra de adolescentes menores con promedio

de edad de 12.5 años. Los resultados hallados sugieren que existen diferencias entre las estrategias empleadas en la adolescencia temprana y tardía, así como entre la forma de afrontar las situaciones por parte de los hombres y las mujeres. Los adolescentes tempranos, a diferencia de los mayores, emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento como no afrontamiento, ignorar el problema, hacerse ilusiones, buscar diversiones relajantes, distracción física, invertir en amigos íntimos y hacen un menor uso de estrategias dirigidas a reducir la tensión o a autoinculparse. Ambas poblaciones coinciden en las estrategias preferidas así como las menos utilizadas, diferenciándose solo en el uso de la distracción física siendo la más empleada por los adolescentes menores. Finalmente, se encontró que el estilo de afrontamiento productivo (con estrategias de afrontamiento como el esfuerzo, concentrarse en resolver los problemas o fijarse en lo positivo) pareciera tener ciertos efectos protectores en el consumo de sustancias y sobre la conducta antisocial (Gómez-Fraguela et al., 2006).

En adición, se realizó un estudio cualitativo sobre adolescentes de Indonesia institucionalizados por falta de familiares o de hogar a causa de un fenómeno natural (Tsunami en el Océano Índico). Se obtuvo como resultado que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes para la supervivencia y el afronte de estar internados eran enfocarse en el soporte social e instrumental que otros les podían brindar. Asimismo, otra estrategia de afrontamiento fue redirigir los pensamientos de una manera particular, con el fin de hacer frente a las fuentes de estrés en la institución (Wanat et al., 2010). De igual manera, se llevó a cabo una investigación con 70 adolescentes institucionalizados de sexo femenino con rango de edad entre los 17 y 19 años en España. El objetivo era estudiar las habilidades sociales en adolescentes institucionalizadas para el afrontamiento a su entorno inmediato luego de proporcionar un taller para el desarrollo de habilidades sociales. Se utilizó la prueba ACS y se obtuvo como resultados que las adolescentes tienen mayores dificultades en utilizar las estrategias de afrontamiento buscar diversiones relajantes, acción social, buscar apoyo, concentrarse en el problema y la diversión física (Peres, 2008). Además, se encontró que a pesar del taller, las estrategias de afrontamiento falta de afrontamiento o reducción de la tensión los resultados no fueron muy diferentes atribuido a cuestiones de incertidumbre que viven las adolescentes en el hogar y la situación insegura que se siente en el país, por crisis política y económica (Peres, 2008).

En cuanto a las investigaciones del afrontamiento en adolescentes institucionalizados en nuestro país, la literatura científica evidencia que son escasos los

estudios realizados enfocados en dicha temática. Zavala (1999) se centra en la población institucionalizada, si bien no son adolescentes sino niños; se cree importante mencionarlo ya que brinda una idea del funcionamiento de dicha población. La autora investiga sobre el sentido del humor adaptativo en 30 niños institucionalizados en el Puericultorio Pérez-Aranibar entre las edades de 7 a 11 años de edad. Encontró que los niños con diversos grados del sentido del humor tendían a asumir una posición más activa frente al problema utilizando estrategias más adaptativas en comparación con los niños con escasos grados del sentido del humor. Estos últimos hacían uso de estrategias más neutras y desadaptativas optando por una posición pasiva y evitativa frente al problema, llegando en algunos casos, al aislamiento y a la paralización.

Por otro lado, existen investigaciones como la de Canessa (2000), Martínez y Morote (2001) y Obando (2011) que estudiaron el afrontamiento en la población adolescente escolar en nuestro país. En cuanto a la primera, se halló en la adaptación de la Prueba Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) a la población peruana en 1236 escolares entre los 14 y 17 años de edad en Lima Metropolitana, que las estrategias de afrontamiento más utilizadas fueron buscar diversiones relajantes y distracción física mientras que las menos usadas fueron fijarse en lo positivo, preocuparse y reservarlo para sí. Por el contrario, Martínez y Morote (2001) en su estudio sobre adolescentes escolares de Lima Metropolitana entre los 13 y 18 años de edad, hallaron que las estrategias más empleadas por dicha población fueron esforzarse y tener éxito y preocuparse y las menos usadas reducción de la tensión, acción social e ignorar el problema. Además, se evidenciaron diferencias de género y edad. De igual manera ocurre con los grupos de edad donde los adolescentes mayores utilizan con mayor frecuencia formas más variadas de afrontamiento. Por último, en la investigación de Obando (2011) (escolares de 13-18 años de edad), se encontró que los adolescentes coinciden con las mismas estrategias de afrontamiento más utilizadas como en la muestra de Canessa (2000); también, las estrategias menos utilizadas concuerdan con el estudio de Martínez y Morote (2001) pero se añade la estrategia de falta de afrontamiento como otra estrategia considerada como una de las menos empleadas.

En este sentido, el presente estudio busca darle un lugar a una población que todavía no ha sido explorada ni estudiada con la atención que se merece, pues es evidente que en nuestro país no solo son escasas las investigaciones sobre la población adolescente institucionalizada, sino que son inexistentes en cuanto adolescentes institucionalizados ex consumidores de drogas que de por sí son una población

vulnerable y en constante riesgo. Es por ello que en la presente investigación, se tiene como propósito analizar las posibles relaciones entre las respuestas de estrés agudo y el afrontamiento en adolescentes institucionalizados entre los 12 y 17 años de edad ex-consumidores de drogas. Con ello, a su vez, se podrá comprender los niveles de estrés de estos adolescentes, no solo por encontrarse en esa etapa sino por estar internados en una institución y entender el modo de funcionamiento en estas situaciones. Además, dentro de los objetivos específicos se indagará las posibles diferencias entre las variables sociodemográficas sexo y edad entre las reacciones de estrés y el afrontamiento. También se explorará la variable de tiempo de permanencia institucionalizado. Para ello, se ha diseñado una investigación donde se estudiarán a dos grupos que componen una muestra siendo uno conformado por varones y el otro por mujeres. Igualmente, el estudio se hará en un solo momento.



## Método

### Participantes

En la presente investigación, la muestra se encontró conformada por 35 adolescentes, 19 mujeres (54%) y 16 hombres (46%), ex consumidores de sustancias psicoactivas, que se encontraban institucionalizados en una organización no gubernamental (ONG) (en dos casas distintas según el sexo) con el propósito de ser rehabilitados para luego reinsertarlos en la sociedad. La institución tiene como mecanismo agrupar a la población según el tiempo de estadía y los progresos realizados ubicándolos en fases (Pre-Acogida, Acogida I, Acogida II, Pre-comunidad I y II, Comunidad y Reinserción). La media de edad de los participantes fue de 14.14 años ( $DE=1.46$ ) y se encontraron dentro del rango de edad de 12 a 17 años. Además, el tiempo de permanencia en la institución varió entre 1 y 26 meses en donde el 25.7 % de los participantes era reingreso (6 personas con primer reingreso y 3 casos con segundo reingreso) y los demás eran residentes nuevos. El motivo principal de ingreso a la institución fue por consumo de sustancias psicoactivas (80%), seguido por el motivo para cambiar (11.4%), el mal comportamiento (8.6%) y finalmente el motivo para conocer la casa y aprender (2.9%). Asimismo, en el 71.4 % de los casos, fueron los mismos adolescentes quienes decidieron su ingreso, el 22.9% por el INABIF<sup>1</sup> y, el 37.1% de los casos fueron los familiares los que decidieron la institucionalización (siendo en los casos anteriores no excluyentes una razón con otra; es decir, podían ingresar por más de una modalidad).

Además, la mayoría de los participantes estaban en la fase de acogida II (37.1%), el 28.6% en la fase de acogida I, seguido por la fase pre-comunidad I con 14.3%, un 8.6% tanto en la fase de pre comunidad II como en la fase de comunidad y un solo caso en la fase de reinserción (2.9%). El 94.3% de los participantes ha vivido en la calle con un promedio de tiempo de 7.64 meses ( $DE= 7.49$ ) y un rango de tiempo desde menos de un mes hasta 26 meses. Con respecto a las personas con las que vivían en casa, sólo el 17.1% de los participantes vivía con su padre, el 74.3% con su madre, el 71.4% convivía con sus hermanos, el 28.6% con el padrastro o pareja de la madre, 17.1% con los tíos y el 14.3 % con la abuela. Al momento de la evaluación, el 88.6% de los participantes tenía contacto con sus familiares más directos, principalmente con los hermanos y madre. Se encontró que en todos los evaluados, no eran creyentes de

---

<sup>1</sup> Programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar

ninguna religión, señalando ignorar conocimiento sobre la religión.

El grado escolar previo al internamiento, es en su mayoría (62.9%) nivel de primaria mientras que al momento de la aplicación, el 51.4% de adolescentes acudía a grados escolares de secundaria, 37.1% primaria, 2.9% sólo refuerzo y en 3 casos (8.6%) no iban a la escuela. Finalmente, más de la mitad de la población (51.4%) no había consumido ninguna droga desde hacía seis meses y solo un 5.7% de la muestra dejó de consumir hace un mes. Asimismo, las drogas más utilizadas por los participantes fueron marihuana (68.6%), terokal (40%), seguido por cocaína (28.6%), Pasta Básica de Cocaína (PBC) (28.6%) y la droga mixta (PBC mezclada con tabaco) (28.6%), la droga bombos (mezcla de marihuana, PBC y cocaína) donde el 5.7% la consumió y, por último la droga crack donde sólo uno de los participantes la usó.

### Medición

La medición de la variable de estrés reactivo se realizó mediante el inventario de reacciones de estrés agudo (IREA) creado por Valdéz (1999). Dicho instrumento tiene como objetivo principal estudiar las diferentes respuestas de estrés agudo en la población adolescente analizando los elementos cognitivos (conjunto de autoverbalizaciones desencadenadas a partir de un evento estresante), emocionales (reacciones de ansiedad, temor, miedo, tristeza, angustia, frustración, malestar, irritabilidad e incomodidad experimentadas por el individuo surgiendo como respuesta a los estímulos demandantes o amenazantes) y fisiológicos (conjunto de respuestas biológicas emitidas por el sistema nervioso autónomo frente a una situación o evento estresante) de éste (Valdéz, 1999).

El formato de la prueba es de autoinforme conformada por 33 ítems, con una escala Likert del 0 (nunca) al 3 (siempre). Además, para la validez, la prueba se apoyó en el coeficiente de validez de contenido por criterio de jueces mayores a 0.80. En cuanto a la confiabilidad, se encontró que los coeficientes alfa para el área de reacciones emocionales fue de 0.82 y la correlación ítem-test más baja para los ítems de esa escala fue de 0.48. En cuanto al área fisiológica, el alfa correspondiente fue de 0.75 y la correlación ítem-test para los ítems de esa escala fue superior a 0.37 y en el área de reacciones cognitivas su alfa fue de 0.84 y la correlación ítem-test para los ítems de dicha escala superaba el 0.57. En adición, la prueba total obtuvo un alfa de 0.91 (Valdéz, 1999). En la presente investigación, la consistencia interna alcanzada, medida por alfa de Cronbach en el área de reacciones emocionales fue 0.84 (ver apéndice D). Se

encontró un alfa de Cronbach de 0.83 en las reacciones fisiológicas y la correlación elemento-total corregida fue superior a 0.21, mientras que la escala de reacciones cognitivas obtuvo un alfa de 0.83 y la correlación ítem-test corregida más baja fue de 0.39. Por último, la prueba total reportó un alfa de Cronbach de 0.92 (ver apéndice D)

En el Perú el cuestionario ha sido utilizado en un estudio con 102 mujeres embarazadas entre las edades de 15 y 17 años (Valdéz, 1999), así como en 123 estudiantes universitarios entre los 19 y 25 años de edad (Cassaretto, Chau, Oblitas, y Valdéz, 2003). Igualmente, fue empleada con 30 pacientes entre los 15 y 22 años con Bulimia Nerviosa (Romero, 2009) reportando altos niveles de consistencia interna (alfa de Cronbach para la escala total = 0.96, el alfa de Cronbach para las sub-escalas se encontró ente 0.78 y 0.95).

Por otro lado, la medición de la variable de afrontamiento se llevó a cabo mediante la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) creada por Erica Frydenberg y Ramon Lewis (1993) para el estudio del afrontamiento adolescente entre los 12 a 18 años de edad. El ACS evalúa las respuestas a problemas particulares según las preguntas de la prueba (forma específica) o a una forma general de cómo el sujeto afronta sus problemas (Frydenberg y Lewis, 1997). Pereña y Seisdedos (1997) adaptaron la prueba a versión española y Canessa (2000) a la población peruana. En la presente investigación, se utilizará esta última.

El ACS es un inventario de autoinforme de 80 reactivos donde sólo una pregunta es de tipo abierto mientras que los otros 79 ítems son de tipo cerrado en escala Likert (Frydenberg y Lewis, 1997). Los ítems son agrupados en 18 estrategias de afrontamiento, los cuales se organizan en tres estilos de afrontamiento diferentes: *resolver el problema*, caracterizado por que los esfuerzos que se dirigen a resolver el problema sin dejar de ser optimista y estar conectado socialmente; *referencia a los otros*, en donde recurrir a otros para obtener los recursos y el apoyo de los demás es el objetivo, con la finalidad de poder enfrentar el problema; y *afrontamiento no productivo* que tiene que ver con la incapacidad para hacer frente a los problemas y más bien utilizar estrategias de evitación (Frydenberg y Lewis, 1997).

En cuanto a la validez de la prueba, se utilizó el análisis factorial a través del método de los componentes principales con rotación Oblícu Oblimin demostrando que las 18 escalas tienen validez de constructo (Frydenberg y Lewis, 1997). Además, en relación a la confiabilidad de la prueba, se realizó un análisis de correlación test-retest donde 7 elementos de la forma específica no arrojaron correlaciones significativas y 11

ítems en la forma general. No obstante, se observó que en ambas aplicaciones las respuestas obtenidas se alejaban en no más de un punto en el 70% de los sujetos por lo cual los autores concluyeron que todos los elementos cubrían las normas de estabilidad. Se halló en la forma específica coeficientes de consistencia interna que van desde 0.62 a 0.87 y en la forma general de 0.54 a 0.84.

La prueba ACS ha sido utilizada en diversos países como Argentina (Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estévez Suedan, 2005), España (Gómez-Fraguela et al., 2006), Australia (Frydenberg y Lewis, 1997; 2000) y en nuestro país (Martínez y Morote, 2001; Mikkelsen, 2009; Obando, 2011). Más aun ha sido adaptada en versión al español por Pereña y Seisdedos (1997) en una muestra de 452 adolescentes entre 12 y 20 años (Frydenberg y Lewis, 1997). Asimismo, existe una versión abreviada con 18 ítems en versión original en el idioma inglés (Frydenberg y Lewis, 1997).

ACS fue adaptada a la población peruana por Canessa (2000) en 1236 escolares de colegios privados y públicos entre los 14 y 17 años de edad en Lima Metropolitana. Para su adaptación, se realizaron cambios en la redacción de los ítems por medio de 10 jueces (cambios de redacción a tercera persona), se modificó los enunciados de las alternativas de respuesta escala de tipo Likert para que fueran menos confusos, se eliminó un ítem y también la pregunta abierta pues implicaba un estudio de mayor nivel; y, por último, se dividió un ítem en dos enunciados. La prueba ACS Lima cuenta con 80 reactivos de tipo cerrado.

Además, en relación a la validez de constructo se realizó el análisis factorial en 3 etapas, en donde se obtuvo, en los tres casos, 6 factores, al igual que en la versión original, explicando en cada análisis el 50.2%, 50.3% y 49.7% de la varianza total respectivamente. Luego, al realizar el análisis factorial por la rotación oblicua Oblimin se obtuvieron 6 factores compuestos por diferentes escalas que permitieron explicar el 67.7% de la varianza total (Canessa, 2000). Finalmente, la confiabilidad por consistencia interna de las escalas a través del coeficiente alfa demostró que todas las escalas eran significativas incluyendo un rango de valor desde 0.48 en la escala de buscar diversiones relajantes hasta un alfa de 0.76 en la escala de buscar ayuda profesional con lo cual se concluyó que todas las escalas eran confiables (Canessa, 2000).

Con respecto a la confiabilidad obtenida en la presente investigación de las 18 escalas se tomó la decisión de trabajar sólo con 13 de ellas debido a que las demás mostraron coeficientes alfa de Cronbach muy bajos o incluso negativos y, por tanto los

resultados podrían no haber sido confiables. Las 5 escalas que decidieron no utilizarse fueron la escala preocuparse (alfa de Cronbach = 0.28), la escala hacerse ilusiones (-0.11), la escala de buscar ayuda espiritual (-0.08), la escala de buscar diversiones relajantes (-0.13) y la escala de reducción de la tensión (0.3). Debido a esta situación, se consideró que solo se trabajaría con las estrategias de afrontamiento y no incluir los estilos de afrontamiento, pues al estar estos últimos conformados por las escalas podrían haber mostrado resultados no confiables (ver apéndice E1).

En relación a las 13 estrategias de afrontamiento utilizadas, se neutralizaron 3 ítems pertenecientes a las escalas esforzarse y tener éxito (ítem 58), buscar pertenencia (ítem 6) y acción social (ítem 11) puesto que sus correlaciones ítem-test corregidas eran muy bajas (0.1, 0.05, 0.1 respectivamente) (ver apéndice E2). El objetivo de ello era subir la confiabilidad de las estrategias. Los coeficientes de alfa de Cronbach para las 13 estrategias de afrontamiento fluctuaron entre 0.40 y 0.77 (ver apéndice E1 y E2).

### **Procedimiento**

Se solicitaron los permisos correspondientes a la institución explicando los objetivos de la investigación y una vez aprobada la solicitud, se procedió a asistir a ambas casas de la ONG por un periodo de 2 meses para llevar a cabo la aplicación de las pruebas.

Se coordinó con la misma institución que el consentimiento informado, debido a que la población era menor de edad y al estar a cargo de la ONG, debía ser firmado por ésta (ver apéndice A) y además otro por los mismos adolescentes (ver apéndice B). Se realizó una prueba piloto con un participante al azar, y a partir de ello se creó un vocabulario (ver apéndice M) para responder de forma estandarizada a las inquietudes de los participantes en determinadas preguntas. Luego, se contactó a las demás personas interesadas en participar de forma voluntaria y se llevó a cabo la aplicación de forma individual y a modo de entrevista. En cada una, se completó la ficha sociodemográfica de los participantes seguido de la aplicación del Test Gestáltico Visomotor de Bender por Koppitz-2 como forma de descartar daño neurológico grueso, considerando apto a todo adolescente que se encontrara en los rangos de normalidad desde muy superior hasta promedio bajo (Reynolds, 2007). Finalmente, se pasó a la aplicación de ambos autoinformes (IREA y ACS Lima). De los 35 participantes todos se encontraron calificados para participar de la aplicación de las pruebas.

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS-21. En primer lugar, se obtuvo la confiabilidad, por consistencia interna, de las sub escalas de ambos instrumentos (IREA y ACS Lima) a través del coeficiente alfa de Cronbach, se neutralizaron algunos ítems de las escalas ACS Lima y se decidió no utilizar cinco estrategias de afrontamiento debido a un deficiente alfa de Cronbach. Luego, se realizaron los análisis descriptivos. En cuanto al rango de edad, se dividió a la muestra en dos grupos: 12-14 años y de 15-17 años, según las etapas de la adolescencia planteadas por Santrock (2007). Posteriormente, se analizó la normalidad de las pruebas según el rango de edad y el sexo para determinar el procedimiento estadístico que se utilizaría en los análisis posteriores. Se observó una distribución normal en la mayoría de los casos (ver apéndice H) salvo en las escalas invertir en amigos íntimos, buscar ayuda profesional, distracción física y reacciones cognitivas (ver apéndice I). También, se analizaron correlaciones entre ambas pruebas según el coeficiente de correlación Pearson debido a que todas las variables a contrastar eran de tipo continuo (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). Del mismo modo, se realizó correlaciones entre la variable tiempo de permanencia en la institución con las respuestas de estrés y las estrategias de afrontamiento.

## Resultados

A continuación, se presentan los resultados en función a los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se muestran los datos descriptivos generales de todas las variables del estudio. En segundo lugar, se dará a conocer lo obtenido en cuanto al objetivo general constituido por las correlaciones entre las reacciones de estrés y las estrategias de afrontamiento en los adolescentes institucionalizados ex consumidores de sustancias psicoactivas. Finalmente, se expondrá el objetivo exploratorio y se detallarán los objetivos específicos en donde se presentan las diferencias significativas según las variables sociodemográficas de sexo y edad en las reacciones de estrés (IREA) y en las escalas de afrontamiento (ACS Lima).

**Tabla 1**

*Estadísticos descriptivos de las áreas del estrés y las estrategias de afrontamiento*

	Media	DE	Mediana	Mínimo	Máximo
Reacción fisiológica	15.86	8.00	14.00	2	35
Reacción cognitiva	13.17	5.82	12.00	3	23
Reacción emocional	20.20	7.68	20.00	7	34
Reacciones globales de estrés	49.23	18.76	52.00	17	85
Escala- Buscar apoyo social	10.94	3.92	11.00	4	18
Escala- Concentrarse en resolver el problema	11.54	4.04	11.00	3	19
Escala- Esforzarse y tener éxito	12.43	4.20	13.00	4	18
Escala- Invertir en amigos íntimos	12.63	4.65	13.00	1	19
Escala- Buscar pertenencia	9.74	3.35	9.00	2	18
Escala- Falta de afrontamiento o No afrontamiento	6.63	3.95	6.00	0	16
Escala- Acción social	7.54	3.42	7.00	2	16
Escala- Ignorar el problema	7.06	3.70	7.00	1	16
Escala- Autoinculparse	7.00	3.90	6.00	0	15
Escala- Reservarlo para sí	9.69	3.83	10.00	2	16
Escala- Fijarse en lo positivo	10.20	2.88	10.00	4	16
Escala- Buscar ayuda profesional	10.20	4.23	10.00	0	16
Escala- Distracción física	7.23	3.60	8.00	0	12

N= 35

La tabla 1 muestra los descriptivos de las variables de las reacciones de estrés y las estrategias de afrontamiento de la prueba ACS Lima. El IREA tuvo una media de 49.23 ( $DE= 18.76$ ) siendo un nivel elevado en reacciones de estrés global (Valdéz, 1999). Tanto las reacciones emocionales ( $M= 20.20$ ), cognitivas ( $M=13.17$ ) y

fisiológicas ( $M=15.86$ ) alcanzan puntajes altos sobre lo normativo considerándose en niveles de reacciones de estrés elevadas (Valdéz, 1999). En relación a los promedios obtenidos en las escalas de afrontamiento, podemos observar en la muestra mayores niveles de la estrategia invertir en amigos íntimos ( $M= 12.63$  y  $DE= 4.63$ ) y el promedio más bajo en utilizar la estrategia de falta de afrontamiento o no afrontamiento ( $M= 6.63$  y  $DE= 3.95$ ). Los rangos de los puntajes dentro de las escalas de afrontamiento fluctúan entre 0 y 19 siendo las escalas invertir en amigos íntimos y concentrarse en resolver el problema las que obtuvieron los puntajes más altos (Máximo = 19) y las escalas de no afrontamiento, autoinculparse, buscar ayuda profesional y distracción física las que tuvieron puntajes mínimos (Mínimo= 0) (ver tabla 1).

En cuanto a las relaciones entre las reacciones de estrés y las estrategias de afrontamiento, como se observa en la tabla 2, se hallaron correlaciones directas entre las reacciones fisiológicas con la escala de no afrontamiento y con la escala de Autoinculparse; las reacciones emocionales con la escala de no afrontamiento y, las reacciones globales de estrés con la escala de no afrontamiento y Autoinculparse. A diferencia de la correlación entre la estrategia autoinculparse y la escala de no afrontamiento que presenta una relación alta según el criterio de Cohen (1988), en el resto de los casos, las asociaciones entre las variables son moderadas. Por otro lado, tanto las reacciones cognitivas, emocionales y las globales de estrés, correlacionaron negativamente con las escalas esforzarse y tener éxito y distracción física. En los 6 casos se observan relaciones moderadas (Cohen, 1988).

**Tabla 2***Correlaciones de Pearson entre reacciones de estrés y estrategias de afrontamiento<sup>a</sup>*

	Es	Na	Cu	Fi
Rf		0.45**	0.61***	
Rc	-0.37*			-0.43**
Rem	-0.45**	0.34*		-0.51**
Et	-0.34*	0.40*	0.44**	-0.45**

Reacción fisiológica (Rf), Reacción cognitiva (Rc), Reacción emocional (Rem), Reacciones globales de estrés (Et), Escala esforzarse y tener éxito (Es), Escala falta de afrontamiento o afrontamiento no productivo (Na), Escala autoinculparse (Cu), Escala de distracción física (Fi)

<sup>a</sup> n= 35, \*  $p \leq 0.05$ , \*\*  $p \leq 0.01$ , \*\*\*  $p \leq 0.001$

Además, en relación a los objetivos específicos se observó diferencias significativas en las reacciones globales de estrés en hombres y mujeres ( $t(33) = -4.84$ ,  $p$

$\leq 0.001$ ), en donde las adolescentes presentan un nivel de estrés global mayor al de sus pares varones (ver tabla 3). A su vez, se evidencia que el nivel de las reacciones de estrés en el caso de las mujeres es alto, mientras que el de los hombres es de nivel medio (Valdéz, 1999). Igualmente se encontró diferencias significativas según el sexo en la reacción fisiológica ( $t(33) = -2.66, p \leq 0.01$ ) y en las reacciones emocionales ( $t(33) = -5.72, p \leq 0.001$ ), observando que en ambos casos las mujeres tienen puntajes significativamente mayores en dichas subescalas (ver tabla 3). En cuanto a las reacciones cognitivas, el sexo también es una variable diferenciadora. De igual forma como en los casos anteriores, son las mujeres las que utilizan más la reacción cognitiva frente al estrés ( $Mdn_{mujeres} = 17.00, Mdn_{hombres} = 9.50$ ) (ver apéndice I).

**Tabla 3**

*Diferencias en las reacciones de estrés y estrategias de afrontamiento según sexo*

	Hombres (n=16)		Mujeres (n=19)		Estadísticos	
	Media	DE	Media	DE	T-Student	P bilateral
Reacción fisiológica	12.25	7.14	18.89	7.55	-2.66	0.01
Reacción emocional	14.38	4.82	25.11	6.05	-5.72	0.00
Reacciones globales de estrés	36.25	15.11	60.16	14.1	-4.84	0.00
Escala autoinculparse	5.75	2.54	8.05	4.55	-1.88	0.07
Escala distracción física	9.06	2.08	5.68	3.91	3.25	0.00
Escala ignorar el problema	8.19	3.21	6.11	3.90	1.70	0.09

$p \leq 0.05, p \leq 0.01, p \leq 0.001$

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se halló una diferencia significativa según el sexo en la escala de Autoinculparse ( $t(29.03) = -1.88, p \leq 0.05$ ) (ver tabla 3), siendo las mujeres las que utilizan más esta estrategia en comparación con los varones. De igual manera se halló diferencias significativas según el sexo en el caso de la escala ignorar el problema ( $t(33) = 1.70, p \leq 0.05$ ), en la cual los varones la estarían utilizando con mayor frecuencia que las mujeres (ver tabla 3). Igualmente, en la estrategia de afrontamiento distracción física se encontraron diferencias significativas en mujeres y hombres ( $t(28.28) = 3.25, p \leq 0.001$ ), siendo éstos últimos quienes más emplean dicha estrategias (ver tabla 3). Con respecto al resto de las escalas de afrontamiento, no se hallaron diferencias significativas por sexo (ver apéndice H, I).

Por otro lado, tampoco se hallaron diferencias significativas según la edad con las estrategias de afrontamiento y las reacciones de estrés (ver apéndice J, K)

Por último, se observó que al permanecer más tiempo institucionalizados, mayor utilización de las estrategias de afrontamiento de distracción física y esforzarse y tener éxito mientras que disminuye el uso de estrategias de no afrontamiento y de reservarlo para sí (ver apéndice L). Además, no se encontraron diferencias significativas con respecto a las reacciones de estrés y tiempo de permanencia en institucionalización (ver apéndice L).



## Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo analizar las posibles relaciones entre el estrés reactivo y el afrontamiento en adolescentes institucionalizados ex consumidores de sustancias psicoactivas. Se estudió la fuerza de la relación entre las reacciones de estrés tanto físicas, emocionales como cognitivas y las trece estrategias de afrontamiento. Adicionalmente, se exploró la relación entre estas variables según rango de edad y sexo.

Es poco lo que se ha investigado respecto a las reacciones de estrés durante el proceso de internamiento para rehabilitación por consumo de drogas y su relación con las estrategias de afrontamiento en este grupo de estudio. A su vez, si comparamos los resultados obtenidos en una investigación con población en riesgo en Lima (adolescentes embarazadas) (Valdéz, 1999), donde se obtuvo niveles de reacciones globales de estrés agudo intermedias, y la presente población, también en riesgo, pero con reacciones globales de estrés elevadas, se abre la pregunta si la institucionalización y rehabilitación por consumo de drogas podría ser uno de los factores influyentes para dicha diferencia. La experiencia de vivir institucionalizados probablemente actúa como un estresor primario (Massoglia, 2008), ya que son momentos que requieren ajustes importantes en el comportamiento en un periodo corto de tiempo (Thoits, 1995). De esta manera, los adolescentes del estudio, no solo hacen frente a la situación de pasar de un ambiente sin restricciones a uno “bajo llave”, controlado y con normas lo cual de por sí ya es estresante, sino que también es volver consciente y por tanto afrontar que necesitan ser tratados y rehabilitados por el consumo de drogas y todo lo que ello supone.

En la población estudiada, las reacciones emocionales de estrés predominan sobre las reacciones fisiológicas y cognitivas, y a pesar de obtener en todos los casos niveles altos, supone que durante el proceso de internamiento existe un nivel elevado de malestar emocional. Ello a su vez podría haberse visto influenciado por la ansiedad de consumo por las sustancias psicoactivas (Cano-Vindel, Miguel-Tobal, González, Iruarrizaga, 1994), aspecto que si bien no fue evaluado en esta investigación, no deja de tener importancia debido a que podría aparecer entre los jóvenes en diferentes momentos de la evaluación.

Además, se ha encontrado que las reacciones fisiológicas elevadas tienen que ver con la combinación de experiencias de victimización, exposición de abuso físico y

violencia (vistas en torno a la vida en calle y en familia) con negligencia parental y familias disfuncionales (Freitag et al., 2009), lo cual concuerda con las características de la población estudiada y por tanto ayuda a comprender el resultado. Más aún, se ha encontrado que dichas experiencias negativas han estado muy presentes en la población femenina, lo cual puede ayudar a explicar por qué las mujeres presentan mayores reacciones fisiológicas a comparación de los varones a pesar de encontrar lo opuesto en diversos estudios como los de Bouma et al., 2009, Kajantie y Philips, 2006 y Klimes-Dougan et al., 2001.

Los hallazgos en el presente estudio evidencian que existe una fuerte relación entre las reacciones fisiológicas y la estrategia de afrontamiento autoinculparse, lo cual es un resultado que preocupa. La forma en la cual los adolescentes están afrontando al estresor estaría retroalimentando las reacciones fisiológicas y por tanto se convierte en un círculo vicioso que es difícil de superar. Es decir, el individuo al sentir que es responsable de los problemas o preocupaciones que tiene hace que se genera un incremento en las respuestas fisiológicas, lo que imposibilita lograr un afronte positivo y más bien se convierte cada vez en algo más difícil de sobrellevar. De igual manera, a través de la observación e interacción con la población estudiada, se ha encontrado que los adolescentes tienden a relacionar sus problemas como el consumo de drogas, la situación de calle y los actos delictivos cometidos (entre otros) que los conllevaron a un internamiento, como si fueran su propia responsabilidad y no producto posiblemente del contexto familiar desfavorable que vivenciaron. Entonces, la circunstancia de que estén institucionalizados estaría reforzando la idea de que ellos son los únicos responsables de sus problemas, ya que concretiza la situación al encontrarse privados de su libertad y ser ellos los únicos responsables. Además, ello denota que los adolescentes no están pudiendo utilizar sus recursos frente a una situación de preocupación y amenaza. De igual forma, se estaría presentando la misma situación frente a mayor estrés global y su relación con la estrategia de autoinculparse.

Los adolescentes institucionalizados utilizan la estrategia de afrontamiento no productivo frente a altos niveles de estrés global, reacción fisiológica y emocional en la cual se refleja su incapacidad para enfrentar el problema. Por un lado, ello podría deberse a que, según estudios, la etapa de vida en la que se encuentran se caracteriza por el aumento de las reacciones de estrés pudiendo interferir en la resolución de problemas de manera racional producto de los cambios físicos y biológicos (Zimmer-Gembeck y Skinner, 2008). Otra posible explicación podría ser que se ha encontrado que al

experimentar emociones negativas como la ansiedad, miedo, ira y depresión afectan los procesos de pensamiento y acción disminuyendo el repertorio conductual del individuo (Seligman, 2002). A su vez, se ha comprobado que estados de ánimos negativos harían más accesibles pensamientos negativos (Barra, 2003) con lo cual se comprende la dificultad de los adolescentes de poder hacer frente a la situación; pues, al verse invadidos por emociones y pensamientos negativos, lo restante resulta también con el mismo tinte, por lo que se les complica poder afrontar un problema con éxito. Adicionalmente, que la población estudiada se caracterice por carecer de adecuados modelos sociales que faciliten el aprendizaje de herramientas adaptativas para desenvolverse en su ambiente (Abregú, 2009), podría ser un factor que explique el resultado recientemente expuesto; ya que, al no tener una referencia, no han podido interiorizar las formas adecuadas de afronte. Es más, el no tener una experiencia directa o vicaria previa a las demandas de la situación, podría no generar la oportunidad de desarrollar recursos de afrontamiento específicos para tales circunstancias (Lazarus y Folkman, 1986).

Al hallazgo anterior se suma que estos adolescentes utilizan con menor frecuencia la estrategia de afrontamiento de esforzarse y tener éxito a mayores reacciones cognitivas, emocionales y estrés global lo cual los pone en desventaja frente a las situaciones de estrés que tienen que manejar.

En adición, se ha encontrado que la población investigada tiene dificultades para enfrentar los problemas a través de la distracción física cuando presenta mayores reacciones de estrés de tipo cognitivo, emocional y estrés global. Posiblemente, el hecho que los adolescentes institucionalizados debido al régimen de normas establecidas no tengan la libertad para realizar ejercicios en el momento que desean, explicaría las dificultades que están teniendo para utilizar el deporte como modo de distracción o afronte frente al problema. Además, tal vez pueda deberse a una imposibilidad de sobreponerse ante los síntomas negativos de las reacciones de estrés. Como sugerencia, se podría considerar incorporar a futuro talleres de reconocimiento y de expresión de las emociones negativas a través del juego para la canalización adecuada de las mismas. Esto reforzaría el aprendizaje de las diferentes formas de utilizar las actividades lúdicas como herramienta de distracción frente a los problemas.

Más aún, se ha observado que los juegos así como el deporte, ayudan a los jóvenes a desarrollar sentimientos de pertenencia al grupo, aprender a trabajar en equipo, desarrollar espíritu de competencia, liderazgo, (Gil, González, Pastor y

Fernández, 2010) y deseo de esforzarse por un fin. También, el realizar ejercicio incrementa el autoconcepto (Edenfield y Blumenthal, 2011; Gil et al., 2010; Oblitas, 2008), reduce el estrés y la ansiedad (Edenfield y Blumenthal, 2011; Oblitas, 2008), disminuye la agresión y las actividades delictivas (McHale, Vinden, Bush, Richer, Shaw y Smith, 2005) y hay un menor riesgo de experimentar con drogas (Lisha y Sussman, 2010; Gonzales et al., 2010; McHale et al., 2005; Mathews y Pillon, 2004). Por ello, se recomendaría incrementar o ser más flexibles con las horas destinadas a la realización de ejercicios pues no sólo disminuye el estrés sino que funciona como factor protector ante las conductas de riesgo.

Con respecto a los objetivos específicos, se encontró que las mujeres poseen mayor estrés global que los hombres, lo cual coincide con la literatura científica en donde se evidencia que éstas experimentan la situación como más estresante y difícil que los varones (Barra, Cerna, Kramm y Vélez, 2004; Ge et al., 1994; Gelhaar et al., 2007; Jose y Ratcliffe, 2004; Nolen-Hoeksema y Girgus, 1994). Con ello, se puede corroborar las diferencias en los grados de estrés percibido, pues en el caso de las adolescentes, se observó un nivel de estrés que duplica aproximadamente al de los hombres, encontrándose en niveles de estrés agudo alto mientras que el de los varones es de nivel medio. Según Nolen-Hoeksema y Girgus (1994) a partir de la pubertad, las mujeres reportan mayores estresores en su vida a comparación de los hombres como las preocupaciones por la insatisfacción corporal y el aspecto físico y mayores tasas de acoso y abuso sexual, lo cual podría explicar lo hallado.

De la misma manera, a través de la interacción y observación de la población estudiada, se puede considerar que hubo ciertos factores situacionales que posiblemente hayan influido a que se encuentre mayores niveles de estrés en las adolescentes que en los varones. Por ejemplo, las condiciones de la casa de las mujeres, en el momento del estudio, se vieron afectadas por una situación económica difícil lo cual tuvo repercusiones en las actividades cotidianas, la disminución de los talleres, entre otros. También, que las adolescentes no tuvieran claridad acerca de la fecha de la mudanza podría haber incrementado el estrés de éstas, pues según Lazarus y Folkman (1986), las circunstancias naturales de incertidumbre generan gran estrés. Por último, la infraestructura de la casa de las adolescentes podría haber sido un factor generador de estrés ya que es posible que hayan experimentado mayor sensación de “encierro” debido al reducido tamaño de la casa a comparación del amplio espacio con que cuentan los varones.

Las adolescentes institucionalizadas tienen mayores reacciones emocionales a diferencia de los hombres. Ello es respaldado por la literatura científica que a lo largo de los años ha demostrado que las mujeres, a diferencia de los hombres, suelen experimentar mayores niveles de emociones negativas ante situaciones estresantes (Craske, 2003; Garber et al, 2002; Ge et al, 1994; Hampel y Petermann, 2006; Kelly et al., 2008) como también reportan mayor expresión emocional a comparación de los varones quienes son más propensos a la aceptación de una situación estresante (Hampel y Petermann, 2005; Matud, 2004; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2008).

Siguiendo la misma línea, de acuerdo a los resultados de la presente investigación, las mujeres presentan mayores reacciones cognitivas a diferencia de los hombres institucionalizados. Las investigaciones revelan que las mujeres son más propensas a utilizar la rumiación cuando experimentan emociones negativas (Butler y Nolen-Hoeksema, 1994; Cova, Rincón y Melipillán, 2009; Thomsen, Mehlson, Viidik, Sommerland, y Zachariae, 2005; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2008), dato que afirma lo hallado y que a su vez hay que tomar en consideración por posibles consecuencias negativas. Como por ejemplo, que dicha acción conlleva a mayor sintomatología depresiva y ansiosa (Abela, Hankin, Sheshko, Fishman, y Stolow, 2012; Calmes y Roberts, 2007; Nolen-Hoeksema, Larson, y Grayson, 1999) lo cual sería perjudicial para las adolescentes pues estaría reforzando las respuestas cognitivas y dificultaría la posibilidad de poder sobrellevar una situación difícil.

Se encontró que las mujeres hacen mayor uso de la estrategia autoinculparse lo cual también se observa en otros estudios (Bermúdez, Teva y Buena-Casal, 2009; Frydenberg y Lewis, 2000; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002) y probablemente ocurre debido al mayor empleo de la rumiación a diferencia de los hombres (Cova et al., 2009; Thomsen et al., 2005).

Además, a diferencia de los resultados en los estudios peruanos e internacionales sobre las estrategias de afrontamiento en adolescentes, donde las mujeres, a comparación de los hombres, utilizan mayormente la escala de buscar apoyo social (Canessa, 2000; Gelhaar et al., 2007; Gómez-Fraguela et al., 2006; Martínez y Morote, 2011; Wanat et al., 2010; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2008), en la presente investigación, ello no ocurrió. Posiblemente la institucionalización hace la diferencia ya que en las investigaciones mencionadas la población no era institucionalizada.

En estudios sobre el soporte social y adolescentes institucionalizados, se ha encontrado que éstos no consideran al grupo de pares como una red de soporte social

(Han y Choi, 2005; Peres, 2008) y tampoco perciben un adecuado apoyo social por parte de los adultos (Yoo et al., 2002 citado en Han y Choi, 2005), siendo aún menor en el caso de los adolescentes institucionalizados provenientes de situación de calle en el Perú. Según Tejada (2005), en dicha población, no existe una noción de “amigos” sino de “patas” en donde prima la desconfianza y el recelo. No confían en nadie producto de lo vivenciado en situaciones de calle como violencia (Alor, 1999; de Benítez, 2007), abusos y diversos tipos de maltrato (Save the Children, 2003), lo que les genera mantenerse a la defensiva, alertas al medio y la dificultad para poder relacionarse de manera favorable con los demás. Sumado a ello, en la interacción con dicha población, se ha podido observar que las adolescentes, muchas veces, se sienten incomprendidas por los adultos de la institución, lo cual hace que éstas no confíen en ellos o más aún que no los consideren como un soporte social. También, queda abierta la pregunta de si los vínculos formados entre las adolescentes del presente estudio y el personal de trabajo, son considerados por las jóvenes como lazos temporales, pues no hay una perspectiva de vínculo a futuro ya que consideran que su estadía es temporal.

En adición, los resultados hallados dan cuenta que los hombres tienden a utilizar la distracción física para afrontar situaciones estresantes más que las mujeres, lo cual concuerda con otras investigaciones en el Perú sumado a estudios con adolescentes de otros países (Canessa, 2000; Gelhaar et al., 2007; Frydenberg, 2008; Martínez y Morote 2001; Zimmer-Gembeck y Skinner, 2008). Una posible explicación a esta tendencia se relaciona con que los varones tienden a emplear estrategias de afrontamiento de distracción de sus emociones así como el afrontamiento de evitación donde se expresa a través del mayor uso de la estrategia de ignorar el problema (Frydenberg, 2008; Hampel y Petermann, 2005; Martínez y Morote, 2001; Nolen-Hoeksema, 1991), también observadas en este estudio. En ambos casos, dichas estrategias dan cuenta de que los hombres tienden a externalizar más sus problemas y no mostrar síntomas de expresión interna como ansiedad y depresión como es en el caso de las mujeres (Escobar, 2008; Rosenfield y Mouzon, 2013).

Otra razón que podría explicar que los hombres utilicen más la estrategia de afrontamiento de distracción física tiene que ver con la infraestructura de donde habitan ambas poblaciones. La casa de los varones, a diferencia del hogar de las mujeres, se caracteriza por ser un lugar amplio, donde cuentan con instalaciones (como loza deportiva, jardín) para realizar diversas actividades recreativas al aire libre. Igualmente, en el caso de los adolescentes, en su tiempo libre pueden practicar cualquier actividad

física mientras que en el caso de las adolescentes, el deporte se encuentra restringido al horario del hogar y es estrictamente obligatorio por lo que también podría ser un factor a considerar, pues no lo realizan de forma voluntaria sino que es parte del reglamento a cumplir.

Un dato importante que podría tener relevancia en la presente investigación es que la literatura científica menciona que los hombres podrían tener como estrategia de afrontamiento el consumo de drogas y conductas violentas (Rosenfield y Mouzon, 2013) siendo éstas consideradas como de evitación. Ello se muestra acorde con la población estudiada previa a su internamiento ya que se dedicaban a consumir, podían estar involucrados en bandas, pandillaje entre otros. Si bien estas conductas ya no las realizan, debido a que se encuentran en rehabilitación, los resultados obtenidos todavía muestran una persistencia en la utilización de estrategias de evitación como vendría a ser ignorar el problema. No obstante, como ya se ha mencionado, usar estas estrategias de afrontamiento en esta etapa es común en los adolescentes varones (Frydenberg, 2008).

En relación a la edad, no se hallaron diferencias significativas en las respuestas de estrés, especialmente en las reacciones fisiológicas ni en el afrontamiento (sobre todo en las estrategias de concentrarse y resolver el problema y escala de soporte social) como se esperaba de acuerdo a la bibliografía científica. Una posible razón estaría en relación al tamaño pequeño de la muestra (N=35), implicando una menor variabilidad entre las personas y por tanto no resultando significativo. Además, si bien se ha encontrado que en la adolescencia media, la búsqueda de apoyo social aumenta en relación a los pares (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007), ello no fue significativo probablemente debido a las características particulares de la población, como se menciona líneas arriba.

Por otra parte, las escalas de reducción de la tensión, preocuparse, hacerse ilusiones, buscar diversiones relajantes y buscar ayuda espiritual no fueron posibles de ser utilizadas en el estudio debido a que sus confiabilidades eran muy bajas o negativas. Con respecto a la primera escala, se cree que es debido a un problema de redacción de la prueba original ACS Lima ya que en varios de los ítems que conforman esta escala, (ítem 9 e ítem 64), se enunciaba más de una acción lo cual genera confusión y, es posible que no lo marque como algo que les ocurre. En la escala de hacerse ilusiones, los adolescentes entendieron dos de los ítems de manera inversa, pues suponen que al hacerse ilusiones no esperan que ocurra lo mejor ni que los problemas se resuelvan por sí solos.

Con respecto a las otras tres escalas, se cree que no fueron confiables porque no se ajustan a la población estudiada. En el caso de la escala preocuparse, los ítems no se asemejan con la situación ni las características de la población pues éstos buscan preocuparse por cosas más concretas como son las necesidades básicas, cumplir con las normas del lugar entre otros y no ven metas a largo plazo. En la escala de buscar diversiones relajantes, los ítems describen actividades de ocio y relajación implicando tiempo libre y salir de casa para distraerse, lo cual no es posible en la población investigada debido a que tienen un horario restringido y no tienen permiso para salir libremente a divertirse y olvidar sus dificultades debido al internamiento. Finalmente, la escala de buscar ayuda espiritual no es significativa para los adolescentes, ya que lo espiritual no es algo que sea relevante para ellos, probablemente porque no ha sido inculcado por sus padres y a que la escala se dirige a gente creyente y por tanto se ciñe a esas características. Más aún, a través de la ficha sociodemográfica, se pudo corroborar que los adolescentes no sabían ni a qué religión pertenecían.

Como información adicional, se encontró que no hay diferencias significativas en cuanto al tiempo de permanencia en la institución y las reacciones de estrés. Mas bien, sí se observó que al permanecer mayor tiempo en la institución, las estrategias de afrontamiento de esforzarse y tener éxito y la escala de distracción física aumentan, lo que podría tener relación con un incremento en las motivaciones de los adolescentes y con contar con más herramientas que influyen en la mayor utilización de estrategias de afrontamiento centradas en resolver el problema. A su vez, se halló que el no afrontamiento y la estrategia de reservarlo para sí, disminuyen a mayor tiempo de internamiento, por lo que éste favorece en el menor uso de estrategias no productivas e indicaría que los adolescentes tal vez estarían estableciendo mayor conexión con las demás personas, a confiar en ellos y reconstruir un nuevo sistema vincular. Con ello, se podría entender que el proceso de adaptación al lugar, a conectarse con sus problemas y todo lo que habían evitado pudo influir en los tipos de estrategias de afrontamiento empleados. Sin embargo, se sabe que para poder profundizar en lo antes mencionado se requieren estudios longitudinales y serían recomendables para poder entender este proceso.

Para futuras investigaciones, sería importante considerar la medicación como una variable de control, ya que podría tener implicancias directas en el SNC. En el presente estudio, muchos de los adolescentes se encontraban medicados con benzodiazepinas, la cual actúa como depresora del SNC (Mucio-Ramírez, 2007) y por tanto podría haber

afectado las respuestas de las reacciones fisiológicas y así alterar los resultados. Igualmente, se recomienda tener como variable de control la constatación de que los participantes de la muestra no se encuentren con síndrome de abstinencia o ansiedad de consumo, pues eso también puede alterar las respuestas de estrés. Asimismo, se tuvo la dificultad de acceder a la información sobre la medicación, en la casa de varones, de forma rigurosa y por tanto no se pudo tener control sobre ello, ni tampoco considerarse como un criterio de exclusión debido al limitado acceso a la población.

Finamente, sería recomendable replicar el estudio en poblaciones con las mismas características de la presente investigación con la finalidad de poder caracterizar a estos adolescentes. Además, sería apropiado si se realiza con una muestra más grande, ya que se podría observar las posibles diferencias según el rango de edad puesto que en el actual estudio ello no sucedió. También, sería importante ahondar en dicha población desde un lado más cualitativo con la finalidad de encontrar sus principales fuentes de estrés para que se pueda trabajar en ello. De igual manera, todos los hallazgos encontrados y debido a la posibilidad de haber interactuado con la población, llevan a reflexionar sobre si los permisos de salida de los adolescentes y la buena conducta ejercida por ellos mismos, se convierten o vienen a ser una fuente adicional de estrés, debido a que si logran salir de permiso podría ser un alivio, pero si no se les permite, ello podría convertirse en un estresor más.

Por último, como ya se ha mencionado, se tuvo dificultades con algunas de las escalas del ACS-Lima por lo que se sugiere seguir estudiando el instrumento en poblaciones similares a la investigada para poder determinar si sólo ocurre en los adolescentes institucionalizados ex consumidores de drogas o, si también afecta a otros. Es importante considerar que el modo de aplicación de las pruebas se mantenga con el método de entrevista pues debido a las características de la población (atraso en grados escolares y por la dificultad para la comprensión) es la forma más adecuada de recolectar los datos. Se recomienda a la institución que considere dentro de sus actividades la implementación de talleres de expresión y reconocimiento de emociones negativas a través de actividades lúdicas y el incremento de horas de actividad física, como factores protectores de mejoramiento de las estrategias de afrontamiento empleadas por los adolescentes.

## Referencias

- Abela, J., Hankin, B., Sheshko, D., Fishman, M., y Stolow, D. (2012). Multi-wave prospective examination of the stress reactivity extension of response styles theory of depression in high-risk children and early adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 40(2), 277-287. doi: 10.1007/s10802-011-9563-x
- Abregú, S. (2009). *Calidad de las relaciones interpersonales de adolescentes en situación de calle a través del Psicodiagnóstico de Rorschach*. Recuperado de <http://www.mundolibre.org.pe/conferencia/recursos/files/feb7/sandra-abregu.pdf>
- Aguirre, G. (2012). *Los niños de la calle en la Ciudad de México, y la posibilidad de que algunos sean de origen indígena; como un problema social y como influye su entorno*. Recuperado de <http://justiciaypluralidad.files.wordpress.com/2012/12/diplomado-pumc-nic3b1os-de-la-calle-guillermo-aguirre-herrera.pdf>
- Alor, H. (1999). *Estrategias de educación y de formación para los grupos desfavorecidos. Proyecto "Amigos de los niños de la calle", Perú (UNESCO)*. Recuperado de [http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001175/117547s.pdf?class=IIEP\\_PDFpublications&page=publications&estat\\_url=http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001175/117547s.pdf](http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001175/117547s.pdf?class=IIEP_PDFpublications&page=publications&estat_url=http://unesdoc.unesco.org/images/0011/001175/117547s.pdf)
- Barra, E. (2003). Influencia del estado emocional en la salud física. *Terapia Psicológica*, 21(1), 55-60.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, D., y Vélez, V. (2004). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24, 55-61.
- Bee, H. (1994). *Lifespan development*. New York: Harper Collins.
- de Benítez, S. T. (2007). *State of the world's street children: violence. Consortium for Street Children*. Recuperado de [http://www.stretchchildren.org.uk/\\_uploads/publications/State\\_of\\_the\\_Worlds\\_Street\\_Children\\_Research\\_final\\_PDF\\_online.pdf](http://www.stretchchildren.org.uk/_uploads/publications/State_of_the_Worlds_Street_Children_Research_final_PDF_online.pdf)
- Bermúdez, M., Teva, I., y Buena-Casal, G. (2009). Influencia de variables sociodemográficas sobre los estilos de afrontamiento, el estrés y la búsqueda de sensaciones sexuales en adolescentes. *Psicothema*, 21(2), 220-226.

- Bouma, E., Riese, H., Ormel, J., Verhulst, F., y Oldehinkel, A. (2009). Adolescent's cortisol responses to awakening and social stress: effects of gender, menstrual phase and oral contraceptives. The trails study. *Psychoneuroendocrinology*, 34(6), 884-893. doi: 10.1016/j.psyneuen.2009.01.003
- Buceta, J., & Bueno, A. (2001). Estrés, rendimiento y salud. En J. Buceta, A. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conducta de riesgo* (pp.19-28). Madrid: Editorial Dykinson.
- Burg, M., y Pickering, T. (2011). The Cardiovascular System. En R. Contrada y A. Baum (Eds.), *The handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health* (pp.37-46). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Buske-Kirschbaum, A., Jobst, S., Wustmans, A., Kirschbaum, C., Rauh, W., y Hellhammer, D. (1997). Attenuated free cortisol response to psychosocial stress in children with atopic dermatitis. *Psychosomatic Medicine*, 59(4), 419-426. doi: 10.1097/00006842-199707000-0001
- Butler, L., y Nolen-Hoeksema, S. (1994). Gender differences in responses to depressed mood in a college sample. *Sex Roles*, 30(5), 331-346. doi: 10.1007/BF01420597
- Calmes, C., y Roberts, J. (2007). Repetitive thought and emotional distress: Rumination and worry as prospective predictors of depressive and anxious symptomatology. *Cognitive Therapy Research*, 30, 343-356. doi: 10.1007/s10608-006-9026-9
- Canessa, B. (2000). *Adaptación de la prueba "escala de afrontamiento para adolescentes" en escolares entre 14 y 17 años de edad de diferente sexo y nivel socioeconómico*. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología. Lima: Universidad de Lima
- Cano-Vindel, A., Miguel-Tobal, J., González, H., & Iruarrizaga, I. (1994). El afrontamiento de la ansiedad en las drogodependencias. *Anales de psicología*, 10(2), 145-156. Recuperado de <http://digitum.um.es/jspui/handle/10201/10084>
- Carcelén, M.C., y Martínez, P. (2012). Perspectiva temporal futura en adolescentes institucionalizados. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 26(2), 255-276.
- Carver, C. (2011). Coping. En R. Contrada y A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp.221-230). New York: Springer Publishing.

- Casquero, R. (2006). La realidad sobre los niños, niñas y adolescentes en situación de calle. Programas casas hogar. Lima: CEDRO (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas). Recuperado de <http://www.bvcedro.org.pe/handle/123456789/164>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., y Valdéz, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 21(2),364-392.
- Castamán, D. (2005). El consumo del “terokal” en los niños y niñas en situación de calle. *Revista Anales de Psicología*, 13(1), 67-95. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/ninez/terokal.pdf>.
- Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (1997). *Consumo de drogas en niños de la calle de la ciudad de Lima*. Recuperado de <http://www.bvcedro.org.pe/handle/123456789/503>.
- Charbonneau, A., Mezulis, A., y Hyde, J. (2009). Stress and emotional reactivity as explanations for gender differences in adolescent’s depressive symptoms. *Journal of youth and adolescence*, 38(8), 1050-1058. doi: 10.1007/s10964-009-9398-8
- Chrousos, G., Torpy, D., y Gold, P. (1998). Interactions between the hypothalamic–pituitary–adrenal axis and the female reproductive system, clinical implications. *Annals of Internal Medicine*, 129(3), 229-240.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Lawrence Erlbaum Associates.
- Collazos, F., Qureshi, A., Antonin, M., y Tomás-Sábado, J.(2008). Estrés aculturativo y salud mental en la población inmigrante. *Papees del psicólogo*, 29(3), 307-315.
- Compas, B., Connor-Smith, J., Saltzman, H., Thomsen, A., & Wadsworth, M. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Progress, problems, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127. doi:10.1037/0033-2909.127.1.87
- Compas, E., Malcrane, V., y Fondacaro, K. (1988). Coping with stressful events in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(3), 405-411. doi: 10.1037/0022-006X.56.3.405
- Compas, E., y Wagner, B. M. (1991). Psychosocial Stress during Adolescence: Intrapersonal and Interpersonal Processes. En M.E. Colten y S. Gore (Eds.),

- Adolescent stress: Causes and Consequences* (pp. 67-85). New York: Walter de Gruyter, Inc.
- Cornejo, M., y Lucero, M. (2005). Preocupaciones vitales en estudiantes universitarios relacionados con bienestar psicológico y modalidades de afrontamiento. *Fundamentos en Humanidades*, 6(12), 143-153.
- Cova, F., Rincón, P., y Melipillán, R. (2009). Reflexión, rumiación negativa y desarrollo de sintomatología depresiva en adolescentes de sexo femenino. *Terapia Psicológica*, 27, 155-160.
- Craske, M. (2003). *Origins of phobias and anxiety disorders: Why women more than men?* Elsevier: Oxford.
- Crespo, M., & Labrador, F. (2001). Evaluación y tratamiento del estrés. En J.M. Buceta, A.M. Bueno y B. Mas (Eds.), *Intervención psicológica y salud: control del estrés y conducta de riesgo* (pp.57-104). Madrid: Editorial Dykinson.
- Crick, N., Casas, J., y Nelson, D. (2002). Toward a more comprehensive understanding of peer maltreatment: Studies of relational victimization. *Current Directions in Psychological Science*, 11(3), 376–385. doi:10.1111/1467-8721.00177
- Durán Strauch, E., y Valoyes, E. (2009). Perfil de los niños, niñas y adolescentes sin cuidado parental en Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 7(2) 761-783.
- Edenfield, T., y Blumenthal, J. (2011). Exercise and stress reduction. En R. Contrada y A. Baum (Eds.), *The handbook of stress science. Biology, psychology and health* (pp. 301-319). New York: Springer Publishing.
- Elzinga, B., Roelofs, K., Tollenaar, M., Bakvis, P., van Pelt, J., & Spinhoven, P. (2008). Diminished cortisol responses to psychosocial stress associated with lifetime adverse events. A study among healthy young subjects. *Psychoneuroendocrinology*, 33(2), 222-237.
- Escobar, M. (2008). *Aceptación sociométrica e inadaptación socioemocional en la infancia: modelos predictivos* (Tesis doctoral, Universidad de Málaga, España). Recuperada de <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2673>
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo psicológico a través de la vida* (4ª ed.) (Trad. M.E. Ortiz). México, D.F: Pearson Educación.
- Fernández-Daza, M., y Fernández-Parra, A. (2013). Problemas de comportamiento y competencias psicosociales en niños y adolescentes institucionalizados. *Universitas Psychologica*, 12(3), 797-810. doi:10.11144/Javeriana

- Fernández-Millán, J.M., Malpica Buitrago, M.J., y Fernández Navas, M. (2010). Codificación y análisis diferencial de los problemas de los adolescentes acogidos en centro de protección en España. *Universitas Psychologica*, 9(3), 841-848.
- Figuroa, M. I., Contini, N., Lacunza, A. B., Levín, M., y Estévez Suedan, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Freitag, C., Hänig, S., Palmason, H., Meyer, J., Wüst, S., & Seitz, C. (2009). Cortisol awakening response in healthy children and children with ADHD: impact of comorbid disorders and psychosocial risk factors. *Psychoneuroendocrinology*, 34(7), 1019-1028.
- Frydenberg, E. (1997a) *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Frydenberg, E. (1997b). The correlates of coping: what differences does temperament, age or self-concept make? En J. Coleman (Ed.), *Adolescent coping - Theoretical and Research Perspectives* (pp.68-80). London: Routledge.
- Frydenberg, E. (2004). Coping competencies: What to teach and when. *Theory into practice*, 43(1), 14-22. doi: 10.1207/s15430421tip4301\_3
- Frydenberg, E. (2008). Gender and coping. En *Adolescent Coping- Advances in Theory, Research and Practice* (pp. 88-104). New York: Routledge.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997) *Manual de la Escala de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). Coping with stresses and concerns during adolescence: A longitudinal study. *American Educational Research Journal*, 37, 727-745.
- Galván, A., y McGlennen, K. (2012). Daily stress increases risky decision-making in adolescents: a preliminary study. *Developmental Psychobiology*, 54(4), 433-440. doi: 10.1002/dev.20602
- Garber, J., Keiley, M., y Martin, N. (2002). Developmental trajectories of adolescents' depressive symptoms: predictors of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(1), 79-95. doi:10.1037/0022-006X.70.1.79
- Ge, X., Lorenz, F., Conger, R., Elder, G., y Simons, R. (1994). Trajectories of stressful life events and depressive symptoms during adolescence. *Developmental*

- Psychology*, 30(4), 467-483. doi:10.1037/0012-1649.30.4.467
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., ... Metzke, C. W. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 129-156. doi:10.1080/17405620600831564
- Gianino, L. (2012). La resiliencia en niños institucionalizados y no institucionalizados. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*. 20(2), 79-90. Recuperado de [http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/3/1\\_avances\\_20\\_2012.pdf#page=79](http://www.unife.edu.pe/publicaciones/revistas/psicologia/2012/3/1_avances_20_2012.pdf#page=79)
- Gil, P., González, S., Pastor, J. C., y Fernández, J. (2010). Actividad física y hábitos relacionados con la salud en los jóvenes: estudio en España. *Reflexiones*, 89(2) 147-161.
- Goldstein, D., y Eisenhofer, G. (2000). Sympathetic nervous system physiology and pathophysiology in coping with the environment. En B.S. McEwen (Ed.), *Coping with the environment: neural and endocrine mechanisms* (Vol. 4, pp.21-43). New York: Oxford University Press.
- Gómez-Fraguela, J. A., Luengo-Martín, A., Romero-Triñanes, E., Villar-Torres, P., y Sobral-Fernández, J. (2006). Estrategias de afrontamiento en el inicio de la adolescencia y su relación con el consumo de drogas y la conducta problemática. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(3), 581-597.
- Gonzales, C., Siura, G., Guerrero, C., Castro, R., Osorio, J., Valerio, G., ... Gutiérrez, C. (2010). Uso del tiempo libre en actividades deportivas como factor protector frente al consumo de drogas entre escolares peruanos de educación secundaria. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 210-215.
- Govaerts, S., y Grégoire, J. (2004). Stressful academic situations: study on appraisal variables in adolescence. *Revue européenne de psychologie appliquée*, 54, 261-271. doi: 10.1016/j.erap.2004.05.001
- Gunnar, M., Wewerka, S., Frenn, K., Long, J., y Griggs, C. (2009). Developmental changes in hypothalamic-pituitary-adrenal activity over the transition to adolescence: normative changes and associations with puberty. *Developmental and Psychopathology*, 21(1), 69-85. doi: 10.1017/S0954579409000054

- Hackman, D., Betancourt, L., Brodsky, N., Kobrin, L., Hurt, H., y Farah, M. (2013). Selective impact of early parental responsivity on adolescent stress reactivity. *Plos one*, 8(3), 1-9. doi: 10.1371/journal.pone.0058250
- Hampel, P., y Petermann, F. (2005). Age and gender effects on coping in children and adolescents. En A. Hagell (Ed). *Journal of Youth and Adolescence*, 34(2), 73-83. doi: 10.1007/s10964-005-3207-9
- Hampel, P., y Petermann, F. (2006). Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 38(4), 409-415. doi:10.1016/j.jadohealth.2005.02.014
- Han, E., y Choi, N. (2006). Korean institutionalized adolescents' attributions of success and failure in interpersonal relations and perceived loneliness. *Children and Youth Services Review*, 28(5), 535-547. doi: 10.1016/j.childyouth.2005.06.002
- Hankin, B., y Abramson, L. (2001). Development of gender differences in depression: An elaborated experimental vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*, 127(6), 773-796. doi:10.1037/0033-2909.127.6.773
- Hankin, B., Mermelstein, R., y Roesch, L. (2007). Sex differences in adolescent depression: Stress exposure and reactivity models. *Child Development*, 78(1), 278-295. doi:10.1111/j.1467-8624.2007.00997.x
- Hernández R, Fernández C y Baptista, P. (2010). *Metodología de la investigación* (5ª ed.). México: McGraw-Hill.
- Hernández, S., y Gutiérrez, M (2012). Estilos de afrontamiento ante eventos estresantes en la infancia. *Acta de Investigación Psicológica*, 2(2), 687-698.
- Hyde, J., Mezulis, A., y Abramson, L. (2008). The ABC's of depression: Integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. *Psychological Review*, 115(2), 291-313. doi:10.1037/0033-295X.115.2.291
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2007). *Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda*. Recuperado de: <http://censos.inei.gob.pe/censos2007/>.
- Jose, P., y Ratcliffe, V. (2004). Stressor Frequency and Perceived Intensity as Predictors of Internalizing Symptoms: gender and age differences in adolescence. En M. O'Driscoll (Ed). *New Zealand Journal of Psychology*, 33(3), 145-154.
- Kajantie, E., y Philips, D. (2006). The effects of sex and hormonal status on the physiological response to acute psychosocial stress.

- Psychoneuroendocrinology*, 31(2), 151-178. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.07.002
- Kelly, M., Forsyth, J., y Karekla, M. (2006). Sex differences in response to a panicogenic biological challenge procedure: An experimental evaluation of panic vulnerability in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 44(10), 1421-1430. doi: 10.1016/j.brat.2005.10.012
- Kelly, M., Tyrka, A., Anderson, G., Price, L., y Carpenter, L. (2008). Sex differences in emotional and physiological responses to the Trier Social Stress Test. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 39(1), 87-98. doi: 10.1016/j.jbtep.2007.02.003
- Kirschbaum, C., Kudielka, B., Gaab, J., Schommer, N., & Hellhammer, D. (1999). Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus–pituitary–adrenal axis. *Psychosomatic Medicine*, 61(2), 154–162.
- Klimes-Dougan, B., Hastings, P., Granger, D., Usher, B., y Zahn-Waxler, C. (2001). Adrenocortical activity in at-risk and normally developing adolescents: individual differences in salivary cortisol basal levels, diurnal variation, and responses to social challenges. *Developmental and Psychopathology*, 13(3), 695-719. doi:10.1017/s0954579401003157
- Kombarakaran, F. A. (2004). Street children of Bombay: their stresses and strategies of coping. *Children & Youth Services Review*, 26(9), 853-871. doi:10.1016/j.chilyouth.2004.02.025
- Kudielka, B.M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D.H., y Kirschbaum, C. (2004). HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology*, 29(1), 83-98. doi:10.1016/s0306-4530(02)00146-4
- Lazarus, R. (2007). Stress and emotion: A new Synthesis. En A. Monat., R. Lazarus y G.Reevy (Eds.), *The praeger handbook of stress and coping* (Vol.1, pp. 33-52). London: Greenwood Publishing Group, Inc.
- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986) *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Ley N<sup>o</sup>29174 Ley general de centros de atención residencial de niñas, niños y adolescentes (2007). Recuperado de <http://docs.peru.justia.com/federales/leyes/29174-dec-22-2007.pdf>

- Llopis, J. (2001). Dependencia, intoxicación aguda y síndrome de abstinencia por cocaína. *Revista Adicciones*, 13(2), 147-166.
- Lisha, N., y Sussman, S. (2010). Relationship of high school and college sports participation with alcohol, tobacco, and illicit drug use: a review. *Addictive behaviors*, 35(5), 399-407. doi: 10.1016/j.addbeh.2009.12.032
- Loman M., y Gunnar M. (2010) Early experience and the development of stress reactivity and regulation in children. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 34(6), 867–876. doi: 10.1016/j.neubiorev.2009.05.007
- Luna, M. (2011). *Niñez y adolescencia institucionalizada: visibilización de graves violaciones de DDHH. Publicaciones sobre niñez sin cuidados parentales en América Latina: Contextos, causas y respuestas*. Recuperado del sitio de Internet Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar: <http://www.relaf.org/Documento%20agosto%202011%20Relaf.pdf>
- Márquez, S. (2006). Estrategias de afrontamiento del estrés en el ámbito deportivo: Fundamentos teóricos e instrumentos de evaluación. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 359-378.
- Martínez, P., y Morote, R. (2001). Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú*, 19(2), 212-236.
- Mathews, I., y Pillon S. (2004) Factores protectores y de riesgo asociados al uso de alcohol en adolescentes hijos de padre alcohólico, en el Perú. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 12, 359-68.
- Massoglia, M. (2008). Incarceration as exposure: the prison, infectious disease, and other stress-related illnesses. *Journal of health and social behavior*, 49(1), 56-71. doi: 10.1177/002214650804900105
- Matud, M. (2004). Gender differences in stress and coping styles. *Personality and Individual Differences*, 7(37), 1401-1415. doi: 10.1016/j.paid.2004.01.010
- McHale, J., Vinden, P., Bush, L., Richer, D., Shaw, D., y Smith, B. (2005). Patterns of Personal and Social Adjustment among Sport-Involved and Noninvolved Urban Middle-School Children. *Sociology of Sport Journal*, 22(2), 119-137.
- Mercurio E. (2011). Hacia un régimen penal juvenil. Fundamentos neurocientíficos. En Defensoría General de la Nación y UNICEF (Eds.), *Acceso a la Justicia de Niñas, Niños y Adolescentes. Estrategias y Buenas Prácticas de la Defensa Pública* (pp.153-176). Buenos Aires: Defensoría general de la Nación.

- Mikkelsen, F. (2009). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Moscoso, M. (2010). El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. *Persona*, (13), 11- 29.
- Mucio-Ramírez, J, S. (2007). La neuroquímica del estrés y el papel de los péptidos opioides. *Revista Educación Bioquímica*, 26(4), 121-128.
- Musitu, G., y Cava, M.J. (2003). El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(1), 179-192.
- 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., y Girgus, J.S. (1994). The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424-443.  
doi: 10.1037/0033-2909.115.3.424.
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., y Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061–1072. doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061
- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima*. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Oblitas, L. (2008). Psicología de la salud: Una ciencia del bienestar y la felicidad. *Revista Avances de Psicología*, 16(1), 9-38. Recuperado de <http://www.unife.edu.pe/pub/revpsicologia/psicologiasalud.pdf>
- Ordaz, S., y Luna, B. (2012). Sex differences in physiological reactivity to acute psychosocial stress in adolescence. *Psychoneuroendocrinology*, 37(8), 1135-1157. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.01.002
- Ordóñez, D. (1995). Niños de la calle y consumo de inhalantes: Problemas multidimensionales, intervención terapéutica multiaxial. La punta del iceberg: el problema de los niños de la calle. *Psicoactiva- Revista científica del centro de información y educación para la prevención del abuso de drogas (CEDRO)*, 13, 17-32.

- Pereña, J. y Seisdedos, N. (1997). *ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes*. España: TEA Ediciones S.A.
- Peres, M.X. (2008). *Habilidades sociales en adolescentes institucionalizados para el afrontamiento a su entorno inmediato* (Tesis doctoral, Universidad de Granada, España). Recuperado de <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/2093/1/17705381.pdf>.
- Perrewé, P., y Zellaras, K. (1999). An examination of attributions and emotions in the transactional approach to the organizational stress process. *Journal of Organizational Behavior*, 20(5), 739-752. doi: 10.1002/(SICI)1099-1379(199909)20:5<739::AID-JOB1949>3.0.CO;2-C
- Prince van Leeuwen, A., Creemers, H., Greaves-Lord, K., Verhulst, R., Ormel, J., y Huizink, A. (2011). Hypothalamic–pituitary–adrenal axis reactivity to social stress and adolescent cannabis use: the trails study. *Addiction*, 106(8), 1484-1492. doi: 10.1111/j.1360-0443.2011.03448.x
- Prinstein, M., Cheah, C., y Guyer, A. (2005). Peer victimization, cue interpretation, and internalizing symptoms: Preliminary concurrent and longitudinal findings for children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 11–24. doi:10.1207/s15374424jccp3401\_2
- Reynolds, C.R. (2007). Koppitz developmental scoring system for the Bender Gestalt Test. Examiners manual (2ª ed.) Austin, Texas: Proed
- Rodríguez, J. (1995). *Psicología social de la salud*. Madrid: Síntesis.
- Rojas, M. (2012). Drogas de abuso. En Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (Ed.), *El problema de las drogas en el Perú* (pp. 11-34). Lima: CEDRO.
- Rojas, M. (2013). Drogas de abuso. En Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas (CEDRO) (Ed.), *El problema de las drogas en el Perú* (pp. 15-31). Lima: CEDRO.
- Romero, S. (2009). *Niveles de estrés percibido y estilos de afrontamiento en pacientes con bulimia nerviosa*. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rosenfield, S., y Mouzon, D (2013). Gender and mental health. En C. Aneshensel, C y J. Phelan (Eds.), *Handbooks of sociology and Social Research* (pp. 277-296). New York: Springer.

- Sandín, B. (1995). El estrés. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 141-157.
- Santrock, J. (2007). *Adolescence* (11<sup>a</sup> ed.). Boston: McGraw-Hill.
- Save the Children. (2003). *Diagnóstico de situación de niñas, niños y personas adolescentes en 21 países de América Latina*. Recuperado de: <http://www.iin.oea.org/iin/cad/sim/pdf/mod1/Texto%2011.pdf>.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). Social Support and Coping Style as a risk and Protective Factors. En *Adolescent's Health- A developmental Perspective* (pp. 124-150) Mahway, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Seiffge-Krenke, I. y Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: A test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 405-417. doi: 10.1023/a:1020269918957
- Seligman, M. (2002). Positive Psychology, positive prevention and positive therapy. En C.R. Snyder y S.J. López (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.3-9). New York: Oxford University Press.
- Silva, C., Lemos, I., y Nunes, C. (2013). Acontecimientos de vida stressantes, psicopatología e resiliência em adolescentes institucionalizados e não-institucionalizados. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 14(2), 348-355.
- Skinner, E., y Zimmer-Gembeck, M. (2007). The Development of Coping. *Annual Review Psychology*, 58, 119-144. doi:10.1146/annurev.psych.58.110405.085705
- Smith, C., y Kirby, L. (2011). The role of Appraisal and Emotion in Coping and Adaptation. En R. Contrada y A. Baum (Eds.), *The handbook of Stress Science: Biology, Psychology, and Health* (pp.195-208). New York: Springer Publishing Company, Inc.
- Stroud, L., Foster, E., Papandonatos, G., Handwerker, K., Granger, D., Kivlighan, K., y Niaura, R. (2009). Stress response and the adolescent transition: Performance versus peer rejection stressors. *Development and psychopathology*, 21(1), 47-68. doi:10.1017/S0954579409000042
- Stroud, L., Papandonatos, G., Williamson, D., y Dahl, R. (2011). Sex differences in cortisol response to corticotropin releasing hormone challenge over puberty: Pittsburgh pediatric neurobehavioral studies. *Psychoneuroendocrinology*, 36(8), 1226-1238. doi: 10.1016/j.psyneuen.2011.02.017

- Stoney, C., Davis, M., & Matthews, K. (1987). Sex differences in physiological responses to stress and in coronary heart disease: A causal link? *Psychophysiology*, *24*(2), 127–131.  
doi: 10.1111/j.1469-8986.1987.tb00264.x
- Tejada, L. (2005). *Los niños de la calle y su mundo*. Lima: UNMSM.
- Thoits, P. (1995). Stress, coping, and social support processes: Where are we? What Next? *Journal of Health and Social Behavior*, *35*, 53-79.
- Thomsen, D., Mehlsen, M., Viidik, A., Sommerland, B., y Zachariae, R. (2005). Age and gender differences in negative affect—Is there a role for emotion regulation? *Personality and Individual Differences*, *38*, 1935–1946.  
doi: 10.1016/j.paid.2004.12.001
- United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), The state of the world's children 2012. (2012) *Main report of UNICEF on the state of the world's children 2012*. Recuperado de [http://www.unicef.org/sowc2012/pdfs/SOWC%202012Main%20Report\\_EN\\_13Mar2012.pdf](http://www.unicef.org/sowc2012/pdfs/SOWC%202012Main%20Report_EN_13Mar2012.pdf)
- Valdéz, N. (1999). *Estrés y recursos de afrontamiento en un grupo de adolescentes embarazadas*. Tesis para optar por el grado de Licenciada en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Van der Does, W. (2002). Cognitive reactivity to sad mood: structure and validity of a new measure. *Behaviour Research and Therapy*, *40*(1), 105–120.  
doi: 10.1016/s0005-7967(00)00111-x
- Wanat, S., Whisnant, J., Reicherter, D., Solvason, B., Juul, S., Penrose, B., y Koopman, C. (2010). Coping with the challenges of living in an Indonesian residential institution. *Health policy*, *96*(1), 45-50. doi: 10.1016/j.healthpol.2010.01.001
- Wise, I. (2000). Introduction. En I. Wise R. (Ed.), *Adolescence* (pp.1-6). London: Institute of Psychoanalysis.
- Zavala, M. (1999). *Sentido del humor adaptativo en niños institucionalizados desde el enfoque de la resiliencia*. Tesis para optar por el grado de Licenciado en Psicología con mención en Psicología Clínica. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Zimmer-Gembeck, M. J., y Skinner, E. A. (2008). Adolescents Coping with Stress: Development and Diversity. *Prevention Researcher*, *15*(4), 3-7.



## Apéndice A

### Consentimiento informado para institución

La presente investigación tiene como propósito estudiar el estrés percibido y el afrontamiento en los adolescentes institucionalizados ex consumidores de sustancias psicoactivas.

Dicho estudio será realizado por la alumna de psicología clínica de la Pontificia Universidad Católica del Perú **Erica Roig Trelancia** con el respaldo de la Doctora Cecilia Chau Pérez-Aranibar asesora de la investigación, con la finalidad de obtener el título de licenciada en psicología clínica.

Asimismo, se ha explicado que los participantes de la institución copiarán unos dibujos geométricos y luego llenarán dos cuestionarios donde la sesión durará aproximadamente 30 minutos. Además, la participación es totalmente voluntaria, y si uno desea, puede retirarse en cualquier momento.

Las respuestas a los cuestionarios son de carácter confidencial y nadie tendrá acceso a ellas. Asimismo, los datos personales de los participantes también se mantendrán confidenciales y se les identificará dentro del estudio mediante un código.

Se acepta libre y voluntariamente que los adolescentes pertenecientes a su institución participen del Proyecto de Investigación

No se acepta la participación de los adolescentes

---

Firma del representante de la Institución

Fecha

## Apéndice B

### Consentimiento informado para adolescentes

Mi nombre es Erica Roig y soy estudiante de psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y estoy realizando un estudio para buscar los niveles de estrés y cómo responden a éste. Para ello, me gustaría que participes respondiendo dos cuestionarios que no tomarán más de 30 minutos.

Es importante que sepas que la participación es totalmente voluntaria y que puedes retirarte en cualquier momento sin que eso te perjudique. Además, la información que se recoja será confidencial y se usará estrictamente para uso académico. Tus respuestas serán codificadas con un número de investigación por lo que será anónima.

Si tienes alguna duda sobre este estudio, puedes hacer preguntas en cualquier momento.

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Erica Roig

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Tu firma

## Apéndice C

### Ficha sociodemográfica

A continuación te pedimos que respondas a las siguientes preguntas de la manera más sincera posible. Recuerda que es totalmente anónimo.

1. ¿Cuántos años tienes? \_\_\_\_\_
2. Sexo (Marca con una “x” en dónde corresponda)  
Hombre ( )  
Mujer ( )
3. ¿Hace cuánto tiempo te encuentras viviendo en la Institución Mundo Libre? \_\_\_\_\_
4. Motivo de ingreso \_\_\_\_\_
5. ¿El ingreso fue decidido por ti o por otra persona?  
Por ti ( )  
Por mandato del juez ( )  
Por voluntad de tu familia ( )  
Por mis amigos ( )  
Otros \_\_\_\_\_
6. ¿En qué fase te encuentras? \_\_\_\_\_
7. ¿En algún momento estuviste viviendo en situación de calle? Si \_\_\_ No \_\_\_  
¿Cuánto tiempo? \_\_\_\_\_
8. ¿Con quiénes vivías en casa? (Marca con una “x” en dónde corresponda)
  - a. Papá ( )
  - b. Mamá ( )
  - c. Madrastra ( )
  - d. Padrastro ( )
  - e. Hermanos ( )
  - f. Tíos/as ( )
  - g. Abuelo ( )
  - h. Abuela ( )
  - i. Primos ( )
  - j. Padrinos ( )
  - k. Otros (especificar) \_\_\_\_\_
9. ¿A qué religión perteneces? \_\_\_\_\_
10. ¿Eres practicante? (Por ejemplo acudes a misa, rezas, te encuentras preparando para el bautizo, primera comunión o confirmación?) \_\_\_\_\_
11. Actualmente, ¿tienes algún contacto con alguno de tus familiares?  
No ( )

Sí ( ) ¿Con quiénes? \_\_\_\_\_

12. ¿Hasta qué grado estudiaste antes de venir a vivir a la Institución? \_\_\_\_\_  
(¿Qué grado terminaste completo?)

13. Actualmente, ¿en qué grado de escolaridad te encuentras cursando? \_\_\_\_\_

14. ¿Cuándo fue la última vez que consumiste drogas?

- a) Nunca ( )
- b) Hace un mes ( )
- c) Hace 2 meses ( )
- d) 3 meses o más ( )
- e) Más de 6 meses ( )

15. Si marcaste alguna de las alternativas anteriores [sin contar la alternativa a)] ¿qué tipo de droga fue? (puedes marcar más de una opción)

- a) Terokal ( )
- b) Pasta básica de cocaína ( )
- c) marihuana ( )
- d) otros (especificar) \_\_\_\_\_

16. ¿Recibes algún tipo de medicación? ¿Cuál? \_\_\_\_\_

Apéndice D

Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones ítem-test Corregidas del Inventario de reacciones de estrés (IREA)<sup>a</sup>

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Reacción fisiológica = .83</b>			<b>IREA = .92</b>		
IREA1	.38	.83	IREA1	.68	.92
IREA5	.47	.82	IREA2	.56	.92
IREA7	.22	.84	IREA3	.43	.92
IREA8	.56	.81	IREA4	.38	.92
IREA12	.55	.81	IREA5	.52	.92
IREA14	.72	.80	IREA6	.49	.92
IREA16	.57	.81	IREA7	.17	.92
IREA18	.31	.83	IREA8	.42	.92
IREA20	.28	.83	IREA9	.60	.92
IREA24	.64	.81	IREA10	.52	.92
IREA29	.45	.82	IREA11	.41	.92
IREA31	.67	.81	IREA12	.55	.92
IREA32	.45	.82	IREA13	.71	.92
<b>Reacción cognitiva = .83</b>			IREA14	.61	.92
IREA3	.41	.82	IREA15	.37	.92
IREA6	.54	.81	IREA16	.50	.92
IREA13	.71	.79	IREA17	.63	.92
IREA17	.51	.81	IREA18	.10	.92
IREA21	.53	.81	IREA19	.68	.92
IREA25	.75	.77	IREA20	.38	.92
IREA27	.58	.80	IREA21	.45	.92
IREA30	.39	.83	IREA22	.52	.92
<b>Reacción emocional = .84</b>			IREA23	.72	.91
IREA2	.49	.83	IREA24	.60	.92
IREA4	.23	.85	IREA25	.75	.91
IREA9	.60	.82	IREA26	.54	.92
IREA10	.70	.81	IREA27	.62	.92
IREA11	.59	.82	IREA28	.62	.92
IREA15	.52	.82	IREA29	.49	.92
IREA19	.66	.81	IREA30	.45	.92
IREA22	.42	.83	IREA31	.50	.92
IREA23	.60	.82	IREA32	.35	.92
IREA26	.61	.82	IREA33	.02	.92
IREA28	.62	.82			
IREA33	.02	.86			

<sup>a</sup>n = 35

## Apéndice E

## Confiabilidad por Consistencia Interna y Correlaciones ítem-test Corregidas del ACS Lima

E1. Estrategias de Afrontamiento con ítems sin neutralizar <sup>a</sup>

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Escala apoyo social = .61</b>			<b>Escala buscar pertenencia= .45</b>		
ACS1	.22	.61	ACS6	.05 <sup>b</sup>	.51
ACS20	.39	.54	ACS25	.36	.29
ACS38	.35	.56	ACS43	.29	.36
ACS56	.40	.53	ACS61	.40	.27
ACS72	.44	.50	ACS77	.11 <sup>b</sup>	.49
<b>Escala concentrarse en resolver el problema = .65</b>			<b>Escala hacerse ilusiones = -0.11</b>		
ACS2	.29	.65	ACS7	-.25 <sup>b</sup>	.15
ACS21	.52	.54	ACS26	.07 <sup>b</sup>	-.34
ACS39	.52	.55	ACS44	-.36 <sup>b</sup>	.31
ACS57	.25	.67	ACS62	.16 <sup>b</sup>	-.42
ACS73	.48	.57	ACS78	.29	-.56
<b>Escala esforzarse y tener éxito = .69</b>			<b>Escala falta de afrontamiento = .64</b>		
ACS3	.40	.66	ACS8	.25	.64
ACS22	.61	.56	ACS27	.54	.51
ACS40	.49	.62	ACS45	.48	.54
ACS58	.10 <sup>b</sup>	.75	ACS63	.28	.63
ACS74	.63	.54	ACS79	.41	.57
<b>Escala preocuparse = .28</b>			<b>Escala de reducción de la tensión =.30</b>		
ACS4	.11 <sup>b</sup>	.26	ACS9	.08 <sup>b</sup>	.32
ACS23	.02 <sup>b</sup>	.32	ACS28	.31	.10
ACS41	.16 <sup>b</sup>	.21	ACS46	.15 <sup>b</sup>	.25
ACS59	.27	.10	ACS64	-.07 <sup>b</sup>	.44
ACS75	.11 <sup>b</sup>	.26	ACS80	.30	.07
<b>Escala invertir en amigos íntimos = .66</b>			<b>Escala de acción social = .49</b>		
ACS5	.24	.68	ACS10	.22	.47
ACS24	.49	.57	ACS11	.10 <sup>b</sup>	.56
ACS42	.43	.60	ACS29	.30	.42
ACS60	.40	.64	ACS47	.40	.36
ACS76	.59	.53	ACS65	.38	.35

<sup>a</sup> n= 35<sup>b</sup> Estos ítems presentan una pobre capacidad de discriminativa:  $r < 0.2$

E1. Estrategias de Afrontamiento con ítems sin neutralizar <sup>a</sup>

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento	Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Escala ignorar el problema =.62</b>			<b>Escala fijarse en lo positivo =.40</b>		
ACS12	.40	.56	ACS16	.17 <sup>b</sup>	.34
ACS30	.73	.31	ACS34	.11 <sup>b</sup>	.39
ACS48	.33	.61	ACS52	.21	.26
ACS66	.25	.68	ACS70	.29	.20
<b>Escala autoinculparse =.68</b>			<b>Escala buscar ayuda profesional =.77</b>		
ACS13	.45	.62	ACS17	.46	.76
ACS31	.40	.65	ACS35	.51	.74
ACS49	.46	.62	ACS53	.71	.62
ACS67	.54	.56	ACS71	.60	.70
<b>Escala reservarlo para sí =.60</b>			<b>Escala buscar diversiones relajantes = -.13</b>		
ACS14	.26	.62	ACS18	.11 <sup>b</sup>	-.56
ACS32	.36	.54	ACS36	-.30 <sup>b</sup>	.45
ACS50	.56	.38	ACS54	.02 <sup>b</sup>	-.33
ACS68	.36	.54			
<b>Escala buscar ayuda espiritual = -.08</b>			<b>Escala distracción física =.77</b>		
ACS15	.09 <sup>b</sup>	-.29	ACS19	.55	.74
ACS33	-.09 <sup>b</sup>	.05	ACS37	.72	.56
ACS51	-.28 <sup>b</sup>	.42	ACS55	.54	.75
ACS69	.39	-.68			

<sup>a</sup> n= 35<sup>b</sup> Estos ítems presentan una pobre capacidad de discriminativa:  $r < 0.2$

E2. Estrategias de Afrontamiento con ítems neutralizados <sup>a</sup>

Ítem	Correlación ítem-test corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
<b>Escala esforzarse y tener éxito = .70</b>		
ACS3	.46	.65
ACS22	.56	.60
ACS40	.50	.63
ACS58	.00	.75
ACS74	.66	.55
<b>Escala buscar pertenencia= .48</b>		
ACS6	.00	.51
ACS25	.36	.34
ACS43	.25	.43
ACS61	.48	.23
ACS77	.14	.52
<b>Escala de acción social = .53</b>		
ACS10	.17	.55
ACS11	.00	.56
ACS29	.43	.38
ACS47	.39	.41
ACS65	.42	.38

<sup>a</sup> n= 35

## Apéndice F

## Pruebas de normalidad por sexo para todas las variables del estudio

		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala- Buscar apoyo social	Hombre	.98	16	.91
	Mujer	.93	19	.20
Escala- Concentrarse en resolver el problema	Hombre	.92	16	.19
	Mujer	.95	19	.35
Escala- Esforzarse y tener éxito	Hombre	.90	16	.09
	Mujer	.91	19	.07
Escala-Invertir en amigos íntimos	Hombre	.94	16	.35
	Mujer	.87	19	.02
Escala- Buscar pertenencia	Hombre	.90	16	.09
	Mujer	.93	19	.16
Escala- Falta de afrontamiento o No afrontamiento	Hombre	.97	16	.76
	Mujer	.96	19	.62
Escala- Acción social	Hombre	.94	16	.33
	Mujer	.94	19	.26
Escala- Ignorar el problema	Hombre	.94	16	.38
	Mujer	.90	19	.05
Escala- Autoinculparse	Hombre	.93	16	.25
	Mujer	.94	19	.28
Escala- Reservarlo para sí	Hombre	.96	16	.62
	Mujer	.94	19	.22
Escala- Fijarse en lo positivo	Hombre	.95	16	.49
	Mujer	.98	19	.92
Escala- Buscar ayuda profesional	Hombre	.95	16	.46
	Mujer	.88	19	.03
Escala- Distracción física	Hombre	.92	16	.14
	Mujer	.92	19	.14
Reacción fisiológica	Hombre	.95	16	.52
	Mujer	.92	19	.13
Reacción cognitiva	Hombre	.93	16	.28
	Mujer	.88	19	.02
Reacción emocional	Hombre	.91	16	.13
	Mujer	.96	19	.59
Reacciones globales de estrés	Hombre	.89	16	.05
	Mujer	.97	19	.69

Apéndice G

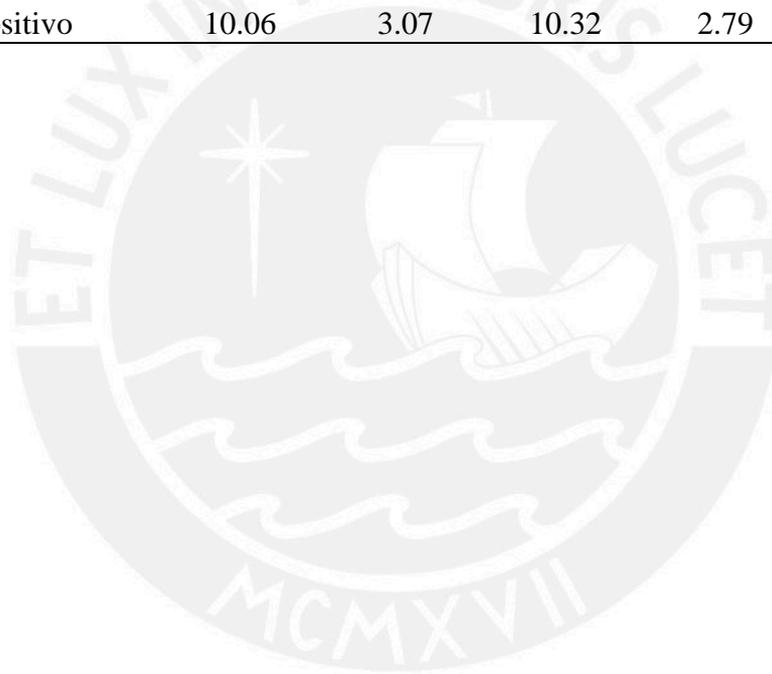
Pruebas de normalidad por rango de edad para todas las variables del estudio

		Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Escala- Buscar apoyo social	12 a 14 años	.96	20	.44
	15 a 17 años	.94	15	.43
Escala- Concentrarse en resolver el problema	12 a 14 años	.93	20	.16
	15 a 17 años	.94	15	.42
Escala- Esforzarse y tener éxito	12 a 14 años	.91	20	.06
	15 a 17 años	.95	15	.49
Escala-Invertir en amigos íntimos	12 a 14 años	.91	20	.06
	15 a 17 años	.93	15	.29
Escala- Buscar pertenencia	12 a 14 años	.94	20	.24
	15 a 17 años	.92	15	.19
Escala- Falta de afrontamiento o No afrontamiento	12 a 14 años	.91	20	.06
	15 a 17 años	.95	15	.57
Escala- Acción social	12 a 14 años	.97	20	.83
	15 a 17 años	.93	15	.30
Escala- Ignorar el problema	12 a 14 años	.98	20	.96
	15 a 17 años	.92	15	.19
Escala- Autoinculparse	12 a 14 años	.96	20	.47
	15 a 17 años	.90	15	.09
Escala- Reservarlo para sí	12 a 14 años	.97	20	.83
	15 a 17 años	.93	15	.29
Escala- Fijarse en lo positivo	12 a 14 años	.91	20	.08
	15 a 17 años	.97	15	.90
Escala- Buscar ayuda profesional	12 a 14 años	.95	20	.34
	15 a 17 años	.91	15	.12
Escala- Distracción física	12 a 14 años	.89	20	.02
	15 a 17 años	.91	15	.12
Reacción fisiológica	12 a 14 años	.93	20	.14
	15 a 17 años	.91	15	.16
Reacción cognitiva	12 a 14 años	.96	20	.56
	15 a 17 años	.90	15	.08
Reacción emocional	12 a 14 años	.96	20	.51
	15 a 17 años	.94	15	.38
Reacciones globales de estrés	12 a 14 años	.97	20	.75
	15 a 17 años	.96	15	.61

## Apéndice H

### Diferencia de medias en las estrategias de afrontamiento según sexo

	Hombres (n=16)		Mujeres (n=19)		Estadísticos	
	Media	DE	Media	DE	T- Student	P bilateral
Escala buscar apoyo social	11.69	3.42	10,32	4.28	1.03	0.31
Escala concentrarse en resolver el problema	10.88	3.22	12.11	4.63	-0.90	0.38
Escala esforzarse y tener éxito	13.50	2.63	11.53	5.07	1.45	0.15
Escala buscar pertenencia	9.94	3.09	9.58	3.63	0.31	0.76
Escala falta de afrontamiento o No afrontamiento	5.50	3.20	7.58	4.34	-1.59	0.12
Escala acción social	7.81	3.33	7.32	3.56	0.42	0.68
Escala reservarlo para sí	9.44	3.12	9.89	4.41	-0.35	0.73
Escala fijarse en lo positivo	10.06	3.07	10.32	2.79	-0.26	0.80



## Apéndice I

### Comparación de medianas según sexo en las estrategias de afrontamiento y las reacciones de estrés

	Hombres N=16	Mujeres N=19	
	Mdn	Mdn	U- Mann Whitney
Reacción cognitiva	9.50	17.00	<b>55.00***</b>
Escala- Buscar ayuda profesional	10.00	10.00	141.00
Escala-Invertir en amigos íntimos	13.50	13.00	149.50

\*\*\*  $p \leq 0.001$



## Apéndice J

## Comparación de medias según rango de edad en IREA y ACS Lima

	12-14 años		15-17 años		Estadísticos	
	N=20		N=15		T-Student	P bilateral
	Media	DE	Media	DE		
Reacción fisiológica	16.75	8.37	14.67	7.59	0.76	0.45
Reacción cognitiva	13.35	5.97	12.93	5.82	0.21	0.84
Reacción emocional	20.90	6.78	19.27	8.91	0.62	0.54
Reacciones globales de estrés	51.00	18.01	46.87	20.10	0.64	0.53
Escala buscar apoyo social	10.65	4.07	11.33	3.81	-0.51	0.62
Escala concentrarse en resolver el problema	11.95	3.03	11.00	5.16	0.68	0.50
Escala esforzarse y tener éxito	12.95	3.97	11.73	4.54	0.84	0.41
Escala invertir en amigos íntimos	12.85	4.83	12.33	4.55	0.32	0.75
Escala buscar pertenencia	10.30	2.77	9.00	3.96	1.14	0.26
Falta de afrontamiento o No afrontamiento	7.10	3.75	6.00	4.24	0.81	0.42
Escala acción social	8.15	3.75	6.73	2.84	1.22	0.23
Escala ignorar el problema	7.50	3.83	6.47	3.56	0.81	0.42
Escala autoinculparse	6.65	3.75	7.47	4.17	-0.61	0.55
Escala reservarlo para sí	9.05	3.85	10.53	3.76	-1.14	0.26
Escala fijarse en lo positivo	10.55	2.52	9.73	3.33	0.83	0.41
Escala buscar ayuda profesional	9.40	4.68	11.27	3.41	-1.30	0.20

## Apéndice K

### Comparación de medianas según el rango de edad en las estrategias de afrontamiento

	12-14 años	15-17 años	U- Mann Whitney
	N=20	N=15	
	Mdn	Mdn	
Escala distracción física	8.50	5.00	132.50



## Apéndice L

Correlación de Pearson entre tiempo de permanencia en institución con reacciones de estrés y estrategias de afrontamiento<sup>a</sup>

	Rf	Rc	Rem	Et	Es	Na	Rps	Fi	Ap	Cp	Ii	Bp	As	Ip	Cu	Fp	Bap
Tiempo de permanencia en institución (meses)	-0.04	-0.24	-0.15	-0.15	<b>0.43**</b>	<b>-0.40**</b>	<b>-0.36*</b>	<b>0.40**</b>	0.07	0.13	-0.08	0.23	0.05	-0.06	-0.20	0.25	-0.09

Reacción fisiológica (Rf), Reacción cognitiva (Rc), Reacción emocional (Rem), Reacciones globales de estrés (Et), Escala esforzarse y tener éxito (Es), Escala falta de afrontamiento o afrontamiento no productivo (Na), Escala de reservarlo para sí (Rps), Escala de distracción física (Fi), Escala de buscar apoyo social (Ap), Escala de concentrarse en resolver el problema (Cp, ) Escala de invertir en amigos íntimos (Ii), Escala de buscar pertenencia (Bp), Escala acción social (As), Escala de ignorar el problema (Ip), Escala autoinculparse (Cu), Escala de fijarse en lo positivo (Fp), Escala de buscar ayuda profesional (Bap).

<sup>a</sup> n= 35, \* p≤ 0.05, \*\* p≤0.01

## Apéndice M

### Vocabulario

#### Prueba IREA

Ítem	Posibles respuestas
3. No puedo controlar que vengan a mi pensamientos perturbadores	Es decir, pensamientos negativos, feos que me generan una molestia.
6. Vienen a mi mente una y otra vez, los mismos pensamientos tontos	Pensamientos que consideras sonoros
9. Me siento abatido (a) o melancólico (a)	Triste, decaído
10. Me altero con facilidad	Por ejemplo no tengo paciencia para escuchar a alguien, me molesto con facilidad, alzo la voz
11. Me frustro con facilidad	Por ejemplo, me molesto con facilidad cuando no me salen las cosas como yo quiero
23. Tengo dificultades para disfrutar de las actividades de las que antes disfrutaba	Por ejemplo antes tenía más emoción o más ganas para disfrutar de algunas actividades que ahora

#### Prueba ACS Lima

Ítem	Posibles respuestas
6. Trato de dar una buena impresión a las personas que me importan	Busco que los demás me vean como una buena persona, que tengan una buena imagen de mí
10. Organizo una acción en relación con mi problema	Acción = hago algo en relación con mi problema
12. Ignorar el problema	Trato de sacar el problema de mi mente
15. Dejo que Dios me ayude con mis problemas	Por ejemplo rezo para que él me pueda ayudar
21. Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	Utilizando todo lo que está en mis manos, todas las buenas herramientas que tengo para resolver el problema
27. Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido	Simplemente no hago nada más, pienso que ya no hay ninguna solución y abandono seguir luchando
39. Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	Otros puntos de vista = otras opiniones y trato de considerarlos
48. Saco el problema de mi mente	Me olvido del problema, dejo de pensar en él
52. Trato de tener una visión positiva de la vida	Busco ver las cosas bonitas de la vida y las que no son también trato de encontrar lo bueno que tienen
72. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	Apoyo de otros = en este caso los educadores, psicólogos etc. (miembros de la institución)