



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PSICOLOGÍA

**SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AFRONTAMIENTO EN
ESCOLARES DE NIVEL SECUNDARIO DE UNA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA ESTATAL DE LA PROVINCIA
CONSTITUCIONAL DEL CALLAO**

Tesis para optar el título académico de licenciatura

AUTORAS:

Jennifer Vanessa Purisaca Moquillaza
Angélica Consuelo Cajahuanca Saez

ASESOR:

Mg. William Cabanillas Rojas

Lima - Perú

2017

Sintomatología depresiva y afrontamiento en escolares de nivel
secundario de una Institución Educativa Estatal de la Provincia
Constitucional del Callao

DEDICATORIA

A Dios, dueño de nuestras vidas y a nuestros padres y a todas aquellas personas que nos han brindado su apoyo de manera incondicional.

AGRADECIMIENTOS

Queremos agradecer principalmente a nuestras familias quienes nos acompañaron en todo este camino con sus constantes consejos, motivación y soporte emocional, ayudándonos a seguir adelante.

A nuestro asesor, William Cabanillas, por haber aceptado guiarnos en este proceso, por su minuciosidad y sugerencias para la elaboración de este trabajo.

Finalmente al centro educativo donde se llevó a cabo nuestra investigación, a las autoridades y profesores que confiaron en nosotras, en especial a los alumnos que nos dedicaron su tiempo y nos abrieron su corazón.

RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento. Se utilizó un diseño no experimental-transversal, en una muestra no aleatorio intencional de 112 adolescentes procedentes de una institución educativa de la Provincia Constitucional del Callao, sus edades oscilaban entre los 13 a 17 años. Los instrumentos aplicados fueron: a) Ficha Sociodemográfica b) Escala de Depresión para adolescentes de Reynolds: EDAR (Reynolds, 1987) y, c) Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis: ACS (Frydenberg y Lewis, 1993).

En relación a la sintomatología depresiva, los resultados evidencian mayor prevalencia en la dimensión *dísfonia* y en el sexo femenino. Los síntomas más predominantes son *ansiedad escolar, ira, preocupación y pérdida de interés*. Con respecto al afrontamiento, el estilo *Resolver el problema* fue el más usado. Las estrategias más utilizadas pertenecieron a *buscar diversiones relajantes, preocuparse y esforzarse y tener éxito*; mientras que las de menos frecuencia correspondieron a reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema y falta de afrontamiento.

Finalmente, se evidenció una correlación positiva y significativa del estilo de afrontamiento no productivo con las dimensiones de disforia, autoevaluación negativa y quejas somáticas. Una relación negativa del estilo resolver el problema con la dimensión de anhedonia, y otras sintomatologías depresivas. Ratificando que la falta de afrontamiento se relaciona con la presencia de sintomatología. A la luz de los hallazgos encontrados se plantea el análisis de los posibles factores asociados a las variables estudiadas, y se presentan algunas referencias para próximas investigaciones.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, afrontamiento, adolescentes.

SUMMARY

This research general objective was to determine the relationship between depressive symptoms and coping. A non-experimental design was used-Cross, in an intentional non-random sample of 112 adolescents from an educational institution of the Constitutional Province of Callao. The ages of the sample range from 13 to 17 years. The instruments used were: a) Sociodemographic Sheet b) Depression Scale teen Reynolds: EDAR (Reynolds, 1987) and, c) Scale teen coping Frydenberg and Lewis: ACS (Frydenberg Lewis, 1993).

In relation to the depressive symptomatology, the results show a higher prevalence in the dimension dysphoria and in the female sex. The most predominant symptoms are school anxiety, anger, worry and loss of interest. With respect to the variable coping style Solving the problem was used by the participants. The strategies used belonged to seek relaxing diversions, worry and strive and succeed; while less frequently they corresponded to stress reduction, social action, ignore the problem and lack of coping.

Finally, a positive and significant correlation style nonproductive coping with the dimensions of dysphoria, negative self-evaluation and somatic complaints was evident. A negative relationship style solve the problem with the dimension of anhedonia, and other depressive symptomatology. Affirming that the lack of it confronts is related to the presence of symptoms. In light of the findings, the analysis of possible factors associated with the variables studied poses, and some references for further research are presented.

Keywords: depressive symptoms, coping, adolescents.

ÍNDICE GENERAL

TÍTULO	
RESUMEN	
ÍNDICE	
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1 Situación problemática	13
1.2 Formulación del problema	14
1.3 Justificación de la investigación	14
1.4 Objetivos de la investigación	15
1.4.1 Objetivo general	15
1.4.2 Objetivos específicos	15
1.5 Hipótesis	15
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO	16
2.1 Antecedentes	16
2.2 Bases Teóricas	20
2.2.1 Bases teóricas asociados al afrontamiento	20
2.2.2 Modelos Teóricos asociados a la depresión	22
2.2.3 Perspectivas de la adolescencia	25
2.3 Marco conceptual	26
2.3.1 Conceptualización de afrontamiento	26
2.3.1.1 Afrontamiento en la adolescencia	27
2.3.2 Conceptualización de la sintomatología depresiva	28
2.3.3 Conceptualización de adolescencia	30
2.3.3.1 Desarrollo de la Personalidad en la Adolescencia	31
2.3.3.2 Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia.	31
CAPÍTULO III: MATERIALES Y MÉTODOS	34
3.1. Tipo de estudio, nivel y diseño de investigación.	34

3.2 Población y muestra	34
3.2.1 Selección del muestreo	34
3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión	34
3.2.3 Descripción de la muestra	35
3.3 Variables	36
3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables	36
3.3.2. Matriz de variables	36
3.3.3 Matriz de variables psicológicos	37
3.4 Plan de recolección de datos e instrumentos	39
3.5 Plan de análisis e interpretación de la información	43
3.6 Limitaciones	44
3.7 Aspectos éticos.	44
CAPITULO IV: RESULTADOS	46
CAPITULO V: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	61
5.1 Discusión	61
5.2 Conclusiones	66
5.3 Recomendaciones	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS	73
a) Instrumentos	
b) Consentimiento - asentimiento informado	
c) Análisis de la Prueba de Normalidad	
d) Matriz de consistencia teórica metodológica	
e) Matriz de búsqueda bibliográfica.	

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 1	35
Características de la muestra	
Tabla N° 2	41
Confiabilidad de las dimensiones de la prueba a través de consistencia interna de alfa de cronbach	
Tabla N° 3	43
Confiabilidad por consistencia interna de alfa de cronbach ACS	
Tabla N° 4	47
Prevalencia de sintomatología depresiva según las variables	
Tabla N° 5	48
Características de depresión en la muestra: Medias y Desviación estándar	
Tabla N° 6	49
Descripción de ítems críticos en la muestra de estudio	
Tabla N° 7	51
Medias y Desviación estándar de las estrategias de afrontamiento	
Tabla N° 8	52
Correlación entre las dimensiones de la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento	
Tabla N° 9	53
Correlación entre las dimensiones de la sintomatología depresiva y las dieciocho estrategias de afrontamiento	
Tabla N° 10	54
Correlación entre los estilos de afrontamiento y sintomatología asociada a la depresión	
Tabla N° 11	59
Correlación entre las estrategias de afrontamiento y sintomatología asociada a la depresión	
Tabla N° 12	82
Prueba de normalidad de dimensiones de la depresión	
Tabla N° 13	82
Prueba de normalidad de estrategias de afrontamiento	
Tabla N° 14	83
Prueba de normalidad de estilos de afrontamiento	

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 01 Modelo cognitivo de la depresión	23
Gráfico N° 02 Modelo de la Autofocalización de Lewinsohn	25
Gráfico N° 03 Distribución de la muestra según sexo	35
Gráfico N° 04 Promedios de la muestra de las dimensiones de Depresión	48
Gráfico N° 05 Promedios de la muestra de acuerdo a los estilos de afrontamiento	50
Gráfico N° 06 Promedios de la muestra en relación a las estrategias de afrontamiento	50

INTRODUCCIÓN

El periodo de la adolescencia representa un proceso complejo en nuestra sociedad; ya que el individuo está expuesto a una serie de situaciones estresantes asociado a su desarrollo físico, cognitivo y socioemocional, cuyas características están direccionadas a la búsqueda de identidad, pertenencia a un grupo social, estructuras familiares, sociedad, educación y toma de decisiones relacionadas al futuro; sumado a las diversas presiones familiares y las expectativas puestas en ellos. Donde encontramos que los efectos negativos de estos factores generan un mayor riesgo en los adolescentes de sufrir alguna consecuencia negativa para su salud como la depresión y entre otros trastornos.

Desde esa perspectiva, la depresión en la población adolescente se convierte en una temática primordial, siendo de gran reto para la salud pública de todo el mundo; ya que la depresión es un trastorno mental que interfiere con las funciones diarias del adolescente, amenazando su componente personal y ajuste social. De acuerdo con los estudios realizados por la OMS y el INSM-“HD-HN”, la depresión ha aumentado significativamente en la población adolescente; siendo el episodio depresivo el trastorno clínico con mayor prevalencia a nivel mundial y en nuestro país. Se estima que el 8,6% de este episodio corresponde a Lima, el 5,7% a la región Sierra, 4,7% a la Selva y 4,4% a la Costa¹.

Este panorama parece difícil de superar, sin embargo, se observa que el adolescente se puede adaptar a este entorno, superándolo con normalidad según el tipo de afrontamiento que emplee ante ciertas situaciones buscando así restaurar el equilibrio o reducir la problemática. Según Lazarus y Folkman (1986), el afrontamiento es conceptualizado como los esfuerzos cognitivos y conductuales que están orientados a manejar las demandas internas y externas de un evento estresante.

Ahora bien, el Perú, presenta sólo un estudio de investigación que abarque la relación de estas dos variables, realizado a un grupo de estudiantes de Lima, donde se encontró una correlación significativa entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento no productivo, concluyéndose así que la presencia de sintomatología

¹ Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi” (INSM-“HD-HN”) 2003-2007

depresiva en los adolescentes se relaciona con la incapacidad personal que estos presentan para afrontar sus problemas (Obando, 2011).

Bajo este marco, creemos necesario realizar un estudio que permita determinar la relación entre sintomatología de depresiva y afrontamiento, en un grupo de adolescentes del distrito Provincial del Callao, siendo esta población aquella que está expuesta a distintos factores de estrés al tratar de adaptarse a su sociedad y buscar así la autorrealización.

El estudio se encuentra estructurado en cinco capítulos, estando el primer capítulo orientado al problema de investigación, la formulación del mismo, los objetivos, justificación e hipótesis de trabajo. El segundo capítulo, corresponde al marco teórico, antecedentes, enfoques de la depresión y afrontamiento, y algunos acápites que permiten visualizar su relación en la población adolescente. El tercer capítulo, hace referencia a los materiales y métodos utilizados, diseño estadístico, la relación población- muestra, criterios de inclusión y exclusión, la conceptualización de nuestras variables y sus instrumentos de recolección, plan de análisis, las ventajas y aspectos éticos. El cuarto capítulo, corresponde a los resultados obtenidos en nuestra investigación. Finalmente, el quinto capítulo, hace referencia al apartado de discusión que subyace de los resultados obtenidos, las conclusiones y recomendaciones para futuros estudios.

CAPÍTULO I: Problema de Investigación

1.1 Situación problemática

En la actualidad la depresión, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es considerada a nivel mundial como una de las principales causas de discapacidad y enfermedad en los adolescentes, comprendiendo entre las edades de 10 a 19 años de edad, con mayor prevalencia en mujeres que en hombres. Se estima que en el 2012, 1.3 millones de adolescentes fallecieron a nivel mundial, considerándose en tercer lugar al suicidio como causa de mortalidad (OMS, 2014).

En el Perú, el INSM “HD-HN” indica que las cifras de depresión en la población infantil de 6 y 10 años se dan en un 3,5%; en la adolescencia en un 8%; y en la población mayor de 15 años un 6% presenta un episodio depresivo al año. De acuerdo al estudio en el 2007, de cada 10 adolescentes, uno o dos han tenido deseos de muerte, conllevando a la variable que de veinticinco adolescentes por lo menos uno reúne los criterios del trastorno. Asimismo, en un estudio más reciente, realizado en Lima en el 2012, se encontró la probabilidad que de cada cien adolescentes, siete presentan depresión, con mayor prevalencia en el sexo femenino; mientras que en el Callao la probabilidad equivale a doce de cada cien (INSM “HD-HN”, 2014).

Bajo este contexto, se resalta significativamente la existencia de una alta vulnerabilidad en la población adolescente para presentar depresión o síntomas depresivos, los cuales muchas veces no son detectados a tiempo por confundirse con ciertas características propias del desarrollo. En esta etapa se dan cambios críticos, en donde no solo se encuentran sucesos hormonales, sino también cambios en la estructura del pensamiento, como en estados emocionales y sociales, asociados al ámbito familiar y escolar (Gómez-Maquet, 2007); determinándose así que la exposición de los adolescentes a un agotador ritmo de vida y a las diversas situaciones estresantes propias de su desarrollo evolutivo, generan mayores riesgos que amenazan el bienestar físico y mental.

Es por ello que debido a estas preocupaciones particulares que los adolescentes atraviesan, surge una gama de acciones cognitivas y afectivas como respuesta, buscando restaurar el equilibrio o reducir la problemática, determinado por la interacción entre la persona y el ambiente (Frydenberg y Lewis, 1996); desempeñando así el afrontamiento un papel importante en la adolescencia, ya que genera recursos para

afrontar sus dificultades con respuestas positivas a la salud física y psicológica de la persona (Sandín, 2003).

Este tema de la función del afrontamiento en la regulación de emociones, se ha estudiado a nivel internacional, obteniendo como resultado un papel multidimensional, pues ayuda no solo a adaptarse al medio que lo rodea, sino también, al manejo emocional a lo largo del desarrollo evolutivo (Skinner y Zimmer-Gembeck, 2007 citado en Obando, 2011).

1.2 Formulación del problema

Por lo expuesto anteriormente, el presente estudio pretende relacionar la sintomatología depresiva, medida a través de la escala del EDAR, con el afrontamiento, medido con la escala del afrontamiento para adolescentes ACS. Por ello, la pregunta de investigación consiste en: **¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución educativa estatal de la Provincia Constitucional del Callao?**

1.3 Justificación de la investigación

La importancia de este estudio se encuentra a nivel teórico-científico, ya que aporta conocimientos específicos para dos temas psicológicos: la sintomatología depresiva y el afrontamiento, consideradas ambas variables fundamentales para entender la adaptación del individuo frente a las diversas situaciones estresantes; y siendo sin lugar a dudas, la adolescencia una de las etapas más susceptible a los cambios.

Asimismo, esta investigación contribuye al campo de la psicología del adolescente, ya que nos da a conocer sus recursos empleados para superar con éxito las distintas demandas de la vida. Por esta razón, los datos encontrados van a permitir ampliar la visión de abordaje, y plantear nuevas estrategias de intervención de tipo preventivo-promocional, y el establecimiento propiamente dicho de una intervención terapéutica.

Finalmente, en nuestro entorno existen pocos estudios relacionados al tema de investigación en población adolescente, especialmente en zonas vulnerables, siendo éstas donde se gestan las mayores problemáticas de nuestra sociedad (drogadicción, delincuencia, pandillaje, etc.) por lo que esta investigación suma datos importantes para las nuevas políticas sociales.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 Objetivo general:

- Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución educativa estatal de la Provincia Constitucional del Callao.

1.4.2 Objetivos específicos:

- Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en la muestra de estudio según las variables sociodemográficas.
- Describir las dimensiones y características de la sintomatología depresiva más utilizadas por la muestra de estudio.
- Describir los ítems críticos de la sintomatología depresiva en la muestra estudiada.
- Identificar y describir los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra de estudio.

1.5 Hipótesis

H1: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución Educativa Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.

H0: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución Educativa Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.

CAPITULO II: Marco Teórico

2.1 Antecedentes del estudio

A nivel internacional:

En referencia a las investigaciones realizadas en relación al afrontamiento, el estudio de Morales B y Chimal A. (2015) buscó describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por los adolescentes del valle de Toluca (México), cuya muestra era de 724 adolescentes, entre los 14 a 17 años de edad. Emplearon la escala de afrontamiento (ACS) elaborada por Frydenberg y Lewis (2000); donde se identificaron las siguientes estrategias como las más utilizadas por los estudiantes: esforzarse y tener éxito, buscar diversiones relajantes y preocuparse. Asimismo, se evidenció diferencias en cuanto al sexo, siendo las mujeres las que utilizan más estrategias relacionadas a resolver el problema, mientras que los hombres tienden a utilizar estrategias de evasión.

Thorsteinsson E, Sveinbjornsdottir S, Dintsi M y Rooke S (2013) estudiaron en Botswana (África) la relación entre las estrategias de afrontamiento y los eventos negativos de la vida sobre la salud psicológica (Satisfacción con la vida y angustia) en una muestra de 129 adolescentes, en el rango de 13 a 19 años. Emplearon el Inventario de Eventos Negativos de la vida (NLEI, Wills et al., 1992), MACS (Sveinbjornsdottir y Thorsteinsson, 2012) para las estrategias de afrontamiento, la escala de satisfacción con la vida (SWLS, Diener, Emmons, Larsen y Griffin, 1985; Pavot & Diener, 1993) y el GHQ (Goldberg, 1972) para medir la angustia no psicótica. Los resultados obtenidos señalan que las estrategias de afrontamiento actúan como moderadores de los eventos negativos y del malestar psicológico, evidenciándose que la utilización de estrategias de distracción, búsqueda de apoyo social centrados en la resolución del problema y relación con los demás, reducirían el efecto de los eventos negativos, mientras que el uso de las rumiaciones, estaría relacionado con una mayor prevalencia de angustia y menor satisfacción con la vida.

En el estudio de Veloso, Caqueo W, Caqueo A, Muñoz y Villegas (2010) se buscó describir y analizar las estrategias de afrontamiento que presentaban los adolescentes escolarizados, provenientes de distintas instituciones educativas (privado, particular subvencionado y municipal) de Chile, cuya muestra era de 323 adolescentes en un rango de 12 a 18 años; empleándose la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS). Los resultados encontrados manifiestan que las estrategias más utilizadas por los adolescentes son: *recurrir a diversiones relajantes* (como escuchar música o ver

televisión), *preocuparse, la distracción física, esforzarse y tener éxito y fijarse en lo positivo.*

Otro estudio, realizado por Morales y Trianes (2010) fue de investigar acerca de la relación entre el empleo de estrategias de afrontamiento, ajuste psicológico y manifestación de comportamientos desadaptados en niños y adolescentes, en una muestra de 402 estudiantes de Andalucía- España, cuyas edades varían entre 9 y 12 años. Teniendo como instrumentos de evaluación el IIEC (Inventario Infantil de Estresores Cotidianos), el ESAN (Estrategias situacionales de afrontamiento en niños y en niñas) y el BASC (Sistema de Evaluación de la conducta en niños y adolescentes), identificándose que la utilización de estrategias de afrontamiento de aproximación a los problemas se asocia a un mayor grado de ajuste y adaptación; mientras que la utilización de estrategias de tipo evitativo se relaciona con un menor ajuste y comportamientos más desadaptativos.

Consideramos importante señalar a Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estévez (2005), que buscaron relacionar las estrategias empleadas por los estudiantes con un alto y bajo nivel de bienestar psicológico, en un grupo de 150 adolescentes de nivel socioeconómico bajo, cuyas edades variaban entre los 13 a 18 años, en la ciudad de Tucumán (Argentina). Empleándose la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) en versión castellana editada por TEA (1997) y la Escala de Bienestar Psicológico para Adolescentes, adaptada por Casullo (BIEPS –J); encontraron una correlación positiva significativa entre las estrategias de características activas (concentrarse en resolver el problema preocuparse, invertir en amigos íntimos, esforzarse y tener éxito y distracción física) y un alto grado de bienestar psicológico; sin embargo, las estrategias de características pasivas (reducción de la tensión, falta de afrontamiento y auto inculparse) estarían directamente relacionadas con un nivel bajo de bienestar.

De la misma manera, Gonzales, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) estudiaron en España la relación entre afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de 417 adolescentes, en el rango de 15 a 18 años. Emplearon el ACS (Frydenberg y Lewis, 1996) para evaluar afrontamiento y el BIEPS (Casullo y Castro, 2000) para el bienestar psicológico. Los resultados obtenidos señalan que existe relación entre ambas variables, evidenciándose que el alto bienestar se relaciona con los estilos y estrategias centrados en la resolución del problema y relación con los demás; mientras que el bajo bienestar estaría enlazado con el estilo improductivo como *autoinculparse, ignorar el problema y la falta de afrontamiento.*

Por otro lado, se encuentran investigaciones entre la sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes; Gómez, Porras y Castro (2010) realizaron un estudio correlacional en el que buscaban analizar la relación entre los niveles de depresión y las estrategias de afrontamiento en adolescentes escolarizadas de Cundinamarca (Colombia), con una muestra de 150 mujeres en un rango de 13 a 18 años. Se empleó los instrumentos de medición de la Escala de estrategias de coping modificada (EEC-M) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI), encontrándose que solo las estrategias de afrontamiento de reacción agresiva y de expresión de dificultad afectan de manera significativa a la depresión; por lo que se concluye que no existe una relación con los niveles de depresión, debido a la amplia gama de estrategias de afrontamiento.

Asimismo, el estudio de Barra, Cerna, Kramm y Véliz (2006) tuvo como objetivo determinar la relación entre los problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en los adolescentes, en una muestra de 497 estudiantes de Concepción de Chile, cuyo rango de edades varían entre los 14 a 18 años. Teniendo como instrumentos de medición el Cuestionario de Salud Adolescente, el cuestionario de Eventos Vitales (Barra 2005), la escala de Estrés Percibido (Cohen, Kamarck y Mermelstein, 1983), Coping Across Situation Questionnaire (Seiffge-Krenke y Klessinger, 2000), la escala CES-D del Centro de Estudios Epidemiológicos de Estados Unidos (evaluación del ánimo depresivo) y el cuestionario de Apoyo Social Percibido (Gracia, Herrero y Musitu, 2002); encontrándose una relación entre el número e impacto de eventos estresantes, con el estrés percibido y con el ánimo depresivo. Y, una correlación baja entre el afrontamiento evitativo y la ausencia de relación con el apoyo social percibido. Por otro lado, se evidenciaron diferencias significativas a favor de las mujeres en cuanto a al ánimo depresivo, estrés percibido, impacto de los eventos estresantes y frecuencia de problemas de salud.

Existe una investigación, realizada por Benito, Aparicio y Briones (2000), que buscaron determinar la prevalencia de los síntomas depresivos y su relación con las estrategias de solución de problemas en adolescentes, en una muestra de 118 estudiantes, con un rango de 14 a 15 años en el distrito de Tetuán (Madrid). Para cumplir con dichos objetivos se administró el Inventario de Depresión de Beck y el Cuestionario de Situaciones de Afrontamiento (CASQ) de Seiffge-Krenke. Los resultados evidencian que las estrategias disfuncionales de afrontamiento solían ser más usadas por los estudiantes que presentaban sintomatología depresiva.

A nivel nacional:

En cuanto a las investigaciones relacionadas al afrontamiento en la adolescencia, Canessa (2000) realizó la adaptación de la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis en una muestra de 1236 escolares, entre los 14 y 17 años de edad, pertenecientes a colegios estatales y particulares en Lima, identificando que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes corresponden a *buscar diversiones relajantes, distracción física, preocuparse y fijarse en lo positivo*.

En el estudio de Mikkelsen (2009) se investigó acerca de la relación entre Satisfacción con la vida y las Estrategias de afrontamiento en adolescentes universitarios (Lima), con una muestra de 362 adolescentes, entre los 16 y 22 años de edad. Se utilizó la escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) y la escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS); encontrándose correlaciones significativas entre Satisfacción con la vida y los tres Estilos de afrontamiento. Las áreas que evidenciaron mayor satisfacción fueron la familiar y amical. En relación a la variable afrontamiento se obtuvo que, los estilos resolver el problema y de referencia a otros presentaron una mayor prevalencia. Por otro lado, se pudo concluir que los estudiantes que emplearon el estilo de resolver el problema experimentaban mayor satisfacción con la vida, contrariamente a aquellos que utilizaban el afrontamiento no productivo.

Cassaretto (2009) realizó un estudio para analizar la relación entre la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre-universitarios (Lima), en un grupo de 342 estudiantes, entre los 16 a 20 años. Se empleó el Inventario de Personalidad NEO Revisado: NEO PO-R y el Inventario de Estimación del Afrontamiento de COPE; encontrándose altos niveles de extraversión. En cuanto al afrontamiento, los resultados de mayor frecuencia es el estilo *centrado en el problema* y las estrategias *reinterpretación positiva y crecimiento, búsqueda de soporte social por motivos instrumentales y planificación*.

Asimismo, el estudio de Martínez y Morote (2001) buscó determinar las preocupaciones y sus estrategias de afrontamiento en adolescentes escolares (Lima), con una muestra de 413 adolescentes, cuyas edades varían entre los 13 a 18 años. Se empleó el ACS (adaptación Canessa, 2000) y una pregunta abierta, para que los adolescentes escriban sus preocupaciones principales de sus vidas, identificándose que las más significativas se relacionaban con el futuro, éxito académico, preocupaciones económicas y problemas familiares. En cuanto a las estrategias más empleadas corresponden a *preocuparse, esforzarse y tener éxito y concentrarse en resolver el problema*.

Finalmente, resaltamos en nuestro país el estudio de Obando (2011) que buscó determinar la relación entre la sintomatología depresiva (a través del Inventario de depresión de Beck II- IDB II) y estilos de afrontamiento (con el ACS), en una muestra de 181 estudiantes escolares entre los 13 y 18 años de edad, provenientes de un colegio privado de Lima. Encontrando una correlación significativa entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento no productivo, por lo que se puede concluir que la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes se relaciona con la incapacidad personal que estos presentan para afrontar sus problemas. Además, se puede evidenciar que el estilo de afrontamiento Resolver el problema es el más utilizado por los adolescentes; así como las estrategias más empleadas están en relación a *buscar diversiones relajantes, preocuparse, distracción física y fijarse en lo positivo*; y en una menor escala corresponden a *acción social, ignorar el problema, falta de afrontamiento y reducción de la tensión*.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Bases teóricas asociados al afrontamiento

Modelo Transaccional de Lazarus y Folkman (1986)

Lazarus y Folkman (1986), presentan la teoría transaccional del estrés y afrontamiento, en donde consideran al afrontamiento como un proceso, que depende principalmente del contexto, es decir de las circunstancias presentes, que dan origen a una circunstancia en particular; por lo que, el afrontamiento a usar variará según sea esta relación.

En este proceso, el estrés está determinado por la evaluación cognitiva, en donde el sujeto establece el significado de un evento, según la valoración que éste le propicie. Proponen 2 tipos de evaluación cognitiva:

1. Evaluación Primaria, en donde se evalúa si el resultado de un evento es amenazante o no, y a partir de ello, se considera ciertas modalidades de valoración: a) Situación irrelevante, el suceso no es significativo para el sujeto; b) Situación positiva, se percibe de forma favorable; c) Situación estresante, requiere un mayor esfuerzo adaptativo del sujeto.
2. Evaluación Secundaria, la cual actúa seguidamente de identificarse dicho evento como negativo, evaluando así los recursos disponibles, apelando a

estrategias positivas o negativas de afrontamiento, para disminuir las consecuencias negativas (Lazarus y Folkman, 1986, p. 56).

Por lo tanto, un evento percibido como estresante, demandará la ejecución de diversos recursos para solucionar el problema, buscando restaurar el equilibrio. En este sentido, Lazarus y Folkman (1980) plantean dos estilos del afrontamiento:

a) Afrontamiento dirigido al problema, el cual tiende a identificar el problema, para modificar dicha situación y disminuir la magnitud de impacto, empleando todos los recursos con los que cuente el individuo.

b) Afrontamiento dirigido a la emoción, donde se deberá de controlar y disminuir la emoción y la angustia que puede generar una demanda estresante.

Es por ello, que esta teoría sustenta que la dinámica de interacción entre las evaluaciones cognitivas determinará el grado de estrés en el sujeto y la respuesta emocional que éste pueda efectuar. Así, la visión de este modelo, busca entonces afirmar que ante una perturbación emocional, el afrontamiento actúa como un recurso regulador si es empleado positivamente (Salotti, 2006).

Modelo del Afrontamiento de Erica Frydenberg

En base al modelo Transaccional descrito anteriormente, Frydenberg y Lewis (1997) determinan el afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectiva” (Salotti, 2006, p.16), considerando significativo la identificación de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes; ya que es una etapa donde se desarrollan competencias psicosociales.

Estos autores, señalan que la adolescencia es un periodo en donde se determinan mayores retos y obstáculos de importancia, ya que el adolescente tiene que desarrollar ciertos papeles sociales como las relaciones con sus pares, y al mismo tiempo, tomar decisiones sobre su futuro; generándole en ese sentido una carga negativa de preocupaciones que, en algunos casos, puede llegar a direccionarlos a la depresión o suicidio. Por ello, es necesario conocer la capacidad de afrontamiento que los adolescentes presentan en relación a su ambiente, para ayudarlos a ser más conscientes de ellos (Obando, 2011).

La perspectiva de este modelo propone la evaluación del afrontamiento en la adolescencia, a través de la elaboración del instrumento de la Escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS). Frydenberg y Lewis (1993) identifican 18 estrategias que pueden ser agrupadas en tres estilos de afrontamiento: 1) estilo dirigido a *resolver el problema*, busca resolver la problemática de manera positiva y relajada, abarcando las estrategias de *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, diversiones relajantes y distracción física*; 2) estilo de afrontamiento en referencia a otros, busca el apoyo del otro, comprende las estrategias de *apoyo social, amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, apoyo espiritual y buscar apoyo profesional*; 3) estilo improductivo, que consiste en emplear estrategias de evitación que muestra una incapacidad de afronte, conformado por las estrategias de *preocuparse, hacerse ilusiones, no afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí* (Mikkelsen, 2009).

2.2.2 Bases Teóricas asociados a la depresión

2.2.2.1 Enfoque teórico cognitivo:

Este enfoque hace énfasis a la interpretación que el sujeto realiza de los acontecimientos. Contribuyen en el concepto de que los síntomas depresivos son consecuencias del proceso de la visión distorsionada del sujeto. Para nuestra investigación, tendremos en cuenta el modelo cognitivo de Beck.

Modelo Cognitivo de la Depresión de Beck

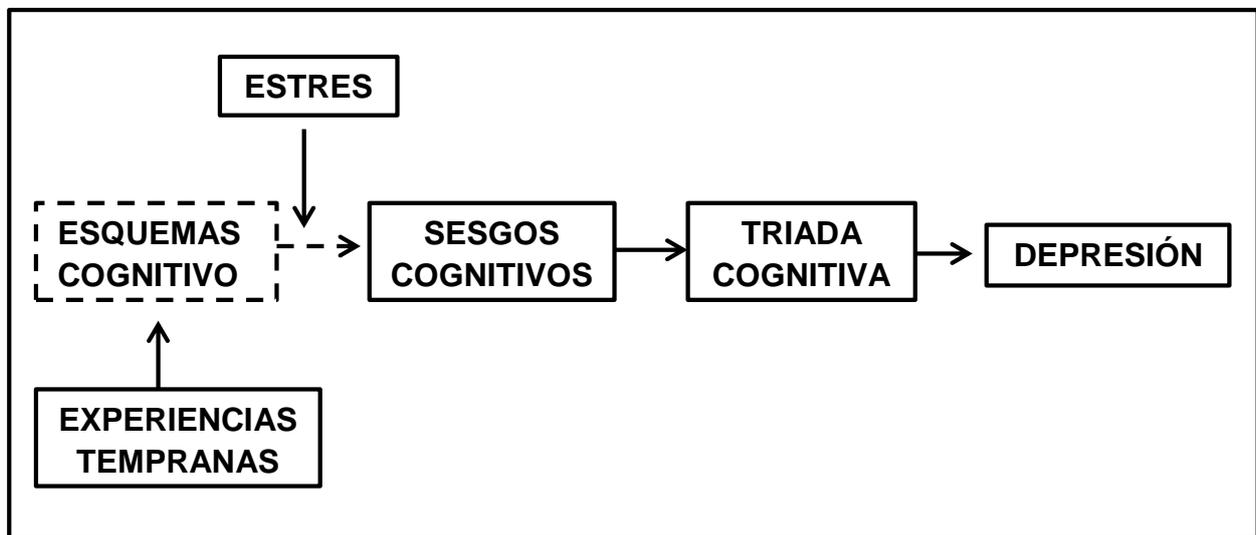
El modelo cognitivo de depresión fue propuesto por Aarón Beck (1967) y desde aquella época es considerado una de las teorías y terapias más reconocidas para la depresión.

En este modelo, Beck (1976) (citado por Beck, Rush, Shaw y Emery, 2005, pp. 19-20) postula tres conceptos básicos que permiten manifestar la esencia psicológica de la depresión: a) Tríada cognitiva, que hace referencia a tres tipos pautas en la perspectiva del individuo (visión negativa de sí mismo, el mundo y el futuro); b) Esquemas: Se le podría conceptualizar como ciertos patrones relativamente estables en el tiempo, y que constituyen la base de las interpretaciones que hace el sujeto de su medio. Por ello, los esquemas van a determinar en gran medida como el individuo estructura sus distintas

experiencias; c) Errores en el procesamiento de información: La persona que presenta un estado depresivo cree fielmente en la validez de sus pensamientos, los cuales se manifiestan en errores sistemáticos o distorsiones cognitivas. Beck reconoció una serie de distorsiones (Inferencia arbitraria, la abstracción selectiva, generalización excesiva Maximización y minimización, pensamiento absolutista dicotómico, etiquetamiento, entre otras).

Teniendo de referencia los conceptos anteriores, este enfoque propone que las experiencias que obtienen las personas en edades tempranas van a cimentar las bases para la construcción de esquemas o actitudes disfuncionales. Dichos esquemas a su vez, se tornan guardados en el inconsciente por lo que no son accesibles de manera inmediata, sino que se encuentran latentes y son las causas más alejadas. Las causas más cercanas serían aquellas situaciones críticas a la que está expuesto el sujeto, que actuarían como activadores de dichos esquemas aprendidos, generando así también los sesgos de procesamiento. Lo cual produciría una serie de pensamientos distorsionados que estarían en relación a aquellos patrones que guían la triada cognitiva; por lo que ésta última, sería la predecesora del establecimiento de la depresión (Vázquez, Hervás, Hernangómez y Romero, 2010).

Gráfico 1. Modelo cognitivo de la depresión (Beck 1967, 1976)



Nota: Tomado de "Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación" por C. Vázquez, G. Hervás, L. Hernangómez y N. Romero 2009, *Psicología conductual*, 18, p.48.

2.2.2.2 Enfoque teórico conductual:

Este enfoque sustenta que las interacciones negativas con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, conductas y emociones del sujeto; por lo que la depresión sería aprendido (Vazquez, Muñoz y Becoña, 2000). En este caso, sólo mencionaremos el modelo de autofocalización, que nos habla que la disminución del refuerzo positivo y el número elevado de las experiencias aversivas van a contribuir a un aumento del sentimiento de disforia.

Modelo Teórico de la Autofocalización

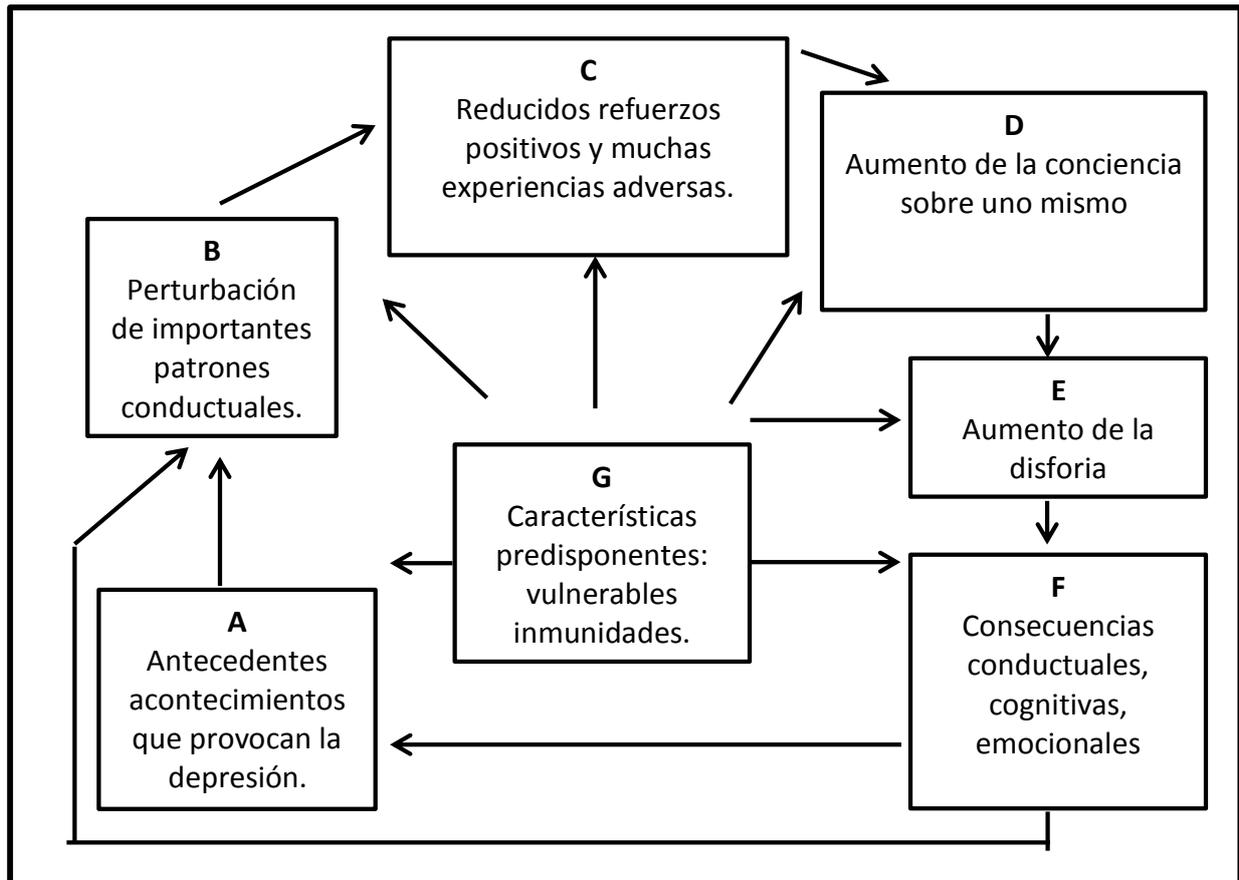
Según Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985) los modelos teóricos que habían sido planteados para explicar la etiología, desarrollo y tratamiento de los cuadros depresivos, dentro de una perspectiva cognitivo- conductual habían resultado limitados, y poco precisos; por lo que buscaron plantear una propuesta más integradora que pudiera describir de manera más amplia y compleja el proceso depresivo. (Caballo, 2007, p.497).

La teoría de autofocalización considera que la presencia de depresión en el sujeto se genera como resultado de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones. (Caballo, 2007, p.497).

Este modelo describe un proceso secuenciado y una permanente relación de los factores ambientales (desencadenantes) con los factores disposicionales (moderadores de los antecedentes). El episodio depresivo subyace a la exposición de la persona a desencadenantes ambientales (A), generando una alteración en la emisión de patrones conductuales automáticos que son relevantes en la interrelación que mantiene éste con su medio (B), provocando en primera instancia el decremento de la tasa de refuerzo positivo y en segunda instancia la exposición a situaciones aversivas (C). La inadecuada percepción del manejo de la situación y de valía se acentúa, generando autocrítica y expectativas negativas (D), y en consecuencia un aumento de la disforia (E) y otros síntomas depresivos que afectan las dimensiones conductuales, cognitivas, emocionales, sociales e interpersonales del sujeto (F). Asimismo, el inicio o la continuación de esta cadena depresiva depende de las características de personalidad, ya que, éstas van actuar como reguladoras del nivel de afectación de los constituyentes ambientales (G). Dichas características se agrupan en factores de vulnerabilidad o de riesgo (ser mujer, tener 20-40 años, antecedente de depresión, escasas habilidades de afrontamiento, alta sensibilidad a sucesos aversivos, ser pobre, alta tendencia de

autoconciencia, baja autoestima, dependencia y tener hijos menores de 7 años) y factores de inmunidad o protectores (considerarse competente a nivel social, experimentar continuamente sucesos positivos y contar con una persona de apoyo). Es necesario hacer hincapié, que según la teoría, todos los elementos se ven influidos por este último (G). (Caballo, 2007, p.497).

Gráfico 2. Modelo de la Autofocalización de Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger (1985)



Nota: Tomado de "Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos" por V. Caballo, 2007, *Siglo XXI*, 1, p. 498.

2.2.3 Perspectivas de la adolescencia

Según Papalia, (2005), pese a las amenazas a los que están expuestos los adolescentes, la mayoría de los jóvenes emergen de estos años con madurez, salud física y mental y con optimismo por la vida. El desarrollo cognoscitivo también cambia, pues los adolescentes no sólo se ven diferentes de los niños, sino también piensan distinto.

De acuerdo con Piaget en la adolescencia se perfecciona la capacidad de pensamiento abstracto, pues en esta etapa los adolescentes se encuentran en el nivel más alto del desarrollo cognoscitivo, en las operaciones formales, en donde se maneja el razonamiento hipotético-deductivo, es decir, son capaces de diseñar un experimento para probar sus hipótesis.

En la teoría de Kohlberg, se menciona que a medida que los niños van alcanzando niveles altos cognoscitivos, van adquiriendo la capacidad de razonar más complejamente sobre temas morales. En la adolescencia, se considera la perspectiva del otro para emitir una respuesta. Kohlberg habla de niveles y etapas de razonamiento moral: Nivel I, moralidad pre convencional (4 a 10 años), en donde se obedece las reglas para evitar castigos; Nivel II, moralidad convencional (10 a 13 años o más), se busca agradar a los demás; Nivel III, moralidad posconvencional (adolescencia temprana o adultez temprana o nunca) las respuestas se dan a través del juicio. En esta teoría, el razonamiento es el que subyace a la respuesta de una persona cuando ésta se encuentra con un dilema moral, y no la respuesta por sí misma.

Por otro lado, Erick Erikson (1963), describe a la adolescencia como el periodo de inicio de la *identidad*, donde los adolescentes buscan respuestas a preguntas trascendentales y al no hallarlas atraviesan la etapa de *confusión de roles* (Meece, 2000).

2.3 Marco conceptual

2.3.1 Conceptualización de afrontamiento

El afrontamiento es la respuesta que se emplea ante un suceso estresante. Según Lazarus y Folkman (1986) el afrontamiento es determinado como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164); ya que, en determinados momentos, se deberá contar con estrategias que nos ayudarán a defendernos de dichas situaciones, y en otros con aquellas que más bien nos servirán para resolver el problema, y todo esto se dará según sea la relación que tengamos con nuestro entorno.

Según Frydenberg y Lewis (1996), el afrontamiento es considerado como una competencia psicosocial, en donde se encuentran las estrategias conductuales y cognitivas que son empleadas para enfrentar las situaciones de la vida (Canessa, 2002).

Lazarus y Folkman (1986) indican que una característica importante de su conceptualización es que el afrontamiento va más allá de la resolución del problema, pues el desarrollo efectivo se debe a otras funciones, ya que la función del afrontamiento está basada al objetivo que se busca de cada estrategia. De esta manera, sostienen que hay dos funciones importantes: el afrontamiento dirigido al problema y el afrontamiento dirigido a la emoción; el primero, se da cuando la problemática es evaluada y resulta susceptible al cambio y por ello, las acciones estarán encaminadas a la modificación de dicha situación; mientras, que el segundo, busca regular el grado de malestar emocional que aparece cuando no se puede cambiar la situaciones amenazantes del entorno.

Frydenberg y Lewis (1993), propone 18 estrategias de afrontamiento que están agrupadas en 3 estilos de afrontamiento: El primer estilo se llama *Resolver el problema*, que abarca las estrategias de *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física*; el segundo estilo es *Referencia a otros*, comprendido por *buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional*; y el último estilo es el *Afrontamiento no productivo*, que comprende las estrategias de *preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento o no afrontamiento, ignorar el problema, reducción de la tensión, reservarlo para sí, y autoinculparse*. Los dos primeros estilos representan aspectos funcionales, pues definen el problema, identifican alternativas de solución y ejecutan sus acciones; mientras que el tercer estilo resulta ser disfuncional, ya que sus estrategias no están orientadas a solucionar el problema. (Mikkelsen, 2009).

Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) indican que “los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son las que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional” (p.369).

2.3.1.2 Afrontamiento en la adolescencia

La mayoría de estudios de afrontamiento están basados en población adulta, cuyos modelos han sido adaptados para la población adolescente, debido a que esta población está expuesta a diversos factores de riesgo. Frydenberg (1997) indica que algunos adolescentes son incapaces de afrontar sus preocupaciones, conllevando a conductas negativas que no solo afectan sus propias vidas, sino también las de las personas que los rodean.

Los diversos estilos de afrontamiento que se desarrollan durante la adolescencia, parecen estar influenciados por la exposición a modelos de socialización. En el caso de las mujeres, se encuentra presente el uso de la fantasía ante los problemas, esperando un final feliz, y asimismo, se cree que se reproduce la apertura social y familiar encaminada a la expresión de sentimientos y comunicación; mientras que, en los varones, se encuentra estrategias de evitación, que ha sido inducido socialmente por la inhibición de sus emociones (Martínez y Morote, 2001).

2.3.2 Conceptualización de la sintomatología depresiva

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012), la depresión es descrita como un *trastorno mental*, que presenta síntomas asociados a un cambio en la afectividad (tristeza), acompañado de *sentimiento de culpa*, falta de interés de las actividades diarias, alteraciones en los procesos biológicos (sueño y/o apetito), agotamiento y disminución de los niveles de atención y concentración. Asimismo, hace referencia a que dicho trastorno puede llegar a un grado crónico u grave y afectar el nivel de funcionalidad del individuo que lo padece, y en casos más adversos llevarlo al suicidio, por lo que se vuelve necesaria la intervención farmacológica.

Por otra parte Reynolds (1987) argumenta que la depresión es un *estado de ánimo deprimido* o una severidad de la sintomatología depresiva, que interfiere negativamente en las áreas (conducta, emoción, somática y cognitivo) de la persona (Ott-VandeKamp, 2001, p.9).

2.3.2.1 Diagnóstico de la depresión mayor

Para establecer un diagnóstico es necesario valerse de una serie de técnicas (observación y entrevista) e instrumentos como son los cuestionarios o test; y no ser meramente reducidos a estos últimos. Asimismo, realizar la indagación con los padres y el ambiente escolar en el que desenvuelve el adolescente. Por otro lado, según Pine et al. (1999) consideran que la depresión en la adolescencia suele presentarse de manera crónica y oscilante, con un riesgo de dos a cuatro veces superior de permanecer en la adultez (Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [GPC], 2009, p.39).

2.3.2.2 Síntomas de la Depresión en la Infancia y Adolescencia (según GPC)

El síntoma más frecuente de la depresión en infantes menores de 7 años es la ansiedad, éste se asocia con alteraciones en el control de esfínteres y fobias escolares; se caracteriza por dificultades emocionales (irritabilidad, llanto inmotivado, quejas direccionadas a cefaleas y dolores abdominales), con aumento o disminución de actividad motora, abulia y anhedonia (juegos habituales), así como retraso en el desarrollo psicomotor y físico (peso). Luego, a la edad de 7 años hacia la pubertad, los síntomas clínicos van a estar direccionados hacia la afectación de tres esferas: 1) la esfera *afectiva y conductual* (irritabilidad, agresividad, agitación psicomotriz, apatía, tristeza, culpabilidad e ideas recurrentes de muerte); 2) la *esfera cognitiva y actividad escolar* (bajo rendimiento escolar asociado a la falta de concentración y baja autoestima); que conllevan a problemas tanto conductuales como en relación a sus pares; y 3) la *esfera somática* (cefaleas, dolor abdominal, trastornos en el control de esfínteres, del sueño, disminución del apetito). Por último, en la etapa de la adolescencia, la depresión está relacionada a trastornos disociales, déficit de atención, ansiedad, abuso de sustancia y de la conducta alimentaria, con descuido del aseo personal e hipersensibilidad con retraimiento social; además, puede haber presencia de ideas suicidas (GPC, 2009, p.40).

2.3.2.3 Criterios diagnósticos del episodio depresivo según en CIE10. En relación a la edad.

La Clasificación internacional de enfermedades (CIE-10), establece la sintomatología depresiva en tres categorías: leve, moderado y grave (con o sin síntomas psicóticos). Para establecer un diagnóstico del episodio depresivo debe haber por lo menos dos de los tres síntomas característicos: disminución del estado de ánimo, baja vitalidad y reducción de la actividad; con una duración de al menos dos semanas. Asimismo, se evidencia una pérdida de interés por las actividades placenteras, disminución en el nivel de concentración, alteración en los procesos biológicos (sueño y apetito), presencia de ideas de culpa, baja autoestima. La categorización del episodio va depender de la cantidad y severidad de los síntomas (OMS, 1992).

Según la Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes, basado en la versión del CIE-10; los síntomas del episodio depresivo se ven manifestados en función a su edad. El humor depresivo se ve enmascarado por la irritabilidad, comportamiento demandante de atención, aumento de fobias o preocupaciones psicosomáticas. La falta de capacidad de interés en actividades

habituales (juego o área escolar) y la reducción de la vitalidad se pueden ver reflejados en el constante ausentismo escolar o rechazo del colegio. El bajo nivel de atención y concentración se asocia a dificultades en el rendimiento escolar; la baja autoestima e ideas de culpa conllevan a una visión negativa del futuro; los pensamientos o conductas autolesivas infieren en el suicidio; la alteración en el sueño aumenta el humor depresivo; y, la falta del apetito se ve definido en la pérdida de peso. Para el diagnóstico correspondiente el tiempo de los síntomas debe tener al menos dos semanas, aunque, los síntomas muy graves o de aparición brusca puede delimitar la aceptación de periodos cortos (OMS, 2001; GPC, 2009).

2.3.2.4 Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor (según DSM-5)

El Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) incluye al episodio depresivo mayor en el trastorno de depresión mayor. El diagnóstico de este trastorno se efectúa con el cumplimiento de cinco o más síntomas en un tiempo de dos semanas; en donde uno de los síntomas más significativo para su puntuación debe ser el humor depresivo o la disminución de la capacidad de interés de las actividades que realiza. En el caso de los niños y adolescentes, este ánimo suele presentar irritabilidad (ira persistente o tendencia de culpar a otros) y en cuanto a la pérdida de placer se ve más asociado al desinterés por los *hobbies*. La alteración del apetito ocasiona que los niños no alcancen el peso esperado según su edad cronológica, y los trastornos del sueño provocan dificultad para dormir o aumento de sueño (noche o día). La alteración del área psicomotora se ve manifiesto por la agitación (el no poder estar quieto) o la lentificación (demorar en la ejecución de actividades). La presencia de la disminución de la vitalidad y los sentimientos de inutilidad (desvalorización) o culpa se da casi todos los días. La dificultad para concentrarse, es observable a través del declive inesperado en las notas académicas. Por último, las ideas de muerte se asocia a los deseos de dormir y no despertar más, debido a las fuertes cargas emocionales que tienen (APA, 2014).

2.3.3 Conceptualización de adolescencia

Frydenberg en 1997, define a la adolescencia como el periodo de transformación que se da desde la infancia hasta la adultez. Asimismo, menciona que la adolescencia se diferencia de otras etapas de la vida por el incremento en la variedad de los cambios que experimenta el sujeto, siendo estos direccionados a una búsqueda de identidad, pertenencia a un grupo social, cambios a nivel fisiológico y cognitivo. Dicho periodo, tendrá un nivel de afectación en el adolescente en la medida en que se relacionen los determinantes personales y ambientales.

2.3.3.1 Desarrollo de la Personalidad en la Adolescencia

Ávila, Jiménez y González (1996) señalan que el desarrollo e integración de la personalidad durante la adolescencia atraviesa por etapas en donde los aspectos estructurales son estables; mientras que las conductas parecen cambiantes. Y de forma progresiva se va alcanzando la maduración biológica, psicológica y social, en donde ciertos aspectos evolucionan y otros, más bien, siguen un proceso más lento o permanecen estáticos.

McCrae, Costa, Terracciano, Parker, Mills, Fruyt y Mervielde (2002), encontraron según un estudio realizado en adolescentes entre los 12 y 18 años, que los factores de personalidad eran respectivamente invariantes en esos años; sin embargo, se evidenciaba un cierto grado de aumento en los niveles de neuroticismo en las mujeres, asociado a posibles cambios hormonales que ellas atraviesan al inicio de la adolescencia temprana.

2.3.3.2 Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia.

A lo largo de los años, los estudios y/o investigaciones han tenido como uno de sus objetivos primordiales, identificar aquellos factores de riesgo que guardan relación con la psicopatología del niño y del adolescente. Asimismo, poder clarificar las posibles causas, identificar aspectos relacionados con la detección de nuevos casos y el plantear nuevas metodologías de intervención, con el fin de poder evitar que estos trastornos se conserven hasta la etapa adulta o adopten una condición más grave (Bragado, Bersabé e Inés Carrasco, 1999).

Es por ello, que diferentes investigadores coinciden en reafirmar una relación cercana entre la etapa de la adolescencia y la presencia de sintomatología depresiva, haciendo referencia a una serie de factores de riesgo para el desencadenamiento de la depresión en este periodo de la vida.

Como se ha observado en diversos estudios, la manifestación de la depresión sería más frecuente en el sexo femenino que en el masculino (Bragado, Bersabé e Inés Carrasco, 1999; Galicia, Sánchez y Robles, 2009; Leyva, Hernández, Navas y Flores, 2007). Sin embargo, Fernández y Gutiérrez (2009) manifiestan en su estudio un hallazgo contrario, en la que adolescentes varones presentarían mayores niveles de sintomatología depresiva que las mujeres.

En relación al funcionamiento familiar, los estudios manifiestan que los adolescentes con presencia de trastorno depresivo, se desenvuelven dentro de una familia rígidamente dispersa; mientras que los adolescentes con ausencia de sintomatología presentan un tipo de familia aglutinada (Leyva, Hernández, Navas y Flores, 2007). Asimismo, aquellos que presentan depresión y/o ideación suicida reportan mayores conflictos e inadecuadas relaciones con sus padres, sumado a problemas económicos por parte de los mismos; una menor autoestima, mayor tendencia a la impulsividad y respuestas de afrontamiento agresivas (González, Ramos, Caballero y Wagner, 2003). Por otro lado, Bragado (1999) considera otros factores de riesgo, tales como el tener más edad, presentar un estado de preocupación por la familia, el sufrir frecuentemente de enfermedades, el alcoholismo familiar y la presencia de alguna psicopatología por parte de la madre.

Con respecto al rendimiento escolar, las calificaciones bajas estarían también relacionadas con los niveles altos de depresión en estudiantes adolescentes. De manera más específica, las materias de matemáticas, inglés y geografía mostraron una correlación significativa con este trastorno (Galicia, Sánchez y Robles, 2009). Asimismo, se observó que a mayores niveles de ansiedad y menores niveles de atención selectiva se evidenciaban mayores niveles de sintomatología depresiva (Fernández y Gutiérrez, 2009)

Otras investigaciones, revelan que las adolescentes embarazadas manifiestan una tendencia a presentar depresión en sus distintos niveles, según el estado civil en que se encuentre la gestante. Aquellas adolescentes que se encontraban casadas o en unión libre presentaban menor grado de depresión que las solteras. Además, concluyeron que el estrés es el factor que más media sobre la depresión. (Quezada (2011).

A pesar de los diferentes factores de riesgo detectados en los adolescentes, encontramos que la adolescencia no necesariamente es una etapa de “crisis”, ya que numerosas investigaciones indican que la mayoría de adolescentes superan este proceso con normalidad (Jiménez, Menéndez e Hidalgo, 2008), confirmando la importancia del afrontamiento en aspectos asociados al “ajuste psicológico”.

Finalmente, sería imperioso mencionar que muchas veces la depresión del adolescente no es tratada a tiempo, o no se le brinda la atención necesaria, ya que, es confundida en ocasiones con actos de rebeldía, por lo que, ésta tiende a agravarse, y lleva al joven a tomar decisiones drásticas, como el suicidio. Por ello, en un estudio realizado por Rosselló y Berríos (2004) concluyeron que cuanto más elevado sea la cantidad de

eventos o experiencias negativas en las que el adolescente se vea envuelto habrá una mayor probabilidad de que éste/a opte por el suicidio. Asimismo, hace hincapié en la relación significativa entre los aspectos cognitivos, actitudinales, la presencia de una autoestima baja, eventos estresantes y/o negativos de la vida y la depresión como factores relacionados directamente con la conducta suicida en el adolescente; por lo que es necesario ser tomados en cuenta a la hora de plantear algún programa de intervención para con esta población.

CAPÍTULO III: Materiales y Métodos

3.1. Tipo de estudio, nivel y diseño de investigación.

La presente investigación es de tipo sustantiva, dado que se encuentra orientada en responder determinados problemas teóricos sobre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en adolescentes escolares de nivel secundario. Por esa razón, se buscará explicar y describir las variables mencionadas (Sánchez y Reyes, 2009).

El nivel de investigación utilizado es correlacional dado que busca conocer relaciones entre las variables, en este caso sintomatología depresiva y afrontamiento en escolares de nivel secundario (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

Por otro lado, el diseño es el no experimental - transversal, dado que la recolección de datos será en un tiempo único.

3.2 Población y muestra

La población de estudio está conformada por la totalidad de adolescentes que se encuentran cursando estudios de 2º a 5º de secundaria en la I.E. San Miguel, ubicada en el distrito Callao, reportando una cantidad de 137 alumnos.

3.2.1 Selección del muestreo

Se utilizó un muestreo no aleatorio intencional.

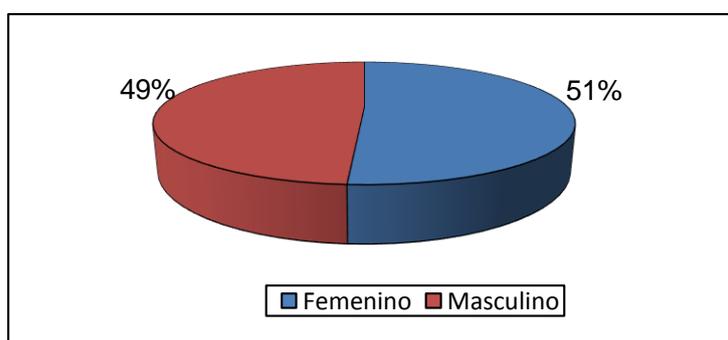
3.2.2 Criterios de inclusión y exclusión:

- Criterios de inclusión: edad entre 13 y 17 años, sexo femenino o masculino y haber presentado firmado el consentimiento y asentamiento informado.
- Criterios de exclusión: fuera del rango de edad, que presenten el diagnóstico de depresión y estén en tratamiento, cuestionarios sin datos de edad y/o sexo, cuestionarios con seis o más omisiones en la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y el no haber presentado el consentimiento y asentamiento informado debidamente firmado.

3.2.3 Descripción de la muestra

Se obtuvo una muestra efectiva de 112 escolares que cursaban el 2°, 3°, 4° y 5° año de secundaria de la Institución Educativa San Miguel del AA.HH Tiwinza en el Callao, del año escolar 2015. A continuación, se detallan algunas características de la muestra, cuyos datos han sido obtenidos de la ficha sociodemográfica de la investigación. En el gráfico N° 03 se observa la distribución de la muestra según sexo, encontrándose 57 mujeres (50.9%) y 55 hombres (49.1%).

Gráfico N° 03: Distribución de la muestra según sexo



n = 112

En la tabla N° 01 se muestra la distribución de las variables sociodemográficas, según edad, lugar de nacimiento, lugar de procedencia, si trabaja o no, si él o algún familiar ha recibido tratamiento

Tabla N° 01
Características de la muestra

	f	%		f	%
Edad			Trabaja		
13 años	36	32.1	Si	2	1.8
14 años	23	20.5	No	110	98.2
15 años	29	25.9	Ha recibido tratamiento		
16 años	23	20.5	Si	8	7.1
17 años	01	0.9	No	104	92.9
Lugar de nacimiento			Algún familiar ha recibido tratamiento		
Lima	97	86.6	Si	17	15.2
Provincia	15	13.4	No	95	84.8
Procedencia					
AA.HH.	100	89.3			
Urbanización	12	10.7			

n = 112

3.3 Variables

3.3.1. Definición conceptual y operacionalización de variables

- **Sintomatología depresiva:**

Definición conceptual: “Es un estado de ánimo deprimido o un nivel de severidad de la sintomatología depresiva, que afecta las áreas conductuales, emocional, somática y el funcionamiento cognitivo”. (Reynolds, 1987 citado en Ott-VandeKamp, 2001, p.9).

Definición operacional: Puntuaciones obtenidas de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

- **Afrontamiento:**

Definición conceptual: “Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales del ser humano que busca disminuir los eventos estresantes, según sea la interacción con el ambiente”. (Lazarus y Folkman, 1986).

Definición operacional, Puntuaciones obtenidas de la adaptación de la Escala de Afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis. (Canessa, 2002).

3.3.2. Matriz de variables

VARIABLE	TIPO	ESCALA DE MEDICIÓN	DIMENSIONES/ CATEGORIAS
Edad	Cuantitativa	Razón	▪ 13 a 17 años
Sexo	Cualitativa	Nominal	▪ Femenino ▪ Masculino
Lugar de nacimiento	Cualitativa	Nominal	▪ Lima ▪ Provincias
Grado de instrucción	Cualitativa	Ordinal	▪ Grado escolar que se encuentra cursando
Zona de procedencia	Cualitativa	Nominal	• AA.HH • Urbanización
Ocupación	Cualitativa	Nominal	• Estudiante • Trabaja
Antecedentes personales de depresión	Cualitativa	Nominal	▪ Si o no.
Antecedentes familiares de depresión	Cualitativa	Nominal	• Si o no

3.3.3 Matriz de variables psicológicas

- **Afrontamiento:**

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición
Estrategias y estilos de afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución Educativa	Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales del ser humano que busca disminuir los eventos estresantes, según sea la interacción con el ambiente (Lazarus y Folkman, 1986).	<p><i>Estilos de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas</i></p> <p><i>Afrontamiento en relación con los demás</i></p> <p><i>Afrontamiento improductivo</i></p>	<p>(Frydenberg y Lewis, 1993 citado en Canessa, 2002, p. 197).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ <i>Buscar diversiones relajantes.</i> ✓ <i>Esforzarse y tener éxito.</i> ✓ <i>Distracción física.</i> ✓ <i>Fijarse en lo positivo.</i> ✓ <i>Concentrarse en resolver el problema.</i> ✓ <i>Buscar apoyo espiritual.</i> ✓ <i>Buscar ayuda profesional.</i> ✓ <i>Invertir en amigos íntimos.</i> ✓ <i>Buscar apoyo social.</i> ✓ <i>Buscar pertenencia.</i> ✓ <i>Acción social.</i> ✓ <i>Autoinculparse.</i> ✓ <i>Hacerse ilusiones.</i> ✓ <i>Ignorar el problema.</i> ✓ <i>Falta de afrontamiento.</i> ✓ <i>Preocuparse.</i> ✓ <i>Reservarlo para sí.</i> ✓ <i>Reducción de la Tensión.</i> 	Puntuaciones obtenidas de la adaptación de la Escala de Afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis. (Canessa, 2002).	Cuantitativa	Intervalo

- **Sintomatología depresiva:**

Variable	Definición conceptual de la variable	Dimensiones	Indicadores	Definición Operacional	Tipo	Escala de medición
Sintomatología depresiva en escolares de nivel secundario de una Institución Educativa	Es un estado de ánimo deprimido o una severidad de la sintomatología depresiva, que interfiere negativamente en las áreas (conducta, emoción, somática y cognitivo) de la persona (Reynolds, 1987 citado en Ott-VandeKamp, 2001, p.9).	<i>Sintomatología depresiva</i>	(Ugarriza N. y Ecurra M. 2002) ✓ <i>Disforia</i> ✓ <i>Ansiedad escolar</i> ✓ <i>Soledad</i> ✓ <i>Devaluado por los padres</i> ✓ <i>Mérito propio, valía personal</i> ✓ <i>Aislamiento social</i> ✓ <i>Tristeza</i> ✓ <i>Llanto</i> ✓ <i>No apreciado, no valorado</i> ✓ <i>Anhedonia-pares</i> ✓ <i>Queja somática</i> ✓ <i>Bajo mérito personal</i> ✓ <i>Abatimiento</i> ✓ <i>Daño a sí mismo</i> ✓ <i>Autoestima</i> ✓ <i>Irritabilidad</i> ✓ <i>Pesimismo</i> ✓ <i>Fatiga</i> ✓ <i>Autorreproche</i> ✓ <i>Dasaprobarse a sí mismo.</i> ✓ <i>Pena de sí mismo</i> ✓ <i>Cólera</i> ✓ <i>Reducción del habla</i> ✓ <i>Alteraciones del sueño</i> ✓ <i>Anhedonia-general</i> ✓ <i>Preocupación</i> ✓ <i>Queja somática</i> ✓ <i>Pérdida de interés</i> ✓ <i>Desordenes del apetito</i> ✓ <i>Desesperanza</i>	Puntuaciones obtenidas de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).	Cuantitativa	Intervalo

3.4 Plan de recolección de datos e instrumentos

Se contactó con las autoridades de la Institución, para pedir el permiso correspondiente de los adolescentes del nivel secundario, cuyas edades comprendían entre 13 a 17. Asimismo, se habló con los profesores de turno para su conocimiento de las encuestas en sus respectivas clases, determinándose las fechas de aplicación.

Antes de la aplicación, se repartió a los adolescentes el asentimiento informado, de estar de acuerdo firmaron. Luego, se explicaron las pautas necesarias para un adecuado desarrollo de las pruebas; entregándoles el material necesario para la evaluación.

Para cumplir con los objetivos de nuestra investigación, se utilizó tres instrumentos, la ficha sociodemográfica, la Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y la Adaptación psicométrica de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis (ACS).

a) Ficha de datos sociodemográficos

Para recabar información precisa sobre cada participante se empleó la ficha demográfica que contiene datos como edad, sexo, lugar de nacimiento, grado académico, ocupación, zona de procedencia. Además, de datos relacionados con la investigación, es decir, si existen antecedentes personales y/o familiares con respecto a la depresión. Con estos recabados, determinaremos con mayor claridad qué pruebas serían consideradas válidas. (ver ANEXO A).

b) Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR).

El EDAR es una de las pruebas más utilizadas para evaluar sintomatología depresiva en adolescentes. Realizada por William M. Reynolds. Tiene 2 versiones: La primera dirigida a adolescentes cuyas edades están comprendidas entre 13 y 18 años (Reynolds, 1987) y la segunda dirigida al rango de 11 y 20 años (Reynolds, 2002); ambas, mantienen el enunciado de los ítems, pero en la segunda se presenta cuatro sub-escalas. Esta prueba se elaboró teniendo en cuenta los síntomas que el DSM-III Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (American Psychiatric Association, 1980) establecía para la depresión mayor y la distimia, y los síntomas de

RDC - Research Diagnostic Criteria (Spitzar, Endicott y Robins, 1978) y Hamilton (1960,1967).

Puntuación y calificación

Consta de 30 ítems para medir los síntomas asociados con la depresión (motor-vegetativo, somática e interpersonal), evaluando los sentimientos acerca de ellos mismos. Cada ítem está compuesto por 4 sub-escalas, bajo el formato de respuesta de tipo Likert (1: casi nunca; 2: rara vez; 3: algunas veces; 4: casi siempre). Los ítems se puntúan de 1 a 4, excepto siete ítems que son inconsistentes con la depresión y se puntúan al revés (1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29). La puntuación total de la EDAR puede ir de 30 a 120 puntos, pero se debe tener en cuenta el punto de corte (por encima de 76 puntos); ya que, éste determinará puntajes mayores o menores al corte de sintomatología depresiva. Presentando cuatro dimensiones (Disforia, Anhedonia, Autoevaluación negativa y Quejas somáticas) y la existencia de seis ítems críticos (6, 14, 20, 26, 29, 30) que si son respondidos de 4 a más como positivo significa que el adolescente puede estar experimentando un nivel de sintomatología depresiva; correspondiente a *presencia de aislamiento social, daño a sí mismo, auto-desaprobación, preocupación, desórdenes del apetito y desesperanza*. Esta prueba, puede ser administrada de forma individual o colectiva. Y para evitar, la influencia en el estado de ánimo en los adolescentes, la escala no lleva como nombre “Depresión”, sino “sobre mí mismo” (ver anexo B).

Validez y confiabilidad

La fiabilidad (consistencia interna y test-retest) del EDAR varía entre 0.91 y 0.96 en muestras de adolescentes comunitarios y clínicos con diagnóstico de depresión (Reynolds, 1987, 2002). En la primera versión, la consistencia interna es de 0.92 y la fiabilidad test-retest es de 0.63 al año. En la segunda versión (Reynolds, 2002) la consistencia interna está comprendida entre 0.92 y 0.93, y la fiabilidad test-retest entre 0.85 y 0.89 a las dos semanas. En castellano, los valores encontrados de consistencia interna son de 0.81 y 0.89, y de fiabilidad test-retest de 0.82 y de 0.78. (Del Barrio et al., 1996; Figueras et al., 2001).

Confiabilidad en el Perú

El EDAR es un instrumento estandarizado, adaptado y validado en el Perú por Ugarriza y col. en el año 2002 en una muestra de 1 963 estudiantes secundarios, de colegios estatales y privados de Lima metropolitana. La consistencia interna fue

obtenida mediante el coeficiente alpha de Cronbach (1951) con un 0.87; mientras, que la confiabilidad determinada por el *método de división por mitades* es de 0.85 para la muestra total de estandarización, corregido por la fórmula de Spearman Brown.

En esta investigación para determinar la confiabilidad del instrumento, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, encontrándose puntajes altos para cada una de las dimensiones de depresión, así Disforia, Anhedonia, Autoevaluación negativa y Quejas somáticas tienen coeficientes mayores de 0.74 (ver Tabla N° 02).

Tabla N° 02
Confiabilidad por consistencia interna alfa de Cronbach EDAR en la muestra de estudio

DIMENSIONES DE LA DEPRESIÓN	Disforia	Anhedonia	Autoevaluación	Quejas Somáticas
Alfa de Cronbach	0.79	0.74	0.87	0.75

n = 112

c) Adaptación psicométrica de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis (ACS).

El ACS es una de las pruebas más utilizadas para evaluar estilos y estrategias de afrontamiento en los adolescentes. Es diseñado originalmente por Frydenberg y Lewis (1993) en Australia. Luego fue adaptada por Pereña y Seidedos (1995) en España.

Se aplica a adolescentes cuyas edades están comprendidas entre 12 y 18 años. Tiene 2 versiones que están en relación a la concepción del afrontamiento: Una general (Estrategias de afrontamiento con independencia del problema) y otra de corte específica (Las acciones del sujeto dependen de una situación específica); ambas mantienen el enunciado de los ítems, diferenciándose de manera parcial en la administración (instrucciones).

Puntuación y calificación

Consta de 80 ítems para medir conductas de afrontamiento, 79 de tipo cerrado y uno abierto al final. Evalúa 18 estrategias de afrontamiento (buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, auto inculparse, reservarlo para sí,

buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes y distracción física), con 3 estilos básicos de afrontamiento: Dirigido a la resolución de problemas, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo que se puntúa bajo el formato de respuesta de tipo Likert de cinco puntos: (1) *nunca lo hago*; (2) *lo hago raras veces*; (3) *lo hago algunas veces*; (4) *me ocurre a menudo* y (5) *me ocurre con mucha frecuencia* (Frydenberg, 1997).

La puntuación total de ACS se obtiene a partir de la suma de las escalas, que puede constar de 5, 4 o 3 ítems. Si se diera el caso, de encontrar un ítem en blanco se le pedirá al adolescente que complete la prueba; en el caso de una negativa, se puntúa con 3, para evitar una menor distorsión de los resultados. Luego, dichas puntuaciones totales son multiplicadas por el coeficiente que se encuentra en la hoja de respuesta, para luego ser expresadas en la hoja de perfil (ver anexo C).

Validez y confiabilidad

La validez de constructo se obtuvo a partir de un análisis factorial a través del método de componentes principales con rotación oblicua oblmin. Asimismo, se encontró que en la evaluación de los dos grupos de estudiantes (643 estudiantes en 1990 y 576 en 1992) hubo suficiente estabilidad en sus respuestas a los ítem. La fiabilidad del ACS, obtuvo puntajes en la versión general de 54 y 84, con una confiabilidad test-retest entre 44 y 84. En la segunda versión, la consistencia interna estuvo comprendida entre 62 y 87, y la fiabilidad test-retest entre 49 y 82. Asimismo, en la evaluación test- retest en las dos versiones presentan puntuaciones más moderadas que altas, en el que el 50% de los coeficientes son inferiores a 70.

Confiabilidad en el Perú

El ACS es un instrumento estandarizado, adaptado y validado en el Perú por Canessa, en el año 2002 en una muestra de 1 236 estudiantes de tercero, cuarto y quinto de secundaria, de colegios estatales y particulares. La validez de contenido se dio a partir de una adaptación lingüística que fue sometida a criterio de 10 jueces; aplicándose la fórmula del Coeficiente de Aiken. La validez de constructo fue obtenida a partir del análisis de ítems; teniendo en cuenta dos criterios: la correlación ítems- test corregido fuera mayor a 0.20, y que la presencia del ítem fuera inferior a 0.20, incrementado el coeficiente de alfa de Cronbach; obteniendo así valores significativos en todas las escalas, con una probabilidad mayor a 0.5; por lo que se puede concluir de todas las escalas son confiables. Cabe resaltar que en esta adaptación se realizaron modificaciones en la redacción de los ítems, obteniendo 80 ítems de tipo cerrado.

En esta investigación en cuanto a la confiabilidad del instrumento, se encontraron coeficientes de Alfa de Cronbach con puntajes bajos para cada uno de los estilos de afrontamiento, en donde los estilos resolver el problema, referencia a Otros y afrontamiento no productivo obtienen los coeficientes de 0.61, 0.74 y 0.58 respectivamente. Asimismo, se obtienen 10 estrategias con puntajes mayores a 0.60 y 8 estrategias menores a 0.56, como se puede observar en la tabla N°03.

Tabla N° 03

Confiabilidad por consistencia interna alfa de Cronbach ACS en la muestra de estudio

ÁREAS	
ESTILOS	
Resolver el Problema	.61
Referencia a Otros	.74
Afrontamiento no productivo	.58
ESTRATEGIAS	
Buscar apoyo social	.64
Concentrarse en resolver el problema	.68
Esforzarse y tener éxito,	.42
Preocuparse	.67
Invertir en amigos íntimos,	.73
Buscar pertenencia	.64
Hacerse ilusiones	.56
Falta de afrontamiento	.63
Reducción de la tensión	.49
Acción social	.50
Ignorar el problema	.47
Auto inculparse	.69
Reservarlo para sí	.64
Buscar apoyo espiritual	.54
Fijarse en lo positivo	.50
Buscar ayuda profesional	.74
Buscar diversiones relajantes	.34
Distracción física	.85

n = 112

3.5 Plan de análisis e interpretación de la información

- a) El análisis descriptivo de datos se realizó con una estadística descriptiva, con la finalidad de determinar las medidas estadísticas de tendencia central (frecuencia, media) y variabilidad (desviación estándar), en relación al afrontamiento y sintomatología depresiva en los adolescentes escolares.
- b) En el análisis inferencial, se utilizó el estadístico Kolmogorov- Smirnov para determinar la normalidad de la prueba en las variables evaluadas de

afrontamiento y sintomatología depresiva. Según los resultados se encontró una distribución no normal para ambos instrumentos.

- c) El análisis psicométrico determinó la confiabilidad de las pruebas administradas, a través del índice de consistencia interna Alfa de Cronbach.
- d) Para el análisis correlacional de las variables, se utilizó la Correlación de Rho de Spearman; ya que la ruta a seguir es el análisis no paramétrico.

3.6 Limitaciones

La naturaleza de este estudio es de corte transversal, lo cual nos dificultaría conocer la evolución de la sintomatología depresiva y la utilización de los diversos estilos y/o estrategias de afrontamiento en el desarrollo de los adolescentes a través del tiempo, como lo emplea el estudio de corte longitudinal.

Otra limitación que presenta esta investigación es el uso de instrumentos de auto-reporte, debido a que éstos no miden el nivel de deseabilidad social que podría presentarse por ser una población de tipo adolescente, confiándose así en la propia capacidad de auto-evaluación de los mismos.

Finalmente, el tamaño de la muestra estudiada no es un tamaño representativo, por lo que, no podría ser generalizada en una población.

3.7 Aspectos éticos

Para la aplicación de los cuestionarios se solicitó un consentimiento informado a los padres de familia de los adolescentes participantes, enviando en el diario de control el documento de consentimiento, en el cual se mostraba la información del estudio para la aprobación del mismo. Asimismo, se hizo la aclaración de que sus datos personales no aparecerán en la investigación ni será divulgado, pues se utilizarán códigos en lugar de nombres propios para identificar a los participantes en la base de datos. En relación a los escolares de nivel secundario se les explicó en qué consiste la investigación. Los que aceptaron participar firmaron el asentimiento informado que se les repartió ese mismo día de la aplicación.

Además, al finalizar el llenado de las encuestas se orientó a los estudiantes que si desean obtener más información sobre la depresión se pueden acercar al consultorio psicológico de la Institución, brindándoles así los horarios respectivos de atención.

Por otro lado, la base de datos es de uso exclusivo de los investigadores utilizando claves secretas para su manipulación. De esta forma se evitará que personas ajenas al estudio puedan ver cualquier información registrada.

CAPITULO IV: Resultados

A continuación se presentan los resultados de estudio en función a los objetivos planteados en la presente investigación. En primer lugar, se darán a conocer los resultados respecto a la sintomatología depresiva por medio de la administración de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), incluyendo la prevalencia según las variables sociodemográficas, así como las dimensiones, características e ítems críticos de la misma sintomatología. Luego, se describen los resultados en torno a la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS), respecto a los estilos, como a las estrategias de afrontamiento presentes en esta población. Finalmente, se presentan las correlaciones entre ambas variables.

4.1 Resultados sobre sintomatología depresiva en la muestra

Al analizar la prevalencia de la sintomatología depresiva y su relación con las demás variables sociodemográficas (Tabla N° 04), se encontró que el 13.4% de la población total presenta sintomatología depresiva, siendo un equivalente de 15 personas; considerándose en la variable sexo diferencias significativas entre los hombres y mujeres, ya que las mujeres presentan un índice alto de 21.1%, mientras que los varones presentan un índice de 5.5%.

En cuanto a la edad, encontramos que el grupo de 15 años reportó 9 casos con presencia de sintomatología depresiva, representando el 31.0%, seguido del grupo de 13 años con un reporte de 4 casos que equivale a 11.1%, y en menor porcentaje el grupo de 16 y 14, ambos con 1 caso equivalente a 4.3%; mientras que el grupo de 17 años no reportó caso alguno de depresión.

De acuerdo al lugar de nacimiento, se obtuvieron 13 casos con presencia de sintomatología depresiva pertenecientes a Lima-Callao equivalente al 13.4 %; mientras que se observaron 2 casos con una prevalencia de un 13.3 % de los estudiantes nacido en provincia.

Tabla N° 04

Prevalencia de la sintomatología depresiva, según variables sociodemográficos

Variable	Total	Casos	Prevalencia
Sexo			
Masculino	55	3	5.5%
Femenino	57	12	21.1%
Edad			
13 años	36	4	11.1%
14 años	23	1	4.3%
15 años	29	9	31.0%
16 años	23	1	4.3%
17 años	1	0	0%
Lugar de nacimiento			
Lima/Callao	97	13	13.4%
Otros	15	2	13.3%
General	112	15	13.4%

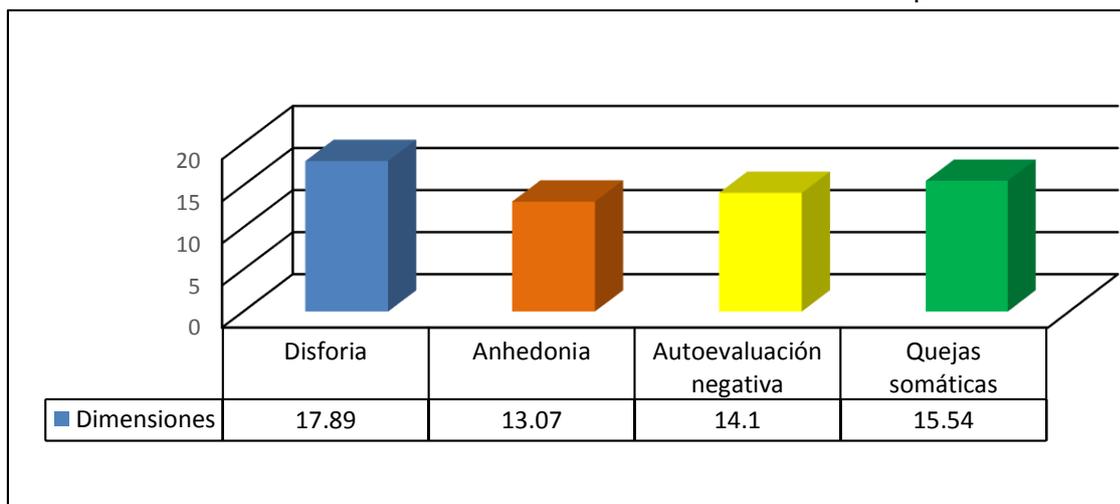
Según el lugar de procedencia del grupo de sintomatología depresiva (15 personas), los adolescentes que viven en AAHH reportaron 11 personas, teniendo mayor probabilidad de presentar sintomatología depresiva que los que viven en urbanización. Representando así, el lugar de procedencia un factor de riesgo para padecer de este mal.

En el caso de las variables de ocupación, antecedentes personales y familiares se obtuvo que de los 15 alumnos que presentan sintomatología depresiva, 14 no trabajan, 11 no tienen antecedentes personales y 12 no tienen antecedentes familiares.

Por otro lado, los resultados obtenidos de la sintomatología depresiva de los adolescentes entre 13 a 17 años que cursan estudios en una institución educativa se presentan teniendo en cuenta estadísticos como las medias y desviación estándar de los puntajes obtenidos por la muestra en relación a las dimensiones y sintomatología depresiva (30 ítems).

Como puede observarse en el gráfico N° 04 la muestra con respecto a las dimensiones más empleadas, señalan que los estudiantes hacen mayor uso de la dimensión disforia ($M=17.89$), seguido de quejas somáticas ($M=15.54$), y autoevaluación negativa ($M=14.10$); en menor proporción se halla la dimensión de anhedonia ($M=13.07$).

Gráfico N° 04: Promedios de la muestra de las dimensiones de Depresión



En la Tabla N° 05 se muestra la distribución de los resultados de acuerdo a las dimensiones de la depresión y de la sintomatología que lo conforma. En cuanto a la sintomatología depresiva, la más predominante por los estudiantes de la muestra, fue el síntoma de ansiedad escolar, correspondiente a la dimensión de disforia, seguido de ira, y con puntuaciones similares, preocupación y pérdida de interés; mientras que los síntomas con niveles bajos fueron autolesiones, disforia y anhedonia en general.

Tabla N° 05

Características de Depresión en la muestra: Medias y Desviación Estándar

Dimensiones y sintomatología depresiva	M	DE
Disforia		
Tristeza	2.20	0.92
Llanto	2.04	1.00
Soledad	2.25	0.96
Irritabilidad	2.14	0.87
Preocupación	2.45	0.90
Aislamiento social	1.99	0.95
Ansiedad escolar	3.19	0.84
Autocompasión	1.64	0.95
Anhedonia	1.59	0.88
Anhedonia en general	1.65	0.89
Anhedonia	1.56	0.63
Disforia	1.78	0.82
Baja autoestima	1.89	0.84
Reducción del habla	1.88	0.93
Trastornos de la alimentación	2.12	0.84
Autodesprecio		

Tabla 05. (continúa)

Dimensiones y sintomatología depresiva	M	DE
Autoevaluación negativa		
Desaliento	1.77	0.94
Autolesiones	1.41	0.79
Autodesprecio	1.60	0.84
Sentimientos de rechazo	1.67	0.81
Desprecio	1.89	0.93
Desesperanza	1.98	0.90
Autoreproche	1.91	0.94
Baja autoestima	1.88	0.86
Quejas somáticas		
Quejas somáticas	2.16	0.93
Quejas somáticas	1.91	0.80
Fatiga	2.38	0.85
Trastorno del sueño	1.82	0.98
Pérdida de interés	2.45	0.84
Ira	2.70	0.80
Pesimismo	2.13	0.98

n = 112

En relación a los ítems críticos, se identificó que los adolescentes que presentan sintomatología depresiva respondieron afirmativamente a estos ítems críticos de la Escala de Reynolds. En la tabla N° 06 se puede observar que el ítem crítico con mayor frecuencia fue el de preocupación con 11.6%, seguido del ítem de apetito (8.0%), autorreproches (7.1%), con igual porcentajes los ítems de aislamiento social y desesperanza (6.3%) y en último lugar las autolesiones (3.6%).

Tabla N° 06

Descripción de ítems críticos en la muestra de estudio.

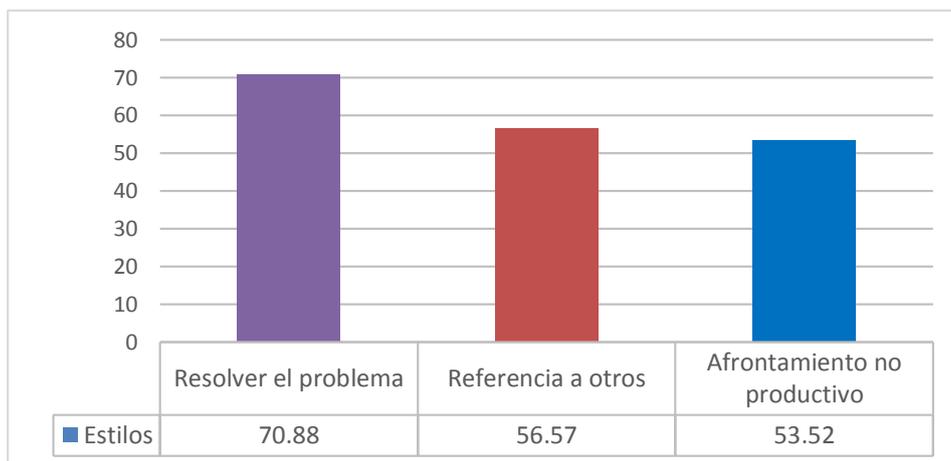
Ítems críticos	Si	%	No	%
Aislamiento Social	7	6.3	105	93.8
Desesperanza	7	6.3	105	93.8
Apetito	9	8.0	103	92.0
Preocupación	13	11.6	99	88.4
Autolesiones	4	3.6	108	96.4
Autoreproches	8	7.1	104	92.9

n=112

4.3 Resultados sobre afrontamiento en la muestra

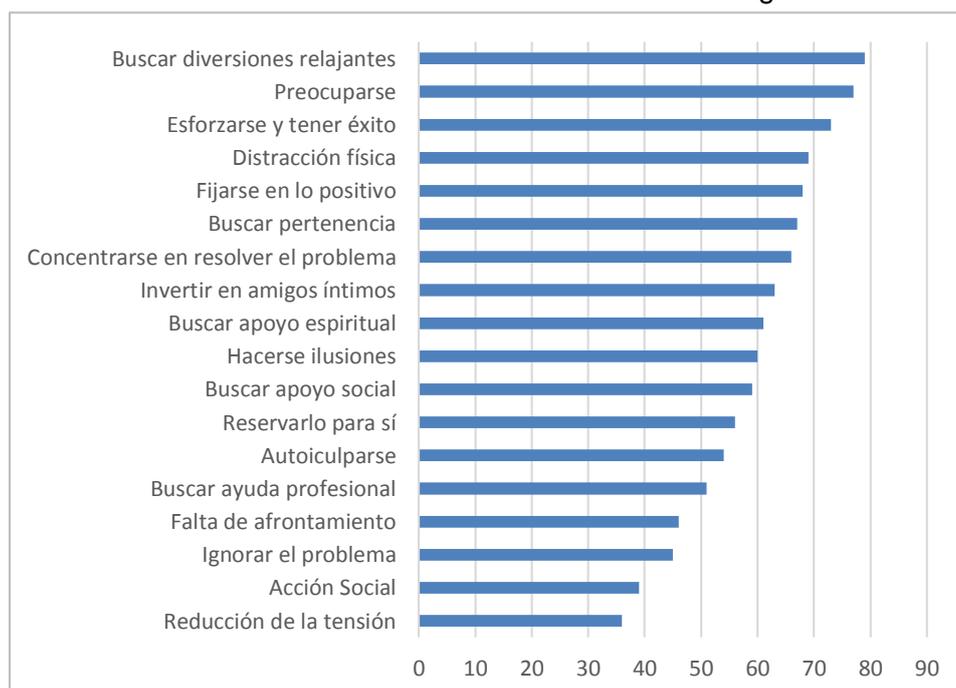
En el análisis de los estilos de afrontamiento, se realizó el cálculo inicial de la media y la desviación estándar para cada uno de ellos. Como puede observarse en el Gráfico N° 05, el estilo con mayor frecuencia utilizado en los participantes fue el de resolver el problema (M= 70.88), seguido por el estilo referencia a otros (M= 56.57), siendo el estilo afrontamiento no productivo el menos empleado (M=53.52).

Gráfico N° 05: Promedios de la muestra de acuerdo a los estilos de afrontamiento



En el gráfico N° 06, se observa los puntajes resultantes en las escalas de estrategias de afrontamiento del ACS. Se encontraron que las estrategias más empleadas por la muestra es el *buscar diversiones relajantes*, *preocuparse* y *esforzarse y tener éxito*; mientras que las estrategias menos utilizadas son *reducción a la tensión* y *acción social*.

Gráfico N° 06: Promedios de la muestra en relación a las estrategias de afrontamiento



En la Tabla N° 07 se evidencian los resultados de las estrategias de afrontamiento del ACS.

Tabla N° 07

Medias y Desviación Estándar de las Estrategias de Afrontamiento

Estrategias	M	DE
Resolver el problema		
Rp: Concentrarse en resolver el problema	65.89	13.45
Es: Esforzarse y tener éxito	72.82	13.69
Po: Fijarse en lo positivo	67.68	15.95
Dr: Buscar diversiones relajantes	78.69	15.59
Fi: Distracción física	69.31	24.43
Referencia a otros		
As: Buscar apoyo social	59.36	14.45
Ai: Invertir en amigos íntimos	62.57	19.66
Pe: Buscar pertenencia	66.75	13.64
So: Acción Social	38.71	10.80
Ae: Buscar apoyo espiritual	61.43	16.85
Ap: Buscar ayuda profesional	50.58	19.22
Afrontamiento no productivo		
Pr: Preocuparse	77.21	13.54
Hi: Hacerse ilusiones	60.29	13.99
Na: Falta de afrontamiento	46.36	13.79
Ip: Ignorar el problema	44.69	12.49
Rt: Reducción de la tensión	36.21	12.87
Re: Reservarlo para sí	56.29	16.16
Cu: Autoinculparse	53.62	16.26

n=112

4.4 Resultados de las correlaciones de las variables principales: Afrontamiento y Sintomatología depresiva

A continuación se presenta la correlación entre las variables principales, y el análisis del nivel de significación de las dimensiones de la sintomatología depresiva con los estilos de afrontamiento (Tabla N° 08)

Tabla N° 08

Correlación entre las dimensiones de la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento.

	Disforia	Anhedonia	Autoevaluación negativa	Quejas Somáticas
Resolver el problema	-.214*	-.544**	-.289**	-.077
Referencia a otros	-.148	-.198*	-.191*	-.037
Afrontamiento no productivo	.450**	.133	.452**	.598**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

n=112

Se puede observar en los siguientes resultados, la correlación entre el estilo de afrontamiento no productivo y las dimensiones de disforia, autoevaluación negativa y quejas somáticas, siendo éstas de carácter significativo. Por otro lado, una correlación negativa y significativa entre el estilo resolver el problema y la dimensión de anhedonia.

A continuación se mostrarán las correlaciones obtenidas entre las dimensiones de la sintomatología depresiva y las dieciocho estrategias de afrontamiento.

En la Tabla N° 09 se puede observar que existe una correlación altamente significativa entre la **dimensión de disforia** y algunas estrategias del afrontamiento improductivo (falta de afrontamiento, autoinculparse, reservarlo para sí, reducción de tensión e ignorar problema), y correlaciones negativas significativas con las estrategias direccionadas a resolver el problema (concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes, distracción física). La **dimensión de anhedonia** presenta una correlación significativa con las estrategias de falta de afrontamiento, reducción de tensión, autoinculparse y reservarlo para sí, y correlaciones negativas significativas con las estrategias de *buscar apoyo social, concentrarse en el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, hacerse ilusiones, fijarse positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física.*

La **dimensión de autoevaluación negativa** evidencia una correlación positiva significativa con las estrategias de autoinculparse, falta de afrontamiento, reducción de tensión, ignorar el problema y reservarlo para sí, y correlaciones negativas con las estrategias de *buscar apoyo social, concentrarse en el problema, esforzarse por tener éxito, preocuparse, buscar pertenencia, fijarse positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física.* Finalmente, **quejas somáticas** correlacionó de manera significativa

con las estrategias de falta de afrontamiento, autoinculparse, ignorar el problema, reducción de la tensión y reservarlo para sí, y de forma negativa significativa con la estrategias de esforzarse y tener éxito y buscar diversiones relajantes; y en menor grado de significancia con la estrategia de distracción física.

Tabla N° 09

Correlación entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones de la sintomatología depresiva.

	Disforia	Anhedonia	Autoevaluación negativa	Quejas Somáticas
Buscar apoyo Social	.000	-.260**	-.210*	-.024
Concentrarse en resolver el problema	-.256*	-.373**	-.365**	-.200
Esforzarse y tener éxito	-.251**	-.281**	-.441**	-.307**
Preocuparse	-.137	-.277**	-.289**	.007
Invertir en amigos íntimos	-.172	-.202*	-.043	-.037
Buscar pertenencia	-.153	-.371**	-.238*	-.018
Hacerse ilusiones	-.074	-.289**	-.153	.149
Falta de afrontamiento	.536**	.249**	.505**	.611**
Reducción de la tensión	.335**	.311**	.488**	.507**
Acción Social	.054	.001	.025	.105
Ignorar Problema	.246**	.150	.344**	.287**
Autoinculparse	.642**	.346**	.661**	.553**
Reservarlo para si	.403**	.256**	.305**	.335**
Buscar Apoyo Espiritual	-.082	-.169	-.185	.007
Fijarse Positivo	-.159	-.318**	-.225*	-.034
Buscar ayuda profesional	-.197*	-.130	-.137	-.095
Buscar diversiones relajantes	-.448**	-.377**	-.324**	-.274**
Distracción Física	-.398**	-.305**	-.334**	-.240*

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

n=112

Se realizó además la correlación entre los estilos de afrontamiento y la sintomatología asociada a la depresión. En la presente tabla se puede observar que el estilo **resolver el problema** guarda una correlación negativa significativa con las sintomatologías anhedonia, reducción del habla, baja autoestima, autodesprecio (I y II), tristeza, anhedonia en general y desesperanza; y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de disforia, soledad, desprecio y desaliento. El estilo **referencia a otros** estableció una correlación negativa significativa con tristeza, reducción del habla y anhedonia en general. Por último, el estilo **afrontamiento no productivo** se correlaciona de manera positiva y significativa con la mayoría de los síntomas

depresivos (disforia, sentimientos de rechazo, quejas somáticas, Tristeza, llanto, desprecio, desaliento, autolesiones, irritabilidad, pesimismo, baja autoestima, fatiga, autocompasión, ira, trastornos del sueño, preocupación, autoreproches, autodesprecio (II), pérdida de interés y desesperanza), y en menor grado de significancia con los síntomas de soledad y autodesprecio (I) (Ver tabla 10)

Tabla N° 10

Correlaciones entre los estilos de afrontamiento y la sintomatología asociada a la depresión.

	Resolver el problema	Referencia a otros	Afrontamiento no productivo
Disforia	-.233*	-.118	.261**
Ansiedad escolar	.043	.150	.022
Soledad	-.203*	-.174	.226*
Sentimientos de rechazo	-.187	-.095	.452**
Autodesprecio (I)	-.273**	-.090	.200*
Aislamiento Social	-.104	-.157	.135
Tristeza	-.247**	-.249**	.351**
Llanto	-.136	-.090	.418**
Desprecio	-.223*	-.172	.370**
Anhedonia	-.380**	-.162	-.089
Quejas somáticas	-.050	.031	.281**
Baja autoestima	-.297**	-.128	.186
Desaliento	-.205*	-.115	.317**
Autolesiones	-.132	-.030	.361**
Baja autoestima	-.174	-.128	.278**
Irritabilidad	-.047	-.170	.367**
Pesimismo	-.113	-.148	.403**
Fatiga	.014	.020	.303**
Autoreproches	-.097	-.110	.252**
Autodesprecio (II)	-.261**	-.127	.266**
Autocompasión	-.153	.000	.326**
Ira	.060	-.027	.366**
Reducción del habla	-.387**	-.252**	-.105
Trastornos del sueño	-.102	-.060	.385**
Anhedonia en general	-.396**	-.282**	-.054
Preocupación	-.179	-.078	.337**
Quejas somáticas	-.013	.067	.537**
Pérdida de interés	-.178	-.078	.409**
Trastornos de la alimentación	-.130	-.051	.078
Desesperanza	-.227**	-.129	.383**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

n=112

En la tabla N°11 se presentan las correlaciones entre las dieciocho estrategias de afrontamiento y la sintomatología depresiva, observándose en su mayoría, relaciones de carácter negativo y de grado significativo; con excepción de la estrategia de acción social (So), que no guarda ninguna correlación. La estrategia **buscar apoyo social** (As) se relaciona de manera negativa y significativa con las sintomatologías de tristeza (7- Tr), anhedonia (10-An), reducción del habla (23- Rh) y anhedonia en general (25-Ag); y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de aislamiento social (6-As), desprecio (9- De) y autodesprecio (20- Aud). **Concentrarse en resolver el problema** (Rp) se relaciona de forma negativa y significativa con las sintomatologías de sentimientos de rechazo (4- Sr), tristeza (7 –Tr), desprecio (9- De), baja autoestima (12- Ba), desaliento (13-D), autorreproches (19- Aur), reducción del habla (23- Rh), anhedonia en general (25-Ag) y pérdida de interés (28- Pi); y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de disforia (1-Di), soledad (3-So), autodesprecio (5-Au), anhedonia (10-An), autolesiones (14- A), irritabilidad (16-Ir), autodesprecio(20- Aud), trastorno del sueño (24- Ts), preocupación (26- Pr) y desesperanza (30- Ds).

La estrategia de **esforzarse y tener éxito** (Es) se relaciona de manera negativa y significativa con la sintomatología de sentimientos de rechazo (4- Sr), autodesprecio (5- Au), desprecio (9- De), baja autoestima (12- Ba), desaliento (13- D), autolesiones (14- A), irritabilidad (16-Ir), pesimismo (17- P), autodesprecio (20- Aud), autocompasión (21- Auc) y pérdida de interés (28- Pi); y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de ansiedad escolar (2- Ae), Llanto (8- LI), reducción del habla (23- Rh), preocupación(26- Pr) y desesperanza (30- Ds). **Preocuparse** (Pr) se relaciona de manera negativa y significativa con la sintomatología de autodesprecio (5-Au), desprecio (9- De), autodesprecio (20- Aud), reducción del habla (23- Rh) y anhedonia en general (25-Ag); y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de disforia (1-Di), tristeza (7 –Tr), anhedonia (10-An), baja autoestima (12- Ba), desaliento (13- D), baja autoestima (15- Bau) y autocompasión (21- Auc). De manera positiva y en menor grado de significancia se relaciona con ansiedad escolar (2-Ae).

La estrategia de **invertir en amigos íntimos** (Ai) se relaciona de manera negativa y significativa solamente con la sintomatología de anhedonia (10-An); y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de tristeza (7 –Tr), baja autoestima (15- Bau) y anhedonia en general (25-Ag). **Buscar pertenencia** (Pe) se relaciona de manera negativa y significativa con las sintomatologías de disforia (1-Di), tristeza (7 –Tr), anhedonia (10-An), autodesprecio (20- Aud) y anhedonia en general (25-Ag); y, en

menor grado de significancia con las sintomatologías de desprecio (9- De), baja autoestima (12- Ba), reducción del habla (23- Rh) y desesperanza (30- Ds). **Hacerse ilusiones** (Hi) se relaciona de manera negativa y significativa con la sintomatología de anhedonia (10-An), reducción del habla (23- Rh), anhedonia en general (25-Ag) y quejas somáticas (27- Qs); y, en menor grado de significancia con la sintomatología de autodesprecio (20-Aud).

Por otro lado, se encuentra que la estrategia **Falta de afrontamiento** (Na) se relaciona de forma positiva y significativa con las sintomatologías disforia (1-Di), soledad (3- So), sentimientos de rechazo (4- Sr), autodesprecio (5-Au), tristeza (7 -Tr), llanto (8- Ll), desprecio (9- De), quejas somáticas (11- Qs), desaliento (13- D), autolesiones (14- A), baja autoestima (15- Bau), irritabilidad (16-Ir), pesimismo (17-P), fatiga (18-F), autodesprecio (20-Aud), autocompasión (21-Auc), Ira (22-I), trastornos del sueño (24- Ts), preocupación (26- Tr), quejas somáticas (27- Qs), pérdida de interés (28-Pi), desesperanza (30- Ds); y, en menor grado de significancia con las sintomatologías de aislamiento social (6- As), baja autoestima (12- Ba) y autorreproches (19- Aur). **Reducción de la tensión** (Rt) se relaciona de forma positiva y significativa con la sintomatología de disforia (1-Di), sentimientos de rechazo (4- Sr), tristeza (7-Tr), Llanto (8-Ll), desprecio (9- De), quejas somáticas (11- Qs), baja autoestima (12- Ba), desaliento (13- D), autolesiones (14- A), baja autoestima (15- Bau), pesimismo (17-P), fatiga (18- F), autodesprecio (20- Aud), autocompasión (21- Auc), trastorno del sueño (24- Ts), preocupación (26- Tr), quejas somáticas (27- Qs), pérdida de interés (28-Pi) y desesperanza (30- Ds); y en menor grado de significancia con las sintomatología de autodesprecio (5-Au), irritabilidad (16-Ir) e Ira (22-I).

La estrategia **Ignorar el problema** (Ip) se relaciona de manera positiva y significativa con la sintomatología de sentimientos de rechazo (4- Sr), tristeza (7-Tr), desprecio (9- De), irritabilidad (16-Ir), pesimismo (17-P), quejas somáticas (27- Qs) y pérdida de interés (28-Pi); y, en menor grado de significancia con las sintomatología de disforia (1- Di), Llanto (8-Ll), autolesiones (14- A), baja autoestima (15- Bau), autorreproches (19- Aur), autodesprecio (20- Aud), autocompasión (21- Auc), preocupación (26- Pr) y desesperanza (30- Ds). **Autoinculparse** (Cu) se relaciona de manera positiva y significativa con la sintomatología de disforia (1-Di), soledad (3-So), sentimientos de rechazo (4- Sr), autodesprecio (5-Au), aislamiento social (6- As), tristeza (7 -Tr), Llanto (8-Ll), desprecio (9- De), baja autoestima (12- Ba), desaliento (13- D), autolesiones (14- A), baja autoestima (15- Bau), irritabilidad (16-Ir), pesimismo (17-P), fatiga (18-F),

autorreproches (19- Aur), autodesprecio (20-Aud), autocompasión (21-Auc), Ira (22-I), trastornos del sueño (24- Ts), preocupación (26- Tr), quejas somáticas (27- Qs), pérdida de interés (28-Pi), desesperanza (30- Ds); y, en menor grado de significancia con la sintomatología de quejas somáticas (11- Qs). La estrategia de **Reservarlo para sí** (Re) se relaciona de manera positiva y significativa con la sintomatología de disforia (1-Di), soledad (3-So), aislamiento social (6- As), tristeza (7 -Tr), Llanto (8-LI), desprecio (9- De), autolesiones (14- A), baja autoestima (15- Bau), irritabilidad (16-Ir), pesimismo (17- P), autodesprecio (20-Aud), autocompasión (21-Auc), Ira (22-I), pérdida de interés (28- Pi), trastorno de la alimentación (29-Ta) y desesperanza (30- Ds); y, en menor grado de significancia con la sintomatología de sentimientos de rechazo (4- Sr), desaliento (13- D) y trastornos del sueño (24- Ts).

Respecto a la estrategias restantes se encuentra que **Buscar apoyo espiritual** (Ae) se relaciona de manera negativa y significativa en menor grado con las sintomatologías reducción del habla (23- Rh) y anhedonia en general (25-Ag). **Fijarse en lo positivo** (Po) se relaciona de manera negativa y significativa con la sintomatología de autodesprecio (5-Au), baja autoestima (12- Ba), autocompasión (21-Auc) y reducción del habla (23- Rh); asimismo, en menor grado de significancia con las sintomatología de disforia (1-Di), Llanto (8-LI), desprecio (9- De), desaliento (13- D), autolesiones (14- A) y autodesprecio (20-Aud). **Buscar ayuda profesional** (Ap) se relaciona de manera negativa y significativa en menor grado con la sintomatología de tristeza (7 -Tr), anhedonia (10-An), irritabilidad (16-Ir), pesimismo (17-P) y reducción del habla (23- Rh). **Buscar diversiones relajantes** (Dr) se relaciona de manera negativa y significativa con la sintomatología de disforia (1-Di), soledad (3-So), tristeza (7 -Tr), Llanto (8-LI), desprecio (9- De), anhedonia (10-An), quejas somáticas (11- Qs), desaliento (13- D), autolesiones (14- A), baja autoestima (15- Bau), autodesprecio (20-Aud), autocompasión (21-Auc), trastornos del sueño (24- Ts), anhedonia en general (25-Ag), preocupación (26- Pr), desesperanza (30- Ds); asimismo, en menor grado de significancia con las sintomatología de sentimientos de rechazo (4- Sr), aislamiento social (6- As), pesimismo (17-P), reducción del habla (23- Rh), quejas somáticas (27- Qs) y trastorno de la alimentación (29- Ta).

Finalmente la estrategia de **distracción física** (Fi) se relaciona de manera negativa y significativa con la sintomatología de disforia (1-Di), soledad (3-So), Sentimientos de rechazo (4- Sr), tristeza (7 -Tr), Llanto (8-LI), desprecio (9- De), quejas somáticas (11- Qs), baja autoestima (12- Ba), desaliento (13- D), autolesiones (14- A), autodesprecio

(20-Aud), anhedonia en general (25-Ag), preocupación (26- Pr), perdida de interés (28- Pi) y desesperanza (30- Ds); y, en menor grado de significancia con las sintomatología de autodesprecio (5-Au), anhedonia (10-An), irritabilidad (16- Ir), reducción del habla (23- Rh) y quejas somáticas(27-Qs).

Tabla N° 11

Correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y la sintomatología asociada a la depresión.

	As	Rp	Es	Pr	Ai	Pe	Hi	Na	Rt	So	Ip	Cu	Re	Ae	Po	Ap	Dr	Fi
(1)Di	-.164	-.258*	-.134	-.216*	-.141	-.268**	-.114	,319**	,301**	-.029	,187*	,439**	,287**	-.057	-.231*	-.050	-.252**	-.251**
(2)Ae	.085	.143	,224*	,223*	-.077	.041	-.067	-.012	-.061	.078	-.099	.097	-.044	.140	.155	.090	-.040	-.121
(3)So	-.121	-.236*	-.183	-.150	-.143	-.181	-.106	,436**	.175	.006	.010	,454**	,267**	-.162	-.039	-.184	-.280**	-.261**
(4)Sr	-.061	-.286**	-.383**	-.053	.050	.024	-.008	,418**	,407**	.122	,293**	,471**	,189*	-.143	-.137	-.097	-.203*	-.279**
(5)Au	-.161	-.255*	-.337**	-.278**	-.027	-.175	-.127	,301**	,240*	.115	.175	,331**	.063	-.120	-.301**	-.061	-.174	-.217*
(6)As	-.202*	-.146	-.074	-.161	-.178	-.107	-.090	,210*	.058	.009	.129	,327**	,367**	-.076	-.145	-.179	-.197*	-.135
(7)Tr	-.253**	-.299**	-.145	-.214*	-.209*	-.245**	-.090	,462**	,267**	-.107	,257**	,520**	,278**	-.137	-.161	-.208*	-.459**	-.417**
(8)LI	-.081	-.134	-.214*	-.070	-.142	-.096	.025	,438**	,394**	.007	,196*	,496**	,275**	-.031	-.187*	-.143	-.377**	-.368**
(9)De	-.193*	-.288**	-.337**	-.314**	-.113	-.230*	-.162	,429**	,412**	-.035	,357**	,548**	,265**	-.149	-.221*	-.137	-.255**	-.325**
(10)An	-.307**	-.246*	-.118	-.195*	-.311**	-.428**	-.249**	.000	.054	.003	.088	.070	.176	.038	-.166	-.188*	-.413**	-.202*
(11)Qs	.009	-.021	-.079	.047	-.110	.020	.104	,354**	,338**	.041	.052	,203*	.168	.024	.035	.082	-.279**	-.244**
(12)Ba	-.177	-.342**	-.306**	-.218*	-.083	-.213*	-.172	,225*	,377**	-.017	.162	,308**	.158	-.124	-.243**	-.068	-.140	-.243**
(13)D	-.094	-.356**	-.370**	-.198*	.086	-.155	-.080	,441**	,435**	-.019	.161	,416**	,225*	-.135	-.229*	-.054	-.252**	-.309**
(14)A	-.081	-.235*	-.317**	-.152	.034	-.060	-.103	,465**	,434**	.071	,206*	,442**	,277**	-.051	-.213*	-.026	-.280**	-.281**
(15)Ba	-.171	-.162	-.159	-.229*	-.201*	-.122	-.095	,316**	,296**	-.040	,207*	,435**	,281**	-.094	-.130	-.107	-.266**	-.168
(16)Irr	-.066	-.234*	-.304**	-.075	.073	.000	-.051	,348**	,203*	.041	,274**	,437**	,366**	-.107	-.084	-.221*	-.184	-.198*
(17)P	-.133	-.193	-.292**	-.108	.067	-.107	-.121	,416**	,419**	.138	,265**	,553**	,311**	-.144	-.112	-.208*	-.206*	-.084
(18)F	-.044	-.035	-.176	.038	-.022	.003	.038	,265**	,309**	-.021	.136	,304**	.089	.118	-.004	-.038	-.088	-.003
(19)Aur	-.171	-.300**	-.178	-.105	.126	-.101	-.087	,236*	.182	.116	,186*	,413**	.134	-.107	.037	-.096	-.077	-.086
(20)Aud	-.228*	-.277*	-.374**	-.272**	-.080	-.296**	-.218*	,315**	,369**	.000	,239*	,462**	,273**	-.079	-.220*	-.090	-.261**	-.288**
(21)Auc	-.121	-.174	-.279**	-.222*	-.056	-.066	-.074	,386**	,410**	.175	,194*	,458**	,272**	-.016	-.261**	-.018	-.303**	-.162
(22)I	-.038	-.103	-.120	.113	-.015	.101	.097	,431**	,186*	.064	.072	,343**	,287**	.062	.054	-.118	-.080	-.120
(23)Rh	-.287**	-.325**	-.237*	-.269**	-.097	-.204*	-.357**	.076	.094	-.072	-.014	.110	.180	-.198*	-.314**	-.190*	-.216*	-.241*
(24)Ts	-.046	-.239*	-.183	-.053	.005	-.095	.120	,388**	,315**	.098	.183	,351**	,219*	-.027	-.102	-.096	-.254**	-.128
(25)Ag	-.357**	-.324**	-.141	-.324**	-.186*	-.256**	-.295**	.118	.124	-.052	-.008	.166	.123	-.231*	-.181	-.152	-.393**	-.309**
(26)Pr	-.078	-.276*	-.195*	-.124	-.112	-.124	.027	,386**	,262**	.058	,204*	,360**	.180	-.008	-.122	-.131	-.367**	-.277**
(27)Qs	.064	-.093	-.182	.058	-.090	.133	,310**	,459**	,397**	.140	,269**	,335**	.164	.060	.030	.053	-.234*	-.234*

(28)Pi	-0.055	-.333**	-.257**	-0.006	-0.019	-0.073	.026	,425**	,340**	-0.010	,253**	,398**	,290**	-0.066	-0.125	-0.083	-0.131	-.295**
(29)Ta	.010	-0.096	-0.073	-0.068	-0.047	-0.105	-0.017	-0.003	.159	.013	.115	.094	,264**	-0.033	-0.091	-0.083	-,198*	-0.044
(30)Ds	-0.136	-.233*	-.220*	-0.105	-0.080	-,191*	-0.017	,333**	,346**	-0.009	,212*	,497**	,245**	-0.063	-0.104	-0.093	-,296**	-,253**

** . La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* . La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

CAPITULO V: Discusión de Resultados

5.1 Discusión

En el presente estudio, se realizó un análisis de tipo correlacional entre las variables de sintomatología depresiva y afrontamiento en un grupo de escolares adolescentes del Callao, con el fin de describir cada una de las variables así como, determinar el nivel de relación de ambas.

Los hallazgos de esta investigación determinaron una relación estadísticamente significativa entre las variables de afrontamiento y sintomatología depresiva, siendo éstas en algunas ocasiones de carácter positivo y negativo, por lo que se podría inferir la influencia de una (afrontamiento) sobre la otra (sintomatología depresiva) o de manera inversa; siendo corroborado en las investigaciones de Benito, Aparicio y Briones (2000), Barra, Cerna, Kramm y Veliz (2006), Morales y Trianes (2010) y Obando (2011); a excepción de una investigación realizada por Gomez, Porras y Castro (2010) en población colombiana femenina en la que concluyeron que no existe una relación significativa entre estas dos variables.

Se puede evidenciar que el estilo de afrontamiento no productivo o improductivo guarda una relación positiva con tres de las cuatro dimensiones de la depresión (Disforia, Autoevaluación negativa y Quejas somáticas) y con las distintas sintomatologías (disforia, soledad, sentimientos de rechazo, autodesprecio, tristeza, llanto, desprecio, quejas somáticas, desaliento, autolesiones, baja autoestima, irritabilidad, pesimismo, fatiga, autoreproches, autocompasión, ira, trastornos del sueño, preocupación, pérdida del interés y desesperanza); por lo que a mayor uso del mismo, mayores son las posibilidades que los adolescentes experimenten sintomatología depresiva o presenten el cuadro clínico como tal; evidenciándose en la mayoría de las ocasiones una disminución del estado de ánimo, una visión negativa de su persona y afecciones que influyen en su salud física. Esto estaría relacionado directamente con la poca capacidad que tiene el adolescente para afrontar sus problemas (Obando, 2011).

Dentro de esta línea, se puede observar que todas las estrategias que se encuentran integradas dentro del estilo no productivo se relacionan de manera significativa con la existencia de síntomas depresivos en los adolescentes. Por lo que, la utilización de las mismas (*falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí*), generaría en los menores un menor ajuste psicológico y comportamientos más desadaptativos (Morales y Trianes, 2010).

Asimismo, al ser éstas estrategias de características pasivas, estarían relacionadas con un nivel bajo de bienestar y con dificultades en el equilibrio emocional (Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estéves 2005; Gonzales, Montoya, Casullo y Bernabeu, 2002). Por otro lado, en un estudio realizado por Fantín, Florentino y Carreché (2005), en el cual correlacionaron estas estrategias y la variable personalidad, concluyeron que la utilización de las mismas guardan relación con la presencia de labilidad emocional y cambios bruscos en la conducta de los adolescentes, ocasionando que éstos se perciban vulnerables frente a su medio y vivencien sentimientos de inseguridad frente a sus capacidades. Es importante destacar además, que la estrategia *reducción de la tensión*, en la cual el adolescente busca sentirse mejor a partir de actividades como: consumir alcohol, drogas, fumar, dormir o comer en exceso; es un aspecto que está presente de manera significativa en nuestra muestra y en las distintas investigaciones; pudiéndose comprobar que los adolescentes en el deseo de paliar sus preocupaciones y frente a situaciones que perciben como amenazantes recurren al consumo de drogas o alcohol (Calvete & Estévez, 2009). Observándose así, que el consumo del mismo, no solo representa un predecesor de la sintomatología depresiva, sino que se agrava cuando la depresión se ha estructurado como tal en el menor (Ingoldsby, Kohl & McMahan, 2006).

Un aspecto distinto ocurre con el estilo resolver el problema, el cual se asoció de manera inversa con la sintomatología depresiva; demostrando que el abordar una problemática teniendo en cuenta las opciones de solución, genera menores probabilidades o ausencia de sintomatología depresiva en los adolescentes; hecho que se puede corroborar en el estudio de Camara y Carlotto (2007), realizado en población brasileña y el cual sugiere que existe un mayor grado de bienestar cuando hay mayor presencia de estrategias activas de afrontamiento encaminadas a la resolución de los problemas. Se debe destacar, además, que el adolescente que analiza diferentes opciones de solución a sus problemáticas (*concentrarse en resolver el problema*), direcciona conductas hacia el logro sus metas (*esforzarse y tener éxito*), que opta por actividades de ocio, como la lectura y la pintura (*buscar diversiones relajantes*) u actividades deportivas (*distracción física*), evidenciaran en menor medida una disminución de su estado de ánimo, falta de disfrute de sus actividades diarias, valoración negativa de su persona y afecciones que mellen su salud física. Esta afirmación concuerda con lo encontrado en el presente estudio y en la investigación de Mikkelsen (2009), encontrándose en la muestra una mínima prevalencia de depresión, por lo que se puede asumir que los adolescentes que hacen uso de dichas estrategias estarían experimentando menor de desajuste a nivel emocional y mayor satisfacción con la vida.

Por otro lado, las estrategias de *búsqueda de ayuda social, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, buscar ayuda profesional, y en menor instancia buscar apoyo espiritual* guardaron una relación negativa significativa con la sintomatología depresiva, estando éstas enmarcadas dentro del estilo de referencia a otros, demostrando que la búsqueda de soluciones a través de la relación con sus pares o con personas que representa una imagen de autoridad y de referencia para el adolescente, generan un soporte emocional para hacer frente a las distintas dificultades que atraviesan a lo largo de su vida; y en consecuencia, menores posibilidades de presentar sintomatología depresiva. Asimismo, los estudiantes que hicieron uso de este estilo, evidenciaron de manera específica, menor riesgo de experimentar tristeza, falta de disfrute y reducción de su habla.

En relación al análisis de la sintomatología depresiva en la muestra, se encontró una prevalencia de 13.4% del total de la población evaluada, con un equivalente de 15 personas, en donde las mujeres obtienen el 21.1% y los varones el 5.5% que demuestra que los resultados obtenidos no son ajenos al estudio epidemiológico del INSM “HD-HN” en el año 2012, ya que en la provincia del Callao la prevalencia equivale a doce de cada cien adolescentes, con predominancia en el sexo femenino. Asimismo, en un estudio realizado en adolescentes que se atienden en el departamento de psicología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, reportaron resultados similares, donde la población femenina presentó una prevalencia del 22%, y los varones el 11%. (Arenas, S. 2009). En otro estudio, realizado en niños y adolescentes españoles, donde se buscó determinar los factores de riesgo para los trastornos conductuales, de ansiedad, depresivos y de eliminación, se encontró que ser mujer estaría relacionado con la presencia de trastornos depresivos. (Bragado C., Bersabe R. y Carrasco I, 1999). En relación a la variable edad, se observó que la edad de 15 años reportó 9 casos de sintomatología depresiva, seguida de la edad de 13 años con 4 casos, evidenciándose un mayor riesgo en estas edades del padecimiento del cuadro depresivo, observándose una relación de menos a más; por lo que es interesante mencionar el estudio realizado por Cajicas, N., Kahan E., Luzardo M. y Ugo M. (2010) en población estudiantil uruguaya, donde concluyeron que la depresión aumentaba con la edad y con el grado académico, asumiendo como posibles causales, la búsqueda de independencia familiar y las insuficientes esperanzas hacia su superación. Dicha explicación no distaría de la realidad que vivencia la muestra estudiada; teniendo en cuenta que el ambiente donde éstos se desarrollan ejerce de por sí demasiada presión cultural, con una visión poco alentadora hacia el futuro. Por otro lado, el lugar de procedencia estaría relacionado con mayor riesgo de presentar sintomatología depresiva, siendo los estudiantes de

Asentamientos humanos los que evidencian mayor porcentaje en comparación con los de urbanización. Los antecedentes personales y familiares de depresión, no actuarían como predictores o predisponentes de que un adolescente presente en un futuro sintomatología depresiva, sino que por el contrario se mostraría como un evento totalmente aislado al cuadro; aspecto que es cuestionable, dado la realidad clínica en la cual se cimienta el trastorno. Sin embargo, la falta de ocupación si estaría relacionado de manera significativa con la presencia de sintomatología depresiva, por lo que se podría asumir de manera inversa, que el trabajar actuaría como un factor que genere empoderamiento en el menor y una visión más positiva de su persona y de su futuro.

Asimismo, los adolescentes que presentan sintomatología depresiva, tienden a experimentar en mayor instancia disforia (*Tristeza, llanto, soledad, irritabilidad, preocupación, aislamiento social, ansiedad escolar y autocompasión*) y anhedonia (*Anhedonia en general, anhedonia, disforia, baja autoestima, reducción del habla, trastornos de la alimentación y autodesprecio*), dimensiones que mellan de manera significativa su salud socioemocional, generando una disminución en su nivel de funcionamiento global (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2014). Coincidiendo con el estudio de Ugarriza y Escurra (2002) en el cual consideran a ambos, síntomas principales de la depresión.

En cuanto a los síntomas más resaltantes en estos adolescentes, evidenciamos que existe mayores puntajes en los ítems “me preocupa el colegio” (ansiedad escolar) y “hay cosas que me molestan” (ira). Estos resultados son similares a los encontrados en población adolescente en colegios estatales y privados de Lima Metropolitana (Ugarriza et al., 2002) y podría deberse a algunos factores que se desencadenan en el colegio o que más bien se incrementan ahí. Encontrándose en otro estudio que a mayores niveles de ansiedad y menores niveles de atención selectiva se evidenciaban mayores niveles de sintomatología depresiva (Fernández y Gutiérrez, 2009). También determinamos puntajes altos en los ítems “me siento preocupado” (preocupación), “me siento aburrido” (pérdida de interés), “me siento cansado” (fatiga), “me siento solo” (soledad), “me siento triste” (tristeza), “me siento molesto” (irritabilidad) y “siento que la vida es injusta” (pesimismo), encontrando así que se relacionan de manera directa con variables que se refieren a la vida intrapersonal. Cabe resaltar que en este estudio el ítem “tengo ganas de hacerme daño” (autolesiones) presenta menor puntaje en la muestra; ya que pese a las amenazas a las que se encuentran vulnerables los adolescentes, la mayoría de ellos experimentan una etapa con madurez, bienestar físico y mental y con optimismo por la vida (Papalia et al., 2005). No obstante, es un síntoma que se debe tener en cuenta a la hora de realizar un diagnóstico.

Al analizar la variable afrontamiento en la muestra, se encontró que el estilo más empleado por esta población, fue el de Resolver el problema, y en menores porcentajes los estilos de Referencia a otros y el afrontamiento no productivo. Dicho hallazgo podría explicar la presencia mínima de sintomatología depresiva en esta muestra; por lo que se puede inferir, que a mayor uso de este estilo menor es el índice de depresión en los adolescentes; observándose congruencias con la investigación realizada por Obando (2011). El presente resultado es alentador, dado que nos muestra al adolescente, como sujeto activo de su propia realidad, haciendo uso de todos sus recursos para hacer frente a las vicisitudes de la vida; y siendo el mismo quien determine su estado emocional; y no necesariamente el medio que lo rodea.

Asimismo, se puede observar que las estrategias más utilizadas por los adolescentes fueron: buscar diversiones relajantes, preocuparse y esforzarse y tener éxito; mostrando coincidencias con las investigaciones realizadas en Lima por Araujo (2008), y Martínez y Morote (2001). Es necesario mencionar, que estas estrategias se encuentran enmarcadas dentro de los estilos de afrontamiento dirigido a la resolución de los problemas y afrontamiento improductivo, siendo éstas de características análogas. A partir de ello, se puede concluir que los adolescentes usualmente al abordar una dificultad, optan por actividades de ocio, u aquellas que estén encaminadas al logro de objetivos y metas; u en otros casos solo se remediarán hacia sí mismo, evidenciando temor e inseguridad; por lo que, hay que tener en cuenta que las acciones que asuman los adolescentes frente a los desafíos de la vida, van a ir previamente cargadas de un nivel alto de tensión (Martínez y Morote, 2001), por ello, éstos pueden terminar oscilando en mayor medida en el uso principalmente de estas estrategias. Los resultados no son ajenos a los encontrados por Figueroa, Contini, Lacunza, Levin y Estevez (2005) en población argentina y Veloso, Caqueo, Muñoz, Caqueo y Villegas (2010) en población chilena. Caso contrario sucede en un estudio realizado por González, Montoya, Casullo y Bernabéu (2002) en población española, por lo que se podría adjudicar al factor cultural y/o socio ambiental, influyente en la variación de los mismos, por lo que deberían ser objeto de cuestionamiento y análisis. Por otro lado, la utilización de las estrategias antes mencionadas no estarían limitadas a la etapa de la adolescencia, sino que podría extenderse en un siguiente periodo, y manifestarse de igual manera en la época universitaria; este hallazgo se puede comprobar en el estudio realizado en Uruguay por Scafarelli y García (2010).

5.2 Conclusiones

- Existen correlaciones negativas y positivas de carácter significativo entre las variables de sintomatología depresiva y afrontamiento.
- Se encontró mayor prevalencia de sintomatología depresiva en las mujeres y en los adolescentes pertenecientes a la edad de 15 años; actuando como población vulnerable al desarrollo de depresión.
- La disforia resultó la dimensión más empleada por los adolescentes; lo que puede significar un indicador de sintomatología depresiva.
- La sintomatología depresiva más predominante fue ansiedad escolar, debido a que los adolescentes presentan un mayor grado de preocupación en función al colegio.
- La prevalencia de sintomatología depresiva está asociado positivamente a los ítems críticos, presentando que los adolescentes en mayor instancia tienden a preocuparse, y en última instancia a recurrir a las autolesiones.
- Las estrategias de afrontamiento más empleadas por los estudiantes fueron buscar diversiones relajantes, preocuparse y esforzarse y tener éxito; a pesar de ser características análogas.
- Los adolescentes que emplean el estilo resolver el problema y de referencia a otros evidencian menor presencia de sintomatología depresiva; mientras que la presencia del estilo no productivo estaría relacionado de manera positiva con tres de las cuatro dimensiones de la depresión (disforia, autoevaluación negativa y quejas somáticas).

5.3 Recomendaciones

A continuación se presentan algunas referencias para próximas investigaciones:

- Desarrollar investigaciones en las que se puedan establecer relaciones entre las estrategias de afrontamiento, y otras variables de carácter psicopatológico o de desajuste en la etapa de la adolescencia, como son: ansiedad, dificultades conductuales, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras. Asimismo, su relación con otras variables que puedan actuar como factores protectores como son: autoestima, inteligencia emocional, ambiente familiar saludable, etc.

- Brindar psicoeducación a los padres y docentes en los colegios, a fin de que ellos puedan fomentar y fortalecer los estilos y estrategias de afronte saludable en los adolescentes.
- Implementar programas de tipo preventivo en estudiantes de nivel secundario, con presencia de sintomatología depresiva o que utilicen estrategias pertenecientes al estilo no productivo.
- Realizar investigaciones en población adolescente que abarque un mayor margen de muestra, a fin de que dichos resultados pueden ser más representativos y cercanos a la realidad de nuestro país.
- Proyectar investigaciones de diseño longitudinal, con el propósito de observar la variación, relación y evolución de las variables estudiadas en los adolescentes.

Referencias bibliográficas

- Asociación Americana de Psiquiatría [APA] (2014). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del DSM-5. 5a Ed. Arlington, VA, *Asociación Americana de Psiquiatría*.
- Araujo, E. (2008) Comunicación padres – adolescentes y estilos y estrategias de afrontamiento del estrés en escolares adolescentes de Lima. *Cultura*, 22, 227–246.
- Arenas, S. (2009) *Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes* (Tesis de licenciatura) Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú.
- Ávila, A., Jiménez, F. y González, M. (1996). Cap 6 Aproximación psicométrica a los patrones de personalidad y estilos de afrontamiento del estrés en la adolescencia. Perspectivas conceptuales y técnicas de evaluación. *Evaluación psicológica en el campo de la salud*. México: Paidós.
- Barra A. Cerna R., Kramm D. y Véliz V, (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en los adolescentes. *Terapia psicológica*, 24(1), 55-61.
- Beck, A., Rush J., Shaw B., Emery G. (2005). *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Desclee de Brouwer.
- 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.
- Bragado C., Bersabé R., 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. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/337.pdf>
- Caballo V. (2007). Manual para el tratamiento cognitivo- conductual de los trastornos psicológicos. *Siglo XXI de España*.1, 497-498.
- Cajicas, N., Kahan E., Luzardo M. y Ugo M. (2010). Depresión en estudiantes de enseñanza media pública, severidad, género y edad. Universidad de la República, Uruguay. 4(2)
- Calvete, E. y Cardeñoso, O. (2005) Gender Differences in Cognitive Vulnerability to Depression and Behavior Problems in Adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 33(2) 179 – 192.
- Camara S. y Carlotto M. (2007). Coping e gênero em adolescentes. *Psicología em Estudo*, Maringá, 12 (1), 87-93.
- Canessa, B. (2002). Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima metropolitana. *Persona*, 5, 191-233.

- Cassaretto, M. (2009) *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre – universitarios de Lima Metropolitana*. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de Psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 363-389.
- Fantín, M., Florentino, M. y Carreché, M. (2005). Estilos de personalidad y estrategias de afrontamiento en adolescentes de una escuela privada de la ciudad de San Luis Argentina. *Fundamentos en Humanidades* 6(11), 163 – 180.
- Fernández A. y Gutiérrez M. (2009). Atención selectiva, ansiedad, sintomatología depresiva y rendimiento académico en adolescentes. *Electronic journal of research in Educational Psychology*. 7(1) 49-76.
- Figueras A, Amador J y Perú M. (2008). Características psicométricas de la Reynolds Adolescent Depression Scale en población comunitaria y clínica. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 8(1): 247-266.
- Figuroa, M., Contini N., Lacunza A., Levin M y Estevez. (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.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent Coping. Theoretical and Research Perspectives*. Londres: Routledge.
- Galicia, I.X., Sánchez, A., y Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de la Psicología*. 25(2), 227-240. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/167/16712958005.pdf>
- Gómez, A., Porras, C., y Castro C. (2010) Relación de las estrategias de afrontamiento con los niveles de depresión en las adolescentes escolarizadas de Cundinamarca-Colombia. 2-43
- Gómez-Maquet, I. (2007) Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435 – 447.
- González, R., Montoya, I., Casullo, M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 363–368. Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/733.pdf>
- González, C., Ramos, L., Caballero, M., y Wagner, F. (2003). Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos. *Psicothema*, 15(4), 524- 532.
- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia [GPC] (2009) *Guía de Práctica Clínica sobre la Depresión Mayor en la Infancia y en la Adolescencia*. Plan de Calidad para el Sistema nacional de Salud: Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalía-t). Recuperado de <http://www.sergas.es/docs/Avalia-t/MemFinDepNi%C3%B1o.pdf>

- Hernández, R., Fernández, C. y Batista, P. (2006). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: McGraw-Hill Interamericana.
- Instituto Especializado de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi". (2002). Estudio epidemiológico metropolitano en Salud Mental: Prevalencia de sentimientos anímicos en la población adolescente de Lima Metropolitana y Callao. *Anales de Salud Mental*, 18, (1 y 2), 117-120.
- Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-Hideyo Noguchi" (2014) Estudio epidemiológico de salud mental en Lima rural 2007. *Anales de Salud Mental*, 24 (1)y(2), 183-186.
- Jiménez, L., Menéndez, S. y Hidalgo, M. (2008). Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia. *Apuntes de psicología*, 26(3), 427-440. Sevilla.
- Lazarus, R. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca S.A.
- Leyva R., Hernández A, Navas G. y Flores V. (2007). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45(3), 225-232.
- Martínez, P. y Morote, R. (2001) Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*, 19 (2), 211-236.
- McCrae, R., Costa, P., Terracciano, A., Parker, W., Mills, C., Fruyt, F., y Mervielde, I. (2002). Personality trait development from age 12 to 18: Longitudinal, cross-sectional, and cross-cultural analyses. *Journal of Personality and Social Psychology*. 83, 1456-1468.
- Meece, J. (2000). *Desarrollo del niño y del adolescente para educadores*. México: McGraw Hill.
- Mikkelsen (2009) *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de lima* (Tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima-Perú.
- Morales B y Chimal A. (2015) Afrontamiento del estrés en adolescentes estudiantes de nivel medio superior. *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*. Universidad Autónoma del Estado de México, (9), 10-19
- Morales F. y Trianes V. (2010) Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y adolescentes. *European Journal of Education and Psychology*, 3 (2), 275-286.
- Obando, R. (2011) *Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima* (Tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima-Perú.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (1992) *Clasificación de la CIE. Trastornos Mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Ginebra: Organización de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2001) *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los trastornos mentales y del comportamiento en niños y adolescentes*. Madrid: Médica Panamericana.

- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2012) *La depresión es una enfermedad frecuente y las personas que la padecen necesitan apoyo y tratamiento*. Recuperado de http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2012/mental_health_day_20121009/es/
- Organización Mundial de la Salud [OMS] (2014) *La OMS pide que se preste mayor atención a la salud de los adolescentes*. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/focus-adolescent-health/es/>
- Ott-VandeKamp, K. (2001) *A comparison study of depression, daily hassles, and social support in adolescents with and without intellectual disabilities* (Master's thesis). University of British Columbia Vancouver, Canada.
- Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). *Psicología del desarrollo Humano*. México: McGraw Hill.
- Quesada L. (2011). *Relación entre depresión, estrés y estresores en adolescentes gestantes bajo distintas condiciones de estado civil*. (Tesis de maestría en Psicología). Universidad Autónoma de nuevo leo, México.
- Rosselló J. y Berríos M. (2004). Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Revista Interamericana de Psicología*, 38(2): 295-302.
- Salotti, P. (2006). *Estudio sobre estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en una muestra de adolescentes de Buenos Aires*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Universidad de Belgrano, Buenos Aires. Recuperado de <http://repositorio.ub.edu.ar/handle/123456789/223>
- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3(1), 141-157. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/337/33730109.pdf>
- Sánchez, H. y Reyes, C. (1989). *Metodología y Diseño en la Investigación Científica*. Materiales Aplicados a la psicología, Educación y Ciencias Sociales: Lima
- Sanz J. y Vásquez C. (1995). *Trastornos del ánimo: teorías psicológicas*. Universidad Complutense de Madrid. 26-72.
- Scafarelli, L. y García, R. (2010). Estrategias de afrontamiento al estrés en una muestra de jóvenes universitarios Uruguayos. *Universidad Católica de Uruguay*.
- Soto, R. (2010). *Sintomatología depresiva y afrontamiento en pacientes con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura en Psicología). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima
- Thorsteinsson E, Sveinbjornsdottir S, Dintsi M y Rooke S (2013) Negative life events, distress, and coping among adolescents in Botswana. *Australian Journal of Educational & Developmental Psychology*. (13), 75-86

- Ugarriza N y Ecurra M. (2002). Adaptación Psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Revista. Persona* 5: 83-130.
- Vázquez C, Hervás G, Hernangómez L y Romero N. (2009). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. *Psicología Conductual*. Universidad Complutense de Madrid.18, 48.
- Vasquez F, Muñoz R y Becoña E. (2000). Depresión: Diagnostico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología conductual*. Universidad Santiago de Compostela de España. 8(3), 426.
- Veloso C, Caqueo W, Caqueo A, Muñoz Z y Villegas F. (2010) Estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Fractal: Revista Psicológica*, 22(1).

ANEXOS

ANEXO A: FICHA DE DATOS

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

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

1. Señala con una X , según el sexo que corresponda:
Masculino () Femenino ()

2. ¿Cuántos años tienes?

3. Lugar de nacimiento:
Lima () Provincia ()

4. Año de estudios: _____ de Secundaria

5. Zona de Procedencia
AA.HH () Urbanización ()

6. Ocupación: Trabaja
Si () No ()

7. ¿Ha recibido tratamiento para la depresión?

Si () No ()

8. ¿Alguno de tus familiares ha recibido tratamiento de depresión (papá, mamá y hermanos)?

Si () No ()

ANEXO B: Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (Ugarriza y Ecurra, 2002).

ESCALA DE DEPRESIÓN PARA ADOLESCENTES

**“Sobre mí mismo”
por William M. Reynolds**

A continuación te presentamos una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y marca el círculo que está debajo de las respuestas que mejor describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas.

	Casi nunca	Rara vez	Algunas veces	Casi siempre
1. Me siento feliz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Me preocupa el colegio	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Me siento solo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Siento que mis padres no me quieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Me siento importante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Siento ganas de esconderme de la gente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Me siento triste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Me siento con ganas de llorar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Siento que no le importo a nadie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Tengo ganas de divertirme con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Me siento enfermo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Me siento querido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Tengo deseos de huir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Tengo ganas de hacerme daño	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Siento que no les gusto a los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Me siento molesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Siento que la vida es injusta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Me siento cansado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Siento que soy malo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Siento que no valgo nada	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Tengo pena de mí mismo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Hay cosas que me molestan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Siento ganas de hablar con los compañeros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Tengo problemas para dormir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Tengo ganas de divertirme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Me siento preocupado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Me dan dolores de estómago	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Me siento aburrido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Me gusta comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Siento que nada de lo que hago me ayuda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO C: Adaptación psicométrica de la Escala de afrontamiento para Adolescentes de Frydenberg y Lewis (Canessa, 2002).

ESCALA DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES

Marca con una "X" en el recuadro según corresponda a tu manera de actuar frente a las problemáticas, teniendo en cuenta las siguientes opciones: A, B, C, D y E.

Nunca lo hago: A *Lo hago raras veces:* B *Lo hago algunas veces:* C
Lo hago a menudo: D *Lo hago con mucha frecuencia:* E

Nº	Items	A	B	C	D	E
1	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema.					
2	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema.					
3	Sigo con mis tareas como es debido.					
4	Me preocupo por mi futuro.					
5	Me reúno con mis amigos más cercanos.					
6	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan.					
7	Espero que me ocurra lo mejor.					
8	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada.					
9	Me pongo a llorar y/o gritar.					
10	Organizo una acción en relación con mi problema.					
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema.					
12	Ignoro el problema.					
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme.					
14	Guardo mis sentimientos para mí solo(a).					
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas.					
16	Pienso en aquellos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves.					
17	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo.					
18	Encuentro una forma de relajarme , como oír música , leer un libro , tocar un instrumento musical , ver la televisión , etc.					
19	Practico un deporte.					
20	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente.					
21	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades.					
22	Sigo asistiendo a clases.					
23	Me preocupo por buscar mi felicidad.					
24	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a).					
25	Me preocupo por mis relaciones con los demás.					
26	Espero que un milagro resuelva mis problemas					
27	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)					
28	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas.					

29	Organizo un grupo que se ocupe del problema					
30	Decido ignorar conscientemente el problema.					
31	Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas.					
32	Evito estar con la gente					
33	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas					
34	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas.					
35	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas.					
36	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades.					
37	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud.					
38	Busco animo en otras personas.					
39	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlo en cuenta.					
40	Trabajo intensamente (trabajo duro).					
41	Me preocupo por lo que está pasando.					
42	Empiezo, o si ya existe mejoro la relación con mi enamorado(a).					
43	Trato de adaptarme en mis amigos.					
44	Espero que el problema se resuelva por sí solo.					
45	Me pongo mal (me enfermo)					
46	Culpo a los demás de mis problemas.					
47	Me reúno con otras personas para analizar el problema.					
48	Saco el problema de mi mente.					
49	Me siento culpable por los problemas que me ocurren.					
50	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa.					
51	Leo la biblia o un libro sagrado.					
52	Trato de tener una visión positiva de la vida.					
53	Pido ayuda a un profesional.					
54	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan.					
55	Hago ejercicios físicos para distraerme.					
56	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él.					
57	Pienso en lo que estoy haciendo y porque lo hago.					
58	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo.					
59	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar.					
60	Trato de hacerme amigo(a) intimo(a) de un chico(a)					
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás					
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar.					
63	Cuando tengo un problema no sé cómo enfrentarlo					
64	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo.					
65	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo.					
66	Cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos.					
67	Me considero culpable de los problemas que me afectan					
68	Ante los problemas evito que otros sepan cómo me siento.					
69	Pido a Dios que cuide de mi					
70	Me siento contento(a) de cómo van las cosas					

71	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo.					
72	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para resolver mis problemas					
73	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema.					
74	Me dedico a mis tareas en vez de salir.					
75	Me preocupo por el futuro del mundo.					
76	Procuro pasar más tiempo con la persona que más me gusta salir.					
77	Hago lo que quieren mis amigos.					
78	Me imagino que las cosas van air mejor.					
79	Sufro de dolores de cabeza o de estómago.					
80	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas.					

ANEXO D:

Consentimiento para Padres de los estudiantes del nivel secundario

Se solicita su permiso para que su hijo/a participe en un estudio realizado por las investigadoras: Jennifer Vanessa Purisaca Moquillaza y Angélica Consuelo Cahahuanca Saez de la Universidad Católica Sedes Sapientiae. Su hijo/a ha sido seleccionado/a como participante para éste estudio, que es de condición voluntaria.

Si usted brinda el consentimiento para que su hijo/a participe en este estudio, y éste a su vez se ofrece como voluntario, le pediremos llenar un cuestionario que permitirá evaluar la asociación de la sintomatología depresiva y los estilos y/o estrategias de afrontamiento.

La participación en el estudio se llevará a cabo durante el horario de clases, previa coordinación con la institución educativa, con una duración de 18 minutos aproximadamente para la contestación de los cuestionarios.

No hay riesgos previstos o molestias para su hijo/a como consecuencia de la participación en la investigación y la evaluación de este estudio.

Usted puede retirar su permiso en cualquier momento y discontinuar la participación de su hijo/a sin sanción o pérdida de beneficios a los que usted o su hijo/a tienen derecho. Usted puede elegir si desea o no permitir que su hijo/a participe en este estudio. Si usted se compromete a permitir que su hijo/a participe en este estudio, usted puede retirar su permiso en cualquier momento sin consecuencias de ningún tipo. Usted no renuncia a ninguno de sus derechos legales o de su hijo/a si decide permitir que su hijo/a participe en este estudio de investigación.

Para reducir el riesgo de que alguien más vea los datos de estudio de su hijo/a, se tomarán medidas para garantizar la seguridad de los datos. Sólo el código identificador de estudio asignado a su hijo/a se asociará con los datos de él/ella.

Cualquier información que se obtiene en relación a la investigación y la evaluación de este estudio y que pueda identificar a su hijo se mantendrá confidencial. Será revelada solamente con su permiso o según lo requiera la ley. Sólo el personal clave y autorizado tendrá acceso a los datos y los códigos. Después que esta investigación sea terminada, los datos pueden ser guardados para la investigación por el investigador. La misma confidencialidad que aquí se garantiza se aplicará al almacenamiento.

Si usted tiene preguntas, comentarios o inquietudes sobre este estudio, por favor póngase en contacto con las investigadoras a los siguientes correos electrónicos y/o números telefónicos: Jennifer Vanessa Purisaca Moquillaza (jpurisaca@gmail.com / 987538934) y Angélica Consuelo Cajahuanca Saez (accs_9892@hotmail.com/ 993066084).

FIRMA DEL PADRE O TUTOR LEGAL

Fecha _____

Nombre del Estudiante

Nombre del Padre o Tutor Legal

Nombre y firma del investigador

Nombre y firma del investigador

ANEXO E:

Asentimiento informado para los estudiantes de secundaria de esta Investigación

El propósito de esta ficha de asentimiento es proveer a los estudiantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Jennifer Vanessa Purisaca Moquillaza y Angélica Consuelo Cajahuanca Saez de la Universidad Católica Sedes Sapientiae.

La meta de este estudio es determinar la asociación entre el afrontamiento y la depresión en adolescentes que se encuentran en el nivel secundario.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá completar unos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 18 minutos de su tiempo. Recuerda, que estas preguntas tratan sobre lo que tú crees. No hay preguntas correctas (buenas) ni incorrectas (malas).

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Se ha conversado con sus padres y/o tutores y ellos están al tanto de este asentimiento.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a los investigadores o de no responderlas.

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Jennifer Vanessa Purisaca Moquillaza y Angélica Consuelo Cajahuanca Saez. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es determinar la asociación entre afrontamiento y depresión en adolescentes que se encuentran en nivel secundario.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 18 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener alguna duda puedo plantear las preguntas referentes al estudio las veces que sea necesario.

Firma del participante del estudio

Fecha _____

Firma del investigador

Fecha_____.

Firma del investigador

Fecha_____.

ANEXO F:**Análisis de la Prueba de Normalidad**

Tabla N° 12

Prueba de Normalidad de Dimensiones de la Depresión

	Kolmogorov - Smirnov^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Disforia	.093	112	.018
Anhedonia	.115	112	.001
Autoevaluación negativa	.159	112	.000
Quejas somáticas	.094	112	.016

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla N° 13

Prueba de Normalidad de las Estrategias de Afrontamiento

	Kolmogorov - Smirnov^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Buscar Apoyo Social	.116	112	.001
Concentrarse en Resolver el problema	.120	112	.000
Esforzarse y Tener Éxito	.093	112	.019
Preocuparse	.162	112	.000
Invertir Amigos Íntimos	.082	112	.061
Buscar Pertenencia	.090	112	.026
Hacerse Ilusiones	.089	112	.031
Falta de Afrontamiento	.148	112	.000
Reducción Tensión	.149	112	.000
Acción Social	.099	112	.009
Ignorar Problema	.133	112	.000
Autoinculparse	.114	112	.001
Reservarlo Para Si	.160	112	.000
Buscar Apoyo Espiritual	.110	112	.002
Fijarse Positivo	.105	112	.004
Buscar Ayuda Profesional	.129	112	.000
Buscar Diversiones Relajantes	.116	112	.001
Distracción Física	.112	112	.001

a. Corrección de la significación de Lilliefors

Tabla N° 14

Prueba de Normalidad de los Estilos de Afrontamiento

	Kolmogorov - Smirnov^a		
	Estadístico	gl	Sig.
Resolver el problema	.061	112	.200*
Referencia a otros	.049	112	.200*
Afrontamiento no productivo	.074	112	.181

*p<0.05 Este es u un límite inferior de la significación verdadera
a. Corrección de la significación de Lilliefors

En relación a los resultados obtenidos en las pruebas de normalidad, se ha encontrado una distribución no normal tanto para las dimensiones de la depresión como para las estrategias de afrontamiento; mientras que, en los estilos de afrontamiento se encontró una distribución normal. Dado a la primacía de la distribución más empleada en las variables, determinamos que emplearemos una distribución no normal en nuestra investigación.

ANEXO G

Matriz de consistencia teórica y de consistencia

TITULO: Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes de una Institución Educativa del Callao			
Formulación del problema	Objetivos		Hipótesis
¿Existe relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario?	<p>Objetivo general Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una institución educativa estatal de la Provincia Constitucional del Callao.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Determinar la prevalencia de sintomatología depresiva en la muestra de estudio según las variables sociodemográficas. • Describir las dimensiones y características de la sintomatología depresiva más utilizadas por la muestra de estudio. • Describir los ítems críticos de la sintomatología depresiva en la muestra estudiada. • Identificar y describir los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizadas por la muestra de estudio. 		<p>H1: Existe una correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución Educativa Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.</p> <p>H0: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en escolares de nivel secundario de una Institución Educativa Estatal de la Provincia Constitucional del Callao.</p>
Diseño de investigación	Nivel de investigación	Tipo de investigación	Instrumentos
No experimental-Transversal	Correlacional	Sustantiva	<p>Ficha de datos socio-demográficos.</p> <p>Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)</p> <p>Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS</p>

Variables	Población, Muestra y Muestreo	Plan de Análisis de Datos
<p>Variable : -Afrontamiento</p> <p>Definición conceptual: -Afrontamiento: Son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales del ser humano que busca disminuir los eventos estresantes, según sea la interacción con el ambiente.</p> <p>Referencia Lazarus R. y Folkman S. (1986). <i>Estrés y Procesos cognitivos</i>. Barcelona: Martínez Roca.</p> <p>Dimensiones: -Estilos de afrontamiento dirigido a la resolución de problemas. -Afrontamiento en relación con los demás. -Afrontamiento improductivo.</p> <p>Definición operacional: Puntuaciones obtenidas de la adaptación de la Escala de Afrontamiento para adolescentes</p> <p>Variable: -Sintomatología depresiva</p> <p>Definición conceptual: es un <i>estado de ánimo deprimido</i> o una severidad de la sintomatología depresiva, que interfiere negativamente en las áreas (conducta, emoción, somática y cognitivo) de la persona (Reynolds, 1987 citado en Ott-VandeKamp, 2001, p.9).</p> <p>Referencia: Ott-VandeKamp, K. (2001) <i>A comparison study of depression, daily hassles, and social support in adolescents with and without intellectual disabilities</i> (Master's thesis). University of British Columbia Vancouver, Canada.</p>	<p>Población y muestra: La población de estudio está conformada por la totalidad de adolescentes que se encuentran cursando estudios de 2º a 5º de secundaria en la I.E. San Miguel, ubicada en el distrito Callao, reportando una cantidad de 137 alumnos.</p> <p>Muestreo: Se utilizó un muestreo no aleatorio intencional.</p> <p>Criterios de inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edades entre 13 a 17 años • De sexo femenino o masculino • Presentar firmado el consentimiento y asentamiento informado <p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> • Adolescentes fuera del rango de edad: menores de 13 años y mayores de 18 años. • Adolescentes que presenten el diagnóstico de depresión y estén en tratamiento. • Falta de datos: cuestionarios sin edad y/o sexo. • Cuestionario con seis o más omisiones en la escala del EDAR (invalida la prueba). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. El análisis descriptivo de datos se realizó con una estadística descriptiva, con la finalidad de determinar las medidas estadísticas de tendencia central y variabilidad, en relación al afrontamiento y sintomatología depresiva en los adolescentes escolares. 2. En el análisis inferencial, se utilizó el estadístico Kolmogorov- Smirnov para determinar la normalidad de la prueba en las variables evaluadas de afrontamiento y sintomatología depresiva. Según los resultados se encontró una distribución no normal. 3. El análisis psicométrico determinó la confiabilidad de las pruebas, a través del índice de consistencia interna Alfa de Cronbach. 4. Para el análisis correlacional de las variables, se utilizó la Correlación de Rho de Spearman; ya que la ruta a seguir es el análisis no paramétrico.

Dimensiones:

Sintomatología depresiva

Definición operacional:

Puntuaciones obtenidas de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)

Variables Sociodemográficas:

Sexo

Grado escolar

Edad

Variables controladas:

Edad

Sexo

Lugar de nacimiento

Grado de Instrucción

Distrito actual

Zona de procedencia

Ocupación

Antecedentes personales

Antecedentes familiares

MARCO TEORICO

Antecedentes	Bases Teóricas Principales	Marco Conceptual
<p>Internacionales</p> <p>Gomez A, Porras C. y Castro C. (2010) Relación de las estrategias de afrontamiento con los niveles de depresión en las adolescentes escolarizadas de Cundinamarca- Colombia. 2-43</p> <p>Barra A. Cerna R., Kramm D. y Véliz V, (2006). Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en los adolescentes. <i>Terapia psicológica</i>, 24(1), 55-61.</p> <p>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. <i>Revista de Psicopatología y Psicología Clínica</i>. 5 (1), 1-11.</p> <p>Veloso C, Caqueo W, Caqueo A, Muñoz Z y Villegas F. (2010) Estrategias de afrontamiento en adolescentes. <i>Fractal: Revista Psicológica</i>, 22(1).</p> <p>Morales B y Chimal A. (2015) Afrontamiento del estrés en adolescentes estudiantes de nivel medio superior. <i>Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria Universidad Autónoma del Estado de México</i>. (9), 10-19</p> <p>Morales F. y Trianes V. (2010) Estrategias de afrontamiento e inadaptación en niños y</p>	<p>Modelo transaccional Lazarus y Folkman</p> <p>Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). <i>Estrés y Procesos cognitivos</i>. Barcelona: Martínez Roca.</p> <p>Modelo cognitivo de la depresión</p> <p>Beck, A. (2005). <i>Terapia cognitiva de la depresión</i>. Bilbao: Editorial Desclee de Brouwer.</p> <p>Vázquez C, Hervás G, Hernangómez L y Romero N. (2010). Modelos cognitivos de la depresión: una síntesis y nueva propuesta basada en 30 años de investigación. <i>Psicología Conductual</i>. Universidad Complutense de Madrid (España).18 (1), 139-165.</p>	<p>Conceptualización de afrontamiento</p> <p>Afrontamiento en la adolescencia</p> <p>Conceptualización de sintomatología depresiva</p> <p>Conceptualización de adolescencia</p> <p>Sintomatología depresiva y afrontamiento en la adolescencia</p>

<p>adolescentes. <i>European Journal of Education and Psychology</i>, 3 (2), 275-286.</p> <p>Thorsteinsson. E, Sveinbjornsdottir S, Dintsi M y Rooke S (2013) Negative life events, distress, and coping among adolescents in Botswana. <i>Australian Journal of Educational & Developmental Psychology</i>. (13), 75-86.</p> <p>González, R., Montoya, I., Casullo, M., y Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. <i>Psicothema</i>, 14(2), 363–368. Recuperado de http://www.psicothema.com/pdf/733.pdf</p> <p>Figueroa, M., Contini N., Lacunza A., 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). <i>Anales de psicología</i>, 21 (1), 2</p> <p>Nacionales</p> <p>Obando R. (2011) <i>Sintomatología depresiva y afrontamiento en adolescentes escolares de Lima</i> (Tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica de Perú, Lima-Perú.</p> <p>Canessa, B. (2002) Adaptación psicométrica de las Escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. <i>Persona</i>, 5, 191 - 233.</p>	<p>Perspectivas teóricas sobre la adolescencia</p> <p>Papalia, D., Wendkos, S. y Duskin, R. (2005). <i>Desarrollo Humano</i>. (11ª edición). México: McGraw Hill.</p> <p>Meece, J. (2000). <i>Desarrollo del niño y del adolescente para educadores</i>. México: McGraw Hill.</p>	
---	--	--

<p>Martínez, P. y Morote, R. (2001) Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. <i>Revista de psicología de la PUCP</i>, 19(2), 211-236.</p> <p>Mikkelsen F.(2009) <i>Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento n un grupo de adolescentes universitarios de Lima</i> (Tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica de Perú</p> <p>Cassaretto, M. (2009) <i>Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre – universitarios de Lima Metropolitana</i>. (Tesis de Maestría). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima-Perú.</p> <p>Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H. y Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de Psicología. <i>Revista de Psicología de la PUCP</i>, 21(2),363-389.</p>		
---	--	--