



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DEL PERÚ

FACULTAD DE LETRAS Y CIENCIAS HUMANAS

**AFRONTAMIENTO Y SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA EN ADOLESCENTES
QUE ACUDEN A UN HOSPITAL DE SALUD MENTAL DE LIMA**

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

ROMANO PEIRANO ELIAS

CECILIA CHAU PÉREZ-ARANÍBAR

Lima, Perú

2017



AGRADECIMIENTOS

A mi asesora, la Dra. Cecilia Chau, por su perseverancia e indagable apoyo. Por siempre recibirme y orientarme a lo largo del proceso de elaboración de mi tesis. Finalmente, gracias por su paciencia y colaboración.

A mi informante, la Mag. Mónica Cassaretto, por sus buena disposición para apoyarme y sus acertadas recomendaciones.

A mi amiga y colega Rocío Soto, por su colaboración en el manejo estadístico de la investigación, por su apoyo e interés a lo largo del proceso.

A mi amigo Augusto Morales, por su ayuda inicial en el manejo estadístico de la investigación y por su gran amistad.

A mi tía Rosario, por su buena disposición para apoyarme en momentos de apuro.

Gracias a mi familia, a mis padres y a mis hermanas por siempre estar ahí.

Gracias a Andrea, por saberme acompañar en todo el trayecto.

Gracias a mi abuela y a Laya, por sus inagotables deseos de ayudarme en todo momento, por ser siempre un gran soporte para mí y una permanente fuente de confianza.

Finalmente, a Abril, por traer toda esa fuerza e ilusión.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal identificar la relación entre la sintomatología clínica y las estrategias de afrontamiento en un grupo de 46 adolescentes de entre 13 y 17 años que acuden a un hospital de Salud Mental de Lima. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis (1997) y el Inventario de Síntomas SCL 90-R de Derogatis (1994). Se encontraron correlaciones significativas entre las escalas de sintomatología y los estilos y estrategias de afrontamiento. La dimensión depresión muestra una correlación fuerte con el estilo de afrontamiento no productivo y con estrategias que forman parte de este estilo. El estilo resolver el problema y algunas de las estrategias que lo componen correlacionan de manera inversa con depresión y ansiedad, lo cual también sucede con estrategias enfocadas en buscar apoyo de los demás. A partir de los resultados se discute sobre las implicancias para el tema y los objetivos del trabajo, la relación con otros estudios y el impacto en investigaciones posteriores.

Palabras claves: Adolescencia, Sintomatología, Estilos y estrategias de afrontamiento

ABSTRACT

This research has as main objective to identify the relationship between clinical symptoms and coping styles in a group of 46 adolescents between 13 and 17 years old attending to a Mental Health hospital in Lima. The instruments used were the Frydenberg and Lewis (1997) Coping Scale for adolescents (ACS) and the Derogatis (1994) Symptom Checklist SCL 90-R. We found significant correlations between clinical symptoms and coping styles. Depression dimension shows a strong correlation with non-productive coping style and strategies that are part of this group. Solve the problem style and some of the strategies that compose it inversely correlate with depression and anxiety, which also happens to strategies focused on seeking support from others. From the results is constructed a discussion about the implications for the theory and the objectives of this proyect, relationship with other studies and the impact on further research.

Keywords: Adolescence, Symptoms and Coping strategies

TABLA DE CONTENIDO

Introducción.....	1
Método.....	12
Participantes.....	12
Medición.....	13
Procedimiento.....	15
Análisis de datos.....	16
Resultados.....	17
Discusión.....	20
Referencias.....	30
Apéndice.....	36
Apéndice A1.....	36
Apéndice A2.....	37
Apéndice A3.....	38
Apéndice B.....	40
Apéndice C.....	46
Apéndice D.....	48

La preocupación por el desarrollo adolescente ha sido una constante por mucho tiempo en el campo de la psicología, siendo considerado el periodo más importante para la adquisición y el mantenimiento de patrones de comportamiento saludable, que promuevan la salud mental, disminuyan el riesgo y prevengan el desarrollo de trastornos clínicos durante este periodo y la edad adulta (Barra, Cerna, Kramm y Véliz, 2006; Murberg y Bru, 2005; Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004). El estrés psicosocial presente durante este periodo del desarrollo hace posible que se configure como una etapa donde existe un riesgo para el surgimiento de psicopatología y, en ese sentido, las formas a través de las cuales los adolescentes afronten el estrés serán moderadores potenciales del impacto de éste sobre sí mismos, tanto en el momento actual como en el futuro (Contini, Coronel, Levin y Estevez, 2003; Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi, 2009; Seiffge-Krenke y Beyers, 2005).

Papalia (2005) plantea que en esta etapa la influencia de los genes heredados se combina ahora con las condiciones sociales del entorno, esto es, las experiencias familiares, escolares, de amistad, con los compañeros y el inicio de las relaciones de pareja. En ese sentido, las relaciones con los padres adoptan una forma distinta producto de la búsqueda de autonomía por parte de los hijos, por lo que los momentos con los compañeros se vuelven más íntimos, se da lugar a la exploración sexual y, a nivel cognitivo, los pensamientos del adolescente son más abstractos e idealistas.

En el Perú, los resultados recogidos por el último censo realizado por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2007) señalan que la población total de adolescentes entre 13 y 18 años de edad es de 3 380 998 personas, lo que representa más del 10% de la población total. Asimismo, los datos obtenidos por el estudio epidemiológico realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM HD-HN, 2002), donde el promedio de edad estuvo alrededor de los 14, 5 años, revelan que el 80% de los adolescentes se ubica en un nivel de educación secundaria, un 98,6% se encuentra soltero y un 9% se encuentra trabajando.

En esta etapa de transformación y desarrollo continuo los adolescentes despliegan una gama de recursos personales tanto a nivel cognitivo, como emocional y conductual para poder afrontar los cambios y tareas propias de la adolescencia. Estos recursos están influenciados por diversos aspectos como el entorno familiar, la socialización o el temperamento, y tienen el propósito de establecer equilibrio y estabilidad producto del

despliegue funcional y efectivo de los mismos. Si esto no se logra pueden producirse conflictos en cada sujeto (Contini et al., 2003; Seiffge-Krenke, et al., 2009).

En la actualidad muchos de los adolescentes crecen en un entorno menos estable que aquellos de hace una o dos décadas atrás, el incremento en los índices de divorcios, de embarazos y la mayor movilidad geográfica de las familias son algunos de los aspectos que generan esta falta de estabilidad en la vida de los adolescentes, por lo que una característica importante es que no forman parte de un grupo homogéneo y que son bastantes aquellos que no consiguen avanzar con éxito a la madurez adulta (Papalia, 2005). Estudios (Calvete, Camara, Estevez y Villardón, 2010; Seiffge-Krenke, et al., 2009) demuestran que una alta exposición a estresores sociales durante esta etapa es considerado como un factor que contribuye al desarrollo de depresión u otros problemas psicológicos.

En el estudio epidemiológico realizado por el INSM HD–HN (2002) se identificó, en relación a los adolescentes de Lima y Callao, que más del 50% de la población había sufrido algún tipo de abuso en algún momento de su vida, siendo el abuso psicológico el más frecuente (41.7%), seguido por el abuso físico (27.3%). A su vez, se reporta que los adolescentes muestran, con respecto los adultos, un incremento de insatisfacción sobre su aspecto físico y su inteligencia (16.1% y 10.9% se encuentran muy poco o nada satisfechos con ellos mismos respectivamente), mientras que la gran proporción se sitúa bajo la categoría de “regular” (entre el 43 y el 53%) en la mayoría de las áreas de satisfacción.

Por consiguiente, los múltiples factores de riesgo y demandas sociales a los que están expuestos los adolescentes tienen un impacto sobre el nivel de tensión y preocupación que pueden generar estas experiencias, lo cual hace posible caracterizar esta etapa de la vida como un periodo de vulnerabilidad que puede llegar a tener un impacto perjudicial sobre la salud mental del adolescente (Flouri y Mavroveli, 2012; Murberg y Bru, 2005). Incluso, hay evidencia de que sería la acumulación de eventos estresantes a lo largo de la vida el factor que, en general, predice dificultades en la adaptación de niños y adolescentes a su entorno social (Flouri y Mavroveli, 2012).

Pero las experiencias estresantes no sólo provienen eventos traumáticos o aspectos crónicos (Skinner y Zimmer-Grembeck, 2007) sino que también surgen de las situaciones estresantes que ocurren diariamente en la vida de los adolescentes (Seiffge-Krenke, et al., 2009; Seiffge-Krenke, et al., 2007). Intentos por hacer las relaciones con los pares más

igualitarias o para iniciar una extensión de su red social donde se incluyan amigos o relaciones de pareja suponen cambios significativos para un adolescente y están frecuentemente acompañados por emociones estresantes (Seiffge-Krenke, et al., 2009).

A su vez, es sabido que entre un 46% y 82% de las situaciones estresantes que atraviesan los adolescentes diariamente pertenecen al campo de las relaciones interpersonales, siendo las más prominentes los conflictos con los pares y los padres, la necesidad de pertenencia, la iniciación y mantenimiento de relaciones amorosas, el nivel de satisfacción con los cambios propios de la etapa y preocupaciones en relación a su futuro académico y ocupacional (Seiffge-Krenke, et al., 2007; Seiffge-Krenke y Beyers, 2005), siendo estas situaciones similares en diferentes culturas (Seiffge-Krenke, et al., 2009).

Estudios a nivel nacional (INSM HD–HN, 2002; Martínez y Morote, 2001) han identificado que las principales preocupaciones que reportan los adolescentes se dan en distintas áreas de la vida como su futuro, la salud, el rendimiento escolar, la familia, aspectos personales y las relaciones con los pares. Estas variables podrían configurarse como posibles fuentes de tensión a las que los adolescentes están expuestos y, en ese sentido, podrían tener un impacto en su estabilidad emocional o incluso en su salud física (Barra, et al., 2006; Flouri y Mavroveli, 2012).

Si bien son diversos los cambios que atraviesan los adolescentes en las diferentes áreas de su vida, así como las exigencias y preocupaciones sociales a las que están expuestos, hay otros factores personales como la valoración que se realiza sobre estas experiencias y de la capacidad para sobrellevarlas lo que termina por configurarlas como factores de riesgo y como eventos estresantes (Barra, et al., 2006). Lazarus y Folkman (1986) entienden el estrés como un componente normal en la vida. El estrés puede ser definido como la ambivalencia que resulta entre la percepción que el sujeto tiene de las demandas y exigencias de la realidad externa e interna y su disposición y capacidad para afrontar dichas demandas (Frydenberg, 1997).

Estas ambivalencias o desequilibrios pueden también ser entendidos como motores propios del desarrollo que posibilitan el pasaje a la adultez, siendo la apreciación subjetiva de la situación y de los recursos con los que cuenta el adolescente lo que incide en el afrontamiento satisfactorio de dichas situaciones o en la posibilidad de generar problemas transitorios o duraderos (Calvete, et al., 2010; Contini et al., 2003).

Resulta importante entender el afrontamiento como el esfuerzo, tanto cognitivo como conductual, que se lleva a cabo para manejar estas situaciones categorizadas como estresantes o que sobrepasan los propios recursos, se trata de un proceso constantemente cambiante, que varía de acuerdo al contexto y a la relación que tenga el individuo con el entorno (Lazarus y Folkman, 1986). Skinner y Zimmer-Gembeck (2007) definen el afrontamiento como una acción de regulación bajo situaciones estresantes, lo cual implica una relación entre el afrontamiento y el trabajo en la regulación de procesos psicológicos y fisiológicos básicos, incluyendo emociones, conducta, atención y cognición, así como también incluye los efectos de los esfuerzos de regulación asociados al ambiente y el contacto social.

Desde los conceptos previamente planteados es de donde se nutre el interés del presente estudio por aproximarse a la adolescencia para investigar la relación que existe entre el malestar emocional y las respuestas que utilizan los adolescentes para afrontar los distintos retos por lo que atraviesan en esta etapa. Los recursos sociales, cognitivos y afectivos que se necesitan para afrontar eventos estresantes y regular emociones son aspectos fundamentales del desarrollo y juegan un papel central como mediadores sobre el desarrollo de problemas psicológicos desde su carácter preventivo (Compas, et al., 2014).

Las diferentes formas que adopta el afrontamiento reciben el nombre de estrategias de afrontamiento y son definidas por Frydenberg (1997) como los esfuerzos que realiza el individuo para manejar las demandas independientemente de que el resultado que se obtenga sea adaptativo o no adaptativo. Para la autora, la manera cómo la persona interpreta las situaciones es lo que conlleva a que surjan distintas clases de emociones y respuestas conductuales, de tal forma que algunas experiencias pueden ser calificadas como estresantes cuando sobrepasan los límites de lo que cada individuo puede tolerar o cuando afectan el equilibrio o bienestar de cada uno.

Por su parte, los estilos de afrontamiento son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y, a su vez, son responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional (Frydenberg, 1997). Mientras que los estilos son las formas habituales y relativamente estables que tiene una persona para manejarse ante el estrés, las

estrategias son situacionalmente dependientes y están influidas por los estilos que posee un individuo para afrontar los problemas de la vida diaria (Contini, 2006).

Frydenberg y Lewis (1997) identifican tres estilos de afrontamiento: 1) Resolver el problema, que conlleva un afrontamiento directo; 2) Referencia hacia los otros, que consiste en buscar ayuda y soporte en pares u otras personas; y 3) Afrontamiento no productivo, el cual se caracteriza principalmente por la evitación de los problemas. Dentro de estos tres estilos los autores han identificado dieciocho estrategias, agrupándolas de la siguiente manera:

Para el estilo “Resolver el problema” se encuentran: Concentrarse en resolver el problema: estudiar y analizar el problema y las posibles soluciones; Esforzarse y tener éxito: llevar a cabo conductas de compromiso y dedicación para solucionar dificultades; Fijarse en lo positivo: tener una visión optimista de la situación problemática y mantener una actitud positiva frente a ésta; Buscar diversiones relajantes: búsqueda de actividades relajantes y de ocio; y Distracción física: realización de actividades de esfuerzo físico, como deportes.

Para el estilo “Referencia a los otros” se encuentran: Buscar apoyo social: deseo de compartir el problema con otros y buscar en ellos ayuda para la solución del mismo; Buscar apoyo espiritual: realizar actividades como rezar y creer en la ayuda de un líder espiritual; Invertir en amigos íntimos: búsqueda de relaciones personales íntimas y el esfuerzo por comprometerse con ellas; Buscar pertenencia: interés por las relaciones con los demás y por lo que éstos piensan. Búsqueda de grupos con iguales características con los cuales se pueda tener relaciones afines; Acción social: realizar actividades para conseguir ayuda como organizar reuniones grupales con gente que tenga la misma dificultad o problema; y Buscar ayuda profesional: buscar ayuda de un experto en la materia que posea mayor conocimiento o experiencia en el tema o problemática.

Para el estilo “Afrontamiento no productivo” se encuentran: Preocuparse: tendencia a experimentar temor o preocupación por el futuro; Hacerse ilusiones: basarse en la esperanza y en la expectativa de que todo terminará solucionándose de forma positiva; Falta de afrontamiento: incapacidad de la persona para afrontar los problemas y el desarrollo de síntomas psicósomáticos; Ignorar el problema: esfuerzo en la negación del problema; Reducción de la tensión: intentos de la persona por disminuir la tensión y

sentirse mejor; Reservado para sí: huir de los demás y no permitir que otros conozcan los problemas o dificultades; y Auto inculparse: responsabilizarse de los problemas o preocupaciones que a uno le afectan. Para el presente estudio se tomará como modelo de referencia la clasificación de estilos y estrategias de afrontamiento recién descrita.

Al respecto, algunos autores (Seiffge-Krenke, et al., 2009; Seiffge-Krenke, et al., 2007) sostienen que durante esta etapa de transición y de cambio emergen diversos estresores normativos, específicos de cada edad o etapa del desarrollo, a partir de los cuales dependerá la conducta de afrontamiento a ser usada por el adolescente. Por ejemplo, los adolescentes emplean con mayor frecuencia una estrategia activa para afrontar los estresores presentes en las relaciones con los pares, mientras que ante los problemas del colegio y de las relaciones con sus padres suelen emplear estrategias disfuncionales, y para afrontar los problemas relacionados a su futuro emplean estrategias guiadas por el pensamiento reflexivo (Seiffge-Krenke, et al., 2007). Si bien tanto la percepción del estrés como las respuestas de afrontamiento son variables relacionadas con el desarrollo de psicopatología, es importante reconocer que estos factores cambian desde el inicio de la adolescencia hasta la adolescencia tardía, estando influenciados por la etapa del desarrollo y por factores situacionales (Seiffge-Krenke, et al., 2009).

Investigaciones como las de Contini et al. (2003) y Casullo, Gonzales, Montoya y Bernabéu (2002), quienes han trabajado con muestras no clínicas de adolescentes argentinos y españoles respectivamente, proponen que la diferencia entre el uso de una u otra estrategia de afrontamiento para moderar las preocupaciones y demandas del entorno está asociada al nivel de bienestar o malestar psicológico percibido. En ambos estudios se identificó que aquellos adolescentes que presentaron un elevado nivel de bienestar psicológico utilizaron estrategias de afrontamiento de tipo activo: concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito y de búsqueda de apoyo social. Mientras tanto, aquellos que reportaron bajos niveles de bienestar psicológico emplearon estrategias del estilo improductivo como: autoinculparse, reservarlo para sí, ignorar el problema, reducción de la tensión y falta de afrontamiento.

También es necesario tener en cuenta que la acumulación de eventos estresantes y la dificultad para afrontarlos adecuadamente no sólo se podría manifestar en problemas emocionales y conductuales, sino que también puede afectar la salud física del adolescente

(Barra, et al., 2006). Por ello, el empleo de estrategias disfuncionales o improductivas podría provocar un impacto negativo sobre la salud mental del adolescente y podría traer como consecuencia el posible desarrollo de un cuadro psicopatológico durante este periodo o más adelante (Murberg y Bru, 2005). En ese sentido, se considera que las estrategias de afrontamiento tienen un rol moderador o mediador entre los eventos estresantes que experimentan los adolescentes y el posible desarrollo de un problema psicológico (Calvete, et al., 2011; Compas, et al., 2014; Mestre, et al., 2012).

En relación a la salud mental de los adolescentes en el Perú, los resultados de la primera encuesta nacional de la juventud realizada por la SENAJU (2011) revelan, sobre los jóvenes de entre 15 y 29 años, que un 56.4% presentó cambios en su ritmo de sueño, el 55% se ha sentido nervioso(a), tenso(a) o inquieto(a), el 51.1% se ha sentido cansado(a), aburrido(a) la mayor parte del tiempo, el 47.5% ha padecido de constantes dolores de cabeza, cuello o espalda y el 44% se ha sentido triste sin ganas de hacer las cosas.

Por su parte, el estudio epidemiológico realizado por el INSM HD–HN (2002) en Lima Metropolitana y Callao señala que alrededor del 11.1% y el 22% de los adolescentes experimenta significativamente sentimientos negativos (tristeza, tensión, angustia, irritabilidad, y aburrimiento). El estudio muestra que un 29.1% de la población adolescente alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas y un 28% de los que intentaron hacerse daño considera todavía dicha conducta como una posibilidad de solución. El trastorno clínico más frecuente en esta población es el episodio depresivo con un 8.6%, seguido la fobia social con un 7.1% y posteriormente se ubica el trastorno de ansiedad generalizada con el 4.2%. A pesar de que un 29.8% de los adolescentes ha padecido de algún problema emocional, tan sólo el 16,5% acudió en busca de ayuda para resolver el problema. Los motivos por los que la gran mayoría no lo hizo tienen que ver con que pensaban que lo debían superar solos (59.3%), por falta de confianza (42.9%) y por no tener dinero (33.3%).

Para precisar acerca de los trastornos psicológicos, se refiere a “un síndrome o un patrón psicológico o conductual clínicamente significativo, que aparece en un individuo y que se encuentra asociado de forma típica con un síntoma perturbador (distrés), o deterioro en una o más áreas principales de la actividad (incapacidad) o con un riesgo significativamente mayor de padecer dolor, pérdida de libertad o muerte” (American Psychiatric Association, 1987). En ese sentido, la sintomatología tiene que ver con un

conjunto o agrupación de manifestaciones clínicas relacionadas a un sistema de clasificación específico, cuyas características están en función del objetivo que pretenda cada agrupación, por lo que podría o no ajustarse a lo estipulado por sistemas de clasificación como el DSM o CIE para los trastornos convencionales (Gonzales Barrón, 2005).

Para la presente investigación se han tomado como referencia las agrupaciones de síntomas establecidas por Derogatis (1994) para el Symptom Check List (SCL 90), instrumento que permite evaluar de forma multidimensional la psicopatología y que fue diseñado para una medición de los síntomas psiquiátricos en pacientes, ya sea dentro del campo clínico o para la investigación (Lara, Espinosa, Cárdenas, Fócil y Cavazos, 2005).

Las nueve dimensiones sintomatológicas que abarca el SCL 90 son las siguientes: Somatizaciones, se refiere a los malestares que la persona percibe relacionados a disfunciones corporales; Obsesiones y compulsiones, incluye pensamientos, acciones e impulsos que son vivenciados como imposibles de evitar o no deseados; Sensitividad interpersonal, se focaliza en sentimientos de inferioridad e inadecuación dentro de las relaciones con otra persona; Depresión, abarca estado de ánimo disfórico, falta de motivación, poca energía vital, sentimientos de desesperanza e ideación suicida; Ansiedad, evalúa signos generales de ansiedad como nerviosismo, tensión, ataques de pánico y temores; Hostilidad, se refiere a pensamientos, sentimientos y acciones característicos de la presencia de afectos negativos de enojo; Ansiedad fóbica, alude a una respuesta persistente de miedo a personas, objetos o lugares que es en sí misma desproporcional y desproporcionada en relación con la realidad; Ideación paranoide, evalúa comportamientos paranoides a partir de las distorsiones a nivel de pensamiento; y Psicoticismo, incluye síntomas referidos a estados de soledad, estilo de vida esquizoide, alucinaciones y control del pensamiento (Casullo, 2008).

Son diversos los factores que han sido estudiados desde su relación con el desarrollo de psicopatología durante la adolescencia. Una investigación en España (Bragado, Bersabé y Carrasco, 1999) logró establecer, sobre una muestra clínica de adolescentes, que el efecto de los estresores familiares y la configuración familiar (padres solos o separados con una nueva pareja) estaba asociada a trastornos conductuales. Así mismo, la preocupación por la muerte de un ser querido, el maltrato físico y un contexto familiar donde abundan las

discusiones son los sucesos que mejor predicen los trastornos conductuales. El miedo a ser maltratado y la preocupación excesiva por su familia se asocia con los trastornos de ansiedad. Este último suceso, junto con la presencia de problemas de alcoholismo, también contribuye a predecir los trastornos depresivos.

Otros estudios con adolescentes (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004; Zubeidat, Fernández, Sierra y Salinas, 2008) encontraron, en México y Colombia respectivamente, que factores como la fobia social de los padres y su estilo de crianza estarían asociados con la fobia social de los adolescentes u otros trastornos de ansiedad o del estado de ánimo. Además, se ha podido identificar que el tener un pobre vínculo con los padres, la separación de los mismos o los cambios en la estructura familiar, la disciplina inconsistente que imponen y el exceso o ausencia de cercanía afectiva con los hijos se configuran como variables relacionadas al riesgo de desarrollar un cuadro depresivo durante este periodo. Asimismo, se señala que la ausencia de soporte social y la necesidad de pertenencia pueden constituir, especialmente en esta etapa de la vida, una fuente de frustración para el adolescente y un factor de riesgo para la depresión.

Al respecto, diversas investigaciones que han trabajado con población adolescente clínica (Li, DiGiuseppe y Froh, 2006) y no clínica (Calvete, Camara, Estevez y Villardón, 2011; Gaspar de Matos, et al., 2008; Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud de Minzi, Mesurado, 2012; Murberg y Bru, 2005) han encontrado que las estrategias de afrontamiento no productivas se relacionan con sintomatología depresiva, ansiosa, agresiva o, en general, con la presencia de alguna perturbación psicológica. En ese sentido, los estilos de afrontamiento pasivos o de evitación y poco adaptativos, lo cuales marcan la tendencia del estilo no productivo, están asociados con distinto tipo de dificultades en el ajuste emocional y en la capacidad de adaptación de los adolescentes a su entorno, así como con los desórdenes emocionales que pueden surgir durante este periodo o posteriormente (Barra, et al., 2006; Matos et al., 2008; Seiffge-Krenke y Beyers, 2005).

En el Perú se realizó un estudio con adolescentes de un colegio particular de Lima, de entre 13 a 18 años de edad, en el cual se encontró que la presencia de sintomatología depresiva se relacionaba de forma directa y relevante con el estilo de afrontamiento no productivo. Además, las estrategias usadas por los adolescentes que reportaban un alto nivel de sintomatología depresiva eran la falta de afrontamiento, reducción de la tensión y

el autoinculparse (Obando, 2011). Por otro lado, Benito, Aparicio y Briones (2000) encontraron, en una muestra de adolescentes de entre 14 y 15 años de Madrid, que aquellos que presentan mayor presencia de síntomas depresivos suelen elegir estrategias disfuncionales o funcionales pasivas para afrontar los problemas que se les presentan en la vida diaria, concluyendo que la existencia de dicha correlación no aclara si el fracaso en la solución de los problemas produce los estados depresivos o si las distorsiones cognitivas que sufren los adolescentes deprimidos les impiden la elección de estrategias más funcionales, considerando que la influencia sería bidireccional.

En esa misma línea, una investigación llevada a cabo por Li, DiGiuseppe y Froh (2006) en Estados Unidos, donde se trabajó con adolescentes depresivos de entre 14 y 18 años, reveló que las estrategias dirigidas a la solución del problema y a la distracción física se configuran como factores protectores de la relación entre ser hombre y presentar depresión. Por otro lado, las mujeres tienden a emplear la estrategia de preocuparse en exceso por el problema, la cual está fuertemente asociada a la presencia de depresión. Por su parte, Gaspar de Matos et al. (2008) encontraron, en una muestra de adolescentes de Portugal de entre 10 y 22 años, una relación positiva entre las estrategias de afrontamiento disfuncionales y algunos trastornos psicológicos como los de ansiedad y depresión. En lo que se refiere al género, las mujeres reportan más síntomas ansiosos que los hombres, los cuales tienden a incrementar con la edad y a su vez están relacionados a la presencia de síntomas depresivos.

Tomando como punto de referencia la evidencia empírica que existe sobre la relación entre el afrontamiento y la sintomatología clínica, el soporte teórico sobre el rol moderador que cumplen las estrategias de afrontamiento en el desarrollo de psicopatología y la escasa bibliografía que se encuentra a nivel nacional sobre estudios que hayan trabajado el tema en población clínica, la presente investigación se planteó como propósito principal identificar y estudiar la relación que existe entre estas variables en un grupo de adolescentes que acuden a consulta ambulatoria en un hospital de salud mental de Lima.

Dentro de los objetivos específicos se busca analizar la relación del afrontamiento y la sintomatología con otros factores sociodemográficos como el sexo y el tipo de familia (composición familiar) al que pertenecen los participantes. Finalmente, se describe y

discute de manera independiente el comportamiento de cada variable dentro de la muestra de participantes seleccionados.

Teniendo en cuenta los hallazgos de las investigaciones mencionadas anteriormente, se espera encontrar que la presencia de sintomatología clínica correlacione directamente con las estrategias de afrontamiento que conforman el estilo no productivo.

Para llevar a cabo el presente estudio se realizó un análisis cuantitativo a partir de los datos recogidos, en un momento único y específico, a través de dos instrumentos que evalúan las estrategias de afrontamiento en adolescentes (ACS) y la presencia y tipo de sintomatología (SCL 90-R) respectivamente.



Método

Participantes

En la presente investigación, los participantes fueron 50 adolescentes que asisten a consulta psicológica en el departamento de consulta externa de niños y adolescentes de un hospital psiquiátrico de Lima Metropolitana. Fueron eliminados 4 participantes debido al diagnóstico clínico que presentaban (esquizofrenia), por lo que finalmente la muestra quedó constituida por 46 adolescentes. Para seleccionarlos se tuvo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: deberían tener 12 años o más para poder situarse en el rango de edad promedio en el que se inicia la adolescencia (Coleman, 2003). Sólo se tomó en cuenta a aquellos pacientes que acudían por primera vez a consulta psicológica o que se encontraran en proceso de evaluación psicológica, con el cual se inicia la atención en el centro de salud mental. Así también, fueron excluidos aquellos que se encontraban en tratamiento psiquiátrico y que estuvieran recibiendo medicación, ya que podría influir sobre el estado natural del paciente, alterar el cuadro clínico que padece e influir sobre su sintomatología.

Para controlar los criterios establecidos se contó con el acceso a las historias clínicas de los pacientes, donde se registra este tipo de información. De esta manera, fue posible filtrar aquellos adolescentes que cumplían con los requisitos ya mencionados. Los principales diagnósticos que recibían los adolescentes que asistían a consulta se trataban de cuadros depresivos y ansiosos. A los participantes seleccionados y a los padres o responsables de los mismos se les hizo llegar por separado, a modo de consideración ética, un consentimiento informado donde se detallaba el propósito de la investigación y se solicitaba la participación voluntaria del menor (Anexo A y B).

A través de la elaboración de una Ficha sociodemográfica se logró recoger los siguientes datos: los participantes se encontraban entre los 13 y 17 años de edad ($M = 15.07$ y $DE = 1.32$). El número de mujeres y hombres fue de 25 (54.3%) y 21 (45.7%) respectivamente. En relación al grado de estudios, el 91.3% se encuentra cursando algún grado de secundaria y el 8.7% habría culminado la secundaria. La mayoría de los participantes (97.8%) ha nacido en Lima y Callao, mientras que un 2.2% ha nacido en provincia. En lo que se refiere a la composición familiar, un 30.4% vive con ambos padres y hermano(s) (familia nuclear), el 15.2% vive con ambos padres, hermanos y otro(s) miembro(s) de la familia (familia nuclear extendida), el 13% vive con un solo padre y

hermano(s) (familia uniparental), el 26.1% vive con un solo padre, hermanos y otro(s) miembro(s) de la familia (familia uniparental extendida) y el 15.2% con algún miembro de la familia u apoderado (familia extendida sin padres).

Medición

La variable Afrontamiento fué medida a través de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes Revisada (ACS Lima) adaptada por Canessa (2002) a la población peruana. Esta prueba fue elaborada por Frydenberg y Lewis en Australia en el año 1993, como una opción para el estudio de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes (Canessa, 2002). El ACS consta de 80 ítems, 79 de tipo cerrado y un ítem final de tipo abierto, que permite evaluar 18 escalas o estrategias de afrontamiento identificadas previamente por Frydenberg y Lewis (1997). Los 79 ítems cerrados se puntúan a través de una escala Likert de cinco puntos: No me ocurre nunca o no lo hago (1), Me ocurre o lo hago raras veces (2), Me ocurre o lo hago algunas veces (3), Me ocurre o lo hago a menudo (4) y Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia (5). Los 79 ítems se agrupan en 18 estrategias de afrontamiento y éstas a su vez en 3 estilos (Frydenberg y Lewis, 1997).

Con respecto a la validez de la prueba, los autores realizaron tres análisis factoriales a través del método de los componentes principales con rotación Oblimin para los ítems, como resultado de este análisis se encontró que las 18 escalas tuvieron validez de constructo, lo cual sustenta la existencia de dichas dimensiones. En cuanto a la confiabilidad, se encontró, por medio de un análisis de correlación test – retest, que 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. Además, los coeficientes test – retest para las subescalas estuvieron entre .49 y .82 para la forma específica y entre .44 y .84 para la forma general. Asimismo, la prueba reporta coeficientes de consistencia interna entre .62 y .87 para la forma específica y entre .54 y .84 para la forma general (Frydenberg y Lewis, 1997).

Pareña y Seisdedos (1997, en Obando, 2011) llevaron a cabo la adaptación española de la prueba en una muestra de 452 adolescentes de entre 12 y 20 años. Se analizaron los elementos con media más alta y baja, con mayor heterogeneidad y homogeneidad, así como

también se analizaron las diferencias en las respuestas según sexo, las correlaciones entre las escalas y un análisis factorial que confirman la confiabilidad y la validez de la prueba.

En el Perú, Canessa (2002) realizó la adaptación de la prueba a población peruana en una muestra de 1236 adolescentes escolares de ambos sexos de entre 14 y 17 años, pertenecientes a centros educativos estatales y particulares de Lima Metropolitana. La autora, después de realizar modificaciones en el número y redacción de los ítems aplicó la versión modificada a una muestra piloto. Posteriormente se modificaron las instrucciones, la redacción de algunos ítems y las alternativas de respuesta, elaborándose así la versión revisada (ACS Lima). En este estudio se encontró una correlación ítem – test mayor a .20 para 79 de los 80 ítems de la prueba. Además, se reportaron índices del coeficiente alfa de entre .48 y .84, confirmando la fiabilidad de las escalas. En lo que se refiere a la validez, se emplearon tres análisis factoriales exploratorios de los ítems, obteniéndose 6 factores en cada análisis, los cuales explicaron el 50.2 %, 50.3 % y 49.7 % de la varianza total respectivamente. Con respecto a las escalas, por medio de un análisis factorial se determinó seis factores que explicaron el 67.6 % de la varianza total, lo cual determinó la validez del constructo.

En el presente estudio, los índices de confiabilidad (alfa de Cronbach) que se obtuvieron para las escalas que conforman la prueba fluctuaron entre .01 y .89. Debido a la baja consistencia interna de algunas escalas y para efectos del presente estudio, se tomó la decisión de no tomar en cuenta para posteriores análisis estadísticos aquellas escalas cuyo coeficiente de confiabilidad sea inferior a .40. A continuación se presentan dichas escalas con sus respectivos coeficientes de confiabilidad: Preocuparse .20, Hacerse ilusiones .26, No afrontamiento .38 y Buscar diversiones relajantes .01. Por último, la mayoría de los ítems que conforman la prueba obtuvieron índices ítem-factor corregido superiores a .20; a excepción de los ítems 2, 4, 8, 9, 12, 18, 22, 23, 29, 33, 36, 41, 44, 46, 54, 58, 62, 64, 66, 75, 77, 78 y 79 (Ver anexo B1).

Para la medición de la variable sintomatología clínica se utilizó el Inventario de Síntomas SCL 90-R de Derogatis (1994), cuya traducción, realizada en adolescentes argentinos, corresponde a Casullo y Castro (2000). El inventario consta de 90 ítems, los cuales corresponden a nueve índices primarios y tres globales de malestar psicológico: Psicotismo, Somatización, Susceptibilidad Interpersonal, Ansiedad fóbica, Hostilidad,

Ansiedad, Depresión, Ideación paranoide y Obsesión-compulsión. Así también, índice global de severidad, índice positivo de malestar y total de síntomas positivos.

La escala SCL 90-R es un inventario de autoaplicación desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos y puede ser utilizado tanto en tareas comunitarias como en diagnóstico clínico o investigación. Se responde de acuerdo a una escala Likert de 5 puntos: nada, muy poco, poco, bastante y mucho. Para cada una de las respuestas a los ítems se asignan valores distintos (nada: 0; muy poco: 1; poco: 2; bastante: 3 y mucho: 4), con los cuales se completará la hoja de cálculo de los puntajes para cada dimensión (Casullo, 1999).

Diversas investigaciones (Sánchez y Ledesma, 2009; Caparros-Caparros, Villa-Hoz, Juan-Ferrer y Viñas-Poch, 2007; Carrasco, Sanchez, Ciccotelli y del Barrio, 2003; Robles, Andreu y Peña, 2002) que han trabajado con este instrumento en una población clínica reportan que las propiedades psicométricas del mismo han sido adecuadas, habiéndose encontrado coeficientes de confiabilidad para la prueba total y para las escalas valores entre .70 y .90. La validez ha sido analizada a través de la convergencia con otras escalas similares a partir del análisis de validez predictiva concurrente (correlación significativa con el Inventario de Depresión de Beck), desde el análisis factorial o a través del análisis de validez predictiva de pronóstico, habiendo encontrado resultados satisfactorios para el nivel de coincidencia entre el diagnóstico clínico DSM-IV realizado por especialistas y los puntajes del SCL 90 (Carrasco et al., 2003; Robles et al., 2002).

En la presente investigación se obtuvo, a partir de los análisis de confiabilidad realizados, un coeficiente alfa de cronbach de .92 para la prueba en general, mientras que los índices de confiabilidad obtenidos en las escalas fluctuaron entre .51 y .86. Así también, la mayoría de los ítems alcanzaron valores ítem-factor corregido superiores a .20; a excepción de los ítems 2, 8, 9, 15, 22, 26, 44, 46, 51, 55, 56, 65, 78 y 84 (Ver anexo C1).

Procedimiento

Para realizar la presente investigación se coordinó los permisos necesarios con el Jefe del Departamento de Consulta Externa de Niños y Adolescentes del Hospital Psiquiátrico de donde se seleccionó a los participantes, previa autorización del Departamento de Docencia de la institución en cuestión. Las pruebas se administraban

individualmente y en un solo momento, por lo que se le daba al paciente una cita adicional que no interfiriese con las sesiones de evaluación que la institución exige, evitando así un mayor desgaste del paciente. El tiempo aproximado que tomaba la aplicación era de 30 minutos. Teniendo en cuenta el tiempo para la ejecución de cada prueba, el orden de administración de las mismas fue el siguiente: primero la Ficha Sociodemográfica, posteriormente el SCL 90-R y finalmente el ACS.

Análisis de datos

Una vez finalizado el proceso de aplicación de los instrumentos se procedió a vaciar los resultados obtenidos a una base de datos a partir de la cual se iniciará el análisis estadístico con el programa SPSS versión 19.

En un primer momento, se llevaron a cabo los análisis de confiabilidad para cada instrumento, a partir de los cuales se obtuvieron los índices alfa de Cronbach (Apéndice B). Posteriormente se realizó el análisis de normalidad de los datos, con el fin de determinar si la distribución de los mismos es paramétrica o no paramétrica. Para ello se empleó la prueba de normalidad Shapiro-Wilk, teniendo en cuenta el tamaño de la muestra ($n=46$). Los factores del ACS que obtuvieron una distribución no normal fueron: Buscar Apoyo Social, Esforzarse y tener éxito, Preocuparse, Invertir en amigos íntimos, No afrontamiento y Acción social. En el caso del SCL 90, las escalas que presentaron una distribución no normal fueron: Ansiedad, Sensibilidad interpersonal, Somatización, Ansiedad fóbica, Psicoticismo y el Índice General de Severidad (Apéndice C).

A continuación se realizó un análisis de diferencia de medias para los grupos con una distribución normal utilizando los estadísticos T de Student y Anova, mientras que para los grupos con una distribución no normal se utilizó los estadísticos U de Mann Whitney para dos elementos y la H de Kruskal Wallis para más de dos elementos, lo que permitió establecer las diferencias según sexo y tipo de familia.

Finalmente, para poder identificar las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones sintomatológicas se empleó la correlación de Spearman para las escalas con distribución no normal y Pearson para aquellas con distribución normal.

Resultados

Los resultados obtenidos a partir de los análisis de correlación realizados entre las variables sintomatología y estrategias de afrontamiento muestran que, tomando como referencia las convenciones de Cohen (1988), la dimensión sintomatológica depresión presenta una correlación grande y directa con el estilo afrontamiento no productivo y correlaciones medianas y positivas con algunas estrategias que pertenecen al mismo estilo (Tabla 1). A su vez, la escala depresión evidencia correlaciones medianas e inversas con el estilo resolver el problema y con las estrategias concentrarse en resolver el problema, buscar apoyo espiritual y fijarse en lo positivo.

La escala hostilidad presenta una correlación pequeña y directa con el estilo de afrontamiento no productivo. Por otro lado, ideación paranoide muestra correlaciones medianas y positivas con el estilo afrontamiento no productivo y con las estrategias autoinculparse y reducción de la tensión.

Finalmente, la dimensión ansiedad presenta una correlación de $-.32$ (coeficiente de Spearman) con la estrategia de afrontamiento buscar apoyo social.

Tabla 1

Correlaciones entre estilos y estrategias de afrontamiento con sintomatología

	Depresión	Hostilidad	Ideación paranoide
Resolver el problema	-.395**		
Concentrarse en resolver el problema	-.445**		
Fijarse en lo positivo	-.430**		
Buscar apoyo espiritual	-.345*		
Afrontamiento no productivo	.584**	.292*	.341*
Autoinculparse	.470**		.299*
Reservarlo para sí	.427**		
Reducción de la tensión	.432**		.306*

* $p < .05$

** $p < .01$

En cuanto a la variable sintomatología clínica, en la Tabla 2 se detallan los estadísticos descriptivos obtenidos respecto a esta variable.

Tabla 2

Descripción de los puntajes obtenidos según sintomatología clínica

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Somatización	.42	2.92	1.15	.60
Obsesivo-compulsivo	.60	3.30	1.93	.52
Sensibilidad interpersonal	.67	3.67	1.61	.65
Depresión	.77	3.77	1.94	.60
Ansiedad	.60	3.80	1.50	.56
Hostilidad	.00	4.00	1.89	.98
Ansiedad fóbica	.00	3.43	1.03	.78
Ideación paranoide	.33	3.83	1.77	.67
Psicoticismo	.10	3.50	1.21	.62

N = 46

Cabe mencionar que no se encontró diferencias significativas entre las escalas de sintomatología clínica y las variables sociodemográficas sexo (Apéndice D1) y tipo de familia (Apéndice D2).

A continuación se describen los resultados obtenidos en relación a los estilos y estrategias de afrontamiento respectivamente (Tabla 3).

Tabla 3

Descripción de los puntajes obtenidos según estilos y estrategias de afrontamiento

	<i>Mínimo</i>	<i>Máximo</i>	<i>M</i>	<i>DE</i>
Estilos de afrontamiento				
Resolver el problema	46.17	87.00	62.61	9.23
Referencia a otros	32.5	77.67	51.27	10.83
Afrontamiento no productivo	43.43	76.00	60.07	6.88
Estrategias de afrontamiento				
Reservarlo para sí	30.00	95.00	66.20	15.10
Esforzarse y tener éxito	40.00	100.00	62.78	14.80
Auto inculparse	20.00	100.00	60.87	16.07
Fijarse en lo positivo	30.00	100.00	59.24	15.24
Buscar pertenencia	32.00	100.00	58.43	14.47
Ignorar el problema	30.00	80.00	56.09	13.58
Invertir en amigos íntimos	24.00	88.00	55.39	17.67
Distracción física	21.00	105.00	55.39	27.64
Concentrarse en resolver el problema	24.00	100.00	54.87	13.87
Buscar apoyo social	32.00	92.00	53.30	13.78
Buscar ayuda profesional	25.00	100.00	53.04	18.12
Reducción de la tensión	24.00	88.00	51.91	15.05
Buscar apoyo espiritual	25.00	90.00	51.20	16.67
Acción social	24.00	76.00	36.26	12.06

N = 46

En lo que se refiere al análisis de datos sociodemográficos, no se encontraron diferencias significativas entre los estilos y estrategias de afrontamiento y las variables sexo (Apéndice D1) y tipo de familia (Apéndice D2).

Discusión

En lo que se refiere a la relación entre sintomatología clínica y afrontamiento, los resultados señalan que el estilo de afrontamiento no productivo se relaciona directamente con la presencia de síntomas clínicos como depresión, hostilidad e ideación paranoide. Estos hallazgos confirman lo encontrado por otros estudios que han trabajado con población clínica (Li, DiGiuseppe y Froh, 2006) y no clínica (Mestre, Samper, Tur-Porcar, Richaud de Minzi, Mesurado, 2012; Calvete, Camara, Estevez y Villardón, 2011; Gaspar de Matos, et al., 2008; Murberg y Bru, 2005). Los estilos de afrontamiento pasivos o de evitación y poco adaptativos, lo cuales marcan la tendencia del estilo no productivo, están asociados con distinto tipo de dificultades en el ajuste emocional y en la capacidad de adaptación de la persona a su entorno (Seiffge-Krenke y Beyers, 2005). En ese sentido, los desórdenes emocionales y psicológicos suelen estar relacionados al uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales o negativas frente a situaciones estresantes (Matos et al., 2008; Barra, et al., 2006).

Investigaciones como las de Benito, et al. (2000) y Li, DiGiuseppe y Froh (2006), quienes trabajaron con muestras no clínicas y clínicas respectivamente, coinciden en cuanto a la relación entre sintomatología depresiva y ansiosa y el uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales. Sin embargo, no precisaban si el fracaso en la solución de los problemas produce los estados depresivos o si las distorsiones cognitivas que sufren los adolescentes deprimidos les impide la elección de estrategias más funcionales, llegando a la conclusión de que la influencia podría ser bidireccional. Por otro lado, autores como Seiffge-Krenke, Aunola y Nurmi (2009) postulan que el afrontamiento podría moderar el impacto del estrés en el desarrollo de psicopatología.

Así mismo, estudios que han trabajado sobre la relación entre bienestar psicológico y afrontamiento (Figueroa, Contini, Lacunza, Levín y Estéves, 2005; Contini, et al., 2003; Casullo, et al., 2002) han reportado que aquellos adolescentes con un mayor uso de estrategias del estilo afrontamiento no productivo presentan un bajo nivel de bienestar psicológico. A su vez, esta relación estaba vinculada a un pobre concepto de sí mismos y dificultades para hacerle frente al entorno y a sus propias necesidades.

Por su parte, la relación inversa entre el estilo resolver el problema, que implica un afrontamiento activo y directo, y la escala depresión muestra una similitud con resultados

obtenidos por otras investigaciones (Obando, 2011; Calvete, et al., 2010) que han trabajado con muestras no clínicas. Al respecto, cobra coherencia el hecho de que el aumento en la presencia de síntomas depresivos como el ánimo disfórico, la falta de motivación y de energía vital o sentimientos de desesperanza, se relacione a una menor disposición física y psicológica por parte del adolescente para hacer frente a las dificultades que se le presenten de manera determinada y directa, siendo estos resultados similares tanto en población clínica como no clínica (Ezpeleta y Toro, 2014; Wicks-Nelson y Israel, 1997).

En un nivel más específico se encontraron relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología clínica. La escala depresión se relaciona directamente con las estrategias reducción de la tensión, autoinculparse y reservarlo para sí, escalas que forman parte del estilo no productivo. El resultado es similar a otras investigaciones (Obando, 2011; Calvete, et al., 2010; Gaspar de Matos et al., 2008; Barra, Cerna, Kramm y Veliz, 2006) donde, si bien se ha trabajado con muestras no clínicas, también se identificaron relaciones positivas entre el uso de estrategias pasivas o de evitación del problema y la presencia de sintomatología depresiva. Autores como Wicks-Nelson (1997) consideran que los síntomas depresivos suelen presentarse asociados a problemas como retraimiento social o incapacidad para concentrarse, limitaciones que también se reflejan en este tipo de estrategias.

Como modelo explicativo de la depresión en la adolescencia, Martínez-Hernández y Muñoz (2010) entienden que las causas de este malestar derivan en su mayoría de las interacciones sociales, pero a su vez, es a partir de estas interacciones que el adolescente puede restituir su bienestar psicológico. En ese sentido, se piensa pertinente considerar el efecto acumulativo que podría estar generando el uso de estrategias como autoinculparse o reservarlo para sí sobre el malestar emocional de los adolescentes y, específicamente, sobre los síntomas depresivos que reportan. Partiendo del afrontamiento como moderador de estresores sociales, el uso de estas estrategias pueden predecir un incremento en los síntomas depresivos, lo que implica que la forma en que el adolescente afronte los estresores de su vida social puede incrementar los efectos de estos eventos en el desarrollo de depresión u otros desórdenes mentales (Calvete, et al., 2010; Seiffge-Krenke, 2000).

Desde ese mismo enfoque también se podría entender las relaciones inversas entre la escala depresión y las estrategias concentrarse en resolver el problema, fijarse en lo

positivo, y buscar apoyo espiritual, habiéndose a su vez encontrado resultados similares en estudios que trabajaron con muestras no clínicas (Calvete, et al., 2010; Gaspar de Matos et al., 2008; Barra et al., 2006). Si bien un alto nivel de exposición a estresores sociales ha sido considerado como un factor que contribuye al desarrollo de la depresión, el tipo de afrontamiento usado por el individuo puede moderar su impacto (Seiffge-Krenke et al., 2009). Otros autores (Calvete, et al., 2010), a partir de sus hallazgos, plantean el uso de estrategias que incluyen el fijarse en lo positivo o concentrarse en resolver el problema como predictores de una disminución en los síntomas depresivos.

Por su parte, la estrategia buscar apoyo espiritual supone realizar actividades como rezar y creer en la ayuda de un líder espiritual. Las estrategias del estilo referencia a otros son consideradas positivas en tanto se trata de una etapa del desarrollo en la que la orientación de otra persona contribuye a la solución de los problemas (Figueroa et al., 2005; Contini et al., 2003). Estudios en el campo de la psicología de la religión (Carpenter, Laney y Mezulis, 2012), han encontrado en el afrontamiento religioso un factor moderador frente a los síntomas depresivos. En ese sentido, el buscar ayuda en un guía espiritual es una estrategia funcional frente a la aparición de síntomas depresivos. Además, estrategias similares como buscar ayuda de los padres han sido consideradas como un predictor negativo sobre la aparición de depresión (Murberg y Bru, 2005). Partiendo desde otro enfoque, el uso de la respuesta buscar apoyo espiritual en población no clínica también ha sido relacionada de manera directa a un alto nivel de bienestar psicológico (Casullo et al., 2002; Garín, 2011).

Sobre la relación directa entre el estilo de afrontamiento no productivo y la escala de hostilidad, resultados similares han sido reportados por otras investigaciones que han trabajado con muestras no clínicas (Mestre, et al., 2012; Samper, Tur, Mestre y Cortés, 2008). Los adolescentes más estables emocionalmente poseen una mayor capacidad de autocontrol en situaciones adversas y en definitiva tienden a la planificación de la acción y a un afrontamiento directo, por el contrario, los adolescentes impulsivos tienen dificultades para manejar tareas por la precipitación de sus respuestas, un menor control atencional y un mal uso de estrategias de tipo analítico (Bermúdez, Teva y Sánchez, 2003). Incluso, se ha reportado que la inestabilidad emocional y la falta de autocontrol tienen un efecto directo

tanto sobre la agresividad como sobre un mayor uso del estilo de afrontamiento no productivo (Mestre, et al., 2012)

Es interesante como la tendencia de los adolescentes pacientes a evitar los problemas e interiorizar y absorber el malestar emocional que éstos le generan está relacionada a la manifestación de pensamientos, sentimientos y conductas agresivas y hostiles, tanto hacia los demás como hacia sí mismos. Al respecto, González-Martínez (2011) señala que uno de los factores que favorece el comportamiento agresivo en los adolescentes es un déficit de habilidades necesarias para afrontar las situaciones frustrantes, como por ejemplo estrategias verbales o habilidades sociales. Estudios como el de Mestre, et al. (2012) confirman el carácter protector que los estilos de afrontamiento centrados en la solución del problema y referencia a otros ejercen sobre la agresividad, mientras que el estilo no productivo ejerce el efecto contrario.

Otro hallazgo a discutir lo constituyen las relaciones encontradas entre la escala ideación paranoide y las estrategias reducción de la tensión, autoinculparse y el estilo no productivo. Como se ha descrito anteriormente, ideación paranoide evalúa las distorsiones a nivel de pensamiento y, por otro lado, el afrontamiento implica un esfuerzo cognitivo y un procesamiento activo para manejar las demandas que un estresor puede provocar (Seiffge-Krenke, et al., 2009; Gaspar de Matos, et al., 2008). Así mismo, algunos modelos teóricos entienden el afrontamiento como un complejo proceso que incluye un repertorio de patrones cognitivos y conductuales que se activan frente a una situación estresante (Seiffge-Krenke, et al., 2009). Los síntomas de carácter psicótico que componen el factor muestran una similitud con los síntomas propios de la esquizofrenia infantil y adolescente, la cual se caracteriza por una alteración en la percepción de la realidad y una desorganización del pensamiento asociada a una no diferenciación entre la fantasía y la realidad (González Barrón, 2005).

En ese sentido, resulta coherente que una perturbación a nivel cognitivo, la cual afecta desde cómo es valorado el evento estresante, esté asociada al uso de estrategias y estilo de afrontamiento disfuncionales y contraproducentes en tanto está comprometida la percepción de la realidad. Desde el campo de las ciencias cognitivas, uno de los pasos considerados más importantes en la solución de problemas es el de identificar y elaborar una representación mental del mismo (Sternberg, 2011), funciones que podrían resultar

afectadas por la escala ideación paranoide y sus implicancias a nivel de distorsión del pensamiento.

En lo que se refiere a la ansiedad, se reportó una relación inversa con la estrategia buscar apoyo social. Si bien la ansiedad permite que los niños y adolescentes se puedan involucrar en situaciones nuevas, inesperadas o peligrosas, la intensidad de la misma podría también aumentar y terminar por convertirse en crónica y disfuncional para su entorno social y emocional (Gaspar de Matos, et al., 2008). En el estudio de Hamarta (2015) se observó una relación negativa entre la respuesta de buscar apoyo social y la ansiedad social, concluyéndose que los individuos que sufren de ansiedad tienden a usar estrategias disfuncionales para afrontar el estrés tales como la evitación social, por lo que la respuesta de buscar apoyo social se configuraría como un predictor de ansiedad social.

A esta evidencia se suma la relevancia que otras investigaciones le otorgan a la dimensión social durante la etapa de la adolescencia, entendiendo las interacciones sociales y la búsqueda de apoyo social como un vehículo para el bienestar psicológico (Martínez-Hernández y Muñoz 2010; Casullo, et al., 2002) y como una gran fuente de apoyo para el logro de tareas propias de esta etapa del desarrollo (Papalia, 2005; Coleman, 2003). En ese sentido, la ausencia de soporte social y la necesidad de pertenencia pueden constituir, especialmente en este periodo de la vida, una fuente de frustración para el adolescente y un factor de riesgo para la depresión y la ansiedad (Pardo, et al., 2004).

Al haber contrastado los resultados obtenidos, acerca de la relación entre afrontamiento y sintomatología, con los de otras investigaciones que se han enfocado en el mismo tema pero sobre muestras no clínicas (Hamarta, 2015; Mestre, et al., 2012; Calvete, et al., 2011; Gaspar de Matos, et al., 2008; Murberg y Bru, 2005), resalta como un aspecto interesante las coincidencias identificadas en la relación que existe entre ciertas formas de responder a los eventos estresantes y cierto tipo de sintomatología clínica, lo cual refuerza la idea de que, a pesar de las diferencias cualitativas en ambas poblaciones, el afrontamiento sigue cumpliendo un rol moderador que puede mediar el impacto del estrés en el desarrollo de psicopatología (Calvete, et al., 2011; Seiffge-Krenke, et al., 2009; Barra, et al., 2006).

En lo referente a los puntajes obtenidos para las escalas de sintomatología clínica, los factores con valores más elevados y relevantes corresponden a depresión, obsesivo-

compulsivo y hostilidad. Estos hallazgos, si bien se encuentran a un nivel descriptivo y se considera pertinente poder cotejarlos con otras técnicas, guardan relación con algunas investigaciones realizadas a nivel nacional en población no clínica: en el estudio realizado por el INSM HD–HN (2002) en Lima Metropolitana y Callao se señala que alrededor del 11.1% y el 22% de los adolescentes experimenta significativamente sentimientos negativos (tristeza, angustia, irritabilidad y aburrimiento) y un 29.1% alguna vez en su vida ha presentado deseos suicidas, manifestaciones clínicas que estarían coincidirían con los síntomas presentes en los factores depresión y hostilidad. A su vez, en el estudio recién citado se reporta que el trastorno clínico más frecuente es el episodio depresivo con un 8.6%, cuyos principales síntomas están incluidos en la escala depresión. Por su parte, en los resultados de la primera encuesta nacional de la juventud (SENAJU, 2011) se encontró que un 51% de los jóvenes encuestados se ha sentido cansado o aburrido la mayor parte del tiempo y un 44% se ha sentido triste sin ganas de hacer las cosas, alteraciones que estarían asociadas a los síntomas que componen la escala depresión.

Como se mencionó anteriormente, en ambos estudios (SENAJU, 2011; INSM HD–HN, 2002) se trabajó con una muestra no clínica, a diferencia de la presente investigación. Sin embargo, la información recogida por estos estudios revela que existe un porcentaje considerable de adolescentes en riesgo que manifiestan diversas alteraciones psicológicas e incluso muchos de ellos no estarían recibiendo la ayuda apropiada. El estudio epidemiológico realizado por el INSM HD–HN (2002) encontró que a pesar de que un 29.8% de los adolescentes padecía de algún problema emocional, tan sólo el 16.5% acudió en busca de ayuda para resolver el problema. Casullo y Fernández (2001) hallaron también mayor presencia de la dimensión depresión y obsesivo-compulsivo en una muestra no clínica de adolescentes argentinos. Teniendo en cuenta estos hallazgos, es posible considerar que este tipo de síntomas se manifiestan tanto en adolescentes que pertenecen a una población clínica como no clínica.

En lo que se refiere a los estilos de afrontamiento, existe un predominio del estilo resolver el problema, seguido por el estilo afrontamiento no productivo y por último el estilo referencia a otros. La superioridad en el uso del estilo resolver el problema sobre los otros dos estilos sería compatible con los hallazgos de otras investigaciones (Mestre, et al., 2012; Obando, 2011; Mikkelsen, 2009; Barra, et al., 2006) que trabajaron con una muestra

no clínica de adolescentes. En estos estudios se encontró que el segundo estilo de afrontamiento más usado fue referencia a otros y el menos usado el estilo de afrontamiento no productivo. Esto podría marcar una diferencia con los resultados hallados, en los cuales existe una menor disposición por parte de los adolescentes a acudir al apoyo y a los recursos de las demás personas, como pares, profesionales o deidades, así como una mayor inclinación para afrontar los problemas de manera disfuncional o evitativa.

Sobre la menor presencia del estilo referencia a otros, es importante tener en cuenta que en la adolescencia las relaciones con los padres y adultos adoptan una forma distinta debido a la búsqueda de autonomía por parte de los hijos, la cual se sostiene en gran medida en el grupo de pares, que viene a constituir una red de apoyo social esencial para el logro de su independencia (Coleman, 2003). De esta forma, el no recurrir a esta red social de apoyo podría impedir el logro de esta tarea del desarrollo, lo cual podría representar un factor de riesgo para la salud mental de los adolescentes. Estudios como el de Vega, Martínez, Nava y Soria (2010) confirman que la calidad de la red social del adolescente constituye una variable moduladora frente a la depresión.

Así mismo, Pardo, Sandoval y Umbarila (2004) señalan que la ausencia de soporte social y la necesidad de pertenencia pueden constituir, especialmente en esta etapa de la vida, una fuente de frustración para el adolescente y un factor de riesgo para la depresión. Así también, son diversos los estudios que han encontrado dentro de las preocupaciones principales de los adolescentes los temas referidos a las relaciones con los pares o a la necesidad de pertenencia (Seiffge-Krenke y Beyers, 2005; Martínez y Morote, 2001). No obstante, no existe gran diferencia en cuanto al uso de un estilo sobre otro, por lo que es posible plantear que en el grupo de adolescentes pacientes que participaron en el estudio se utilizan los tres estilos, notándose una diferencia interesante en el uso del estilo referencia a otros y el estilo no productivo con muestras no clínicas de adolescentes.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento que estarían siendo más usadas por los adolescentes participantes, estas son reservarlo para sí, esforzarse y tener éxito y autoinculparse, mientras que las menos usadas son acción social, reducción de la tensión y buscar apoyo espiritual. Si bien en los estilos de afrontamiento predominó la tendencia a enfrentar los problemas tratando de resolverlos directamente, existe una diferencia en cuanto a la prevalencia de las estrategias que forman parte del estilo afrontamiento no

productivo, en las cuales el verse como responsable de los problemas y preocupaciones (autoincuparse) y el huir de los demás no permitiendo que se enteren de los problemas y dificultades (reservarlo para sí) podría estar expresando una tendencia en cuanto al uso de estrategias de afrontamiento por parte de los participantes.

No obstante, dentro de las estrategias más utilizadas se encuentra esforzarse y tener éxito, la cual hace referencia a conductas de compromiso y dedicación para solucionar dificultades. En ese sentido, los participantes estarían empleando en mayor medida estrategias tanto no productivas como orientadas a resolver el problema, resaltando la carencia de las estrategias enfocadas en generar una posibilidad de apoyo social. Seiffge-Krenke (2000) plantea que los adolescentes al tratar de manejar el incremento de estrés desarrollan o aumentan posibles respuestas de afrontamiento, ya sean de carácter funcional o de evitación.

Así como algunas estrategias de afrontamiento pueden cumplir una función protectora al regular las emociones negativas producidas por el estrés y generando soluciones alternativas, otras estrategias de afrontamiento pueden aumentar o intensificar los efectos negativos del estrés, convirtiéndose en factores de riesgo para la salud del adolescente (Seiffge-Krenke, 2000). De esta forma, si bien pertenecen a una muestra clínica y reportan diversos síntomas, los adolescentes parecen disponer de ciertas habilidades y recursos personales que reflejan un lado más sano de su funcionamiento psicológico. Por consiguiente, la identificación y reforzamiento de estas estrategias funcionales podría evitar una mayor intensificación de los síntomas y, de esta forma, tener un impacto positivo en la evolución del tratamiento.

Se ha encontrado en otras investigaciones (Obando, 2011; Garín, 2011; Mikkelsen, 2009) realizadas en Lima con adolescentes que pertenecían a una muestra no clínica, que la estrategia esforzarse y tener éxito ha sido reportada como una de las estrategias de mayor uso. Al igual que en dos de estas investigaciones (Obando, 2011; Mikkelsen, 2009), se ha encontrado dentro de las estrategias menos utilizadas acción social. Si bien existen algunas coincidencias con respecto a los hallazgos de estas investigaciones, la diferencia más resaltante estaría dada por el mayor uso de las estrategias disfuncionales por parte de los adolescentes que pertenecen a una población clínica. En un estudio longitudinal realizado con adolescentes de Alemania se encontró que sólo las estrategias de evitación o

disfuncionales tienen una relación significativa con el nivel de sintomatología, concluyendo que el uso de las mismas tendría un carácter predictivo sobre la aparición de síntomas físicos y psicológicos (Seiffge-Krenke, 2000).

Con respecto a las limitaciones de la presente investigación, es necesario destacar la baja confiabilidad que reportaron algunas escalas de la prueba ACS. Se considera relevante tener en cuenta que esta prueba no ha sido utilizada en nuestro medio como herramienta de investigación en un contexto clínico. A partir del análisis factorial exploratorio se considera la posibilidad de que algunos ítems de la prueba hayan cargado en un factor al que no necesariamente pertenecían. En ese sentido, los adolescentes participantes pudieron no comprender del todo bien los ítems de la prueba en cuestión, lo cual ha tenido un efecto sobre su respuesta. Es por ello que se recomienda para posteriores investigaciones un análisis estadístico más detallado que facilite una posible adaptación de este instrumento a las características de una muestra clínica.

Además, para profundizar más en las características de esta población se piensa pertinente la incorporación de otros instrumentos que permitan complementar la información recogida a través de la exploración de otras variables como los vínculos o redes de soporte social con los que cuentan los adolescentes, la calidad de los mismos y las preocupaciones o problemáticas principales que reportan. Adicionalmente, se considera relevante realizar estudios para establecer con mayor precisión si existe una relación causa-efecto entre las variables afrontamiento y sintomatología clínica, pues si bien los resultados muestran que existe una relación entre ambas, no se puede saber con precisión cuál es la dirección causal de la misma.

Los resultados de la presente investigación representan un alcance en cuanto a la forma cómo se relacionan las estrategias de afrontamiento y la sintomatología clínica en pacientes adolescentes que forman parte de una población clínica, tema que han sido poco explorado en nuestro medio. A partir de los mismos, es posible plantear modelos de intervención orientados al desarrollo de recursos cognitivos y socio-emocionales que puedan favorecer la evolución de los pacientes adolescentes como parte de los programas estipulados en los centros de salud mental. De esta forma se buscaría reforzar y promover el uso de estrategias adaptativas y funcionales en tanto representan un factor protector para la salud mental de los adolescentes. Finalmente, se plantea la importancia de diseñar a futuro

investigaciones en nuestro medio que puedan discriminar con mayor precisión una muestra clínica de una no clínica, que permita establecer contrastes más caros entre el comportamiento de variables en ambos contextos.



Referencias

- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11(1), 11-18.
- Asociación Española del Niño y del Adolescente (2010). *Manual de psiquiatría del niño y del adolescente*. Madrid: Médica Panamericana.
- Barra, E., Cerna, R., Kramm, M. y Véliz, V. (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 24(1), 55-61.
- Benito, A., Aparicio, M. y Briones, A. (2000). Síntomas de depresión en los adolescentes, estrategias de solución de problemas y educación para la salud comunitaria. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 1-11.
- Bermúdez, M., Teva, I. y Sánchez, A. (2003). Análisis de la relación entre inteligencia emocional, inestabilidad emocional y bienestar psicológico. *Universitas Psychologica*, 2(1), 27-32.
- Bragado, C., Bersabé, R. y Carrasco, I. (1999). Factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación en niños y adolescentes. *Psicothema*, 11(4), 939-956.
- Byrne, B. (2000). Relationships between anxiety, fear, self-esteem and coping strategies in adolescence. *Adolescence*, 35(137), 201-216.
- 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.
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. y Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check List 90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 781-794.
- Carpenter, T., Laney, T. y Mezulis, A. (2012). Religious coping, stress, and depressive symptoms among adolescents: a prospective study. *Psychology of religion and spirituality*, 4(1), 19-30.

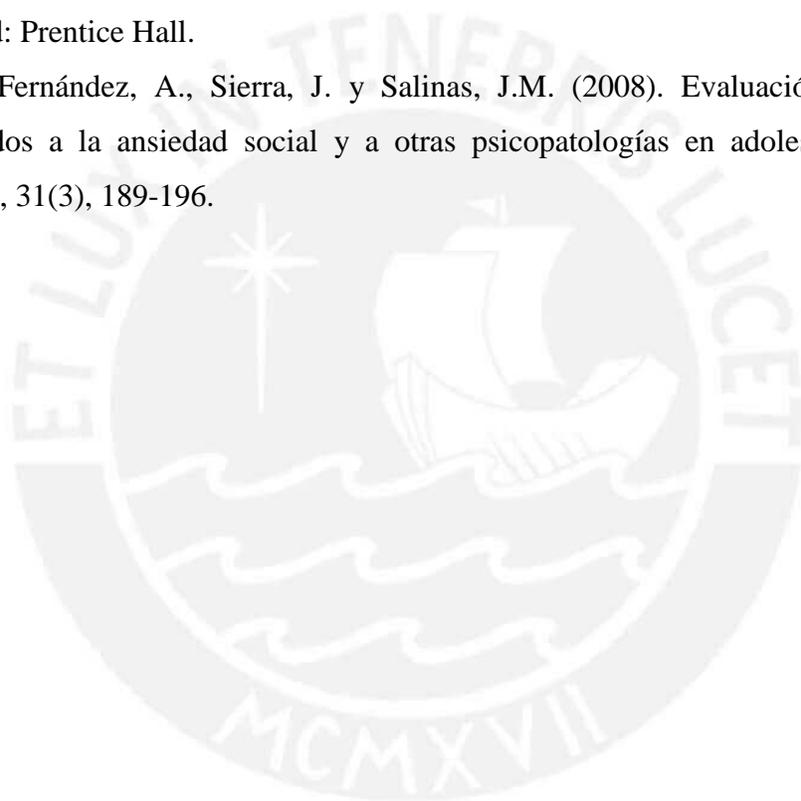
- Carrasco, M., Sánchez, V., Ciccotelli, H. y Del Barrio, V. (2003). Listado de síntomas SCL 90 - R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica. *Acción Psicológica*, 2(2), 149-161.
- Casullo, M. (2008). SCL 90-R. Adaptación UBA. CONICET, 1999-2008.
- Casullo, M. y Castro, A. (2000). Evaluación del Bienestar Psicológico en estudiantes adolescentes argentinos. *Revista de Psicología [de la PUCP]*, 18(1), 35-68.
- Casullo, M., Gonzales, R., Montoya, I. y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363-368.
- Casullo, M. y Fernández, M. (2001). Malestares psicológicos en estudiantes adolescentes argentinos. *Psyche*, 10(1), 155-162.
- Cicognani, E. (2011). Coping strategies with minor stressors in Adolescence: Relationships with Social Support, Self-Efficacy and Psychological Well-Being. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(3), 559-578.
- Coleman, J. y Hendry, L.B. (2003). *Psicología de la adolescencia* (4° ed.). Madrid: Morata.
- Compas, B., Connor-Smith, J. y 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.
- Compas, B., Jaser, S., Dunbar, J., Watson, K., Bettis, A., Gruhn, M. y Williams, E. (2014). Coping and emotion regulation from childhood to early adulthood: points of convergence and divergence. *Australian Journal of Psychology*, 66, 71-81.
- Contini, N. (2006). *Pensar la adolescencia hoy: de la psicopatología al bienestar psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Contini, N., Coronel, P., Levin, M. y Estévez, A. (2003). Estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes escolarizados de Tucumán. *Revista de Psicología [de la PUCP]*, 21(1), 180-200.
- Contini, N., Figueroa, M., Lacunza, A., Estévez, A. y Levin, M. (2005) Las estrategias de Afrontamiento y su relación con el nivel de Bienestar Psicológico. Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.

- Cortés, M., Mestre, V., Samper, P. y Tur, A. (2008). Agresividad y Afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8, 3, 431-440.
- Erikson, E. (1979). *Sociedad y adolescencia*. México, D.F.: Siglo Veintiuno Editores.
- Ezpeleta, L. y Toro, J. (2014). *Psicopatología del desarrollo*. Madrid: Pirámide.
- Figuroa, M., Contini, N., Lacunza, A., Levín, M. y Estévez, A. (2005). Las estrategias de afrontamiento y su relación con el nivel de bienestar psicológico: Un estudio con adolescentes de nivel socioeconómico bajo de Tucumán (Argentina). *Anales de Psicología*, 21(1), 66-72.
- Flouri, E. y Mavroveli, S. (2012). Adverse life events and emotional and behavioural problems in adolescence: the role of coping and emotional regulation. *Stress and Health*, 29, 360-368.
- Frydenberg, E. (1996). *Adolescent coping: Theoretical and research perspectives*. London: Routledge.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping: Advances in theory, research and practice*. New York: Routledge.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *Manual de la escala de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Garín, N. (2011). *Problemas, afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes* (Tesis para optar al título de licenciatura en Psicología clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Gaspar de Matos, M., Tome, G., Borges, A., Manso, D., Ferreira, P. y Ferreira, A. (2008). Anxiety, depression and coping strategies: improving the evaluation and the understanding of these dimensions during pre-adolescence and adolescence. *Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies*, 8(2), 169-184.
- González Barrón, R. (coord.). (2005). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- González Martínez, M.T. (2011). *Psicología clínica de la infancia y de la adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Hernández, R.I., Fernández, C. y Baptista, M.P. (2006). *Metodología de la investigación* (4° ed.). México, D.F.: McGraw-Hill Interamericana.

- Lara, C., Espinosa, I., Cárdenas, M., Fócil, M., y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y Validez de la SCL 90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50.
- Lazarus, R. (1993). Coping, theory and research: Past, present and future. *Psychosomatic Medicine*, 55(3), 234-247.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Li, C., DiGiuseppe, R. y Froh, J (2006). The roles of sex, gender and coping in adolescent depression. *Adolescence*, 41(163), 409-415.
- Martínez, P. y Morote, R. (2002). Bienestar psicológico en adolescentes de Lima Metropolitana. En: Casullo, M. *La evaluación del bienestar psicológico en Iberoamérica*. Buenos Aires: Paidós.
- Mestre, V., Samper, P., Tur, A., Richaud, M. y Mesurado, B. (2012). Emociones, estilos de afrontamiento y agresividad en la adolescencia. *Universitas Psychologica*, 11(4), 1263-1275.
- 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, Lima.
- Morote, R. (2002). *Validez y confiabilidad del listado de síntomas SCL 90-R en un grupo de adolescentes escolares de Lima* (Tesis para optar al título de licenciatura en Psicología clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Muñoz, C., Espinosa de Santillana, I., Cárdenas, M., Fócil, M. y Cavazos, J. (2005). Confiabilidad y validez del SCL 90 en la evaluación de psicopatología en mujeres. *Salud Mental*, 28(3), 42-50.
- Murberg, T.A. & Bru, E. (2005). The role of coping styles as predictors of depressive symptoms among adolescents: A prospective study. *Scandinavian Journal of Psychology*, 46(4), 385-393.
- Obando, R. (2011). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima* (Tesis para optar al título de Licenciada en Psicología con mención en Psicología clínica). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.
- Papalia, D., Feldman, R., Gross, D. y Olds, S. (2005). *Desarrollo humano* (9° ed.). México, D. F.: Mc Graw – Hill.

- Pardo, G., Sandoval, A. y Umbarila, D. (2004). Adolescencia y depresión. *Revista Colombiana de Psicología*, (13), 17-32.
- Perú. Instituto Nacional de Estadística e Informática. (2007). *Resultados de los Censos Nacionales: XI de Población y VI de Vivienda*. Recuperado de <http://censos.inei.gob.pe/cpv2007/tabulados/>
- Perú. Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo-Noguchi. (2002). *Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002*. Recuperado de <http://www.inism.gob.pe/investigacion/estudios.html>
- Perú. Secretaría Nacional de la Juventud. (2011). *Primera encuesta nacional de la juventud: Resultados finales*. Recuperado de <http://www.juventud.gob.pe/publicaciones/index.html>
- Robles, J., Andreu, J. y Peña, M. (2002). SCL-90-R: aplicación y análisis de sus propiedades psicométricas en una muestra de sujetos clínicos españoles. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 2(1), 5-19.
- Romero, J. (2006). Las políticas de salud en el Perú: una mirada crítica. *Liberabit: Revista de Psicología*, 12(12), 79-85.
- Samper, P., Tur, A., Mestre, V. y Cortés, M. (2008). Agresividad y afrontamiento en la adolescencia. Una perspectiva intercultural. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8(3), 431-440.
- Sánchez, R. y Ledesma, R. (2009). Análisis psicométrico del inventario de síntomas revisado (scl-90-r) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(1), 265-274.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*. 23(6), 675-691.
- Seiffge-Krenke, I. y Beyers, W. (2005). Coping trajectories from adolescence to young adulthood: Links to attachment state of mind. *Journal of Research on Adolescence*, 15(4), 561-582.
- Seiffge-Krenke, I., Gelhaar, T., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, D., Macek, P., Steinhausen, H. y Winkler-Metzge, C. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study with youth from central, eastern, southern and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*. 4(2), 129-156.

- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. y Nurmi, J. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: the rol of situational and personal factors. *Child Development*, 80(1), 259-279.
- Skinner, E. y Zimmer-Gembeck, M. (2007). The development of coping. *Annual Review of Psychology*, 58(1), 119-144.
- Vega, C., Martínez, L., Nava, C., y Soria, R. (2010). Calidad de red como variable moduladora de depresión en adolescents estudiantes de nivel medio. *Liberabit. Revista de Psicología*, 16(1), 105-112.
- Wicks-Nelson, R. y Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente* (3° ed.). Madrid: Prentice Hall.
- Zubeidat, I., Fernández, A., Sierra, J. y Salinas, J.M. (2008). Evaluación de factores asociados a la ansiedad social y a otras psicopatologías en adolescentes. *Salud Mental*, 31(3), 189-196.



Apéndice

Apéndice A

A1: Consentimiento Informado para padres

Afrontamiento en adolescentes que acuden a un hospital psiquiátrico de Lima

Yo, _____, padre, madre o apoderado del menor _____, acepto de manera voluntaria que mi hijo(a) participe de una investigación sobre las estrategias de afrontamiento de un grupo de adolescentes de Lima, la cual es realizada por el alumno de psicología Romano Peirano Elías de la PUCP, bajo la supervisión de la Dra. Cecilia Chau.

Si bien los datos obtenidos en las pruebas aplicadas serán utilizados como complemento a la evaluación psicológica que se está realizando a su hijo(a), para fines de la investigación se mantendrá el anonimato del mismo. Asimismo, se cuidará la integridad de éste, ya que la prueba aplicada no le generará algún tipo de perjuicio.

Usted puede retirar a su hijo de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

Firma del padre o tutor

A2: Consentimiento Informado (Adolescentes)

Afrontamiento en adolescentes que acuden a un hospital psiquiátrico de Lima

Tú estás siendo invitado a participar en una investigación sobre las estrategias de afrontamiento que los adolescentes suelen utilizar. Esta investigación es realizada por el estudiante de último año de psicología Romano Peirano Elías, bajo la supervisión de la Dra. Cecilia Chau.

Has sido seleccionado a participar en este estudio al estar acudiendo a consulta psicológica en este hospital. Se espera que, en total, acepten participar 50 chicos como tú aproximadamente.

Si decides aceptar, se te solicitará llenar una pequeña encuesta sobre algunos datos personales y dos pruebas psicológicas relacionadas al tema mencionado anteriormente. Tu colaboración permitirá obtener información importante acerca del funcionamiento psicológico de los adolescentes.

Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: Todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificar individualmente a los participantes de la investigación.

Integridad: Ninguna de las pruebas que se le apliquen resultará perjudicial.

Participación voluntaria: Tiene el derecho a abstenerme de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente

De acuerdo a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI _____ NO _____

A3: Ficha Sociodemográfica

A continuación encontrarás algunas preguntas acerca de tus datos personales, información que contribuirá a los objetivos de la investigación. Es importante que leas con atención y respondas con sinceridad.

- 1) Edad: _____ años
- 2) Sexo: Hombre () Mujer ()
- 3) ¿En qué lugar naciste? Lima () Provincia () ¿Cuál? _____
Si no naciste en Lima, ¿hace cuántos años vives aquí? _____
- 4) ¿Con quiénes vives? _____

- 5) ¿Cuántos hermanos tienes? _____
¿Qué lugar ocupas entre tus hermanos? _____
- 6) ¿En qué grado estás? _____, o has terminado la secundaria ()
- 7) Tu Colegio es: Particular () Nacional () No escolarizado ()
- 8) ¿Has repetido de año? No ()
Si () ¿Cuántas veces? _____
- 9) ¿Tienes algún trabajo? No () Si ()
Si marcaste “Si” ¿Qué trabajo tienes? _____

¿Cuántas horas le dedicas? _____

10) ¿A qué se dedican tus padres?

Papá: _____

Mamá: _____

Muchas gracias



Apéndice B

Análisis de Confiabilidad

Análisis de Confiabilidad para la variable Afrontamiento (B1)

Análisis de confiabilidad de las Estrategias de afrontamiento del ACS

1. Buscar Apoyo social (alfa de Cronbach = .66)		2. Concentrarse en resolver el problema (alfa de Cronbach = .64)	
Ítem	Correlación elemento - escala	Ítem	Correlación elemento - escala
1	.27	2	.19
20	.50	21	.39
38	.37	39	.43
56	.63	57	.47
72	.33	73	.50

3. Esforzarse y tener éxito (alfa de Cronbach = .60)		4. Preocuparse (alfa de Cronbach = .20)	
Ítem	Correlación elemento – escala	Ítem	Correlación elemento - escala
3	.53	4	.09
22	.08	23	.05
40	.54	41	.11
58	.09	59	.30
74	.54	75	-.06

5. Invertir en amigos íntimos (alfa de Cronbach = .73)		6. Buscar pertenencia (alfa de Cronbach = .56)	
Ítem	Correlación elemento – escala	Ítem	Correlación elemento – escala
5	.51	6	.37
24	.46	25	.35
42	.65	43	.49
60	.37	61	.42
76	.46	77	.03

7. Hacerse ilusiones (alfa de Cronbach = .26)

Ítem	Correlación elemento - escala
7	.24
26	.41
44	-.17
62	.15
78	.03

8. No afrontamiento (alfa de Cronbach = .38)

Ítem	Correlación elemento - escala
8	.02
27	.37
45	.31
63	.30
79	.06

9. Reducción de la tensión (alfa de Cronbach = .47)

Ítem	Correlación elemento - escala
9	.11
28	.36
46	.16
64	.12
80	.59

10. Acción social (alfa de Cronbach = .53)

Ítem	Correlación elemento - escala
10	.35
11	.39
29	.13
47	.22
65	.38

11. Ignorar el problema (alfa de Cronbach = .41)

Ítem	Correlación elemento - escala
12	.12
30	.42
48	.30
66	.09

12. Autoinculparse (alfa de Cronbach = .72)

Ítem	Correlación elemento - escala
13	.54
31	.38
49	.54
67	.60

13. Reservarlo para sí (alfa de Cronbach = .51)

Ítem	Correlación elemento - escala
14	.27
32	.25
50	.38
68	.31

14. Buscar apoyo espiritual (alfa de Cronbach = .60)

Ítem	Correlación elemento - escala
15	.75
33	-.05
51	.44
69	.44

15. Fijarse en lo positivo (alfa de Cronbach = .56)

Ítem	Correlación elemento – escala
16	.18
34	.44
52	.40
70	.37

16. Buscar ayuda profesional (alfa de Cronbach = .80)

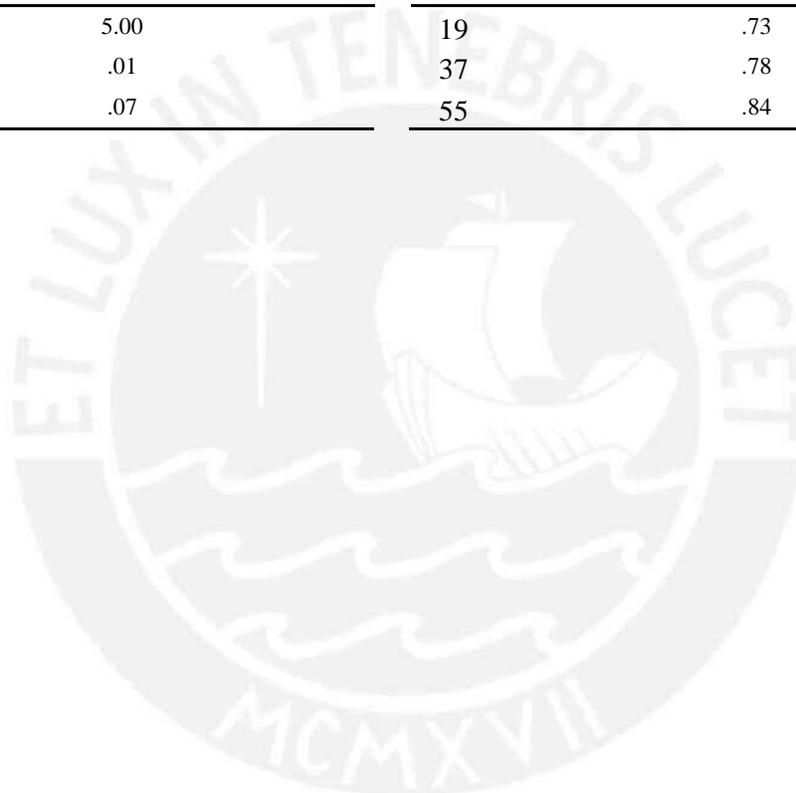
Ítem	Correlación elemento - escala
17	.61
35	.67
53	.69
71	.47

17. Buscar diversiones relajantes (alfa de Cronbach = .00)

Ítem	Correlación elemento – escala
18	5.00
36	.01
54	.07

18. Distracción física (alfa de Cronbach = .89)

Ítem	Correlación elemento - escala
19	.73
37	.78
55	.84



Análisis de confiabilidad de los Estilos de afrontamiento del ACS

Estilo Resolver el problema (alfa = .78)		Estilo Referencia a otros (alfa = .87)		Estilo Afrontamiento no productivo (alfa = .65)	
Ítem	Correlación elemento – escala	Ítem	Correlación elemento - escala	Ítem	Correlación elemento – escala
2	.26	1	.31	4	-.01
3	.46	5	.38	7	.05
16	.12	6	.59	8	.49
18	.13	10	.18	9	.34
19	.49	11	.48	12	.22
21	.44	17	.48	13	.40
22	-.03	20	.49	14	.39
34	.46	24	.47	23	-.30
36	-.03	25	.20	26	-.04
37	.62	29	.20	27	.34
39	.38	35	.50	28	.19
40	.13	38	.42	30	.16
52	.30	42	.53	31	.25
54	.34	43	.57	32	.32
55	.60	47	.59	41	.24
57	.36	53	.48	44	.43
58	.35	56	.63	45	.09
70	.54	60	.34	46	.32
73	.60	61	.60	48	.22
74	.28	65	.48	49	.33
		71	.54	50	.23
		72	.31	59	.42
		76	.31	62	-.12
		77	-.04	63	.56
				64	.26
				66	.24
				67	.33
				68	-.05
				75	-.24
				78	-.10
				79	-.09

Análisis de Confiabilidad para la variable Sintomatología clínica (B2)

Análisis de confiabilidad de los Factores de Sintomatología clínica del SCL 90-R

Factor Somatización (alfa = .80)		Factor Obsesivo-Compulsivo (alfa = .51)		Factor Sensibilidad Interpersonal (alfa = .73)	
Ítem	Correlación elemento – escala	Ítem	Correlación elemento - escala	Ítem	Correlación elemento – escala
1	.26	3	.25	6	.35
4	.62	9	.05	21	.22
12	.44	10	.39	34	.35
27	.48	28	.26	36	.30
40	.58	38	.26	37	.40
42	.51	45	.42	41	.49
48	.59	46	.25	61	.67
49	.44	51	.07	69	.70
52	.34	55	.11	73	.25
53	.22	65	.14		
56	.18				
58	.59				

Factor Depresión (alfa = .77)		Factor Ansiedad (alfa = .67)		Factor Hostilidad (alfa = .86)	
Ítem	Correlación elemento – escala	Ítem	Correlación elemento - escala	Ítem	Correlación elemento - escala
5	.27	2	.15	11	.64
14	.53	17	.36	24	.58
15	.42	23	.18	63	.76
20	.33	33	.53	67	.72
22	.07	39	.29	74	.62
26	.14	57	.37	81	.65
29	.61	72	.56		
30	.64	78	.07		
31	.39	80	.34		
32	.32	86	.52		
54	.52				
71	.30				
79	.60				

Factor Depresión (alfa = .80)		Factor Ideación paranoide (alfa = .60)		Factor Psicoticismo (alfa = .72)	
Ítem	Correlación elemento – escala	Ítem	Correlación elemento - escala	Ítem	Correlación elemento – escala
13	.67	8	.11	7	.46
25	.57	18	.54	16	.51
47	.54	43	.39	35	.34
50	.63	68	.27	62	.49
70	.52	76	.24	77	.64
75	.35	83	.50	84	-.04
82	.44			85	.19
				87	.48
				88	.38
				90	.34



Apéndice C
Análisis de Normalidad

Análisis de Normalidad para los puntajes del ACS (C1)

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

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	Sig.
Resolver el problema	.98	.48*
Referencia a otros	.97	.28*
Afrontamiento no productivo	.98	.67*
Buscar apoyo social	.94	.03
Concentrarse en resolver el problema	.96	.13*
Esforzarse y tener éxito	.95	.03
Preocuparse	.94	.03
Invertir en amigos íntimos	.95	.04
Buscar pertenencia	.97	.26*
Hacerse ilusiones	.98	.58*
No afrontamiento	.94	.01
Reducción de la tensión	.98	.73*
Acción social	.82	.00
Ignorar el problema	.96	.09*
Autoinculparse	.98	.79*
Reservarlo para sí	.97	.38*
Buscar apoyo espiritual	.95	.07*
Fijarse en lo positivo	.96	.18*
Buscar ayuda profesional	.95	.04*
Buscar diversiones relajantes	.97	.23*
Distracción física	.91	.00

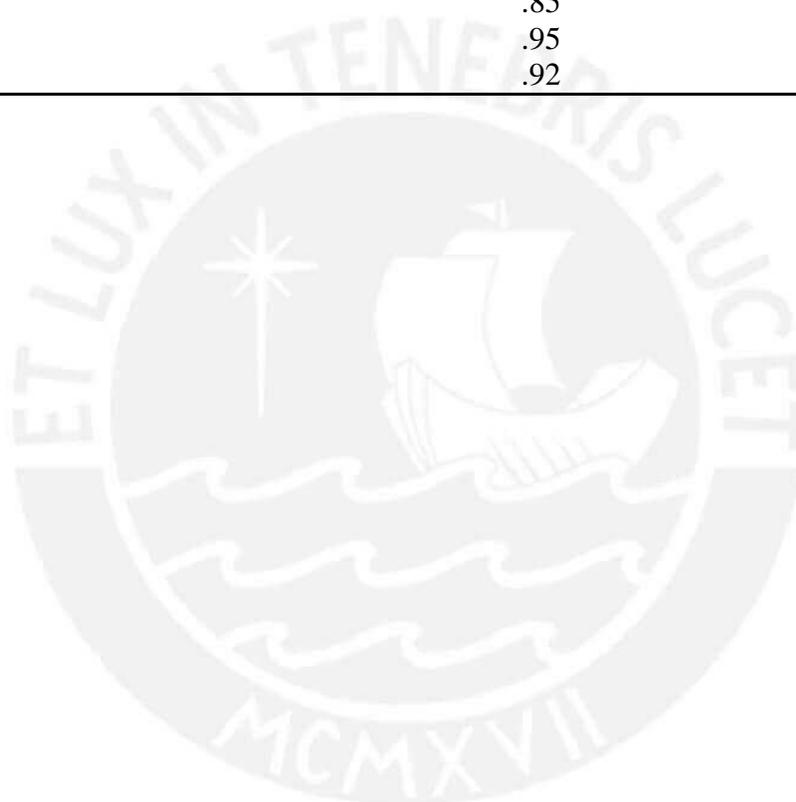
* $p < .05$

Análisis de Normalidad para los puntajes del SCL 90-R (C2)

Prueba de normalidad en la distribución de los puntajes obtenidos en el SCL 90-R

	Shapiro-Wilk	
	Estadístico	Sig.
Somatización	.92	.00
Obsesivo-Compulsivo	.99	.91*
Sensibilidad interpersonal	.94	.02
Depresión	.97	.25*
Ansiedad	.90	.00
Hostilidad	.96	.07*
Ansiedad fóbica	.85	.00
Ideación paranoide	.95	.06*
Psicoticismo	.92	.00

* $p < .05$



Apéndice D

Análisis de diferencia de medias

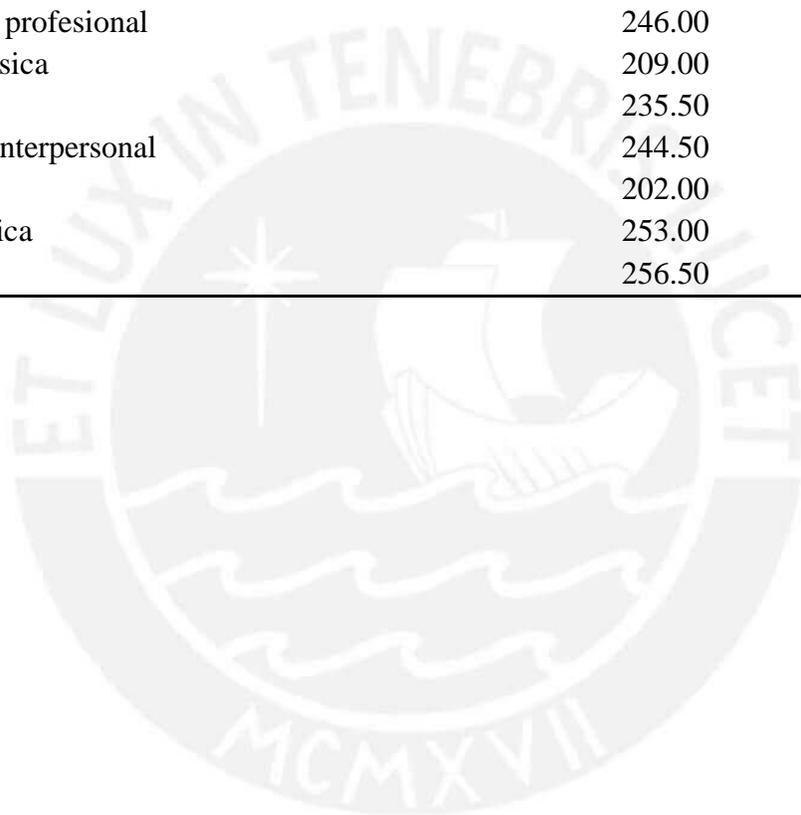
Diferencias según sexo (D1)

Diferencia según sexo para afrontamiento y sintomatología clínica

Variables (distribución normal)	Prueba de Levene para igualdad de varianzas		Prueba T para igualdad de medias	
	F	Sig.	t	Sig. (bilateral)
Concentrarse en resolver el problema	.11	.74	.50	.62
Buscar pertenencia	.04	.84	-.71	.48
Hacerse ilusiones	.90	.35	-.33	.74
Reducción de la tensión	.29	.59	-1.23	.23
Ignorar el problema	.04	.84	.48	.63
Autoinculparse	5.57	.02	.67	.50
Reservarlo para sí	.03	.86	.68	.50
Buscar apoyo espiritual	.93	.34	.44	.66
Fijarse en lo positivo	3.05	.09	-.08	.94
Buscar diversiones relajantes	3.42	.07	-1.12	.27
Resolver el problema	.09	.77	1.16	.25
Referencia a otros	.41	.53	-.85	.40
Afrontamiento no productivo	2.42	.13	-.06	.95
Obsesivo-Compulsivo	2.27	.14	.06	.95
Depresión	1.05	.31	-.26	.79
Hostilidad	1.24	.27	.92	.36
Ideación paranoide	.28	.59	1.27	.21

Diferencia según sexo para afrontamiento y sintomatología

Variables (distribución no normal)	Prueba U de Mann-Whitney	
	U	Sig. exacta (bilateral)
Buscar apoyo social	209.00	.24
Esforzarse y tener éxito	259.50	.95
Preocuparse	216.50	.31
Invertir en amigos íntimos	216.00	.31
No afrontamiento	237.50	.59
Acción social	221.00	.36
Buscar ayuda profesional	246.00	.72
Distracción física	209.00	.24
Somatización	235.50	.56
Sensibilidad interpersonal	244.50	.69
Ansiedad	202.00	.18
Ansiedad fóbica	253.00	.84
Psicoticismo	256.50	.90



Diferencias según tipos de familia (D2)

Afrontamiento y sintomatología según tipos de familia

Variables (distribución normal)	Prueba Anova	
	F	Sig.
Concentrarse en resolver el problema	.59	.67
Buscar pertenencia	1.41	.25
Hacerse ilusiones	.57	.69
Reducción de la tensión	.24	.91
Ignorar el problema	.52	.72
Autoinculparse	1.32	.28
Reservarlo para sí	.28	.89
Buscar apoyo espiritual	.28	.89
Fijarse en lo positivo	.71	.59
Buscar diversiones relajantes	.46	.77
Resolver el problema	.64	.64
Referencia a otros	1.34	.27
Afrontamiento no productivo	.66	.62
Obsesivo-compulsivo	.17	.95
Depresión	1.65	.18
Hostilidad	2.04	.10
Ideación paranoide	1.38	.25

Afrontamiento y sintomatología según tipos de familia

Variables (distribución no normal)	Prueba de Kruskal Wallis	
	Chi-cuadrado	<i>P</i>
Buscar apoyo social	1.89	.76
Esforzarse y tener éxito	1.22	.87
Preocuparse	3.91	.42
Invertir en amigos íntimos	5.34	.25
No afrontamiento	1.06	.90
Acción social	5.53	.24
Buscar ayuda profesional	2.34	.67
Distracción física	3.35	.50
Somatización	.39	.98
Sensibilidad interpersonal	2.50	.64
Ansiedad	6.68	.15
Ansiedad fóbica	10.98	.02
Psicoticismo	10.80	.03

