



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AFRONTAMIENTO EN
ADOLESCENTES ESCOLARES DE LIMA**

Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en
Psicología Clínica que presenta la Bachiller:

Rocío Obando Castillo

Mónica Cassaretto Bardales

Lima, Perú

2011



AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer a Dios y mi familia por ser mi fuerza y motivación a lo largo de toda mi vida. A mi madre Norma, por estar ahí siempre, por apoyarme y darme ánimos incluso en los momentos más difíciles. A mi hermano Gustavo, por ser un compañero y amigo desde los primeros años de infancia. Y a mi padre Enrique, por cuidarme y velar por mí a pesar de ya no estar conmigo. Gracias a los tres por ser mi fuerza.

Quisiera agradecer también a mi asesora, Mónica Cassaretto, por haber aceptado guiarme en este proceso; infinitas gracias por las sugerencias y recomendaciones, por su paciencia y la buena disposición hacia esta investigación.

A mis amigos de toda la vida, quienes de una u otra manera me alentaron a seguir adelante. En especial, quisiera agradecer a Jennifer e Isabel por ser mis socias en lo profesional y en el día a día, por siempre estar dispuestas a escuchar y contenerme en las dificultades. A mi amigas de colegio, por ayudarme a reír y distraerme de la tensión, por darme el empuje necesario para seguir en este camino. Asimismo, estaré eternamente agradecida a Guilliana, por su preocupación y disposición a ayudarme y ser una de las personas que me inspiró a retomar esta investigación. Finalmente, a mis amigas, Paola, Tania, Jennifer y Fiorella por ser de aquellas amigas que siempre están a tu lado.

Además quisiera agradecer al centro educativo donde se llevó a cabo esta investigación, al director y los profesores que confiaron en mí y estuvieron dispuestos a brindar parte de sus horas lectivas para la aplicación de los instrumentos. En especial quisiera darle infinitas gracias a todos los adolescentes que aportaron con su participación, respuestas y comentarios, les estaré eternamente agradecida por colaborar y valorar esta investigación.



Para ti papá.

Promesa cumplida.

Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima.

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo principal determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en un grupo de adolescentes escolares de un colegio privado de Lima. Además, busca establecer si existen diferencias en sintomatología depresiva y el uso de estilos/estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas como edad, género, año de estudios y tipo de familia. La muestra estuvo conformada por 181 participantes (116 hombres y 65 mujeres) entre los 13 y 18 años de edad. Para cumplir con el objetivo se utilizaron como instrumentos el Inventario de depresión de Beck II – IDB II (Beck, Steer & Brown, 2006) y la Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS (Frydenberg & Lewis, 1997).

En relación a la sintomatología depresiva, los resultados mostraron que los participantes cuentan con un nivel mínimo de ésta ($M = 12,27$, $DE = 8,66$). Asimismo, no se encontraron diferencias significativas relacionadas a las variables sociodemográficas edad, año de estudios y tipo de familia. Sin embargo, se halló que la variable sexo sí muestra diferencias a notar, donde las mujeres presentan mayor sintomatología depresiva en comparación con los hombres. En cuanto al afrontamiento, se notó un mayor uso del estilo *resolver el problema* sobre los otros dos estilos, *referencia a los otros* y *no productivo*. Además, las estrategias más utilizadas en la muestra corresponden a *buscar diversiones relajantes*, *preocuparse*, *distracción física* y *fijarse en lo positivo*; mientras que las menos utilizadas por los adolescentes corresponden a *acción social*, *ignorar el problema*, *falta de afrontamiento* y *reducción de la tensión*. Adicionalmente, se pudo notar que las variables sexo, edad y año de estudios mostraron diferencias destacables, las cuales fueron analizadas y discutidas.

Finalmente, se encontró una correlación directa y mediana entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento *no productivo*; afirmándose que la presencia de síntomas depresivos se relaciona con la incapacidad personal para afrontar los problemas. Asimismo, se hallaron correlaciones medianas con las estrategias *falta de afrontamiento*, *reducción de la tensión* y *autoinculparse*. A partir de estos resultados, se discuten las implicancias para el tema y se proponen lineamientos para próximas investigaciones.

Palabras clave: *Sintomatología depresiva, afrontamiento, adolescentes.*

ABSTRACT

The present investigation has as a main objective to determine the relationship between *depressive symptomatology* and *coping* in a group of adolescents of a private school of Lima. Also, it seeks to establish whether there are differences in the experience of depressive symptoms and the use of coping styles/strategies according to sociodemographic variables such as age, gender, grade and type of family. The sample consisted of 181 participants (116 men and 65 women) between 13 and 18 years old. To achieve our purposes, the Beck Depression Inventory II – BDI II (Beck, Steer & Brown, 2006) and the Adolescent coping scale – ACS (Frydenberg & Lewis, 1997) were applied.

Regarding *depressive symptomatology*, the results showed that participants have minimum levels of this symptoms ($M = 12,27$, $SD = 8,66$). Similarly, there were not found significant differences related to sociodemographic variables as age, grade and type of family. However, it was found that the variable sex does show highlighted differences, where women present more depressive symptoms compared with men. For coping, greater use was noted related to the *problem solving* style. In addition, the strategies more used in the sample correspond to *seek relaxing diversions*, *worry*, *physical distraction* and *focus on the positive*, while the least used strategies were *social action*, *ignore the problem*, *not coping* and *tension reduction*. Additionally, it was noted that the variables sex, age and grade showed remarkable differences, which were analyzed and discussed.

Finally, it was found a direct and medium correlation between depressive symptomatology and *nonproductive* coping style, where the presence of depressive symptoms is related to personal inability to cope with problems. Also, medium correlations were found with strategies such as *not coping*, *tension reduction* and *self-blame*. These results and their implications are discussed and guidelines for future research are proposed.

Key words: *Depressive symptomatology, coping, adolescence.*

Tabla de contenido

INTRODUCCIÓN

Capítulo I. Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia	1
Sintomatología depresiva en la adolescencia.....	1
Afrontamiento en la adolescencia.....	6
Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia	11
Planteamiento del problema.....	13
Capítulo II. Método	15
Participantes	15
Instrumentos	16
Capítulo III. Resultados.....	21
Sintomatología depresiva.....	21
Afrontamiento.....	22
Sintomatología depresiva y afrontamiento.....	27
Capítulo IV. Discusión.....	29
Referencias.....	41
Anexos.....	50

INTRODUCCIÓN

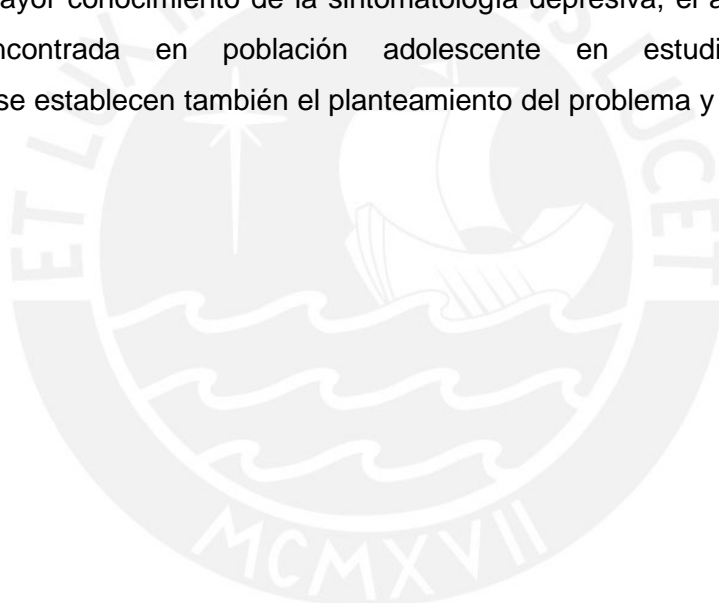
Hace algunos años, la adolescencia era considerada una etapa de estrés, caos y desorden, donde los cambios característicos de la edad producían una gran inestabilidad, fuertes emociones, sufrimiento, rebeldía y demás consecuencias adversas para los adolescentes. Hoy en día se sabe que si bien esta etapa implica una serie de cambios a nivel físico, biológico y psicológico, la mayor parte de los adolescentes supera esta etapa sin mayor problema (Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008, Morris & Maisto, 2005) e incluso, muchos adolescentes muestran un desempeño académico exitoso así como adecuadas relaciones familiares y sociales (American Psychology Association - APA, 2002).

A pesar de esto, la multitud de cambios que acompañan a esta etapa ha llevado a considerar la adolescencia como una etapa especialmente vulnerable al estrés psicosocial (Lorence, Jiménez & Sánchez, 2009). La ocurrencia y la magnitud de circunstancias estresantes en la vida pueden derivar en dificultades adicionales, limitando el sano desarrollo e incrementando la vulnerabilidad a desajustes emocionales y problemas de adaptación (Oliva, Jiménez & Parra, 2009). Dentro de estas dificultades se debe tener en cuenta a la depresión como el trastorno con mayor prevalencia en la población adolescente de nuestra ciudad (INSM, 2002) así como a nivel mundial (United Nations Children's Fund – UNICEF, 2011). Las consecuencias de dicho trastorno atañen las diferentes áreas de desarrollo, debido a que interfiere en el aprendizaje escolar, en la participación de actividades extracurriculares y en los casos más severos, ocasiona desesperanza, ideas suicidas y comportamientos autodestructivos (Ugarriza & Escurra, 2002).

Pero, ¿qué lleva a que algunos adolescentes desarrollen dificultades emocionales y otros, no? Al parecer, el afrontamiento, el esfuerzo que hace una persona por hacerle frente a sus problemas, juega un rol importante ya que ayuda a mantener regulado el estado emocional y mental, previniendo el desarrollo de síntomas de enfermedad (Solís & Vidal, 2006). La presencia de síntomas depresivos y su relación con el afrontamiento ha sido estudiada a nivel internacional, hallándose relación entre ambos constructos en

poblaciones extranjeras (Chan, 1995; Murberg & Bru, 2005; Öngen, 2006). Sin embargo, poco se ha investigado en relación al tema en nuestra población. Bajo esta realidad, parece importante realizar este primer acercamiento y conocer la relación entre la presencia de sintomatología depresiva y el afrontamiento del que hacen uso los adolescentes, de tal modo que se puedan establecer acciones promovedoras de estrategias de afrontamiento que conlleven a la adecuada adaptación de los adolescentes.

Por ende, el objetivo principal del estudio radica en conocer la relación entre las dos variables mencionadas en la muestra seleccionada. Para cumplir con el objetivo planteado, en el primer capítulo se realiza una revisión teórica de ambos constructos, teniendo en cuenta los aspectos más relevantes, aportes e investigaciones que contribuyan al mayor conocimiento de la sintomatología depresiva, el afrontamiento y de la relación encontrada en población adolescente en estudios precedentes. Posteriormente, se establecen también el planteamiento del problema y los objetivos de la investigación.



CAPÍTULO I

Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia

Sintomatología depresiva en la adolescencia

La adolescencia representa un periodo de gran intensidad emocional, tanto en las experiencias personales como en aquellas que involucran a los padres y demás personas alrededor. Constituye un periodo prolongado de transformación dur ante el desarrollo entre la niñez y la edad adulta que entraña importantes cambios físicos, cognoscitivos y psicosociales interrelacionados (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005). Si bien es en esta etapa que la vivencia de estos cambios son más frecuentes en comparación con otras etapas de la vida (Salmela, Savoleinen & Holopainen, 2009); se deben cumplir además una serie de tareas de desarrollo, especialmente, el logro de la autonomía y la independencia respecto de sus padres, y la formación de una identidad integrada que combine los distintos aspectos de su personalidad (Craig, 2001).

Antiguamente, se definió la adolescencia como un periodo de “tormenta y estrés”, resultado de los cambios biológicos que se iniciaban en la pubertad. Esto llevó a que la investigación se centrara en afirmar que la adolescencia constituía una etapa de confusión psicológica que traería consigo dificultades y problemas psicológicos que con el paso del tiempo desaparecerían por sí solos (Rice, 1997). Hoy en día se sabe que la mayoría de las personas transitan la adolescencia sin mayor problema; sin embargo, algunos podrían presentar dificultades, especialmente, de tipo adaptativo debido a los cambios y transiciones características de esta etapa. Como resultado, ciertos adolescentes tienen que enfrentar situaciones conflictivas y podrían sufrir de una notoria reducción del bienestar emocional (Jiménez, Mondragón & González, 2007), además de experimentar varios síntomas de índole psicológica como síntomas depresivos (Salmela et al., 2009).

Dadas las características de la etapa evolutiva, ocasionalmente en la adolescencia hay una constelación sintomática que no cumple con todos los criterios diagnósticos de la depresión mayor (Goodyear, 2001). El estadio de desarrollo adolescente parece influir en

la presencia de ciertos síntomas del estado de ánimo, como irritabilidad, tristeza y baja autoestima, los cuales se presentan en mayor frecuencia que otros síntomas característicos de los desórdenes depresivos. Consecuentemente, la depresión en esta etapa puede confundirse con las características propias de la edad y puede que no sea detectada y por tanto, no sea tratada debidamente (Angold, Messer, Stangl & Farmer, 1998; Keller, Lavori, Beardslee, Wunder & Ryan, 1991). Por esta razón, los síntomas y los desórdenes depresivos representan problemas de salud mental de significativa importancia durante la niñez y la adolescencia (Verstraeten, Vasey, Raes & Bijttebier, 2009)

La depresión constituye uno de los trastornos psiquiátricos de mayor prevalencia en el mundo, afectando a 340 millones de personas y convirtiéndose así en el trastorno mental más importante a nivel mundial (Organización mundial de la Salud [OMS], 2004). Esta misma figura se puede observar en nuestra ciudad, donde el 19% de la población de Lima Metropolitana y Callao ha atravesado o atraviesa actualmente un episodio depresivo. Esta compleja situación no es ajena a la población adolescente; la depresión resulta ser el trastorno clínico más frecuente en esta etapa de la vida afectando aproximadamente al 8,6% de los adolescentes de nuestra ciudad, mientras que alrededor del 11,1% y el 22% de los adolescentes de Lima experimentan sentimientos relacionados a la depresión tales como tristeza, irritabilidad, tensión, angustia y aburrimiento (Instituto de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INSM], 2002). Investigaciones internacionales señalan también la alta prevalencia de trastornos, ánimo y síntomas depresivos en la población adolescente, resaltando que el 8% de los adolescentes norteamericanos atraviesan o han atravesado un episodio depresivo mayor (Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics, 2009).

La depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste o irritable, así como por la pérdida de interés o de la capacidad para el placer; puede acompañarse por pérdida de peso, alteraciones del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, desmotivación y poca energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio (Asociación Americana de Psicología [APA], 2000). Científicamente, los términos depresión y depresión mayor generalmente describen enfermedades que han sido diagnosticadas formalmente y cuya persistencia e intensidad es notoriamente severa. Sin embargo, no todos los individuos

cumplen con los criterios necesarios para diagnosticar un trastorno depresivo; pero puede que sí cumplan con algunos criterios que los coloca en riesgo de sufrir este trastorno (Rodríguez, 2008). En este sentido, el término *sintomatología depresiva* se refiere a aquellos trastornos leves del estado de ánimo de más corta duración y que no han sido diagnosticados formalmente (Weber, 2009).

Existen diferentes teorías explicativas de la depresión y el proceso psicológico en que se fundamenta. El modelo cognitivo propuesto por Beck, Rush, Shaw & Emery (1983) resulta ser una de las teorías explicativas de mayor importancia con respecto a la depresión. Este autor postula tres conceptos específicos que buscan explicar el sustrato psicológico de la depresión. El primer concepto, la *triada cognitiva*, se centra en la visión negativa que la persona tiene acerca de sí mismo, sus experiencias y su futuro; la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos formarán patrones cognitivos estables, llamados *esquemas*, que permitirán codificar el estímulo a enfrentar y serán activados por determinadas circunstancias similares a las experiencias que formaron las actitudes negativas iniciales. De estos *esquemas*, se derivarán constantes distorsiones en el procesamiento de la información, los cuales reciben el nombre de *errores cognitivos*. Éstos mantendrán la creencia de la persona en la validez de sus conceptos negativos y contribuirán a que mantenga aquellas actitudes que le son contraproducentes.

Otras investigaciones han buscado aportar al tema desde distintas perspectivas y puntos de vista. En este sentido, ciertos aspectos han sido tomados en cuenta como factores desencadenantes de la depresión en los adolescentes. El primer factor confirma la presencia de algunas alteraciones biológicas en los sujetos que experimentan síntomas depresivos, aunque estos cambios no han sido observados en todos los individuos y por lo tanto, no existe una alteración específica y determinante de la depresión. Justamente, algunos sujetos pueden presentar una alteración de la regulación de diversos sistemas de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina y ácido gammaaminobutírico); así como otros individuos pueden presentar alteraciones hormonales y de neuropéptidos, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo (APA, 2000).

Por otro lado, dentro de los factores relacionados al entorno, la familia es el núcleo de donde se desprenden diversos agentes desencadenantes de la depresión, así pues,

los trastornos depresivos en la pubertad están mayormente asociados con ambientes familiares adversos. Aspectos como la relación entre padres e hijos (Field, Diego & Sanders, 2001; Graziano, Bonino & Cattelino, 2009), el maltrato infantil (Duggal, Carlson, Sroufe & Egelandl, 2001) y la depresión parental, en especial, la materna (Ohannessian et al., 2005; Petterson & Burke, 2001) han sido relacionados a la depresión tanto en la niñez como en la adolescencia. Otras investigaciones señalan también los efectos negativos del divorcio de los padres en el bienestar emocional y el consecuente desarrollo de sintomatología depresiva (Ge, Natsuaki & Conger, 2006; Strohschein, 2005).

Según el APA (2000) los síntomas depresivos son los mismos para niños y adolescentes, aunque se sugiere que las manifestaciones de los síntomas pueden variar con la edad. Habitualmente, los niños presentan como síntomas quejas somáticas, irritabilidad y aislamiento social, mientras que en la adolescencia y en la adultez, el enlentecimiento psicomotor, la hipersomnia y las ideas delirantes son más frecuentes. Mientras que en la infancia predominan los síntomas psicofisiológicos y motores; luego hacia la adolescencia, adquieren importancia los síntomas cognitivos, apareciendo además nuevos ámbitos de dificultades como el legal y el sexual (Méndez, 2001 citado en Gómez-Maquet, 2007). Asimismo, en la niñez, los episodios depresivos frecuentemente se ven acompañados de otros trastornos mentales como trastornos de comportamiento perturbador, trastornos por déficit de atención y trastornos de ansiedad; en cambio en la adolescencia, los episodios depresivos pueden estar asociados con trastornos disociales, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria (APA, 2000).

La trayectoria de la sintomatología depresiva durante la adolescencia se desarrolla de manera curvilínea mas no de forma lineal, con una mayor prevalencia en la adolescencia media. Al parecer, los síntomas depresivos incrementan en la adolescencia temprana y media, para luego mantenerse o declinar durante la adolescencia tardía ya que es en éstas primeras etapas que los sujetos están expuestos a estresores sociales, alto riesgo de vulnerabilidad emocional y deben lidiar con la difícil transición puberal. Los distintos cambios a los que se somete el sujeto a inicios de la edad adulta, tales como la introducción al mundo laboral, el establecimiento de relaciones interpersonales estables, el logro de mayor independencia y el aumento del autocontrol influyen en el decremento de la sintomatología depresiva (Hankin et al., 1998, Ge et al., 2006).

Cabe resaltar también las investigaciones alrededor de las diferencias de género con respecto a la depresión. Mientras que en la niñez, las tasas de depresión entre niños y niñas suelen ser similares, dicha proporción cambia en la adolescencia, resultando en mayores tasas de depresión alrededor de los 13 años, aunque se hace notable y significativa a partir de los 15 para las adolescentes mujeres (Costello, Mustillo, Erkanli, Keeler, & Angold, 2003; Hankin y Abramson, 2010; Hankin et al., 1998; Seiffge-Krenke & Stemmler, 2002). Asimismo, estas diferencias de género parecen no limitarse a la adolescencia, sino que persisten en la adultez temprana, donde las mujeres, aún en este periodo, muestran más síntomas depresivos que los hombres (Ge et al, 2006).

Las razones explicativas de la naciente diferencia de género en la adolescencia temprana derivan en distintas explicaciones. Por un lado, algunos modelos prestan importancia a las diferencias de género ya existentes en la experiencia tanto de los factores de riesgo causantes de la depresión como en la frecuencia en que se presentan llegada la pubertad (Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994). Otra razón explicativa se centra en las diferencias preexistentes de los pensamientos automáticos acerca de sí mismo y el entorno; así como del componente afectivo. Las adolescentes que presentan sintomatología depresiva coinciden en una mayor frecuencia de pensamientos automáticos negativos y de afecto negativo. Por el contrario, los varones son capaces de experimentar, de manera simultánea, una mayor frecuencia de pensamientos y afecto positivo (Calvete & Cardenoso, 2005; Gómez-Maquet, 2007).

En cuanto a las consecuencias y efectos asociados, la depresión guarda estrecha relación con un pobre desempeño académico y déficit en la atención y concentración (Atienza, Cuesta & Galán, 2002); aunque éstas no son las únicas dificultades relacionadas. Las investigaciones han encontrado relaciones significativas entre la autoestima y la sintomatología depresiva, así como entre ésta última y la ideación o la conducta suicida. (Jiménez, et al., 2007). También han sido asociados con el tema, ciertas conductas de dependencia como el abuso de sustancias como alcohol, tabaco y otras drogas (Chinet et al., 2006; Deyken, Levy & Wells, 1987), además de otras dificultades psicológicas como la comorbilidad psiquiátrica y deterioro psicosocial en la adultez (Aalto – Setälä, Marttunen, Tuulio – Henrikson, Poikolainen & Lönnqvist, 2002). La depresión adolescente parece persistir a través de los años, y la evidencia confirma el valor predictivo que la sintomatología depresiva adolescente tiene en el desarrollo de la depresión en la edad adulta (Rao et al., 2002), donde la anhedonia y los pensamientos

relativos a la muerte funcionan como los mayores factores predictivos de la posterior depresión (Pine, Cohen, Cohen & Brook, 1999).

Afrontamiento en la adolescencia

Los adolescentes que son incapaces de afrontar sus problemas de una manera eficaz, pueden tener conductas y consecuencias negativas que afectan tanto sus propias vidas, sus familias e incluso, el funcionamiento general de la sociedad en la que se desenvuelven (Frydenberg, 1997). Aunque pueden existir distintas fuentes causantes de problemas psicológicos (biológicas, cognitivas y ambientales), los efectos devastadores del estrés social o ambiental son moderados por las características personales del individuo y por el modo de afrontamiento conductual o cognitivo del que el individuo haga uso (Hammen, 1992)

El afrontamiento es concebido como

(...) aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986 p. 164).

El afrontamiento está conformado por las respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un individuo usa para lidiar con las situaciones problemáticas que se encuentra en la cotidianidad o en una circunstancia particular de su vida (Frydenberg, 1996; Frydenberg, 2004); representa un intento de restaurar el equilibrio o remover la turbulencia del individuo, a través de dos maneras, resolviendo directamente el problema o en todo caso, acomodándose emocionalmente a la situación sin producir una solución activa al respecto (Frydenberg & Lewis, 1993 citado en Frydenberg, 1996).

El objetivo principal del afrontamiento es aminorar la probabilidad de que se produzcan consecuencias nocivas y perjudiciales para el individuo como por ejemplo síntomas desadaptativos a nivel psiquiátrico, psicosomático y conductual (Zeidner & Endler, 1997). En otras palabras, el afrontamiento es el moderador entre los eventos

negativos cotidianos y el impacto que estos puedan tener en la salud y bienestar físico y psicológico del individuo (Blalock & Joiner, 2000).

Lazarus y Folkman (1986) identifican dos funciones principales. La primera se dirige a manipular o alterar el problema directamente cuando se estima que éste es susceptible de cambio; la segunda función se expresa cuando no se pueden modificar las condiciones desafiantes del entorno por lo que se busca regular o controlar la respuesta emocional que origina el problema. De estas dos funciones se desprenden los estilos de afrontamiento sugeridos por los autores: Afrontamiento centrado en el problema y centrado en la emoción. Otros autores han preferido categorizar el constructo de diferente manera. Seiffge–Krenke (1995) ha logrado diferenciar conceptualmente los estilos de afrontamiento funcionales de los disfuncionales. Los primeros se refieren a los esfuerzos por manejar un problema llevando a cabo acciones concretas, buscando activamente soporte social o reflexionando sobre posibles soluciones al problema. Muy por el contrario, el estilo disfuncional incluye esfuerzos por replegarse o negar la existencia del estresor, evitar buscar soluciones e intentar regular las emociones.

Frydenberg (1996) realiza una clasificación del afrontamiento basada en 3 estilos y 18 estrategias. Estos estilos representan la tendencia a actuar de manera consistente frente a las situaciones problemáticas, las estrategias en cambio, son las acciones cognitivas o conductuales que un individuo lleva a cabo en una situación particular. El estilo *resolver el problema* comprende las estrategias *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física*. El estilo *referencia a los otros* incluye las estrategias *buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional*. Mientras que el estilo *no productivo* comprende las estrategias *preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí*. Los dos primeros estilos resultan ser funcionales; ya que el problema es definido, se identifican y se llevan a cabo acciones para su solución, aunque cabe resaltar que el estilo *referencia a los otros*, en ocasiones, es un indicador de dependencia en lugar de mostrar capacidad de afrontamiento. Por el contrario, el afrontamiento *no productivo* resulta ser disfuncional dado que las estrategias no permiten encontrar una solución al problema en cuestión (Frydenberg & Lewis, 2002).

De estas estrategias, los adolescentes parecen utilizar con mayor frecuencia *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito e invertir en amigos íntimos*, mientras que utilizan de forma menos frecuente, la estrategia de *acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional*. Se ha encontrado que en la población española los adolescentes tienden a *preocuparse, concentrarse en resolver el problema y buscar diversiones relajantes* con mayor frecuencia, mientras que las estrategias *ignorar el problema, reducción de la tensión y falta de afrontamiento* son las menos utilizadas (Frydenberg & Lewis, 1997).

En el Perú, también se han realizado investigaciones acerca del afrontamiento en adolescentes. Canessa (2000) realizó la adaptación de la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) a población limeña, identificando que las escalas usadas con mayor frecuencia por los escolares participantes corresponden a *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse y buscar diversiones relajantes*. Por otro lado, las escalas menos utilizadas corresponden a las escalas de *falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social e ignorar el problema*.

Martínez y Morote (2001) afirman que los adolescentes utilizan con más frecuencia las estrategias correspondientes a *preocuparse, esforzarse y tener éxito y concentrarse en resolver el problema*, coincidiendo así con lo encontrado por Canessa (2000) así como con los resultados españoles. Esto se traduce en la toma de acción sobre el problema sin dejar de sentir temor y ansiedad por la situación. También señalan que las estrategias menos usadas son *reducción de la tensión, ignorar el problema* (estrategias dirigidas al manejo emocional); *acción social*, así como la *falta de afrontamiento*, lo cual señalaría la baja tendencia de los adolescentes peruanos a utilizar estrategias disfuncionales.

Por otro lado, Cassaretto (2009) investigó acerca de la relación existente entre personalidad y afrontamiento en adolescentes pre-universitarios. Los resultados mostraron que el estilo *centrado en el problema* así como las estrategias *búsqueda de soporte social por motivos instrumentales, planificación*, junto con la estrategia *reinterpretación positiva y crecimiento* (perteneciente al estilo *centrado en la emoción*) fueron los más utilizados por la muestra, mientras que las estrategias menos usadas fueron *desentendimiento conductual, Negación y Acudir a la religión*.

Existe una multiplicidad de factores que determinan la eficacia del afrontamiento, donde se puede señalar por ejemplo el rol del temperamento, la personalidad y la

autoestima. Hauser & Bowlds (1990, citado en Frydenberg, 1996) afirman que el temperamento influye en la gama de estrategias de afrontamiento que el sujeto utiliza en situaciones difíciles así como influye también en el reconocimiento de aquellos eventos de vida que el sujeto evalúa como estresantes. En cuanto a la personalidad, se conoce que aquellas personas con personalidad extrovertida afrontan sus problemas de manera más positiva y exitosa, utilizando estrategias de afrontamiento activo y de resolución de problemas. Contrariamente, aquellos con alto *neuroticismo* y *conciencia* tienden a utilizar estrategias pasivas y emocionales, así como presentan una mayor inclinación al uso de estrategias de afrontamiento poco funcionales (Contreras, Espinoza & Esguerra, 2009; Watson & Hubbard 1996). En nuestro país, se ha encontrado que existe relación entre *neuroticismo* y aquellos estilos de afrontamiento que resultan inadecuados o disfuncionales; muy por el contrario, *conciencia* se asocia positivamente con el estilo centrado en el problema y de manera negativa con otros estilos inadecuados; mientras que *extraversión* guarda relación con el estilo centrado en la emoción (Cassaretto, 2009).

Por otro lado, parece existir asociación entre el autoconcepto/autoestima y el afrontamiento. En este sentido, se ha propuesto que una alta autoestima es un mecanismo de afrontamiento en sí mismo ya que tener un concepto adecuado de sí mismo, con una identidad sana y autoestima favorable es un factor de protección contra el estrés (Elkind, 1988 citado en Frydenberg, 1996). Asimismo, la adecuada percepción de efectividad al resolver problemas está relacionada al uso de estrategias productivas en los adolescentes, siendo esta característica más significativa en las mujeres (Frydenberg & Lewis, 2009). Sin embargo, lejos de definir la causalidad de las variables, es importante recalcar que una baja autoestima está relacionada con una inadecuada adopción de estrategias de afrontamiento. Aquellos individuos con un estilo de afrontamiento activo tienden a tener altos niveles de autoconcepto y autoestima mientras que aquellos que tienden al afrontamiento evasivo brindan descripciones depresivas de sí mismos mostrando poca confianza en sus habilidades (Dumont & Provost, 1999; Lodge & Feldman, 2007).

Diferentes investigaciones recalcan las diferencias de género con respecto al afrontamiento. La principal diferencia parece centrarse en el frecuente uso del afrontamiento centrado en la emoción y de características rumiante por parte de las mujeres; mientras que los hombres usan más estrategias orientadas al problema (Frydenberg, 1996; Frydenberg & Lewis 2000; Li, Raymond, DiGiuseppe & Froh, 2006;

Ptacek, Smith & Dodge, 1994). Se afirma que las mujeres tienden a *hacerse ilusiones* con mayor frecuencia; es decir que frecuentemente están esperanzadas en obtener el mejor resultado al enfrentar sus problemas. Asimismo, suelen utilizar de modo más frecuente la *búsqueda de soporte social*, pero suelen sentirse culpables (*autoinculparse*) y *preocuparse* por lo que les sucede. En cambio, los hombres adolescentes tienden a involucrarse en distintas actividades con el fin de disminuir la tensión que experimentan. Con ese fin, practican diversos deportes y aprovechan las distracciones de manera más efectiva que las mujeres. Sin embargo, suelen también negar e ignorar los problemas, lo que los lleva a un mayor consumo de sustancias como forma de afrontar sus problemas (Frydenberg & Lewis, 1997; Frydenberg & Lewis 2000).

Al igual que en los estudios mencionados, en población peruana también existen diferencias de género en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento. Canessa (2000) encontró que las adolescentes tienden frecuentemente a *buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social y buscar apoyo espiritual*; por el contrario, los adolescentes varones prefieren *ignorar el problema, buscar diversiones relajantes y distracción física*. Por otro lado, Martínez y Morote (2001) muestran, específicamente, las diferencias en las escalas de *reservarlo para sí, ignorar el problema y distracción física* a favor de los hombres y de *buscar apoyo social y concentrarse en resolver el problema* a favor de las mujeres. Es decir, mientras que ellas buscan fuentes de apoyo social y la comunicación con personas de su entorno para analizar la situación problemática, ellos tienen la tendencia a no dar a conocer sus preocupaciones, tratando de regular sus emociones por medio de actividades saludables.

Por otro lado, la edad es otro factor a tener en cuenta al hablar de afrontamiento en adolescentes. Se hace evidente las diferencias en que las personas afrontan sus problemas a lo largo de la vida, especialmente entre la adolescencia temprana y la adolescencia tardía (Frydenberg, 1996; Frydenberg & Lewis 2000). Existe evidencia considerable que señala que el afrontamiento orientado al problema decrece con la edad mientras que el afrontamiento orientado a la emoción incrementa con la edad (Compas, Malcarne & Fondacaro, 1988 en Seiffge-Krenke, 1998). En este sentido, algunas estrategias productivas como *acción social, búsqueda de ayuda espiritual, distracción física y búsqueda de ayuda profesional* son usados con menos frecuencia a medida que se avanza en la adolescencia, por lo que los adolescentes tardíos tienden a culparse a sí

mismos y a asumir estrategias como comer o tomar para reducir la tensión (Frydenberg & Lewis, 2000).

Sin embargo, otros autores señalan que durante los primeros años de la adolescencia los dos estilos más usados son el aproximativo y el evasivo; mientras que en la adolescencia tardía, el afrontamiento aproximativo diverge en dos componentes, el conductual y el cognitivo, apareciendo éste último alrededor de los 15 años de edad. Esta particularidad da a conocer que con los años la mayoría de adolescentes demuestra mayores niveles de ajuste al preferir el uso de un afrontamiento activo y cognitivo frente al evasivo (Seiffge–Krenke, 1998; Seiffge–Krenke, Aunola & Nurmi, 2009). En esta misma línea, Martínez y Morote (2001) afirman que los adolescentes peruanos de mayor edad también muestran diferencias según la edad. Aquellos con más edad usan con mayor frecuencia formas más variadas de afrontamiento abarcando estrategias de los tres grupos – *afrontamiento positivo, búsqueda de soporte social y manejo emocional* – aunque el énfasis recae sobre el tercer grupo. Esto se traduce en la capacidad de los adolescentes mayores de manejar sus emociones frente a situaciones problemáticas en relación con la madurez que van alcanzando.

Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia

Los cambios por los que atraviesa el adolescente, en combinación con la escasa experiencia vital con la que cuenta el individuo a esta edad, dan como resultado que el adolescente perciba muchas situaciones de la vida cotidiana como eventos que le resultan estresantes y que, por ende, podrían desembocar en diversos efectos y síntomas psicológicos (Barra, Cerna, Kramm & Véliz, 2006). Sin embargo, no es la experiencia de estrés por sí sola la que produce la depresión y los síntomas emocionales negativos en los sujetos; sino más bien, la incapacidad del individuo para afrontar satisfactoriamente las situaciones estresantes que se le presentan y que finalmente, tienen un impacto negativo en su salud y en su bienestar (Murberg & Bru, 2005).

Diferentes investigaciones han confirmado la influencia y la importancia del afrontamiento en aspectos relacionados con el ajuste psicológico. Así por ejemplo, se sabe que estrategias de afrontamiento disfuncionales tales como *autoinculparse, ignorar el problema y falta de afrontamiento* guardan relación con un bajo nivel de bienestar

subjetivo (Contini, Coronel, Levin & Estevez, 2003; Frydenberg, Care, Freeman & Chan, 2009). Por otro lado, Zeidner y Endler (1997) así como Gómez-Fraguela, Luengo, Romero, Villar y Sobral (2006) confirman la relación entre el uso de estrategias disfuncionales y el consumo de sustancias tóxicas, afirmando que los estilos de afrontamiento tienen un papel importante como factores de protección o de riesgo del consumo de drogas y de la conducta antisocial en la adolescencia. También, se ha encontrado asociación entre el afrontamiento disfuncional y diversos trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión (Blalock & Joiner, 2000; Gaspar de Matos et al., 2008).

Se sabe que algunas estrategias de afrontamiento pueden mitigar la relación entre los estresores y los síntomas depresivos regulando las emociones negativas asociadas, buscando otras soluciones y reduciendo los efectos del estrés. Sin embargo, otras estrategias de afrontamiento pueden empeorar los efectos del estrés y convertirse ellos mismos en factores de riesgo para el ajuste subsecuente. Así por ejemplo, los adolescentes que presentan menos síntomas depresivos utilizan estrategias vinculadas a la *búsqueda de soporte parental* (Murberg & Bru, 2005), *búsqueda de soporte y resolución de problemas*, ambas estrategias funcionales (Merlo & Lakey, 2007); mientras que aquellos con síntomas depresivos utilizan otro tipo de estrategias.

Al parecer, las estrategias disfuncionales se asocian de manera directa con la sintomatología depresiva, afirmándose que cualquier tipo de afrontamiento evasivo conlleva a un incremento de la sintomatología depresiva e influye en posteriores desórdenes depresivos durante la vida adulta. Aquellas estrategias de afrontamiento tales como el repliegue emocional y la evasión del problema, ambas de connotación disfuncional, se relacionan con la presencia de depresión en la población adolescente (Seiffge–Krenke, 1995; Seiffge–Krenke & Klessinger, 2000).

Chan (1995) confirma el papel perjudicial del afrontamiento evasivo en relación a la presencia de sintomatología depresiva; no obstante, también recalca que la *autodepreciación* y el reducido *soporte social* también están relacionados a la depresión. Asimismo, se ha demostrado que aquellos adolescentes con diagnósticos de depresión muestran un mayor uso de estrategias como el *aislamiento social* (estrategia que se expresa con mayor prevalencia en pacientes con intento de suicidio), *autocrítica* y *hacerse ilusiones*. Por otro lado, muestran menos estrategias cognitivas, un bajo uso de *soporte social* y de *resolver el problema* (Spirito, Francis, Overholser & Frank, 1996). Otras

investigaciones revelan que aquellos adolescentes deprimidos afrontan sus problemas de forma defensiva utilizando estrategias maladaptativas como la agresividad y el consumo de drogas (Galaif, Sussman, Chou & Wills, 2003), donde la primera resulta ser una de las estrategias predictivas más importantes de la depresión (Murberg & Bru, 2005).

Planteamiento del problema

La adolescencia supone un periodo de grandes y dramáticos cambios que tienen ramificaciones psicológicas y mayores riesgos para el bienestar físico y mental (Papalia et al., 2005). Constantemente, los adolescentes están expuestos a situaciones potencialmente estresantes, entre ellas las tareas evolutivas específicas de la edad (cambios corporales, estructuración de la identidad, independencia de los padres, etc.) y los problemas concernientes a los diferentes ámbitos - familiar, social y escolar - en el que se desenvuelven (Gómez–Maquet, 2007). Sin embargo, las situaciones difíciles de la vida no conducen necesariamente a una depresión, a no ser que la persona este especialmente sensibilizada hacia un tipo concreto de situación, debido a la naturaleza de su organización cognitiva (Beck et al., 1983). En este sentido, el afrontamiento desempeña un papel importante de moderador entre las experiencias estresantes, los recursos con que se cuenta para hacerles frente y las consecuencias que se derivan para la salud física y psicológica de las personas (Sandín, 2003). Estudios en población peruana señalan que una considerable cantidad de adolescentes limeños tiende a utilizar estrategias disfuncionales para afrontar sus problemas y los eventos estresantes que recogen del entorno (Canessa, 2000; Martínez & Morote, 2001).

A nivel internacional, se ha investigado acerca de la función que el afrontamiento tiene en la regulación de las emociones, encontrándose que éste desempeña un papel multidimensional y por tanto, ayuda a la adaptación al medio y a la regulación emocional a lo largo del ciclo vital, inclusive durante la adolescencia (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007). Otras investigaciones se han centrado en la relación entre la depresión y el afrontamiento en adolescentes, encontrándose que la presencia de depresión en esta etapa se asocia con estrategias de afrontamiento maladaptativas o disfuncionales, generalmente de tipo evitativo (Galaif et al., 2003; Murberg & Bru, 2005; Seiffge – Krenke & Klessinger, 2000; Chan, 1995; Spirito et al., 1996). Sin embargo, a nivel nacional poco

se ha investigado en relación a estos dos temas en conjunto en población escolar, por lo que se considera relevante el estudio de dicha relación en nuestro contexto. Por ende, el propósito de la investigación es analizar la posible relación entre la sintomatología depresiva y los estilos/estrategias de afrontamiento utilizados por un grupo de adolescentes escolares pertenecientes a un colegio privado de Lima; así como determinar si existen diferencias en los niveles de sintomatología depresiva y el uso de los estilos y estrategias de afrontamiento de acuerdo a las variables sociodemográficas de este grupo (edad, género, año de estudios y tipo de familia).



CAPÍTULO II

Método

Participantes

En la presente investigación, la muestra estuvo conformada por adolescentes estudiantes de un colegio particular de Lima que recibe alumnos de nivel socioeconómico A y B. Para la selección de la muestra se utilizó un muestreo No probabilístico accidental pues la elección de los participantes se dio de forma casual y de manera voluntaria (Hernández, Fernández & Baptista, 2010).

Para la recolección de datos, se accedió a la muestra después de solicitar el permiso del centro educativo particular en el que se aplicarían las pruebas. Una vez obtenido el permiso, se coordinó con los profesores de las 11 aulas, de primero a quinto de secundaria, la hora y fecha para la aplicación. Antes de iniciar la evaluación, se les explicó a los alumnos la finalidad de la investigación y se les pidió su colaboración voluntaria, alcanzando el consentimiento informado a aquellos que estuvieron de acuerdo en participar. Luego, se les entregó la ficha sociodemográfica, el Inventario de depresión de Beck – IDB II y la Escala de afrontamiento para adolescentes -ACS, indicándoles las instrucciones de las pruebas. Al culminar la aplicación, se les recalcó los horarios de atención en la oficina del servicio psicológico donde la evaluadora estaría para absolver cualquier duda e inquietud que surja a partir de la evaluación.

De toda la población escolar de secundaria de dicho colegio, 199 adolescentes accedieron a participar voluntariamente en la investigación. Sin embargo, 18 protocolos fueron eliminados posteriormente debido a que los sujetos no alcanzaron la edad mínima, llevaban menos de cinco años viviendo en el país o los instrumentos aplicados no fueron llenados de manera correcta y completa, quedando la muestra final en 181 participantes. De esta manera, la muestra estuvo conformada en su mayoría por 116 hombres (64,1%) y en menor proporción, por 65 mujeres (35,9%).

Asimismo, los participantes presentan un rango de edad entre los 13 y 18 años, con una media de 15,28 años ($DE = 1,58$). Se optó por dividir a la muestra en tres grupos con el fin de distinguir las tres etapas de la adolescencia (Kaplan & Sadock, 1996): adolescencia temprana (10 – 14 años; en nuestra muestra 13 y 14 años), adolescencia

media (15 y 16 años) y adolescencia tardía (17 – 20 años; en nuestra muestra, 17 y 18 años); de este modo, se pudieron realizar los análisis de la variable edad con mayor detenimiento. Según esta división, se sabe que el 32,6% de la muestra tiene entre 13 y 14 años de edad; el 42% tiene entre 15 y 16 años, mientras que solo el 25,4% tiene entre 17 y 18 años de edad. Además, el 11,6% cursa el primer año de secundaria, el 16,6% el segundo año de secundaria, el 22,1% atraviesa el tercer año de secundaria, el 25,4% el cuarto año de secundaria y finalmente, el 24,3% cursa el quinto año de secundaria.

La mayoría de los participantes ha nacido en Lima y Callao (93,4%) así como otro pequeño porcentaje de ellos ha nacido al interior (2,75%) y fuera del país, aunque llevan mínimo 9 años viviendo en el Perú (3,85%). En cuanto al tipo de familia en el que viven los participantes, el 40,3% vive con ambos padres en familias biparentales, el 11% vive también con ambos padres además de otros familiares en familias biparentales extensas, el 21,5% vive con solo uno de los padres (familia uniparental), el 16% vive con uno de los padres además de otros familiares (familia uniparental extensa); el 8,8% vive con uno de los padres junto a la nueva pareja y familia de éste (familia ensamblada); finalmente, el 2,2% vive con familiares o amigos sin ninguno de los padres (otro).

Instrumentos

Para la investigación se utilizaron como instrumentos de medición el Inventario de depresión de Beck II - IDB II (Beck, Steer & Brown, 2006) y la Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS (Frydenberg & Lewis, 1997), específicamente, la adaptación de Pereña y Seisdedos (1997). A estos instrumentos se le agregó una ficha sociodemográfica (*Anexo A*) donde se recogieron los datos principales de los participantes. Las características psicométricas de las pruebas psicológicas aplicadas serán detalladas a continuación.

Inventario de depresión de Beck II - IDB II

El IDB II constituye un instrumento de autoinforme cuya finalidad es medir la severidad de los síntomas típicos de la depresión en adolescentes y adultos mayores a 13 años, tanto en población normal como en población psiquiátrica. Ha sido diseñado siguiendo los criterios diagnósticos de los trastornos depresivos descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos mentales – DSM IV TR, por lo que los

síntomas medidos son: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de interés, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios en el apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo. Consta de 21 ítems, cada uno de ellos puede ser valuado en una escala de 4 puntos de 0 a 3. La puntuación total se determina mediante la suma de las respuestas en la totalidad de los ítems, por lo que la puntuación máxima a obtener es de 63. Asimismo, se considera que aquellos sujetos con puntuaciones entre 0 y 13 se encuentran en el rango mínimo de depresión, entre 14 y 19 en el rango leve, entre 20 y 28 en el rango moderado y entre 29 y 63 en el rango severo.

La prueba original (Beck, Steer & Brown, 2006) fue adaptada a población argentina por Brenlla y Rodríguez (2006). La prueba mostró una confiabilidad por consistencia interna bastante adecuada, con coeficientes alfa de ,88 para población psiquiátrica y de ,86 para población normal; además de correlaciones ítem – total corregidas significativas variantes entre ,19 y ,61 para pacientes y de ,25 y ,55 para los no pacientes. Asimismo, se analizó la estabilidad test – retest obteniendo una correlación positiva y significativa de ,90 en una muestra clínica y de ,86 en una muestra normal, aunque en ambas muestras el promedio de puntuación en el test fue mayor que en el retest ($M = 32,60$ vs. $M = 27$; $M = 9,92$ vs. $M = 8,27$).

Asimismo, se comparó el BDI II con otras pruebas psicológicas en pacientes de atención externa, obteniéndose la validez convergente y discriminante de la prueba. Con respecto a la primera, el BDI II se correlaciona positivamente con la Escala de depresión del MMPI II ($r = ,58$, $p < ,001$) y la Escala de depresión de SCL – 90 – R ($r = ,81$, $p < ,001$). En cuanto a la validez discriminante, la prueba correlaciona con la escala de Ansiedad de la SCL – 90 - R ($r = ,63$, $p < ,001$). También se comparó la prueba en población normal obteniéndose correlaciones significativas con el MMPI – II ($r = ,61$, $p < ,01$), la Escala de Malestar Psicológico de Kessler ($r = ,81$, $p < ,01$) y la Escala de Ansiedad Rasgo para adultos ($r = ,58$, $p < ,01$). Asimismo, se realizó un análisis factorial cuyos resultados indicaron la presencia de dos dimensiones subyacentes: cognitivo – afectivo y somática, correlacionadas significativamente, con síntomas como Tristeza y Llanto que pueden desplazar sus cargas de una dimensión a otra de acuerdo con el tipo de muestra que está siendo estudiada.

En el Perú, el instrumento no ha sido adaptado pero ha sido utilizado en diversas ocasiones, principalmente por el INSM Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (2002) en el Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud Mental. Asimismo, ha sido utilizado por Rodríguez (2006) quien en un grupo de 188 mujeres entre 16 y 20 años de edad encontró una confiabilidad por consistencia interna elevada para la muestra trabajada, con un coeficiente de ,90 y correlaciones ítem – test corregida superiores a ,20. Asimismo, realizó un análisis factorial confirmatorio PROMAX mediante el cual se identificó que los ítems se agruparon en dos factores, aunque no se reproducen de la misma manera que en la prueba original.

En el presente estudio se encontró una confiabilidad con un índice alfa de Cronbach igual a ,87 para la prueba en general y correlaciones ítem – test corregida entre ,23 y ,58 (*Ver Anexo C1*).

Escala de afrontamiento para adolescentes - ACS

Asimismo, también se utilizó la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), la cual busca evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes, identificadas previamente conceptual y empíricamente. Los autores Erica Frydenberg y Ramón Lewis (1997) construyeron dos formas del ACS, una Forma Específica, que permite evaluar las respuestas a un problema particular citado por el sujeto o sugerido por el examinador, y una Forma General, que evalúa como el sujeto afronta sus problemas en general. En la presente investigación se utilizará la Forma General, en versión española adaptada por Pereña y Seisdedos (1997).

El ACS consta de 79 ítems de tipo cerrado y un ítem abierto, el cual identifica conductas de afrontamiento diferentes a las anteriores. Los 79 ítems cerrados se califican mediante una escala tipo Likert de cinco puntos: No me ocurre nunca o no lo hago (1), Me ocurre lo hago raras veces (2), Me ocurre o lo hago raras veces (3), Me ocurre o lo hago algunas veces (4), Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia (5). Los 79 ítems se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y estas a su vez en 3 estilos: Resolver el problema, Referencia a los otros y Afrontamiento No productivo.

Con respecto a la confiabilidad de la prueba, se llevó a cabo el análisis de correlación Test – retest, en donde once ítems no arrojaron correlaciones significativas; sin embargo, obtuvieron en las dos aplicaciones respuestas alejadas en no más de un punto en el 70% de los sujetos, por lo que los autores concluyeron que todos los

elementos cubren las normas de estabilidad. Asimismo, la mayoría de las escalas mostraron coeficientes de confiabilidad por consistencia interna entre ,54 y ,85, y solo tres de ellas – *buscar diversiones relajantes*, *distracción física* y *falta de afrontamiento* – arrojaron coeficientes menores a ,65. En cuanto a la validez, los autores realizaron tres análisis factoriales utilizando el método de los componentes principales con rotación de Oblimin. Como resultado de este análisis se confirmó la validez de constructo de las 18 escalas (Frydenberg & Lewis, 1997).

Pereña y Seisdedos (1997) realizaron la adaptación española de la prueba en una muestra de 452 adolescentes entre 12 y 20 años. Se obtuvieron y se hicieron comparaciones de medias de los puntajes de adolescentes españoles y australianos, así como también se analizaron las diferencias en las respuestas según el sexo, las correlaciones entre las escalas y un análisis factorial que concluyen la confiabilidad y validez de la prueba en cuestión.

En el Perú, Canessa (2000) realizó la adaptación a población peruana de la ACS en 1236 adolescentes entre 14 y 17 años residentes en Lima Metropolitana. Realizó una adaptación lingüística por 10 jueces de profesión psicólogos. Luego se utilizó el coeficiente V de Aiken que identifica los ítems que deben ser modificados a partir de la sugerencia de los jueces. Se realizaron modificaciones en las instrucciones, la redacción de los ítems y las alternativas de respuesta. Asimismo, se realizó el análisis factorial de los ítems en tres etapas. Se indicó la existencia de seis factores, los cuales permitieron explicar el 50,2%, 50,3% y el 49,7% de la varianza total en cada uno de los análisis. Asimismo, se realizó el análisis factorial de las escalas, permitiendo explicar el 67,6% de la varianza total y obteniendo seis factores en total. En cuanto a la confiabilidad, las escalas obtuvieron índices de confiabilidad Alfa de Cronbach entre ,48 y ,84.

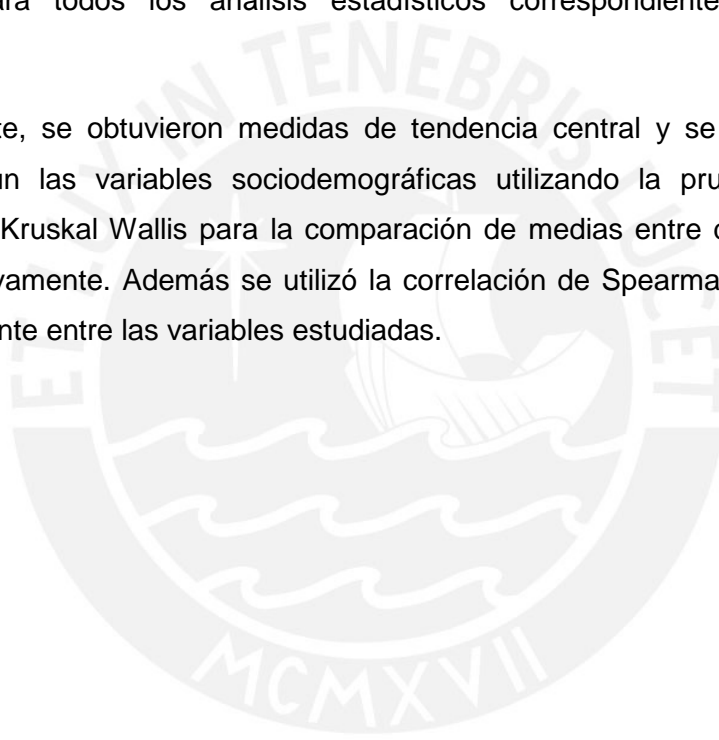
En la presente investigación se decidió aplicar la versión española ya que existe historial de su utilización en investigaciones anteriores con poblaciones similares a la de nuestra investigación (Martínez & Morote, 2000; Mikelssen, 2009). Se realizaron análisis de confiabilidad, obteniéndose un coeficiente de confiabilidad de ,93 para la prueba general, así como índices entre ,55 y ,76 dentro de las escalas, demostrándose la confiabilidad de las mismas. Asimismo, la totalidad de los ítems obtuvieron índices ítem–total corregida positivos y la mayoría de ellos, a excepción de ocho ítems (ítem 3, 21, 26, 27, 29, 31, 43 y 54), obtuvieron índices ítem – total corregida mayores a ,20 (*Ver Anexo C2*).

Procedimiento

Posteriormente, se llevó a cabo el análisis estadístico con el programa SPSS. En un primer momento, se realizaron los análisis de confiabilidad para ambas pruebas, obteniéndose los índices Alpha de Cronbach y constatándose así la confiabilidad de ambas pruebas.

En un segundo momento, se realizó la prueba de normalidad Kolmogorov – Smirnov, obteniéndose una distribución no normal de la muestra tanto para la ACS como para la prueba IDB II (Ver *Anexo B*). Por esta razón, se realizaron pruebas no paramétricas para todos los análisis estadísticos correspondientes a la presente investigación.

Finalmente, se obtuvieron medidas de tendencia central y se establecieron las diferencias según las variables sociodemográficas utilizando la prueba U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis para la comparación de medias entre dos y más de dos grupos, respectivamente. Además se utilizó la correlación de Spearman para determinar la relación existente entre las variables estudiadas.



CAPÍTULO III

Resultados

A continuación se presentan los resultados más resaltantes de acuerdo a los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se presentan los resultados obtenidos alrededor de la sintomatología depresiva por medio de la administración del Inventario de depresión de Beck II (IDB-II), así como las diferencias notables según las variables sociodemográficas alrededor del tema. Posteriormente, se describen los resultados entorno a la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) y sus respectivas diferencias y comparaciones según las variables sociodemográficas pertinentes. Finalmente, se presentan las correlaciones entre las dos variables anteriores y se describe la relación existente entre sintomatología depresiva y afrontamiento.

Sintomatología depresiva

La muestra de adolescentes escolares participantes de esta investigación obtuvo un puntaje mínimo de 0 y un máximo de 49 puntos, con un puntaje medio de 12,27 ($DE = 8,66$). Esto se traduce en un nivel de sintomatología depresiva a nivel mínimo. Se muestra así que la mayoría de los participantes, el 66,85%, cuenta con un nivel mínimo de sintomatología depresiva, mientras que el 18,23% se ubica en un nivel leve, el 9,40% en el nivel moderado, y el 5,52% en un nivel severo de depresión.

Tabla 1
Distribución de la muestra según el Nivel de sintomatología depresiva

	<i>F</i>	<i>%</i>
Nivel de sintomatología depresiva		
Mínimo	121	66,85
Leve	33	18,23
Moderado	17	9,40
Severo	10	5,52

$N = 181$

En cuanto al análisis de las variables sociodemográficas, los resultados señalan que las variables edad, año de estudios y tipo de familia no muestran diferencias significativas en relación a la sintomatología depresiva. Sin embargo, son significativas las diferencias en cuanto a la variable sexo, mostrándose que las mujeres presentan una mayor sintomatología depresiva en comparación con los hombres, con una diferencia de tamaño moderado ($d = ,61$).

Tabla 2
Diferencias en sintomatología depresiva según sexo

Sexo	Sintomatología depresiva			U
	N	M	DE	
Hombre	116	10,43	7,25	2402,00*
Mujer	65	15,66	10,03	

N = 181

* $p < ,05$

Afrontamiento

En relación a la variable Afrontamiento, se detallan los resultados de acuerdo a los estilos y estrategias destacados a partir de los análisis estadísticos. En ese sentido, los resultados obtenidos muestran un mayor uso del estilo *resolver el problema* sobre los otros dos estilos.

Tabla 3
Descripción de los puntajes obtenidos según Estilos de afrontamiento

	Mínimo	Máximo	M	DE
Estilo de Afrontamiento				
Resolver el problema	32,80	94,40	66,37	12,39
Referencia a los otros	24,70	88,30	52,98	12,56
No productivo	26,60	79,10	50,44	11,45

N = 181

Asimismo, las estrategias de afrontamiento más utilizadas en la muestra corresponden a las estrategias *buscar diversiones relajantes*, *preocuparse*, *distracción física* y *fijarse en lo positivo*; mientras que las estrategias menos utilizadas son *acción Social*, *ignorar el problema*, *falta de afrontamiento* y *reducción de la tensión*.

Tabla 4
Descripción de los puntajes altos y bajos obtenidos según Estrategias de afrontamiento

Estilo	Estrategia	M	DE
Resolver el problema	Concentrarse en resolver el problema	61,48	16,71
	Esforzarse y tener éxito	63,47	15,00
	Fijarse en lo positivo	65,69	17,04
	Buscar diversiones relajantes	74,25	20,63
	Distracción física	66,98	22,46
Referencia a los otros	Buscar apoyo social	57,88	18,60
	Invertir en amigos íntimos	63,80	17,10
	Buscar pertenencia	63,82	16,53
	Acción social	36,49	13,67
	Buscar apoyo espiritual	45,00	16,60
	Buscar ayuda profesional	50,91	19,99
No productivo	Preocuparse	67,62	17,78
	Hacerse ilusiones	62,12	16,01
	Falta de afrontamiento	42,63	15,38
	Reducción de la tensión	43,47	16,92
	Ignorar el problema	42,40	16,92
	Autoinculparse	45,14	18,82
	Reservarlo para sí	49,75	17,87

N = 181

En relación a la pregunta abierta, el 39,80% de la muestra no la contestó, el 55,20% brindó respuestas similares a las 18 estrategias ya consideradas en la prueba y solo el 5% brindó respuestas referidas a otras formas de afrontar sus problemas. Se obtuvieron entonces 8 estrategias de afrontamiento, las cuales se detallan a continuación.

- *“Suelo pedir perdón pero a la misma vez tengo que afrontar la humillación de aquellos” (Mujer, 13 años).*
- *“Hablar por teléfono o msn con mi mejor amiga porque ella siempre me hace reír” (Mujer, 13 años).*
- *“Saco a pasear a mi perro” (Mujer, 13 años).*
- *“Pensar cómo podría herir a alguien” (Mujer, 16 años).*
- *“Intento ayudar a otros para sentirme importante y valioso” (Hombre, 13 años).*
- *“Trato de buscar un lugar que tenga silencio total” (Hombre, 16 años).*
- *“Suelo pensar en que las personas no crean el problema sino la presión del estado que los lleva a una vida sin felicidad” (Hombre, 16 años).*

- “Salir a la calle y pensar y descansar en algún lado tranquilo” (Hombre, 18 años).

En cuanto al análisis de los estilos y estrategias de afrontamiento según las variables sociodemográficas, no se encontraron diferencias significativas alrededor de la variable tipo de familia. Por el contrario, se encontraron diferencias destacables en relación a las variables sexo, edad y año de estudios. Sin embargo, cabe resaltar que para la segunda variable mencionada solo se encontraron diferencias alrededor de estrategias pero no en relación a los estilos de afrontamiento.

Según la variable sexo, los resultados muestran que las mujeres tienden a utilizar más el estilo *no productivo*, obteniéndose una diferencia de efecto pequeño ($d = ,48$). En detalle y en cuanto a las estrategias, las mujeres tienden a utilizar más y de manera significativa, las estrategias *hacerse ilusiones* ($d = ,54$) y *reservarlo para sí* ($d = ,52$), con índices d de Cohen de magnitud mediana; *falta de afrontamiento* ($d = ,44$), *reducción de la tensión* ($d = ,46$), *invertir en amigos íntimos* ($d = ,35$) y *buscar pertenencia* ($d = ,34$), con índices de magnitud pequeña.

Tabla 5

Diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento según la variable sexo

	Hombres ($n = 116$)		Mujeres ($n = 65$)		U
	M	DE	M	DE	
Estilos					
Resolver el problema	66,05	12,22	66,96	12,77	3509,00
Referencia a los otros	51,66	11,83	55,35	13,57	3206,50
No productivo	48,50	10,96	53,92	11,57	2752,00*
Estrategias					
Invertir en amigos íntimos	61,66	16,44	67,63	17,70	3030,50*
Buscar pertenencia	61,86	16,75	67,32	15,66	2930,00*
Hacerse ilusiones	59,10	15,64	67,51	15,34	2642,00*
Falta de afrontamiento	40,21	14,68	46,95	15,75	2760,00*
Reducción de la tensión	40,14	15,59	49,42	17,68	2592,00*
Reservarlo para sí	47,07	16,75	54,54	18,91	3030,50*

* $p < ,05$

Por otro lado, si bien no se encontraron diferencias en los estilos según la variable edad, sí se encontraron algunas diferencias significativas entre algunas estrategias

utilizadas tales como *reducción de la tensión* e *ignorar el problema* por medio de la prueba H de Kruskal Wallis. En este sentido, los adolescentes en el rango de edad entre 17 y 18 años tienden a utilizar en mayor medida la estrategia *reducción de la tensión* en comparación con los adolescentes más jóvenes, obteniéndose para la diferencia un índice de Cohen de intensidad mediana ($d = ,55$). Así también se observa que los adolescentes entre 15 y 16 años tienden a un menor uso de la estrategia *ignorar el problema* en comparación con ambos grupos, en especial, con el grupo de mayor edad; obteniéndose una diferencia de intensidad pequeña ($d = ,49$).

Tabla 6
Diferencias en estrategias de afrontamiento según la variable edad

	Rango de edad						H
	13 y 14 años (n = 59)		15 y 16 años (n = 76)		17 y 18 años (n = 46)		
	M	DE	M	DE	M	DE	
Estrategias de afrontamiento							
Reducción de la tensión	38,58	14,26	44,95	17,89	47,30	17,29	7,12*
Ignorar el problema	42,97	17,05	39,01	15,01	47,28	18,73	6,66*

* $p < ,05$

A pesar de que el estadístico H de Kruskal Wallis determinó que éstas eran las únicas diferencias en el uso de estrategias según edad, las variaciones en las medias de algunas otras estrategias hicieron sospechar de la existencia de diferencias de medias significativas en otras escalas. Por ello, se procedió a realizar la comparación por parejas utilizando el estadístico U de Mann Whitney. Se confirmaron los resultados hallados por medio del estadístico H de Kruskal Wallis y de forma adicional, se obtuvieron diferencias significativas aunque de magnitud pequeña en las estrategias *esforzarse* y *tener éxito* ($d = ,42$) y *reservarlo para sí* ($d = ,37$) entre los adolescentes de menor edad (13 y 14 años) y de mayor edad (17 y 18 años).

Tabla 7
Diferencias en estrategias de afrontamiento según la variable edad

	Rango de edad						U
	13 y 14 años (n = 59)		15 y 16 años (n = 76)		17 y 18 años (n = 46)		
	M	DE	M	DE	M	DE	
Reducción de la tensión	38,58	14,26			47,30	17,29	1341,50*
Ignorar el problema			39,01	15,01	47,28	18,73	1686,00*
Esforzarse y tener éxito	66,58	16,72			60,43	12,31	1294,50*
Reservarlo para sí	47,71	18,74			54,24	16,5	1329,50*

*p < ,05

Asimismo, se hallaron diferencias significativas en el uso del estilo *no productivo* según la variable año de estudios. En este sentido, se observa que los participantes pertenecientes al primero de secundaria tienden a usarlo con mayor tendencia en comparación con los demás años. También se observan diferencias, aunque no significativas, en el uso del estilo *resolver el problema* a favor de este grado escolar.

Además, se encontraron diferencias en cuanto al uso de algunas estrategias, resaltando el mayor uso de las estrategias *esforzarse y tener éxito*, *acción social*, *buscar apoyo espiritual* y *preocuparse* por parte de los adolescentes que cursan el primero de secundaria. Por otro lado, la estrategia *reducción de la tensión* es utilizada en mayor medida por los adolescentes de tercero y quinto de secundaria.

Tabla 8
Diferencias en los estilos y estrategias de afrontamiento según la variable año de estudios

	Año de estudios										H
	Primero de Secundaria (n = 21)		Segundo de Secundaria (n = 30)		Tercero de Secundaria (n = 40)		Cuarto de Secundaria (n = 46)		Quinto de Secundaria (n = 44)		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	72,89	13,51	65,34	14,71	64,72	11,94	63,62	11,56	68,36	10,3	9,40
No productivo	54,23	10,19	46,72	10,99	51,16	12,77	47,98	11,95	53,11	9,51	11,86*
Esforzarse y tener éxito	73,71	15,57	63,33	15,04	62,70	17,05	60,70	13,66	62,27	12,51	10,44*
Acción Social	40,95	16,33	32,00	12,01	39,00	14,82	33,91	13,86	37,84	11,07	9,85*
Buscar apoyo espiritual	53,57	19,76	42,67	13,24	48,75	15,92	39,89	15,97	44,43	16,61	11,82*
Preocuparse	79,24	14,23	64,00	21,09	63,10	18,37	65,04	17,19	71,36	14,09	14,83*
Reducción de la tensión	38,67	13,53	36,67	15,23	47,80	18,00	42,70	16,74	47,27	17,13	10,89*

*p < ,05

Con el fin de conocer con mayor detalle la magnitud de las diferencias encontradas según esta variable, se procedió a obtener el índice d de Cohen, observándose que las diferencias encontradas oscilan entre pequeñas y grandes.

De esta manera, se obtuvieron diferencias medianas en el estilo *no productivo* entre primero y segundo de secundaria ($d = ,71$), así como entre primero y cuarto año ($d = ,56$).

Asimismo, existen diferencias destacables en la estrategia *esforzarse y tener éxito* a favor de los participantes del primero de secundaria, obteniéndose índices de magnitud grande con el cuarto ($d = ,89$) y quinto de secundaria ($d = ,81$). Además, se obtuvieron diferencias de magnitud mediana entre el primero de secundaria y el segundo ($d = ,68$) y tercero de secundaria ($d = ,68$).

En relación a la estrategia *acción social*, destacan una diferencia mediana entre primero y segundo año ($d = ,63$). Asimismo, en la estrategia *buscar apoyo espiritual* se obtuvieron diferencias de mediana magnitud entre el primero y segundo año ($d = ,66$), cuarto año ($d = ,77$) y quinto año de secundaria ($d = ,50$).

Alrededor de la estrategia *preocuparse* también se obtuvieron diferencias grandes entre primero de secundaria y el segundo ($d = ,86$), tercero ($d = ,99$) y cuarto de secundaria ($d = ,90$). Por otro lado, se obtuvo diferencias medianas entre primero y quinto de secundaria ($d = ,56$).

Finalmente, en relación a la estrategia *reducción de la tensión*, se obtuvieron diferencias medianas entre primero y tercer año ($d = ,58$) y entre primero y quinto de secundaria ($d = ,56$), habiendo más altos puntaje en los grados mayores.

Sintomatología depresiva y afrontamiento

En cuanto a la relación entre las dos variables, se encontró una correlación directa y mediana entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento *no productivo*. En esta misma línea, se encontraron correlaciones medianas entre la sintomatología depresiva y las estrategias *falta de afrontamiento*, *reducción de la tensión* y *autoinculparse*. Se observó también la existencia de correlaciones significativas pero pequeñas con las estrategias *hacerse ilusiones* y *reservarlo para sí*. Cabe resaltar

también las correlaciones pequeñas pero significativas con las estrategias *esforzarse y tener éxito* y *acción social*, siendo éstas últimas estrategias pertenecientes a otros estilos de afrontamiento (*resolver el problema* y *referencia a los otros*, respectivamente).

Tabla 9*Correlaciones entre sintomatología depresiva y afrontamiento*

Estilo	Estrategias	BDI - II <i>r</i>
Resolver el problema		-,07
	Concentrarse en resolver el problema	,06
	Esforzarse y tener éxito	-,16*
	Fijarse en lo positivo	-,09
	Buscar diversiones relajantes	,02
	Distracción física	-,11
Referencia a los otros		,10
	Buscar apoyo social	,05
	Invertir en amigos íntimos	,12
	Buscar pertenencia	,11
	Acción social	,15*
	Buscar apoyo espiritual	,14
No productivo		,45**
	Preocuparse	,10
	Hacerse ilusiones	,23**
	Falta de afrontamiento	,46**
	Reducción de la tensión	,44**
	Ignorar el problema	,14
	Autoinculparse	,43**
Reservarlo para sí	,27**	

* $p < ,05$ ** $p < ,01$

CAPÍTULO IV

Discusión

La adolescencia constituye una etapa de carácter transicional que conlleva a la experimentación de cambios físicos y psicológicos así como a la confrontación de nuevos retos y roles que se deben asumir. El estrés generado por estos cambios puede conducir a los adolescentes a experimentar problemas conductuales de distinto tipo y de manera más amenazante, al surgimiento de trastornos depresivos en el plano emocional (Oliva, 2003). La forma en que el adolescente afronta los cambios de esta etapa tiene una función crucial, dado que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas está asociado en mayor medida al desajuste emocional y por ende, al desarrollo de trastornos posteriores (Colomba, Santiago & Roselló, 1999). En este sentido, resulta relevante y constituye nuestro objetivo principal conocer cómo la sintomatología depresiva y el afrontamiento se relacionan y se comportan en un grupo de adolescentes escolares de un colegio privado de Lima.

En este capítulo, se busca responder a dicho objetivo; por lo que se discuten los resultados obtenidos en el acápite anterior y se intenta brindar una explicación al respecto. Con tal propósito, se discute en primer lugar, la relación existente entre la sintomatología depresiva y los estilos/estrategias de afrontamiento, tratando de apoyar éstos resultados en investigaciones anteriores y evidencia empírica que ayuden a explicar de manera más óptima nuestros resultados. Luego, se comentan las características de la sintomatología depresiva y el afrontamiento según las variables sociodemográficas tenidas en cuenta en la presente investigación, resaltando las diferencias en cuanto a género, edad, año de estudios y tipo de familia, según corresponda.

Según los análisis realizados, la presencia de sintomatología depresiva se relaciona de manera directa y relevante con el estilo de afrontamiento *no productivo*, es decir, con una incapacidad personal para afrontar los problemas. El afrontamiento *no productivo* ha sido relacionado con distinto tipo de dificultades en el ajuste emocional y en la capacidad de adaptación del sujeto a su entorno. Así por ejemplo; Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estéves (2005) encontraron, en una muestra de adolescentes

argentinos entre 13 y 18 años, que aquellos con un mayor uso de estrategias maladaptativas presentan un bajo nivel de bienestar psicológico, lo cual a su vez está vinculado a un pobre concepto de sí mismo y dificultades para hacerle frente al entorno y a sus propias necesidades. De manera aún más determinante y en la misma línea a lo encontrado, otros investigadores han hallado que los adolescentes que tienden a recurrir a estrategias disfuncionales en el afronte y resolución de sus problemas están predispuestos a desarrollar mayores niveles de sintomatología depresiva, colocándose en riesgo de desarrollar posteriormente trastornos afectivos relacionados (Herman-Stahl & Petersen, 1996; Kort-Butler, 2009).

A pesar de que autores como los mencionados han señalado que existe una mayor predisposición a altos niveles de sintomatología depresiva a causa de estrategias disfuncionales, es necesario profundizar en el tema ya que surgen dificultades al tratar de establecer la causalidad y direccionalidad con respecto a estas dos variables. Por un lado, como ya se mencionó, el afrontar los problemas con estrategias disfuncionales de tipo evitativo tales como el replegarse en sí mismo, negar la existencia del estresor, y evitar la solución al problema, podría influir en el desarrollo de sintomatología depresiva al no asumir una actitud de solución activa frente a la dificultad en cuestión (Seiffge-Krenke & Klessinger, 2000). Sin embargo, el DSM IV - TR (APA, 2000) señala precisamente que uno de los síntomas que forman parte del criterio diagnóstico de la depresión, consiste en asumir una actitud pasiva frente a la vida, caracterizándose por la presencia de una capacidad disminuida para pensar, tomar decisiones o de actuar. Como se podrá observar, este síntoma a su vez constituye una estrategia de afrontamiento disfuncional de tipo evitativo. De esta manera, no queda claro si es que es el uso de la estrategia disfuncional el que lleva a la presencia de sintomatología depresiva o es que esta incapacidad para afrontar forma parte ya de la depresión en sí. Son necesarias más investigaciones al respecto, dado que no existe evidencia clara que determine si es que es el tipo de afrontamiento el que predispone a los síntomas depresivos o son éstos últimos los que conllevan a dificultades en el afrontamiento.

Dentro de la relación señalada, se puede observar como ciertas estrategias pertenecientes al estilo *no productivo* guardan una mayor relación con la presencia de síntomas depresivos. De esta manera, la incapacidad para afrontar los problemas (*falta de afrontamiento*), el intento por sentirse mejor y relajarse mediante distintas actividades disfuncionales (*reducción de la tensión*) y el sentirse culpable y responsable de lo que

sucede (*autoinculparse*) constituyen estrategias de afrontamiento frecuentemente usadas por aquellos adolescentes con un alto nivel de sintomatología depresiva. En la misma línea a lo encontrado, Figueroa et al., (2005) afirman que los adolescentes con un bajo nivel de bienestar psicológico tienden al mayor uso de las estrategias improductivas mencionadas (*falta de afrontamiento, reducción de la tensión y autoinculparse*)

En relación a la incapacidad para hacer frente a los problemas (*falta de afrontamiento*), Fantín, Florentino y Carreché (2005) encontraron, en un grupo de adolescentes argentinos entre 15 y 18 años, que aquellos que se consideran sin estrategias para afrontar sus problemas (*falta de afrontamiento*) suelen desconfiar de sus propias capacidades evidenciando sentimientos de inseguridad y desvalimiento, además de marcadas oscilaciones entre sus conductas y estados de ánimo. Asimismo, Ison y Aguirre (2002), encontraron en un grupo de adolescentes tardíos argentinos, que esta incapacidad para hacer frente a los problemas conlleva a percibir ciertos eventos de vida como altamente estresantes. A partir de estos hallazgos, podríamos hipotetizar que los adolescentes que no cuentan con habilidades para enfrentar sus problemas, mantienen una actitud bastante vulnerable e indefensa frente al medio, por lo que percibirían los eventos de vida como altamente intensos y estresantes, mostrando posiblemente una mayor predisposición a desarrollar posteriores patologías del estado de ánimo y a sostener una visión pesimista y desesperanzadora de sí mismo, el futuro y el mundo.

El intento por sentirse mejor y relajarse mediante distintas actividades (*reducción de la tensión*) también guarda una relación directa y mediana con la sintomatología depresiva. Esta estrategia comprende acciones como llorar, gritar, beber alcohol, fumar, consumir drogas, comer y/o dormir más de lo común, etc. Estas estrategias son usadas por aquellos adolescentes que presentan mayor sintomatología depresiva y que buscan evadir sus problemas y aliviar la tensión por medio de dichas actividades disfuncionales. Distintas investigaciones han encontrado relaciones directas entre el consumo de sustancias y una mayor presencia de acontecimientos negativos, afirmando que el consumo de drogas representa un intento fallido por manejar los eventos estresantes (Arellanez, Díaz, Wagner & Pérez, 2004; Calvete & Estévez, 2009). Mientras tanto, otras investigaciones han asociado el alcoholismo y la dependencia a sustancias psicoactivas como formas de expresión y exteriorización de los estados de ánimo depresivos (Daniulaityte et al., 2010; Ingoldsby, Kohl & McMahon, 2006). Los adolescentes con síntomas depresivos que utilizan con mayor frecuencia ésta estrategia corren el riesgo de

encontrar en estas actividades formas de expresión de sus preocupaciones y por tanto, de caer en el consumo frecuente de tales sustancias y de desarrollar patologías de dependencia. Por ello, resulta importante ampliar la investigación al respecto con el fin de implementar estrategias de prevención en edades tempranas, brindar estrategias que ayuden al manejo de las emociones negativas, tan difíciles de manejar en esta etapa de la vida. Si se logra implementar estrategias funcionales en los adolescentes se podrá reducir los distintos síntomas presentes en los adolescentes, ya sean relacionados a la depresión, consumo de sustancias, dificultades en la conducta e impulsividad, entre otros.

Otra de las estrategias no productivas que guarda relación con la sintomatología depresiva resulta ser la estrategia *autoinculparse*, es decir, el afrontar los problemas sintiéndose culpable y responsable de las dificultades. La asociación entre sintomatología depresiva y el sentirse culpable parece ser relevante. En este sentido, Beck et al., (1983) explican cómo la tendencia de las personas a adjudicarse y criticarse con atribuciones negativas acerca de un problema forma parte de lo que él llamó la *triada cognitiva* de la depresión. Esta asociación se ve apoyada también por el DSM IV - TR (2002), quien afirma que los sujetos que sufren de episodios depresivos pueden presentar dentro sus síntomas sentimientos de culpabilidad, adjudicando a sus defectos personales todos aquellos acontecimientos problemáticos y manteniendo un exagerado sentimiento de responsabilidad por las adversidades. Adicionalmente, Fantín et al. (2005) afirman que esta forma de enfrentar los problemas podría presentarse con mayor frecuencia en adolescentes que suelen ser tímidos, y socialmente ansiosos, deseosos de contacto con otros pero que terminan subestimando sus capacidades y aislándose para evitar el rechazo. Sin embargo, nuevamente la direccionalidad de la relación no quedaría del todo definida debido a la superposición de la culpabilidad como forma de afrontamiento y también como síntoma del ánimo depresivo. Podría tratarse de un círculo vicioso, donde no se puede reconocer aún si es que el ánimo depresivo conlleva a utilizar esta estrategia o si es que el mayor predominio de ésta última conlleva a experimentar mayores niveles de estrés y por tanto, predispone a un ánimo depresivo. Nuevamente, el campo queda abierto para la investigación.

Por su parte, las estrategias relacionadas a mostrar esperanza esperando que suceda lo mejor (*hacerse ilusiones*), evitar compartir los problemas guardándoselos para uno mismo (*reservarlo para sí*), compartir con un grupo de apoyo los problemas (*acción social*) y mostrar compromiso, ambición y dedicación en la resolución de los mismos

(*esforzarse y tener éxito*) también presentan correlaciones con la sintomatología depresiva. Sin embargo, estas correlaciones resultan ser pequeñas, por lo que se necesitarían de investigaciones complementarias que aporten a la confirmación de su papel alrededor de la presencia de síntomas depresivos. Sin embargo, podemos presumir que la estrategia *esforzarse y tener éxito* estaría relacionado de manera inversa a la sintomatología depresiva dado que esta estrategia significa asumir una postura activa, positiva y dinámica frente a las dificultades que se presentan, que como hemos visto es una habilidad disminuida cuando existe presencia de la sintomatología depresiva. Además, probablemente estrategias como *hacerse ilusiones y reservarlo para sí* se relacionan con la sintomatología depresiva debido a que ambas constituyen formas de replegarse en sí mismo bajo una actitud pasiva, donde se busca compensar en la fantasía la desesperanza y el desaliento características de la depresión evitando ver la realidad del problema y por lo tanto, replegándose en el propio mundo interno. Por otro lado, la estrategia *acción social*, más allá de la búsqueda y organización de grupos de ayuda, podría esconder el deseo de contar con apoyo externo en un intento por resolver el problema pero que termina siendo infructífero dada la posición pasiva presente en la sintomatología depresiva.

Además de la relación hallada entre las variables estudiadas, la descripción de las características principales de nuestra muestra también resulta importante dado que nos brinda una mirada amplia del conjunto de adolescentes participantes. En este sentido, podemos comenzar señalando que ésta presenta un nivel mínimo de sintomatología depresiva, colocándose dentro de la población sin riesgo para desarrollar un trastorno depresivo o un trastorno del estado de ánimo. Estos resultados son similares a los encontrados en otras investigaciones con adolescentes limeños. Así por ejemplo, Sáenz (2010), en un grupo de adolescentes escolares entre 12 y 15 años de edad de un colegio estatal, obtuvo una media muestral baja la cual se encuentra dentro de la categoría "sin sintomatología". De forma similar, Rodríguez (2008) encontró, dentro de un grupo de 188 adolescentes mujeres entre los 16 y 20 años de edad, que la media de sintomatología depresiva correspondía a un nivel mínimo, mientras que un pequeño porcentaje (15,43%) de su muestra se encontraba en riesgo de desarrollar un trastorno de este tipo.

Aunque los niveles de sintomatología depresiva son similares a otras investigaciones en contextos similares, nuestros resultados no concuerdan con las estadísticas encontradas por el INSM (2002) y su Estudio epidemiológico metropolitano

de salud mental. Según éste último, el episodio depresivo constituye el trastorno clínico más frecuente en la población adolescente limeña, así como aproximadamente el 29,1% de los adolescentes limeños ha presentado alguna vez deseos suicidas. Este estudio se lleva a cabo con participantes de distinto estrato social y económico por lo que, probablemente, esta variable estaría jugando un rol importante. Como señala Melo-Vega (2009) y Ramírez (2009) el bajo nivel socioeconómico estaría asociado a una mayor presencia de experiencias adversas, pudiéndose desprender a partir de esto una mayor incidencia de sintomatología depresiva. Debido a que esta variable no se ha tenido en cuenta en la presente investigación, su inserción en posteriores estudios queda pendiente con el fin de ampliar y profundizar en el tema.

Dado el bajo nivel de sintomatología depresiva en la muestra, resulta también interesante analizar el modo de afrontamiento del grupo con el fin de conocer los recursos con los que cuenta. Observamos que existe una mayor prevalencia del estilo *resolver el problema* sobre los otros estilos. El mayor uso de este estilo por parte de los adolescentes se ha visto replicado también en otras investigaciones con muestras similares en Lima (Cassaretto, 2009; Martínez & Morote, 2001; Mikkelsen, 2009). Entendemos, por ende, que se trata de un grupo que presenta una baja predisposición a desarrollar trastornos depresivos, que cuenta con los recursos necesarios para sobrellevar los cambios de la etapa evolutiva, que tiene la capacidad de mantener el bienestar emocional dentro de lo adecuado y adaptarse a su entorno de la mejor manera posible. Los adolescentes participantes tienden en mayor medida a esforzarse por resolver las dificultades que se le presentan mediante acciones (sean abiertas o encubiertas) optimistas y directas, manteniéndose regulados emocionalmente. Se observa, entonces, que llegada la adolescencia, las personas son capaces de utilizar funciones metacognitivas que antes aún no habían sido desarrolladas; esto les permite regular su afrontamiento y planificar sus acciones en formas adaptativas (Skinner & Zimmer-Gembeck, 2007).

Como se podrá deducir, las estrategias más utilizadas en nuestra muestra pertenecen en su mayoría al estilo *resolver el problema*. Los adolescentes participantes tienden a realizar con mayor frecuencia actividades de ocio como leer o pintar (*buscar diversiones relajantes*), practicar deportes (*distracción física*) y buscar el aspecto positivo de las situaciones (*fijarse en lo positivo*). Esto significa que mantienen una actitud optimista y realizan actividades recreativas para relajarse y mantener su estado emocional regulado. No obstante y a pesar de esta forma de afrontamiento, los adolescentes tienden

a experimentar temor y preocupación frente a sus dificultades, especialmente frente a lo que sucederá en el futuro, incurriendo en el uso de una estrategia improductiva (*preocupación*). Sin embargo, la alta puntuación y la combinación de estas estrategias nos llevan a pensar que esta preocupación no niega la posibilidad de reaccionar positivamente y llevar a cabo acciones dirigidas al problema. Los adolescentes participantes tienden a preocuparse por los futuros resultados pero hacen uso de estrategias de afrontamiento funcionales, que aportan mayormente al manejo del problema y a la regulación emocional.

Las estrategias menos utilizadas por los adolescentes de la muestra (*falta de afrontamiento, ignorar el problema y reducción de la tensión*) pertenecen en su mayoría al estilo improductivo. Estas estrategias, que implican una incapacidad personal para tratar el problema (*falta de afrontamiento*), rechazar conscientemente las dificultades (*ignorar el problema*) y tratar de sentirse mejor por medio de actividades disfuncionales (*reducción de la tensión*), también son las menos utilizadas en otras investigaciones tales como Martínez y Morote (2001) y Mikkelsen (2009). De manera adaptativa y saludable, los adolescentes participantes, al igual que grupos similares, parecen evitar el uso de estrategias disfuncionales que no permiten encontrar una solución a los problemas que atraviesan.

Dentro de las estrategias menos utilizadas por la muestra, encontramos también a la estrategia *acción social* (afrontar un problema compartiendo con grupos de apoyo), perteneciente al estilo *referencia a los otros*. Martínez y Morote (2001) creen que probablemente la escasa red de soporte social efectiva percibida por los adolescentes los lleva a no tener en cuenta esta estrategia como un modo de afrontamiento.

En lo respectivo a las variables sociodemográficas, es en la variable sexo donde mayores diferencias se hallaron, tanto en la mayor presencia de síntomas depresivos así como en el mayor uso de estilos de afrontamiento disfuncionales. En primer lugar, las mujeres participantes de nuestra muestra revelaron una mayor predisposición a presentar síntomas depresivos. Estos resultados se ven respaldados por distintas investigaciones a nivel internacional que han dado constancia de las diferencias de género en relación a éste hecho, formándose consenso acerca de las mayores probabilidades de las mujeres a experimentar síntomas depresivos (Aubé et al., 2000; Barra et al., 2006; Martínez-Otero, 2010; Nolen-Hoeksema & Girgus, 1994).

Distintos autores han intentado brindar razones explicativas a la diferencia de género alrededor de la sintomatología depresiva. Así por ejemplo, Nolen-Hoeksema (2001) propone un modelo integral en el que los cambios biológicos emergentes en la adolescencia, los factores de riesgo personales (autoestima, asertividad, afrontamiento, etc.) y los retos sociales propios de la adolescencia temprana constituyen variables etiológicas de la diferencia de género en relación a la depresión. Asimismo, Seiffge-Krenke y Stemmler (2002) señalan que distintos aspectos como la relación tensa entre madre e hija, una imagen corporal negativa, un mayor uso del afrontamiento evitativo y la maduración precoz actúan como factores de riesgo al desarrollo de depresión en las adolescentes.

En relación al afrontamiento, también se encontraron diferencias de género. Las adolescentes participantes tienden a utilizar con mayor frecuencia el estilo *no productivo*, lo que significa que hacen uso de acciones disfuncionales para enfrentar sus dificultades, perjudicando así su regulación emocional y su capacidad de adaptación. Dentro de este estilo, destaca la mayor tendencia a esperar que suceda lo mejor (*hacerse ilusiones*), a ser incapaces de afrontar (*falta de afrontamiento*), realizar actividades poco adaptativas como tomar o fumar (*reducción de la tensión*) y replegarse en sí mismas (*reservarlo para sí*).

Como se ha visto, el predominio de un estilo de afrontamiento improductivo junto con las estrategias disfuncionales ya mencionadas se asocian a un mayor nivel de sintomatología depresiva, tal como se da en las participantes de sexo femenino de nuestra muestra. Aparte de los aspectos asociados a las diferencias de género que ya se han mencionado párrafos anteriores, resulta importante pensar en los factores que pueden estar interviniendo en las características mencionadas (mayor nivel de sintomatología depresiva y estrategias de afrontamiento disfuncionales). Por un lado, podemos tomar en cuenta aspectos relacionados a la personalidad. A propósito, Cassaretto (2009) halló que las mujeres presentan mayores niveles de *neuroticismo*, experimentando altos niveles de ansiedad, hostilidad y vulnerabilidad al estrés, y colocándose así en un mayor riesgo para desarrollar psicopatologías. Compas, Connor-Smith y Jaser (2004) hacen hincapié en el rol moderador de las características temperamentales en el afrontamiento, la experiencia de estrés y el desarrollo de la depresión en el sexo femenino.

En la presente investigación no se obtuvo un predominio del estilo *referencia a los otros* que confirme una tendencia comunicativa en las mujeres, como sí ocurrió en otros estudios peruanos (Black, 2000; Martínez & Morote, 2001; Mikkelsen, 2009). Sin embargo, aún cuando existe el predominio de un estilo improductivo y de estrategias disfuncionales, ciertas acciones dirigidas al intercambio con otras personas parecen ser también utilizadas por las mujeres de la muestra aunque éstas no reflejan un estilo de afrontamiento en sí. Específicamente, la búsqueda de relaciones interpersonales íntimas (*invertir en amigos íntimos*) y el interés por las relaciones con los demás (*buscar pertenencia*) son estrategias que las mujeres utilizan en mayor medida que los hombres. Estas estrategias parecen estar siendo utilizadas de un modo pasivo, donde se busca a un otro para manejar las emociones pero poco o nada se hace por resolver el problema directamente. Esto es similar a lo encontrado por Araujo (2008), quien en una muestra de escolares de Lima, halló que las mujeres mostraban una mayor preferencia por *invertir en amigos íntimos* pero también tendían a estrategias disfuncionales tales como rechazar conscientemente el problema (*ignorar el problema*) y replegarse en sí mismo (*reservarlo para sí*).

Con respecto a la edad, los resultados no muestran diferencias en relación a la presencia de síntomas depresivos ni tampoco en cuanto a los estilos de afrontamiento, existiendo el predominio del estilo *resolver el problema* en los tres rangos de edad. En relación a esto, Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) afirman que si bien es sumamente complicado determinar una tendencia en relación al desarrollo en el afrontamiento, se puede afirmar que conforme se avanza en la adolescencia se incrementa el uso de habilidades metacognitivas y el reconocimiento de emociones que intervienen en el afrontamiento de situaciones complejas.

Ahora, si bien los resultados obtenidos muestran que los estilos de afrontamiento son usados a través de los tres rangos de edad de manera invariable, resulta interesante analizar cómo sí existen diferencias en el uso de algunas estrategias. Así por ejemplo, la estrategia consistente en rechazar el problema de manera consciente (*ignorar el problema*) parece decrecer a la edad de 15 y 16 años, para luego repuntarse a medida que avanza la adolescencia y se llega a la vida adulta. Asimismo, es de notar como a medida que se desarrolla el proceso evolutivo disminuye la capacidad para afrontar los problemas de manera optimista y dinámica (*esforzarse y tener éxito*) y en lugar de esto, se utilizan con mayor frecuencia estrategias como el intentar relajarse por actividades

disfuncionales (*reducción de la tensión*) y el replegarse en sí mismo (*reservarlo para sí*). En relación a esto, Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) afirman que a medida que se aumenta en edad y en capacidades cognitivas para afrontar, así también se incrementa la vulnerabilidad de los adolescentes hacia las amenazas internas y externas especialmente si se trata de situaciones incontrolables. De ahí que los resultados de esta investigación arrojen cierta tendencia al uso de algunas estrategias entendidas como disfuncionales, las cuales parecen tratar de intervenir en el manejo de tal vulnerabilidad y de aquellos conflictos propios de esta etapa evolutiva.

Las diferencias en el uso de ciertas estrategias según el año de escolaridad nos ayudan a profundizar acerca del tema. Se puede notar cómo la estrategia *esforzarse y tener éxito* va decreciendo conforme se avanza en los años escolares y por tanto, en edad; mientras que, nuevamente, la estrategia *reducción de la tensión* incrementa sus niveles con el paso de los años. Estos resultados, se ven respaldados por investigaciones anteriores (Frydenberg, 1996; González, Montoya, Casullo & Bernabeú, 2002) y señalarían que aparentemente los cambios que se dan al inicio de la adolescencia son percibidos como retos y oportunidades que conllevan a realizar acciones determinadas de manera optimista (*esforzarse y tener éxito*), mientras que a medida que se desarrolla y se avanza en la adolescencia, las estrategias ligadas a estilos disfuncionales se incrementan y se llega a conductas poco adaptativas.

Se hacen notorias también las diferencias en cuanto al uso de estrategias como *acción social* y *buscar apoyo espiritual* a favor de los participantes del primero de secundaria en comparación con los demás años escolares. Dado que estas diferencias no han sido reforzadas por la variable edad no podemos adjudicar la variación al factor evolutivo; sin embargo, existe evidencia que afirma el mayor uso de estas estrategias en la adolescencia temprana (Frydenberg & Lewis, 2000).

A pesar de la aparente mayor funcionalidad de los adolescentes más jóvenes, se puede observar que existen ciertas complejidades en el tema por lo que es necesario un análisis pausado. En este sentido, si realizamos una comparación entre los años escolares en relación al estilo *no productivo*, el primer año de secundaria obtiene puntajes más altos y aunque éstos sufren oscilaciones en los demás años escolares, repuntan al llegar a quinto de secundaria. De similar forma, la estrategia disfuncional *preocuparse* parece también ser más usado por el primero y quinto de secundaria. Es de notar como el afrontamiento disfuncional (estilo *no productivo*) y la preocupación por lo que ha de venir

(*preocuparse*) se encuentra más presentes al inicio de la etapa secundaria así como en el último año de estudios. Posiblemente, el pasar al nivel secundario y egresar del colegio para iniciar la vida universitaria constituyen cambios tan grandes que conllevan a mayores niveles de estrés que implican el uso de acciones disfuncionales en comparación con las otras etapas escolares.

Limitaciones del estudio y lineamientos para futuras investigaciones

La presente investigación constituye un primer intento por establecer una relación entre dos variables que han sido bastante estudiadas en el contexto escolar limeño pero de manera independiente. Sin embargo, esta investigación cuenta con una serie de limitaciones que no permiten generalizar los resultados a la población. La primera limitación que podemos mencionar corresponde a la metodología utilizada, en especial, al diseño transeccional, por el cual las variaciones y relaciones encontradas no implican una evolución directa de los mismos. Esto se obtendría con un estudio longitudinal que permitiría analizar los cambios evolutivos de la sintomatología depresiva y el uso de los estilos/estrategias de afrontamiento a través de los años adolescentes. Sin embargo, este primer intento por analizar tal relación en población escolar abre el camino a futuras investigaciones, de las que se espera aporten en la ampliación del tema y permitan la generalización de los resultados a la población de adolescentes limeños.

La segunda limitación a mencionar corresponde a la imposibilidad de establecer una relación de causalidad dado que la investigación es de tipo correlacional. Si bien podemos distinguir qué variables se relacionan entre sí, se hace difícil el conocimiento de los factores que incrementan, disminuyen o alteran las variables. Esto se complica aún más debido a la superposición de las variables estudiadas, ya que como se ha visto, algunas estrategias de afrontamiento son consideradas como síntomas de la depresión y parte del criterio diagnóstico del mismo. Tal vez, en la futura medición de la relación, sería necesario emplear otras pruebas de afrontamiento, cuyas escalas y sus definiciones se diferencien con mayor claridad de los síntomas depresivos.

Como tercera limitación, podemos mencionar cómo el tamaño de la muestra utilizado resulta ser una dificultad a tener en cuenta. Los resultados son difíciles de generalizar a la población general dado que la muestra estudiada no resulta ser

representativa. Para futuras investigaciones, se recomienda, entonces, un mayor tamaño muestral que permita una mayor representatividad de la población. En esta misma línea, se podrían incorporar participantes de distinto nivel socioeconómico que permitan conocer el rol que esta variable juega en la relación estudiada.

Asimismo, se recomienda tratar de profundizar en el tema mediante la introducción de nuevas variables que ayuden a comprender la relación. Así por ejemplo, sería altamente interesante obtener mayor información acerca del nivel socioeconómico de tal modo que se pueda analizar las asociaciones con el contexto social y económico en el que los adolescentes se desenvuelven.

Asimismo, cabría también introducir variables como el rol de las características temperamentales y de personalidad, así como de otros factores intervinientes. Resulta recomendable también para futuras investigaciones, identificar y analizar en escolares la relación entre los estilos/estrategias de afrontamiento y la presencia de sintomatología de ansiedad, el consumo de sustancias psicoactivas así como de otras psicopatologías.

La superación de las limitaciones descritas así como el mayor conocimiento de estas variables aportaría a un mejor conocimiento de la población escolar limeña. De esta manera, se podría ampliar la investigación al respecto y se podrían establecer programas de prevención que busquen educar a los adolescentes en estrategias de afrontamiento adaptativas que conlleven a optimizar el ajuste psicológico de los adolescentes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aalto – Setälä, T., Marttunen, M., Tuulio – Henrikson, A., Poikolainen, K. & Lönnqvist, J. (2002) Depressive Symptoms in adolescence as predictors of early adulthood depressive disorders and maladjustment. *The American Journal of Psychiatry*, 159(7), 1235 – 1238.
- Angold, A., Messer, S., Stangl, D. & Farmer, E. (1998) Perceived parental burden and service use for child and adolescent psychiatric disorders. *American Journal of Public Health*, 88 (1).
- Araujo, E. (2008) Comunicación padres – adolescentes y estilos y estrategias de afrontamiento del estrés en escolares adolescentes de Lima. *Cultura*, 22, 227–246.
- Arellanez, J., Díaz, D., Wagner, F. & Pérez, V. (2004) Factores psicosociales asociados con el abuso y la dependencia de drogas entre adolescentes: análisis bivariados de un estudio de casos y controles. *Salud Mental* 27(3) Recuperado el 26 de Junio de 2011 de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/contenido.cgi?IDREVISTA=81&IDPUBLICACION=1688>
- Asociación Americana de Psicología [APA] (2000) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychology Association [APA] (2002) *Developing adolescents*. Recuperado el 10 de Julio de 2011 de <http://www.apa.org/pi/families/resources/develop.pdf>
- Asociación Peruana de Investigación de Mercado [APEIM] (2009) *Niveles socioeconómicos 2009*. Recuperado el 02 de Junio de 2011 de http://www.apeim.com.pe/images/APEIMNSE2008_2009.pdf
- Atienza, F., Cuesta, M. & Galán, S. (2002) *Relación entre rendimiento académico, síntomas depresivos, edad y género en una población de adolescentes*. Recuperado el 4 de Mayo de 2011 de http://www.psiquiatria.com/articulos/trastornos_infantiles/8311/
- Aubé, J., Fichman, L., Saltaris, C. & Koestner, R. (2000) Gender differences in adolescent depressive symptomatology: Towards an integrated social developmental model. *Journal of Social and Clinical Psychology* 19(3), 297 – 313.
- Barra, E.; Cerna, R., Kramm, D. & Véliz, V. (2006) Problemas de salud, Estrés, Afrontamiento, depresión y apoyo social en Adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55 – 61.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclee de Brouwer.
- Black, K. (2000) Gender differences in adolescents' behavior during conflict resolution tasks with best friends. *Adolescence* 35(139), 499 – 512.
- Blalock, J. & Joiner, T. (2000) Interaction of Cognitive Avoidance Coping and Stress in Predicting Depression/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Calvete, E & Estévez, A. (2009). Consumo de drogas en adolescentes: El papel del estrés, la impulsividad y los esquemas relacionados con la falta de límites. *Adicciones*, 21, 49-56. Recuperado el 26 de Junio de 2011 de <http://www.adicciones.es/files/49-56%20Calvete.pdf>
- Calvete, E. & Cardeñoso, O. (2005) Gender Differences in Cognitive Vulnerability to Depression and Behavior Problems in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2) 179 – 192.
- Canessa, B. (2002) Adaptación psicométrica de las Escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona*, 5, 191 – 233.
- Cassaretto, M. (2009) *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre – universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado el 23 de Marzo de 2011 de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/cassaretto_bm/html/index-frames.html
- Chan, D. (1995) Depressive symptoms and coping strategies among chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267 – 279.
- Chinet, L., Plancherel, B., Bolognini, M., Bernard, M., Laget, J., Daniele, G. & Halfon, O. (2006) Substance use and depression. Comparative course in adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(3), 149-155.
- Colomba, M., Santiago, E. & Roselló, J. (1999) Coping strategies and depression in Puerto Rican adolescents: an exploratory study. Abstract recuperado el 26 de Junio de 2011 de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1999-00179-006>
- Compas, B., Connor – Smith, J. & Jaser, S. (2004) Temperament, Stress Reactivity, and Coping: Implications for Depression in Childhood and Adolescence. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology* 33(1), 21-31.

- Contini, N., Coronel, P., Levin, M. & Estevez, A. (2003) Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados de Tucumán. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(1), 179 – 200.
- Contreras, F., Espinoza, C. & Esguerra, G. (2009) Personalidad y afrontamiento en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 8(2), 311-322.
- Costello, E., Mustillo, S., Erkanli, A., Keeler, G. & Angold, A. (2003) Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of General Psychiatry*. Data trends: Summaries of research on mental health services for children and adolescents and their families 93. Recuperado el 30 de Abril de http://datatrends.fmhi.usf.edu/summary_93.pdf
- Craig, G. (2001) *Desarrollo psicológico*. México, Pearson Educación.
- Daniulaityte, R., Falck, R., Wang, J., Carlson, R. & Booth, B. (2010) Predictors of depressive symptomatology among rural stimulant users. *Journal of Psychoactive Drugs*. 42(4), 435 – 446.
- Deykin, E., Levy, J. & Wells, V. (1987) Adolescent depression, Alcohol and Drug Abuse. *American Journal of Public Health*, 77(2), 178-182.
- Duggal, K., Carlson, E., Sroufe, A. & Egeland, B. (2001) Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 13(1), 143 – 164
- Dumont, M. & Provost, M. (1999) Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3); 343 – 365.
- Fantín, M., Florentino, M. & Carreché, M. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis Argentina. *Fundamentos en Humanidades* 6(11), 163 – 180.
- Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics (2009). *Adolescent depression*. Recuperado el 5 de Mayo de 2011 de <http://www.childstats.gov/americaschildren/health4.asp>
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C. (2001) Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36(143); 491 – 499.
- Figuroa, Contini, Lacunza, Levín y Estéves (2005) Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico. Un estudio con adolescentes del nivel socioeconómico bajo de Tucumán. *Anales de psicología* 21(1), 66 – 72.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. & Estéves, 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. *Anales de Psicología* 21(1), 66-72.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997) *Manual de la Escala de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2000) Teaching Coping to Adolescents: When and to Whom? *American Educational Research Journal*, 37(3), 727-745.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2002) Concomitants of failure to cope: What we should teach adolescents about coping. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 419–431.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2009) The relationship between problem-solving efficacy and coping amongst Australian adolescents. *British Journal of Guidance & Counselling*, 37(1), 51 -64.
- Frydenberg, E. (1996) *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. Londres, Routledge.
- Frydenberg, E. (2004) Coping competences: what to teach and when. *Theory into Practice*, 43(1), 14-22.
- Frydenberg, E., Care, E., Freeman, E. & Chan, E. (2009) Interrelationships between coping, school connectedness and wellbeing. *Australian Journal of Education*, 53(3), 261-276.
- Galaif, E., Sussman, S., Chou, C. & Wills, T. (2003), Longitudinal relations among depression, stress and coping in high risk youth. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 243 – 258.
- Gaspar de Matos, M., Tomé, G., Borges, A., Manso, D., Ferreira, P. & Ferreira, A. (2008) Anxiety, depression and coping strategies: improving the evaluation and the understanding of this dimensions during pre-adolescence and adolescence. *Journal of cognitive and behavioral psychotherapies*, 8(2), 169 – 184.
- Ge, X., Natsuaki, M. & Conger, R. (2006) Trajectories of depressive symptoms and stressful life events among male and female adolescents in divorced and nondivorced families. *Development and Psychopathology*, 18(1), 253 – 273.
- Gómez-Fraguela, J., Luengo, A., Romero, E., Villar, P. & Sobral, J. (2006) Estrategias de afrontamiento en el comienzo 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.
- Gómez-Maquet, I. (2007) Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435 – 447.

- González, R., Montoya, I., Casullo, M. & Bernabéu, J. (2002) Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema* 14(2), 363 – 368.
- Goodyear, I. (2001) *The depressed child and adolescent*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Graziano, F., Bonnino, S. & Cattelino, E. (2009) Links between maternal and paternal support, depressive feelings and social and academic self-efficacy in adolescence. *European Journal of Developmental Psychology*, 6(3), 241-257.
- Hammen, C. (1992) *Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression*. *Development and Psychopathology*. Abstract recuperado el 1 de Mayo de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=2495764>
- Hankin, B. & Abramson, L. (2010) *Development of gender differences in depression: An elaborated cognitive vulnerability–transactional stress theory*. Abstract recuperado el 15 de Abril de <http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=2001-05308-005>
- Hankin, B., Abramson, L., Moffit, T., Silva, P., McGee, R. & Angell, K. (1998) Development of depression from preadolescence to young adulthood: Emerging gender differences in a 10-year longitudinal study. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 128 – 140.
- Herman-Stahl, M. & Petersen, A. (1996) The protective role of coping and social resources for depressive symptoms among young adolescents. *Journal of Youth and Adolescence* 25(6); 733 – 754.
- Ingoldsby, E., Kohl, G. & McMahon, R., Lengua, L. (2006) Conduct Problems, Depressive Symptomatology and Their Co-Occurring Presentation in Childhood as Predictors of Adjustment in Early Adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology* 34(5), 602 – 121.
- Instituto de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INSM] (2002) *Anales de Salud Mental: Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud mental 2002*. Recuperado el 08 de Marzo de 2011 de <http://www.insm.gob.pe/documents/Estudios/EESM-Lima2002.zip>
- Ison, M. & Aguirre, C. (2002) El afrontamiento: estrategias para el manejo del estrés. *Revista Idea de la Universidad nacional de San Luis – Argentina*. Recuperado el 17 de Junio de 2011 de <ftp://ftp.unsl.edu.ar/pub/aplic/idea/idea37.pdf>

- Jiménez, A., Mondragón, L. & González, C. (2007) Self – esteem, depressive symptomatology, and suicidal ideation in adolescents: results of three studies. *Salud Mental*, 30(5), 20 - 26.
- Jiménez, L., Menéndez, S. & Hidalgo, M. (2008) Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia 26(3), 427-440.
- Kaplan, H. & Sadock, B. (1996) *Sinopsis de psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial médica panamericana.
- Keller, M., Lavori, p., Beardslee, W., Wunder, J. & Ryan, N. (1991) Depression in children and adolescents: new data on 'undertreatment' and a literature review on the efficacy of available treatments. Abstract recuperado el 30 de Abril de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1676710>
- Kort-Butler, L. (2009). Coping Styles and Sex Differences in Depressive Symptoms and Delinquent Behavior. *Journal of Youth and Adolescence* 38(1), 122 – 137.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- Li, C., DiGiuseppe, R. & Froh, J. (2006) The roles of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41(163), 409 - 415.
- Lodge, J. & Feldman, S. (2007) Avoidant coping as a mediator between appearance-related victimization and self-esteem in young Australian adolescents. *British Journal of Developmental Psychology*, 25, 633 – 642.
- Lorence, B.; Jiménez, L.; Sánchez, J. (2009) Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por adolescentes que crecen en familias usuarias de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 9(1), 115 - 126. Recuperado el 10 de Julio de 2011 de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=161013161011>
- Martínez, P. & Morote, R. (2001) Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19(2), 211 – 236.
- Martínez-Otero V. (2007) Sintomatología depresiva en adolescentes: Estudio de una muestra de alumnos de la zona sur de Madrid capital. *Revista científica electrónica de Psicología* 3, 224-237.
- Melo-Vega, C. (2009) *Sintomatología depresiva en niños trabajadores y no trabajadores que asisten a escuelas públicas de Lima Metropolitana*. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Merlo, L. & Lakey, B. (2007) Trait and Social Influences in the Links among Adolescent Attachment, Depressive Symptoms, and Coping. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 36(2), 196 – 206.
- Mikkelsen, F. (2009) *Satisfacción con la vida y Estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis para optar al título de Licenciatura en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Morris, C. & Maisto, A. (2005) *Introducción a la psicología*. México: Pearson educación.
- Murberg, T. & Bru, E. (2005) The role of coping styles as predictors of depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46, 285 – 393.
- Nolen-Hoeksema, S. & Girgus, J. (1994) The Emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(3), 424 – 443.
- Nolen-Hoeksema, S. (2001) Gender Differences in Depression. *Current directions in psychological science* 10(5), 173 – 176.
- Ohannessian, C., Hesselbrock, V., Kramer, J., Kuperman, S., Bucholz, K., Schuckit, M. & Nurnberger J. (2005) The Relationship Between Parental Psychopathology and Adolescent Psychopathology: An Examination of Gender Patterns. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*, 13(2), 67-76.
- Oliva, A. (2003) Adolescencia en España a principios del Siglo XXI. *Universidad de Sevilla. Cultura y Educación*, 15 (4), 373-383.
- Oliva, A., Jiménez, J. & Parra, A. (2009) Protective effect of supportive family relationships and the influence of stressful life events on adolescent adjustment. *Anxiety, Stress & Coping* 22(2), 137 – 152
- Öngen, D. (2006) The relationships between coping strategies and depression among Turkish adolescents. *Social behavior and personality* 34(2), 181 – 196.
- Organización mundial de la Salud [OMS] (2004) *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Recuperado el 08 de Marzo de 2011 de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005) *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Petterson, S. & Burke, A. (2001) Effects of poverty and maternal depression en early child development. *Child development*, 72(6), 1794 – 1813.

- Pine, D., Cohen, E., Cohen, P. & Brook, J. (1999) Adolescent depressive symptoms as predictors of adult depression: moodiness or mood disorder? *The American Journal of Psychiatry*, 156(1), 133 – 135.
- Ptacek, J., Smith, R. & Dodge, K. (1994) *Gender Differences in coping with stress: When stressor and appraisals do not differ*. Abstract recuperado el 1 de Mayo de <http://psp.sagepub.com/content/20/4/421.abstract>
- Ramírez, R. (2009) *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs*. Tesis para para optar al título de Licenciatura en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rao, U., Ryan, N., Birmaher, B., Dahl, R., Williamson, D., Kaufmal, J., Rao, R. & Nelson, B. (1995) Unipolar depression in adolescents: clinical outcome in adulthood. Abstract recuperado el 1 de Mayo de <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7775352>
- Rice, P. (1997) *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. México: Pearson Prentice Hall
- Rodríguez, L. (2008) *Sintomatología depresiva y riesgo para desarrollar un trastorno alimentario en mujeres adolescentes universitarias y preuniversitarias*. Tesis para para optar al título de Licenciatura en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Sáenz, M. (2010) *Sintomatología depresiva y acoso escolar en un grupo de adolescentes escolares*. Tesis para para optar al título de Licenciada en Psicología clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Salmela, K., Savoleinen, H. & Holopainen, L. (2009) Depressive symptoms and school burnout during adolescence: evidence from Two Cross – lagged longitudinal studies. *Journal of Youth and Adolescence*, 38(10), 1316 – 1327.
- Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Seiffge – Krenke, I. & Klessinger, N. (2000) Long–Term effects of avoidant coping on adolescents' Depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 29(6), 617 – 630.
- Seiffge-Krenke, I. & Stemmler, M. (2002) Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 405 – 417.
- Seiffge-Krenke, I. (1995) *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwa: Lawrence Erlbaum.

- Seiffge – Krenke, I. (1998) *Adolescents' health: a developmental perspective*. Mahwah-NJ: Lawrence Erlbaum
- Seiffge – Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009) Changes in stress perception and coping during adolescence: the role of situational and personal factors. *Child Development*, 80(1), 259-279.
- Skinner, E. & Zimmer-Gembeck, M. (2007) The Development of coping. *Annual review of psychology*, 58, 119 – 144.
- Solis, C & Vidal, A. (2006) Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán* 7(1), 33 – 39.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J. & Frank, N. (1996) Coping, depression and suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 147 – 155.
- Strohschein, L. (2005) Parental divorce and child mental health trajectories. *Journal of Marriage and Family*, 67, 1286 – 1300.
- Ugarriza, N. & Escurra, M. (2002) Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona* 5, 83 – 130.
- United Nations Children's Fund – UNICEF (2011) *Adolescence: an age of opportunity*. Recuperado el 10 de Julio de 2011 de <http://www.unicef.org/sowc2011/fullreport.php>
- Verstraeten, K., Vasey, M., Raes, F. & Bijttebier, P. (2009) Temperament and Risk for Depressive Symptoms in Adolescence: Mediation by Rumination and Moderation by Effortful Control. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 37(3), 349 – 361.
- Wang, Y., Lederman, L., Andrade, L. & Gorenstein, C. (2008) Symptomatic expression of depression among Jewish adolescents: effects of Gender and age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(1), 79 – 86.
- Watson, D. & Hubbard, B. (1996) Adaptational Style and Dispositional Structure: Coping in the Context of the Five-Factor Model. *Journal of Personality*, 64(4), 737-774.
- Weber, S. (2009) Depressive illness in Teens and Preteens and effectiveness of the RADS – 2 as a first - stage assessment. Part 1: Descriptive paper. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 120 – 125.
- Zeidner, M. & Endler, N. (1997) *Handbook of coping: theory, research, applications*. Nueva York: Wiley.





Anexos



Anexo A1: Ficha sociodemográfica

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Hola,

Mi nombre es Rocío Obando Castillo, soy de la especialidad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Perú y estoy realizando un estudio para entender las emociones y aspectos de la vida de adolescentes escolares de Lima. Para ello, me gustaría que participes respondiendo algunas preguntas acerca de ti mismo

Es importante que sepas que toda la información que brindes será trabajada de manera anónima y confidencial. Esto quiere decir que en ningún momento se conocerá tu nombre, así como, todas tus respuestas se guardarán y se usarán tan solo de forma académica.

Si sientes que deseas conversar acerca de algunos temas relacionados con la investigación, puedes acercarte a la oficina del Departamento Psicopedagógico de 8 AM a 4 PM, donde estaré para ayudarte con cualquier duda o consulta. Asimismo, me puedes escribir al correo rocio.obando@pucp.edu.pe si es que quieres preguntar algo por esa vía.

Si estás de acuerdo con participar, por favor firma abajo.

¡Muchas gracias por tu tiempo!

Rocío Obando Castillo

Fecha:

Rocío Obando Castillo

Tu Firma

Anexo B

Análisis de Normalidad

Sintomatología depresiva

Prueba de normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos en el BDI - II

	Kolmogorov – Smirnov D
Sintomatología depresiva	,15*
Puntaje total BDI - II	

* $p < ,05$

Afrontamiento

Prueba de normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos en el ACS

	Kolmogorov – Smirnov D
Resolver el problema	,06
Referencia a los otros	,04
No productivo	,06
Buscar apoyo social	,07*
Concentrarse en resolver el problema	,08*
Esforzarse y tener éxito	,08*
Preocuparse	,09*
Invertir en amigos íntimos	,10*
Buscar pertenencia	,08*
Hacerse ilusiones	,09*
Falta de afrontamiento	,12*
Reducción de la tensión	,12*
Acción social	,15*
Ignorar el problema	,13*
Autoinculparse	,13*
Reservarlo para sí	,10*
Buscar apoyo espiritual	,10*
Fijarse en lo positivo	,06
Buscar ayuda profesional	,11*
Buscar diversiones relajantes	,11*
Distracción física	,10*

* $p < ,05$

Anexo C1

Análisis de Confiabilidad para la variable Sintomatología depresiva

Análisis de confiabilidad de los puntajes obtenidos en el BDI - II

	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Sintomatología depresiva		
BDI - II	,87	21

Índices de correlación ítem-test y de confiabilidad en el BDI – II

	Correlación elemento-total corregida
Tristeza	,56
Pesimismo	,45
Fracaso	,47
Pérdida de placer	,42
Sentimiento de culpa	,44
Sentimiento de castigo	,34
Disconformidad con uno mismo	,56
Autocrítica	,45
Pensamiento o deseos suicidas	,47
Llanto	,54
Agitación	,45
Pérdida de interés	,42
Indecisión	,53
Desvalorización	,58
Pérdida de energía	,53
Cambios en los hábitos de sueño	,40
Irritabilidad	,52
Cambios en el apetito	,47
Dificultad de concentración	,40
Cansancio o fatiga	,53
Pérdida de interés en el sexo	,25

Anexo C2

Análisis de Confiabilidad para la variable Afrontamiento

Análisis de confiabilidad de los puntajes obtenidos en el ACS

	Alfa de Cronbach	Número de elementos
Afrontamiento		
ACS	,93	79

Análisis de confiabilidad de los ítems de la ACS

Ítem	Correlación elemento-total corregida	Ítem	Correlación elemento-total corregida	Ítem	Correlación elemento-total corregida
P1	,36	P28	,26	P55	,59
P2	,40	P29	,18	P56	,48
P3	,13	P30	,41	P57	,30
P4	,36	P31	,15	P58	,52
P5	,33	P32	,37	P59	,50
P6	,47	P33	,42	P60	,58
P7	,37	P34	,43	P61	,58
P8	,27	P35	,32	P62	,32
P9	,41	P36	,30	P63	,30
P10	,54	P37	,47	P64	,41
P11	,23	P38	,49	P65	,29
P12	,42	P39	,32	P66	,42
P13	,21	P40	,57	P67	,21
P14	,20	P41	,48	P68	,29
P15	,29	P42	,56	P69	,21
P16	,44	P43	,11	P70	,40
P17	,38	P44	,42	P71	,52
P18	,22	P45	,28	P72	,53
P19	,54	P46	,31	P73	,22
P20	,36	P47	,27	P74	,46
P21	,19	P48	,40	P75	,34
P22	,39	P49	,32	P76	,37
P23	,41	P50	,30	P77	,45
P24	,56	P51	,42	P78	,31
P25	,45	P52	,44	P79	,33
P26	,06	P53	,40		
P27	,13	P54	,19		

Análisis de confiabilidad de las Estrategias de afrontamiento del ACS

1. Buscar apoyo social (alpha = ,76)		2. Concentrarse en resolver el problema (alpha = ,69)	
ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala
P1	,36	P2	,48
P19	,59	P20	,36
P37	,49	P38	,49
P55	,69	P56	,41
P71	,52	P72	,52

3. Esforzarse y tener éxito (alpha = ,57)		4. Preocuparse (alpha = ,76)	
ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala
P3	,52	P4	,49
P21	,21	P22	,34
P39	,35	P40	,54
P57	,22	P58	,51
P73	,36	P74	,55

5. Invertir en amigos íntimos (alpha = ,66)		6. Buscar pertenencia (alpha = ,72)	
ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala
P5	,32	P6	,37
P23	,43	P24	,60
P41	,46	P42	,56
P59	,48	P60	,58
P75	,38	P76	,27

7. Hacerse ilusiones (alpha = ,58)		8. Falta de afrontamiento (alpha = ,62)	
ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala
P7	,35	P8	,32
P25	,45	P26	,31
P43	,15	P44	,48
P61	,41	P62	,42
P77	,36	P78	,36

9. Reducción de la tensión (alpha = ,63)		10. Acción Social (alpha = ,55)	
ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala
P9	,47	P10	,29
P27	,30	P28	,32

P45	,30
P63	,31
P79	,56

P46	,37
P64	,39

11. Ignorar el problema (alpha = ,66)

ítem	Correlación elemento - escala
P11	,52
P29	,42
P47	,47
P65	,39

12. Autoinculparse (alpha = ,76)

ítem	Correlación elemento - escala
P12	,57
P30	,32
P48	,66
P66	,75

13. Reservarlo para sí (alpha = ,59)

ítem	Correlación elemento - escala
P13	,43
P31	,33
P49	,39
P67	,37

14. Buscar apoyo espiritual (alpha = ,56)

ítem	Correlación elemento - escala
P14	,43
P32	,11
P50	,43
P68	,49

15. Fijarse en lo positivo (alpha = ,58)

ítem	Correlación elemento - escala
P15	,13
P33	,50
P51	,54
P69	,36

16. Buscar ayuda profesional (alpha = ,74)

ítem	Correlación elemento - escala
P16	,44
P34	,68
P52	,60
P70	,45

17. Buscar diversiones relajantes (alpha = ,57)

ítem	Correlación elemento - escala
P17	,40
P35	,31
P53	,46

18. Distracción física (alpha = ,69)

ítem	Correlación elemento - escala
P18	,57
P36	,51
P54	,46

Análisis de confiabilidad de los Estilos de afrontamiento del ACS

Estilo Resolver el problema (alpha = ,81)		Estilo Referencia a los otros (alpha = ,89)		Estilo No productivo (alpha = ,87)	
ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala	ítem	Correlación elemento - escala
P2	,40	P1	,41	P4	,25
P3	,24	P5	,35	P7	,25
P15	,14	P6	,35	P8	,37
P17	,38	P10	,50	P9	,51
P18	,35	P14	,12	P11	,38
P20	,38	P16	,47	P12	,51
P21	,15	P19	,68	P13	,40
P33	,54	P23	,49	P22	,10
P35	,25	P24	,55	P25	,47
P36	,53	P28	,23	P26	,27
P38	,50	P32	,44	P27	,31
P39	,31	P34	,56	P29	,32
P51	,56	P37	,51	P30	,43
P53	,40	P41	,47	P31	,34
P54	,27	P42	,57	P40	,37
P56	,50	P46	,33	P43	,33
P57	,50	P50	,29	P44	,59
P69	,43	P52	,54	P45	,41
P72	,52	P55	,69	P47	,28
P73	,25	P59	,51	P48	,55
		P60	,62	P49	,40
		P64	,42	P58	,38
		P68	,28	P61	,46
		P70	,48	P62	,49
		P71	,64	P63	,37
		P75	,34	P65	,46
		P76	,33	P66	,62
				P67	,31
				P74	,39
				P77	,26
				P78	,44
				P79	,46

Anexo D1

Análisis de Sintomatología depresiva según variables sociodemográficas

Diferencias de medias entre sintomatología depresiva y edad

	Rango de edad						H
	13 y 14 años		15 y 16 años		17 y 18 años		
	M	DE	M	DE	M	DE	
Sintomatología depresiva							0,24
BDI - II	12,00	9,20	12,54	9,05	12,33	7,56	

$p < ,05$

Diferencias de medias entre sintomatología depresiva y año de estudios

	Año de estudios										H	
	Primero de Secundaria		Segundo de Secundaria		Tercero de Secundaria		Cuarto de Secundaria		Quinto de Secundaria			
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE		
Sintomatología depresiva												3,14
BDI - II	10,81	10,29	12,13	9,85	11,40	5,88	12,61	9,09	13,66	8,97		

$p < ,05$

Diferencias de medias entre sintomatología depresiva y tipo de Familia

	Tipo de Familia												H
	Biparental		<i>Biparental extensa</i>		Uniparental		Uniparental extensa		Ensamblada		Otro		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Sintomatología depresiva													8,93
BDI - II	11,93	7,99	9,70	6,74	12,82	7,95	12,79	8,93	17,00	13,65	5,00	1,41	

$p < ,05$

Anexo E2

Análisis de Afrontamiento según variables sociodemográficas

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la variable sexo

Estilos y Estrategias de afrontamiento	Sexo				U
	Hombres (n = 116)		Mujeres (n = 65)		
	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	66,05	12,22	66,96	12,77	3509,00
Concentrarse en resolver el problema	60,28	16,34	63,63	17,26	3249,50
Esforzarse y tener éxito	63,90	14,81	62,71	15,43	3620,50
Fijarse en lo positivo	64,01	16,19	68,69	18,18	3190,50
Buscar diversiones relajantes	72,66	21,74	77,11	18,29	3365,00
Distracción física	69,40	22,47	62,68	21,94	3133,50
Referencia a los otros	51,66	11,83	55,35	13,57	3206,50
Buscar apoyo social	56,00	18,08	61,23	19,17	3151,00
Invertir en amigos íntimos	61,66	16,44	67,63	17,70	3030,50*
Buscar pertenencia	61,86	16,75	67,32	15,66	2930,00*
Acción social	36,29	13,68	36,85	13,77	3675,50
Buscar apoyo espiritual	43,79	16,25	47,15	17,12	3303,50
Buscar ayuda profesional	50,34	19,11	51,92	21,59	3586,00
No productivo	48,50	10,96	53,92	11,57	2752,00*
Preocuparse	67,00	17,25	68,74	18,79	3471,50
Hacerse ilusiones	59,10	15,64	67,51	15,34	2642,00*
Falta de afrontamiento	40,21	14,68	46,95	15,75	2760,00*
Reducción de la tensión	40,14	15,59	49,42	17,68	2592,00*
Ignorar el problema	42,54	17,477	42,15	16,01	3750,00
Autoinculparse	43,45	17,80	48,15	20,30	3296,00
Reservarlo para sí	47,07	16,75	54,54	18,91	2892,50*

*p < ,05

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la variable edad

Estilos y Estrategias de afrontamiento	Rango de edad						H
	13 y 14 años (n = 59)		15 y 16 años (n = 76)		17 y 18 años (n = 46)		
	M	DE	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	66,07	14,21	66,40	12,49	66,73	9,68	0,10
Concentrarse en resolver el problema	60,20	18,17	62,16	17,65	62,00	12,98	0,29
Esforzarse y tener éxito	66,58	16,72	62,89	14,82	60,43	12,31	4,99
Fijarse en lo positivo	65,93	20,44	65,39	16,55	65,87	12,88	0,08
Buscar diversiones relajantes	71,42	23,28	74,79	20,46	77,00	16,95	1,14
Distracción física	66,20	23,80	66,78	22,12	68,33	21,65	0,04
Referencia a los otros	52,54	12,71	53,77	13,54	52,25	10,79	0,30
Buscar apoyo social	58,10	19,77	59,11	18,71	55,57	16,98	0,81
Invertir en amigos íntimos	60,34	17,57	65,42	17,75	65,57	14,93	3,81
Buscar pertenencia	64,27	19,38	64,37	17,01	62,35	11,14	1,06
Acción social	34,07	14,00	37,43	13,75	38,04	12,97	4,12
Buscar apoyo espiritual	48,05	17,59	44,41	16,67	42,07	14,78	2,86
Buscar ayuda profesional	50,42	18,25	51,91	22,45	49,89	18,06	0,09
No productivo	49,33	11,56	50,16	11,83	52,35	10,64	2,15
Preocuparse	67,05	20,41	68,00	17,94	67,74	13,82	0,15
Hacerse ilusiones	62,24	15,67	61,68	17,20	62,70	14,66	0,03
Falta de afrontamiento	43,25	16,98	42,16	15,11	42,61	13,89	0,13
Reducción de la tensión	38,58	14,26	44,95	17,89	47,30	17,29	7,12*
Ignorar el problema	42,97	17,05	39,01	15,01	47,28	18,73	6,67*
Autoinculparse	43,56	19,21	46,71	19,96	44,57	16,39	0,82
Reservarlo para sí	47,71	18,74	48,62	17,73	54,24	16,50	4,91

* $p < .05$

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la variable edad

Estilos y Estrategias de afrontamiento	Rango de edad				U
	13 y 14 años (n = 59)		15 y 16 años (n = 76)		
	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	66,07	14,21	66,40	12,49	2220,00
Concentrarse en resolver el problema	60,20	18,17	62,16	17,65	2173,00
Esforzarse y tener éxito	66,58	16,72	62,89	14,82	2127,00
Fijarse en lo positivo	65,93	20,44	65,39	16,55	1937,50
Buscar diversiones relajantes	71,42	23,28	74,79	20,46	2226,00
Distracción física	66,20	23,8	66,78	22,12	1850,00
Referencia a los otros	52,54	12,71	53,77	13,54	2119,00
Buscar apoyo social	58,10	19,77	59,11	18,71	2230,00
Invertir en amigos íntimos	60,34	17,57	65,42	17,75	2221,50
Buscar pertenencia	64,27	19,38	64,37	17,01	2234,00
Acción social	34,07	14,00	37,43	13,75	1812,00
Buscar apoyo espiritual	48,05	17,59	44,41	16,67	1865,50
Buscar ayuda profesional	50,42	18,25	51,91	22,45	1911,50
No productivo	49,33	11,56	50,16	11,83	2126,00
Preocuparse	67,05	20,41	68,00	17,94	2040,00
Hacerse ilusiones	62,24	15,67	61,68	17,2	2152,00
Falta de afrontamiento	43,25	16,98	42,16	15,11	1968,00
Reducción de la tensión	38,58	14,26	44,95	17,89	2187,50
Ignorar el problema	42,97	17,05	39,01	15,01	2209,00
Autoinculparse	43,56	19,21	46,71	19,96	2081,00
Reservarlo para sí	47,71	18,74	48,62	17,73	2207,00

*p < ,05

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la variable edad

Estilos y Estrategias de afrontamiento	15 y 16 años (n = 76)		17 y 18 años (n = 46)		U
	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	66,4	12,49	66,73	9,68	1691,00
Concentrarse en resolver el problema	62,16	17,65	62	12,98	1573,00
Esforzarse y tener éxito	62,89	14,82	60,43	12,31	1743,50
Fijarse en lo positivo	65,39	16,55	65,87	12,88	1528,50
Buscar diversiones relajantes	74,79	20,46	77	16,95	1676,50
Distracción física	66,78	22,12	68,33	21,65	1720,50
Referencia a los otros	53,77	13,54	52,25	10,79	1688,00
Buscar apoyo social	59,11	18,71	55,57	16,98	1549,00
Invertir en amigos íntimos	65,42	17,75	65,57	14,93	1717,50
Buscar pertenencia	64,37	17,01	62,35	11,14	1684,00
Acción social	37,43	13,75	38,04	12,97	1592,00
Buscar apoyo espiritual	44,41	16,67	42,07	14,78	1689,50
Buscar ayuda profesional	51,91	22,45	49,89	18,06	1280,50
No productivo	50,16	11,83	52,35	10,64	1560,00
Preocuparse	68,00	17,94	67,74	13,82	1697,50
Hacerse ilusiones	61,68	17,2	62,7	14,66	1390,00
Falta de afrontamiento	42,16	15,11	42,61	13,89	1633,50
Reducción de la tensión	44,95	17,89	47,3	17,29	1706,50
Ignorar el problema	39,01	15,01	47,28	18,73	1686,00*
Autoinculparse	46,71	19,96	44,57	16,39	1702,00
Reservarlo para sí	48,62	17,73	54,24	16,50	1726,00

* $p < ,05$

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la variable edad

Estilos y Estrategias de afrontamiento	13 y 14 años (n = 59)		17 y 18 años (n = 46)		U
	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	66,07	14,21	66,73	9,68	1317,50
Concentrarse en resolver el problema	60,2	18,17	62	12,98	1275,50
Esforzarse y tener éxito	66,58	16,72	60,43	12,31	1294,50*
Fijarse en lo positivo	65,93	20,44	65,87	12,88	1024,50
Buscar diversiones relajantes	71,42	23,28	77	16,95	1310,50
Distracción física	66,2	23,8	68,33	21,65	1106,50
Referencia a los otros	52,54	12,71	52,25	10,79	1334,50
Buscar apoyo social	58,1	19,77	55,57	16,98	1243,50
Invertir en amigos íntimos	60,34	17,57	65,57	14,93	1335,00
Buscar pertenencia	64,27	19,38	62,35	11,14	1312,50
Acción social	34,07	14	38,04	12,97	956,50
Buscar apoyo espiritual	48,05	17,59	42,07	14,78	1077,00
Buscar ayuda profesional	50,42	18,25	49,89	18,06	1167,00
No productivo	49,33	11,56	52,35	10,64	1127,00
Preocuparse	67,05	20,41	67,74	13,82	1274,50
Hacerse ilusiones	62,24	15,67	62,7	14,66	1046,50
Falta de afrontamiento	43,25	16,98	42,61	13,89	1110,00
Reducción de la tensión	38,58	14,26	47,3	17,29	1341,50*
Ignorar el problema	42,97	17,05	47,28	18,73	1346,50
Autoinculparse	43,56	19,21	44,57	16,39	1185,00
Reservarlo para sí	47,71	18,74	54,24	16,5	1329,50*

*p < ,05

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según año de estudios

Estilos y Estrategias de afrontamiento	Año de estudios										H
	Primero de Secundaria (n = 21)		Segundo de Secundaria (n = 30)		Tercero de Secundaria (n = 40)		Cuarto de Secundaria (n = 46)		Quinto de Secundaria (n = 44)		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	72,89	13,51	65,34	14,71	64,72	11,94	63,62	11,56	68,36	10,30	9,40
Concentrarse en resolver el problema	68,19	13,11	59,20	18,18	58,70	17,67	60,09	18,92	63,82	12,94	5,39
Esforzarse y tener éxito	73,71	15,57	63,33	15,04	62,70	17,05	60,70	13,66	62,27	12,51	10,44*
Fijarse en lo positivo	73,57	20,50	66,50	19,30	62,00	17,01	62,93	15,69	67,61	13,87	7,16
Buscar diversiones relajantes	74,33	25,67	74,20	21,56	71,40	20,44	74,11	19,94	77,00	18,73	1,71
Distracción física	74,67	20,69	63,47	26,95	68,78	21,50	60,26	19,15	71,11	22,64	8,61
Referencia a los otros	58,83	12,74	51,01	12,00	53,35	13,40	50,97	13,66	52,91	10,16	6,37
Buscar apoyo social	66,29	20,38	56,13	18,63	58,00	19,28	56,52	19,72	56,36	15,35	5,07
Invertir en amigos íntimos	67,43	16,21	58,53	19,61	61,60	15,71	66,52	18,09	64,82	15,37	5,00
Buscar pertenencia	74,29	18,70	63,73	17,98	61,40	18,24	61,39	16,20	63,64	11,04	9,06
Acción social	40,95	16,33	32,00	12,01	39,00	14,82	33,91	13,86	37,84	11,07	9,85*
Buscar apoyo espiritual	53,57	19,76	42,67	13,24	48,75	15,92	39,89	15,97	44,43	16,61	11,82*
Buscar ayuda profesional	50,48	19,62	53,00	19,19	51,38	18,74	49,89	24,30	50,34	17,43	1,09
No productivo	54,23	10,19	46,72	10,99	51,16	12,77	47,98	11,95	53,11	9,51	11,86*
Preocuparse	79,24	14,23	64,00	21,09	63,10	18,37	65,04	17,19	71,36	14,09	14,83*
Hacerse ilusiones	68,38	15,89	62,40	15,14	60,60	15,25	58,61	17,49	64,00	15,21	5,65
Falta de afrontamiento	45,71	18,27	40,00	16,27	45,90	14,75	39,30	15,42	43,45	13,35	7,76
Reducción de la tensión	38,67	13,53	36,67	15,23	47,80	18,00	42,70	16,74	47,27	17,13	10,89*
Ignorar el problema	46,43	15,01	41,83	18,22	41,88	15,92	38,91	17,03	45,00	17,55	6,11
Autoinculparse	50,00	22,91	38,33	14,64	49,25	20,27	42,72	19,71	46,25	15,71	7,82
Reservarlo para sí	51,19	16,87	43,83	17,15	49,63	18,89	48,59	18,34	54,43	16,75	7,48

* $p < ,05$

Diferencias en las estrategias de afrontamiento según la variable tipo de Familia

Estilos y Estrategias de afrontamiento	Tipo de Familia												H
	Biparental		Biparental extensa		Uniparental		Uniparental extensa		Ensamblada		Otro		
	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	M	DE	
Resolver el problema	65,65	11,61	68,48	13,57	63,42	11,65	71,12	12,58	65,26	14,99	68,05	10,46	8,63
Concentrarse en resolver el problema	60,49	14,53	65,60	15,81	57,03	16,89	64,55	18,94	65,50	21,31	64,00	16,97	6,08
Esforzarse y tener éxito	64,16	14,27	65,80	17,39	59,59	14,18	66,76	15,35	60,50	16,12	65,00	16,12	4,89
Fijarse en lo positivo	64,73	16,05	67,50	17,28	62,82	15,89	72,93	18,88	62,50	19,41	62,50	14,43	8,07
Buscar diversiones relajantes	75,25	20,90	73,26	19,56	76,65	21,60	72,15	20,64	80,14	20,97	70,00	24,11	3,63
Distracción física	65,59	22,15	66,85	23,98	65,51	20,60	71,21	21,82	67,81	28,20	73,50	27,11	1,69
Referencia a los otros	51,28	11,60	56,56	12,15	50,12	13,26	57,79	13,20	55,43	12,05	49,65	14,23	10,07
Buscar apoyo social	54,52	16,69	63,20	17,15	54,56	19,90	63,86	21,31	63,25	17,23	60,00	18,76	8,80
Invertir en amigos íntimos	63,95	15,78	65,00	19,46	60,92	17,23	67,03	18,38	63,75	17,62	60,00	21,42	1,99
Buscar pertenencia	61,92	15,52	68,40	12,97	60,72	19,81	68,97	12,72	64,00	19,04	68,00	25,09	6,50
Acción social	34,59	12,44	39,00	9,81	34,49	13,56	41,55	17,93	37,50	13,04	37,50	16,58	6,28
Buscar apoyo espiritual	43,49	16,30	52,00	16,42	41,92	15,92	47,24	17,81	49,38	16,72	33,75	7,50	8,94
Buscar ayuda profesional	49,18	21,54	51,75	19,28	48,08	17,83	58,10	20,24	54,69	17,75	38,75	10,31	7,45
No productivo	49,78	10,48	50,12	10,03	48,21	12,34	54,08	12,59	53,04	13,41	49,45	6,49	4,44
Preocuparse	65,48	16,82	71,40	15,53	64,51	17,05	73,10	18,79	69,75	23,28	70,00	17,74	8,14
Hacerse ilusiones	60,33	15,37	62,80	14,75	59,18	17,29	69,38	14,51	62,25	16,84	67,00	20,49	7,70
Falta de afrontamiento	42,36	13,98	39,20	16,45	41,64	14,96	45,10	17,27	47,75	18,62	36,00	9,24	3,65
Reducción de la tensión	43,89	17,26	38,40	13,32	42,67	16,11	43,72	17,30	49,75	21,61	42,00	9,52	3,03
Ignorar el problema	41,92	17,15	42,50	13,33	40,90	16,34	48,62	17,06	37,50	21,13	40,00	10,80	8,24
Autoinculparse	45,48	19,21	45,75	17,86	41,54	16,59	46,72	21,01	49,38	20,89	42,50	16,58	1,85
Reservarlo para sí	48,97	17,42	50,75	17,34	47,05	18,56	51,90	16,98	55,00	21,06	48,75	19,74	2,59

p < ,05



