



**Universidad Nacional Mayor de San Marcos**

**Universidad del Perú. Decana de América**

Facultad de Medicina

Unidad de Posgrado

Programa de Segunda Especialización en Medicina Humana

**" Tipificación y caracterización de los estilos y  
estrategias de afrontamiento de adolescentes con  
síntomas depresivos de la I.E. Abraham Valdelomar,  
Santa Anita 2007"**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN**

Para optar el Título de Especialista en Psiquiatría

**AUTOR**

Anthony Moisés VIDAL MIRANDA

**ASESOR**

Carlos Augusto ORDOÑEZ HUAMÁN

Lima, Perú

2008



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

## **Referencia bibliográfica**

---

Vidal A. Tipificación y caracterización de los estilos y estrategias de afrontamiento de adolescentes con síntomas depresivos de la I.E. Abraham Valdelomar, Santa Anita 2007 [Trabajo de Investigación]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Unidad de Posgrado; 2008.

---

**ASESOR**

**Dr. ORDOÑEZ HUAMÁN, Carlos**

Médico Asistente del Hospital “Hermilio Valdizán” y Profesor Principal del  
Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional  
Mayor de San Marcos

## **AGRADECIMIENTOS**

Al personal de médicos asistentes, residentes y personal administrativo y asistencial del Hospital “Hermilio Valdizán”, por su invaluable apoyo.

A las pacientes participantes en el presente trabajo de investigación, así como al director y plana docente de la I.E. Abraham Valdelomar por su colaboración desinteresada.

## **DEDICATORIA**

A mis padres, Carlos y Pilar, y a mi amigo Oscar por su constante estímulo y motivación.

A mi hermano Carlo Alessandro y mi novia Ana María por inspirarme a progresar y ser mejor en todos los ámbitos de mi vida.

## ÍNDICE

	<b>Página</b>
1. Resumen	8
2. Summary	10
3. Introducción	12
4. Planteamiento de la investigación	14
4.1. Planteamiento del problema	14
4.2. Marco Teórico	14
4.2.1. El afrontamiento y su importancia	14
4.2.2. El afrontamiento en los adolescentes	18
4.2.3. Los síntomas depresivos en los adolescentes	20
4.2.4. Los síntomas depresivos y el afrontamiento en los adolescentes	23
4.3. Justificación de la Investigación	24
4.4. Limitaciones de la Investigación	25
4.5. Hipótesis	25
4.6. Formulación de objetivos	26
4.6.1. Objetivo general	26
4.6.2. Objetivos específicos	26
5. Metodología:	27
5.1. Tipo de estudio	27
5.2. Área de estudio	27
5.3. Población de estudio	27
5.4. Procedimientos	28
5.5. Instrumentos	28
5.5.1. Escala de Afrontamiento para Adolescentes	28

5.5.2. Escala de Depresión para Adolescentes	33
5.6. Aspectos éticos	35
5.7. Análisis de datos	35
6. Resultados	37
7. Discusión	42
8. Conclusión	45
9. Recomendaciones	46
10. Referencias Bibliográficas	47
11. Anexos	53
11.1. Tablas	53
11.2. Gráficos	62
11.3. Escalas Psicométricas	68
11.3.1. Escala de Afrontamiento para Adolescentes	68
11.3.2. Escala de Depresión para Adolescentes	72



## **LISTAS DE TABLAS**

1. Tabla N° 1	53
2. Tabla N° 2	54
3. Tabla N° 3	55
4. Tabla N° 4	56
5. Tabla N° 5	57
6. Tabla N° 6	57
7. Tabla N° 7	58
8. Tabla N° 8	58
9. Tabla N° 9	59
10. Tabla N° 10	59
11. Tabla N° 11	60
12. Tabla N° 12	60
13. Tabla N° 13	61
14. Tabla N° 14	61

## **LISTAS DE GRÁFICOS**

1. Figura N° 1	62
2. Figura N° 2	63
3. Figura N° 3	64
4. Figura N° 4	65
5. Figura N° 5	66
6. Figura N° 6	67

## LISTAS DE ABREVIATURAS

<b>I.E.A.V.</b>	Institución Educativa Abraham Valdelomar
<b>CAS</b>	Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis
<b>EDAR</b>	Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds
<b>DR</b>	Buscar diversiones relajantes
<b>ES</b>	Esforzarse y tener éxito
<b>FI</b>	Distracción física
<b>PO</b>	Fijarse en lo positivo
<b>RP</b>	Concentrarse en resolver el problema
<b>AC</b>	Buscar apoyo espiritual
<b>AI</b>	Invertir en amigos íntimos
<b>AP</b>	Buscar apoyo profesional
<b>AS</b>	Buscar apoyo social
<b>PC</b>	Buscar pertenencia
<b>SO</b>	Acción social
<b>CU</b>	Autoinculparse
<b>HI</b>	Hacerse ilusiones
<b>IP</b>	Ignorar el problema
<b>NA</b>	Falta de afrontamiento
<b>PR</b>	Preocuparse
<b>RE</b>	Reservarlo para sí
<b>RT</b>	Reducción de la tensión
<b>DE</b>	Desviación estándar

## 1. RESUMEN

**Objetivo:** Determinar cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizados por los adolescentes de la Institución Educativa Abraham Valdelomar (IEAV) y cuál es su asociación con la presencia de síntomas depresivos.

**Material y métodos:** Se utilizó un diseño observacional, analítico, transversal, prospectivo. Mediante el uso de cuestionarios, se evaluó los tipos de estilos y estrategias de afrontamiento – según la escala de afrontamiento para adolescentes (CAS, *Coping Adolescents Scale*) -, y la presencia de síntomas depresivos – según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR)- en los adolescentes que cursaron el 3°, 4° y 5° de secundaria en la IEAV, durante el año 2007. Además se analizó el grado de asociación entre estas dos escalas.

**Resultados:** Se logró captar un total de 313 adolescentes (52.37% mujeres y 47.63% varones, de  $15.09 \pm 0.89$  años de edad). Entre los cuales, el estilo de afrontamiento más utilizado fue el de resolver el problema ( $71.80 \pm 12.08$  puntos CAS), seguido por referencia a otros ( $61.04 \pm 12.85$  puntos CAS) y por afrontamiento no productivo ( $53.48 \pm 9.14$  puntos CAS). Las estrategias mayormente utilizadas (“utilizadas a menudo” o “utilizadas con mucha frecuencia”) fueron: preocuparse (48.58% y 22.71%,  $76.89 \pm 15.85$  puntos CAS), diversiones relajantes (41.07% y 29.02%,  $76.26 \pm 18.27$  puntos CAS), esforzarse y tener éxito (56.15% y 7.26%,  $73.54 \pm 12.40$  puntos CAS), distracción física (29.65% y 32.49%,  $73.47 \pm 23.57$  puntos CAS) y fijarse en lo positivo (41.07% y 29.02%,  $69.61 \pm 16.69$  puntos CAS). El puntaje EDAR promedio fue de  $57.00 \pm 13.34$  puntos EDAR, lo que significó que sólo el 9.78% de los adolescentes presentó síntomas depresivos. Esta se encontró que estuvo asociada con las siguientes estrategias, cuando estas son “utilizadas a menudo” o “utilizadas con mucha frecuencia”: falta de afrontamiento ( $\tau b = 0.2270$ ,  $p = 0.0001$ ), reservarlo para sí ( $\tau b = 0.1786$ ,  $p = 0.0015$ ), autoinculparse ( $\tau b = 0.1780$ ,  $p = 0.0016$ ), hacerse ilusiones ( $\tau b = 0.1432$ ,  $p = 0.0109$ ),

reducción de la tensión ( $\tau b = 0.1229$ ,  $p = 0.0292$ ), y esforzarse y tener éxito ( $\tau b = -0.1468$ ,  $p = 0.0091$ ). Según el análisis de regresión el puntaje CAS puede ser predicho ( $R^2 = 0.2379$ ,  $p < 0.0001$ ) por los puntajes EDAR de las siguientes estrategias: reducción de la tensión ( $\beta = 0.15$ , IC95%: 0.05-0.25,  $p = 0.005$ ), falta de afrontamiento ( $\beta = 0.26$ , IC95%: 0.16-0.37,  $p < 0.001$ ) y autoinculparse ( $\beta = 0.12$ , IC95%: 0.04- 0.21,  $p = 0.006$ ); mientras que la presencia de síntomas depresivos puede ser predicha (pseud  $R^2 = 0.895$ ,  $p = 0.0001$ ) por el uso “a menudo” o “con mucha frecuencia” de las estrategias: falta de afrontamiento ( $\beta = 1.63$ , IC95%: 0.65-2.61,  $p = 0.001$ ) y reservarlo para si ( $\beta = 1.07$ , IC95%: 0.29- 1.85,  $p = 0.007$ ).

**Conclusiones:** El estilo de afrontamiento más utilizado fue resolver el problema; mientras que las estrategias más utilizadas fueron preocuparse, buscar diversiones relajantes, esforzarse y tener éxito, distracción física y fijarse en lo positivo. La frecuencia de síntomas depresivos fue del 9.78%, los cuales fueron asociados de manera independiente con las estrategias falta de afrontamiento, reservarlo para si, autoinculparse, hacerse ilusiones, reducción de la tensión, y esforzarse y tener éxito. Finalmente, la presencia de síntomas depresivos puede ser predicha por el uso “a menudo” o “con mucha frecuencia” de las estrategias falta de afrontamiento y reservarlo para si.

**Palabras clave:** Afrontamiento, síntomas depresivos, adolescentes

## 2. SUMMARY

**Aim:** Identify the styles and coping strategies most frequently used by adolescents of the Abraham Valdelomar Educational Institution (AVEI) and what is its association with the presence of depressive symptoms

**Method:** A observational, analytical, cross-sectional, prospective design was used. Using questionnaires, we assessed the styles and coping strategies - according to the Adolescent Coping Scale (CSA) -, and the presence of depressive symptoms - according to the Reynolds Adolescent Depression Scale (RADS) – adolescents who have completed the 3<sup>rd</sup>, 4<sup>th</sup> and 5<sup>th</sup> high school at the AVEI, during the year 2007. It also analyzed the degree of association between the two scales

**Results:** A total of 313 adolescents (52.37% female and 47.63% male,  $15.09 \pm 0.89$  years old) were included. Among them, the most used coping style was solve the problem ( $71.80 \pm 12.08$  points CSA), followed by reference to others ( $61.04 \pm 12.85$  points CSA) and non-productive coping ( $53.48 \pm 9.14$  points CSA). The strategies "used often" or "very often used" were concerned (48.58% and 22.71%,  $76.89 \pm 15.85$  points CSA), relaxing entertainment (41.07% and 29.02%,  $76.26 \pm 18.27$  points CSA), strive and succeed (56.15% and 7.26%,  $73.54 \pm 12.40$  points CSA), physical distraction (29.65% and 32.49%,  $73.47 \pm 23.57$  points CSA) and look at the positive (41.07% and 29.02%,  $69.61 \pm 16.69$  points CSA). The RADS average score was  $57.00 \pm 13.34$  points RADS, which meant that only 9.78% of adolescents had depressive symptoms. This was associated with the following strategies, as these are "often used" or "used most frequently": lack of coping ( $\tau = 0.2270$ ,  $p = 0.0001$ ), look for themselves ( $\tau = 0.1786$ ,  $p = 0.0015$ ), incriminate themselves ( $\tau = 0.1780$ ,  $p = 0.0016$ ), have no illusions ( $\tau = 0.1432$ ,  $p = 0.0109$ ), the reduction of tension ( $\tau = 0.1229$ ,  $p = 0.0292$ ), and strive and succeed ( $\tau = -0.1468$ ,  $p = 0.0091$ ). According to the regression analysis CSA scores can be predicted ( $R^2 = 0.2379$ ,  $p < 0.0001$ ) by the RADS scores of the

following strategies: reducing tension ( $\beta = 0.15$ , 95% CI 0.05-0.25,  $p = 0.005$ ), lack of coping ( $\beta = 0.26$ , 95% CI 0.16-0.37,  $p < 0.001$ ) and incriminate themselves ( $\beta = 0.12$ , 95% CI: 0.04-0.21,  $p = 0.006$ ); while the presence of depressive symptoms can be predicted (pseudo  $R^2 = 0.895$ ,  $p = 0.0001$ ) for the use "often" or "very often" strategies: lack of coping ( $\beta = 1.63$ , 95% CI 0.65-2.61,  $p = 0.001$ ) and reserve for themselves ( $\beta = 1.07$ , 95% CI: 0.29-1.85,  $p = 0.007$ ).

**Conclusions:** The most frequently used coping style was solve the problem, while the most used strategies were concerned, entertainment relaxing, strive and succeed, physical distraction and look at the positive. The frequency of depressive symptoms was 9.78%, which were independently associated with the coping strategies lack of coping, book for themselves, incriminate themselves, have no illusions, reduction of tension, and strive and succeed. Finally, the presence of depressive symptoms can be predicted by using "often" or "very often" of lack of coping strategies lack of coping and book for themselves.

**Key Words:** Coping, Depressive symptoms, adolescents

### 3. INTRODUCCIÓN

En líneas generales, el afrontamiento ha sido definido como el repertorio de respuestas que las personas emplean cuando se enfrentan con problemas que amenazan con afectar su equilibrio físico o emocional.<sup>1</sup> Debido a la importancia que tiene el saber enfrentar los acontecimientos estresantes, una serie de estudios han investigado cómo las personas suelen lidiar con el estrés, y cuáles son los efectos negativos de no desarrollar adecuadamente las estrategias de afrontamiento en la salud mental de los individuos.<sup>2</sup> Las estrategias de afrontamiento adquieren particular relevancia en la adolescencia, por ser esta la etapa de la vida en la que se suceden los principales cambios en la personalidad de los individuos, tales como, la definición de la identidad, la elección de pareja, de profesión o de trabajo, cambios que exigen a los jóvenes la puesta en marcha de variados recursos.<sup>3</sup>

Hoy en día la visión tradicional de la adolescencia como un periodo de caos y confusión ha sido dejada de lado, para dar paso a una mayor comprensión de la adolescencia como un intenso proceso de adaptación. Los adolescentes se enfrentan a un número considerable de tareas que deben cumplir en un tiempo relativamente corto; por esta razón, la adolescencia se constituye en un periodo clave en el que puede preverse la aparición de conductas de riesgo o malestar emocional.<sup>4</sup> Los individuos despliegan en la adolescencia gran parte del repertorio de estrategias con las que afrontará los diversos eventos de la vida adulta. El éxito durante esta etapa crucial de la vida muchas veces determina el éxito en la vida futura.<sup>5</sup>

Cuando los adolescentes son incapaces de afrontar sus problemas eficazmente, su conducta puede tener efectos negativos no sólo en sus propias vidas sino también en las de sus familias y en el funcionamiento general de la sociedad.<sup>6</sup> Una asociación negativa

que recientemente viene adquiriendo mayor importancia en la literatura es la asociación entre el afrontamiento y la depresión en los adolescentes.<sup>7, 8</sup> La depresión es de una de las enfermedades que mayor carga de enfermedad genera durante toda la vida y la adolescencia constituye un importante generador de la misma.<sup>9</sup> El hecho de que durante esta etapa tan crítica de la vida, el adolescente puede no desarrollar apropiadamente sus estrategias de afrontamiento y que ello, incremente la probabilidad de que se deprima es de hecho una hipótesis plausible.<sup>10, 11</sup> Lamentablemente a pesar de que esta hipótesis no es nueva, la heterogeneidad y complejidad de las estrategias de afrontamiento aún no ha permitido dilucidar por completo esta asociación.

Desde una perspectiva epidemiológico-preventiva, conocer cuáles son las características y los tipos de estilos y estrategias de afrontamiento que se asocian directa o indirectamente con depresión en los adolescentes, no sólo nos permitiría identificar un factor estratégicamente modificable, sino que a su vez, permitiría disponer de una herramienta muy útil para prevenir la aparición de cuadros de depresión mayor en la vida adulta.<sup>12</sup>

#### **4. PLANTEAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN**

##### **4.1. Planteamiento del problema**

- ✦ ¿Cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizados por los adolescentes de la Institución Educativa Abraham Valdelomar (IEAV) y cuál es su asociación con la presencia de síntomas depresivos?



## **4.2. Marco Teórico**

### **4.2.1. El afrontamiento y su importancia**

El concepto de afrontamiento fue formulado por Folkman y Lazarus en 1980, quienes lo definieron como “aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes para los recursos del individuo”.<sup>13</sup> Fridemberg y Lewis, en 1997, definieron el afrontamiento como aquellas estrategias conductuales y cognitivas desarrolladas por el individuo para lograr una transición y una adaptación efectivas a las demandas de su entorno.<sup>14</sup>

El afrontamiento hoy en día es entendido como el esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que aparecen y generan estrés.<sup>1</sup> El afrontamiento ayuda a los individuos a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de la vida estresantes y síntomas de enfermedad.<sup>15</sup> Este proceso actúa como regulador de la perturbación emocional. Si es efectivo, no se presentará dicho malestar, si no lo es, el individuo puede verse afectado en forma negativa, aumentando su riesgo de morbilidad tanto física como mental.<sup>16</sup>

El afrontamiento es un proceso complejo y, debido en parte a esta complejidad, aún no existe un consenso sobre qué comportamientos deberían ser incluidos en cada uno de los dominios o estilos de afrontamiento. A pesar de ello, algunas propuestas que conceptúan el afrontamiento como una serie de tipos y dimensiones de la personalidad – denominadas estilos y estrategias de

afrontamiento – poco a poco han cobrado mayor relevancia en la literatura médica internacional.<sup>1</sup>

Los estilos de afrontamiento son aquellas predisposiciones personales que utiliza un individuo para hacer frente a diversas situaciones estresantes y son los que determinarán el uso de determinadas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional. Por su parte, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos y específicos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes.<sup>16</sup> Fridemberg y Lewis propusieron la existencia de tres estilos de afrontamiento, estos son: i) “Resolver el problema”, que refleja la tendencia a abordar las dificultades de manera directa; ii) “Referencia hacia los otros”, que implica compartir las preocupaciones con los demás y buscar soporte en ellos; y, iii) “Afrontamiento no productivo”, que engloba la estrategias de afrontamiento disfuncional ya que estas no permiten encontrar una solución a los problemas, orientándose más bien a la evitación.<sup>17, 18</sup>

Según Fridemberg y Lewis, son 18 las estrategias de afrontamiento más importantes, las mismas que pueden agruparse en los tres estilos de afrontamiento antes descritos. El estilo “Resolver el problema”, comprende las estrategias: Buscar diversiones relajantes, esforzarse y tener éxito, distracción física, fijarse en lo positivo, concentrarse en resolver el problema. El estilo “Referencia a otros” comprende las estrategias: Buscar apoyo espiritual, invertir en amigos íntimos, buscar ayuda profesional, buscar ayuda social, buscar pertenencia y acción social. El último estilo, el “Afrontamiento no productivo” comprende las siguientes estrategias: Autoinculparse, hacerse ilusiones, ignorar el problema, falta de

afrontamiento, preocuparse, reservarlo para sí y reducción de la tensión.<sup>17</sup> Cada una de las estrategias de afrontamiento ha sido definida como sigue:

- 1). Concentrarse en resolver el problema.- Estrategia dirigida a resolver el problema estudiándolo sistemáticamente y analizando los diferentes puntos de vista u opciones. Ejemplo: “Dedicarme a resolver el problema poniendo en juego todas mis capacidades”.
- 2). Esforzarse y tener éxito.- Estrategia que comprende conductas que ponen de manifiesto compromiso, ambición y dedicación. Ejemplo: “Trabajar intensamente”.
- 3). Invertir en amigos íntimos.- Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo personal íntimo e implica la búsqueda de relaciones personales íntimas. Ejemplo: “Pasar más tiempo con la persona con quien suelo salir”.
- 4). Buscar pertenencia.- indica la preocupación e interés del sujeto por sus relaciones con los demás en general y, más concretamente, por lo que los otros piensan. Ejemplo: “Mejorar mi relación con los demás”.
- 5). Fijarse en lo positivo.- indica una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado de las cosas y considerarse afortunado. Ejemplo: “Fijarme en el aspecto positivo de las cosas y pensar en las cosas buenas”.
- 6). Buscar diversiones relajantes.- se caracteriza por la búsqueda de actividades de ocio y relajantes. Ejemplo: “Encontrar una forma de relajarme; por ejemplo oír música, leer un libro, ver televisión, tocar un instrumento musical”.
- 7). Distracción física.- se refiere a la dedicación al deporte, al esfuerzo físico y a mantenerse en forma. Ejemplo: “Hago ejercicios físicos para distraerme”.

- 8). Buscar apoyo social.- consiste en la inclinación a compartir el problema con otros y buscar apoyo para su resolución. Ejemplo: “Hablar con otros sobre mi problema para que me ayuden a salir adelante”.
- 9). Buscar apoyo profesional.- es la estrategia consistente en buscar la opinión de un profesional. Ejemplo “Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo”)
- 10). Acción social.- consiste en dejar que otros conozcan cuál es el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. Ejemplo: “Unirme a gente que tiene el mismo problema que yo”)
- 11). Buscar apoyo espiritual.- refleja una tendencia a rezar, a emplear la oración y a creer en la ayuda de un líder espiritual o Dios. Ejemplo: “Dejar que Dios se ocupe de mi problema”.
- 12). Preocuparse.- se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o, más en concreto, preocupación por la felicidad futura. Ejemplo: “Preocuparme por lo que está pasando”.
- 13). Hacerse ilusiones.- es la estrategia basada en la esperanza, en la anticipación de una salida positiva y en la expectativa que todo tendrá un final feliz. Ejemplo: “Esperar a que ocurra algo mejor”)
- 14). Falta de afrontamiento.- refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema y su tendencia a desarrollar síntomas psicósomáticos. Ejemplo: “No tengo forma de afrontar la situación”.
- 15). Ignorar el problema.- refleja un esfuerzo consciente por negar el problema o desatenderse de él. Ejemplo: “Saco el problema de mi mente”)

- 16). Autoinculparse.- incluye conductas que indican que el sujeto se ve como responsable de los problemas o preocupaciones que tiene. Ejemplo: “Me considero culpable de los problemas que me afectan”.
- 17). Reducción de la tensión.- refleja un intento por sentirse mejor y relajar la tensión. Ejemplo: “Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas”.
- 18). Reservarlo para sí.- refleja que el sujeto huye de los demás y no desea que conozcan sus problemas. Ejemplo: “Guardar mis sentimientos para mí solo”.

#### **4.2.2. El afrontamiento en los adolescentes**

La adolescencia es una etapa del desarrollo que se caracteriza por una gran variedad de cambios biológicos, psicológicos y sociales. Dada la magnitud de tales cambios y la todavía escasa experiencia vital de los adolescentes, muchos eventos vitales pueden adquirir un carácter estresante y tener diversos efectos nocivos para el adolescente, tanto desde el punto de vista emocional, como conductual e incluso físico.<sup>19</sup> Estos suelen manifestarse como problemas en el rendimiento escolar, incertidumbre respecto a su futuro, problemas familiares, presión social, problemas relacionados al uso del tiempo libre, problemas amorosos, problemas de autoestima y depresión.<sup>20-24</sup>

El comportamiento adolescente se encuentra inscrito dentro de un conjunto de tareas de desarrollo cuyo logro supone bienestar subjetivo y salud mental, las cuales según Peñaherrera son: la internalización de una nueva imagen corporal; el logro de la independencia económica, social y emocional de los padres; el logro de una identidad; la incorporación de un sistema de valores; la perspectiva de futuro y el desarrollo de una identidad psicosexual.<sup>25</sup> Frydenberg et al encontraron

que muchas de las conductas de riesgo tales como el consumo de drogas, promiscuidad sexual, violencia y trastornos de alimentación, responden a la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar sus preocupaciones.<sup>17</sup>

Desde el punto de vista de las estrategias de afrontamiento una serie de estudios han planteado que existen claras diferencias entre el uso de las estrategias de afrontamiento entre los adolescentes varones y las adolescentes mujeres. Según Fridemberg y Lewis, las mujeres adolescentes suelen buscar más apoyo social mientras y por lo general son más propensas a preocuparse en sus relaciones interpersonales y los conflictos con ellos, ellas además emplean más estrategias relacionadas al pensamiento positivo; mientras que los varones, por su parte, son más propensos a estresarse por cuestiones académicas, extracurriculares académicas y de ocio.<sup>17</sup> Según lo descrito por Phelps et al, las mujeres tienen a una apertura social y familiar, hacia la expresión de los sentimientos y la comunicación, y al uso de la fantasía cuando requiere afrontar sus problemas; mientras que los varones, tienden hacia la inhibición de sus emociones así como al desarrollo de su autonomía, incrementando el uso de estrategias evitativas de afrontamiento.<sup>26</sup> Igualmente, Halsted et al. encontraron que las mujeres adolescentes de su muestra empleaban la búsqueda de soporte social y el anhelar una solución como principales estrategias, mientras que los varones usaban más la anulaci3n.<sup>27</sup> En el Perú, Martínez y Morote, en su estudio sobre las preocupaciones y estilos de afrontamiento de adolescentes limeños, reportaron que las adolescentes mujeres presentan mayores preocupaciones en relación con su futuro, a sus amistades y respecto a la realidad nacional, mientras que los varones, se caracterizan por tener una mayor preocupación por su rendimiento escolar y por la familia, en particular por la economía familiar.<sup>4</sup>

En relación a la edad, Compas et al. señalan fuentes de estrés diferentes según grupos etáreos: los adolescentes tempranos (alrededor de los 13 años) consideran que la familia es la fuente de preocupación más intensa, los adolescentes medios (alrededor de los 15) señalan al grupo de pares como principal estresor y para los adolescentes tardíos (más de 17 años) las preocupaciones académicas y de futuro son las que generan mayor malestar.<sup>28, 29</sup> Esto concuerda con los resultados de la investigación de Martínez y Morote quienes encontraron que los adolescentes entre 13 y 15 años presentaban una mayor tendencia a preocuparse por su rendimiento escolar, por la familia y por los amigos con énfasis en los sentimientos de soledad y abandono; mientras que los adolescentes entre 16 y 18 años, mostraban una mayor preocupación por su futuro y por cuestiones personales.<sup>4</sup>

#### **4.2.3. Los síntomas depresivos en los adolescentes**

El estado depresivo es el conjunto de manifestaciones del humor que se caracterizan por un estado de ánimo triste y una pérdida de interés en actividades que antes causaban placer. En los niños y adolescentes este estado de ánimo se puede manifestar también como irritabilidad en lugar de tristeza; puede haber también alteraciones en el apetito o en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, disminución de las capacidades cognitivas, quejas frecuentes de malestares físicos y pensamientos acerca de la muerte o el suicidio.<sup>30</sup>

Estos síntomas depresivos se organizan en episodios depresivos provocando malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas

importantes de la actividad del individuo. Estos episodios no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos depresivos, comúnmente llamados depresión, al presentarse con patrones determinados.<sup>31</sup>

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales (DSM-IV-TR) el trastorno depresivo se describe como un periodo de al menos dos semanas en el que se da un estado de ánimo deprimido y una pérdida de interés en actividades que antes causaban placer.<sup>32</sup> En los niños y adolescentes este estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. La persona también debe experimentar al menos cuatro de los siguientes síntomas: alteraciones en el apetito, en el sueño, agitación o enlentecimiento psicomotor, pérdida de energía, sentimientos de minusvalía o culpa, disminución de las capacidades cognitivas y/o pensamientos recurrentes de muerte.<sup>32</sup> Lo más importante que debe rescatarse dentro de esta enfermedad es que estos síntomas constituyen una amenaza potencial para la vida si no son identificados y tratados a tiempo.<sup>33</sup>

Según el mismo DSM-IV-TR, los desórdenes depresivos son experimentados por el 10% de la población a lo largo de la vida.<sup>32</sup> Más aún, con una prevalencia global estimada del 2-4% en población general y de 6-8% en la atención primaria, la depresión es signada como una de las enfermedades con mayor cargas de enfermedad a nivel mundial.<sup>34</sup> Según estimaciones de la OMS, se espera que para el año 2020, si las actuales tendencias de transición demográfica y epidemiológica se mantienen, la depresión se convertirá en la segunda causa de morbilidad a nivel mundial.<sup>34</sup> Estas estimaciones demuestran claramente el gran reto de salud pública que significa la depresión como



enfermedad, y que de hecho, las perspectivas son aún muy sombrías. En el Perú, el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en el estudio epidemiológico realizado en Lima en el 2002 halló una prevalencia de 7% para los episodios depresivos en la población general.<sup>5</sup>

La depresión puede aparecer a cualquier edad; sin embargo, en los últimos años se ha observado un incremento en la incidencia del trastorno depresivo en personas menores de 20 años, lo que a su vez se ha relacionado con un aumento en el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas.<sup>35</sup> Asimismo, la depresión como problema de salud de la adolescencia, ha adquirido una creciente importancia a la luz del aumento de las tasas de suicidio en varios países.<sup>36, 37</sup> De igual manera, el incremento de otros problemas emocionales, conductuales y cognitivos como el consumo de alcohol, drogas, embarazo precoz, dificultades de aprendizaje entre otros, pueden estar relacionados con la sintomatología depresiva<sup>38</sup>; por esta razón es importante desarrollar estudios que permitan ampliar el marco teórico de este trastorno.

De acuerdo a la literatura aparentemente existe un notorio aumento de la prevalencia de depresión entre los niños y adolescentes.<sup>39</sup> Según lo descrito por Contreras et al, la prevalencia de depresión entre los adolescentes es de 4 a 8% a nivel mundial.<sup>40</sup> El estudio TADS (*Treatment for Adolescent with Depression Study* o Tratamiento de Adolescentes con Depresión), encontró que al menos 1 de cada 20 adolescentes presenta depresión.<sup>41</sup> En Lima, el Instituto de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi en el 2002, nos habla de un 9% de adolescentes entre 12 y 17 años con síntomas depresivos; el 29% de ellos presenta pensamientos de índole suicida.<sup>5</sup>

#### **4.2.4. Los síntomas depresivos y el afrontamiento en los adolescentes**

Lamentablemente, el origen de los trastornos afectivos en los niños y adolescentes es menos claro que en los adultos. Los estudios realizados en los últimos años apuntan hacia una etiología multicausal. González- Forteza et al. mencionan entre ellas una predisposición genética para la depresión, estresores cotidianos como la escuela, el ambiente familiar, el grupo de pares o la presencia de alguna enfermedad física.<sup>42</sup>

Asimismo, existe la teoría de la distorsión cognitiva según la cual el adolescente que responde al estrés con ideas negativas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro (tríada cognitiva) se deprimirá. Estas personas seleccionan la información negativa que refuerza su visión pesimista del mundo y de ellos mismos, tienden a pensar de modo dicotómico (todo o nada), a sobregeneralizar, exagerar, a identificar como catástrofes lo que ocurre y pensar que nada cambiará, tienen déficits en su autoevaluación atribuyendo sus éxitos al entorno y las fallas a ellos.<sup>43</sup>

Es importante no visualizar la sintomatología de la depresión como un aspecto normal del desarrollo del adolescente<sup>33</sup>. La depresión en estos menores constituye un desorden psicológico que si no es tratado puede persistir por meses o años y en sus formas más severas tener consecuencias amenazadoras para la vida. Diversas investigaciones señalan la relevancia de estudiar más profundamente el problema del estrés en los adolescentes, población altamente vulnerable a presentar diversas psicopatologías. Conocer cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento que usan estos menores resulta relevante, sobre todo

teniendo en cuenta que estos parecen estar directamente relacionados con la presencia de síntomas depresivos.

#### **4.3. Justificación de la investigación**

La salud física y mental son inseparables y su influencia es compleja y profunda, la enfermedad mental no es, ni debe ser vista, como un fracaso personal. Según el informe de la OMS sobre la salud en el mundo, una de cada cuatro personas padece de un trastorno mental a lo largo de su vida siendo la depresión la enfermedad con más prevalencia, lo cual supone una carga social y económica enorme. Por esta razón, la OMS recomienda dentro de las 10 acciones a tomar por el personal de salud, fomentar la realización de investigaciones que nos permitan tener un mayor conocimiento del problema para poder hacerle frente.

El estudio, tal como está planteado, es viable. El tema no ha sido trabajado en nuestro medio cruzando ambos constructos (afrentamiento y síntomas depresivos); de esta manera se considera importante dado que los hallazgos permitirán dar mayores alcances para los profesionales clínicos en el campo de la prevención primaria y secundaria y proporcionará mayores herramientas a los maestros de colegios secundarios, al conocer la realidad de sus alumnos.

Económicamente no representa mayores gastos, no se necesitan excesivos recursos humanos: 04 personas instruidas en la aplicación de los instrumentos serán suficientes (el autor de este proyecto será una de las personas que aplicará los instrumentos y será ayudado por tres psicólogas con experiencia en el trabajo con adolescentes y psicometría). Los sujetos para la recolección de datos serán ubicados en el nivel secundario del colegio Abraham Valdelomar de Santa Anita.

#### **4.4. Limitaciones de la investigación**

Todo diseño de estudio tiene limitaciones que pueden ser propias del diseño, por cuestiones logísticas o simplemente de interpretación o representatividad, el nuestro no es la excepción. Algunas de las limitaciones de este estudio ameritan mencionarse y tomarse en cuenta. De acuerdo a las clasificaciones de medicina basada en evidencia, el grado de evidencia de nuestro estudio es del nivel III y por ende su poder de recomendación corresponde a un nivel C, es decir, los resultados de este estudio, se limitan tanto en su validez como en su representatividad sólo a la I.E. Abraham Valdelomar, y no es correcto extrapolar nuestros resultados a otro centro educativo. Una de las principales limitaciones del estudio es el carácter descriptivo prospectivo del diseño, por lo que evidentemente podría traducirse en un potencial sesgo de recolección.

#### **4.5. Hipótesis**

- ✦ Algunas de las estrategias de afrontamiento constituyen predictores de la presencia de síntomas depresivos entre los adolescentes de la Institución Educativa Abraham Valdelomar (IEAV)

#### **4.6. Formulación de objetivos**

##### **4.6.1. Objetivo general:**

- ✦ Determinar cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizados por los adolescentes de la Institución Educativa Abraham Valdelomar (IEAV) y cuál es su asociación con la presencia de síntomas depresivos.

##### **4.6.2. Objetivo específico:**

- ✦ Determinar cuáles son los estilos y estrategias de afrontamiento más utilizados por los adolescentes de la Institución Educativa Abraham Valdelomar (IEAV)
- ✦ Conocer la prevalencia de síntomas depresivos clínicamente relevantes entre los adolescentes de la IEAV.
- ✦ Determinar cuál es el grado de asociación entre los estilos y estrategias de afrontamiento y la presencia de síntomas depresivos de los adolescentes de la IEAV.

## **5. METODOLOGÍA**

### **5.1. Tipo de estudio**

Según la clasificación de Méndez et al<sup>44</sup> es un estudio descriptivo, observacional, analítico, prospectivo.

### **5.2. Área de estudio**

El presente estudio se llevó a cabo en la I.E. Abraham Valdelomar, ubicada en la Av. 7 de Junio S/N- Urbanización los Ficus, en el distrito de Santa Anita, Lima-Perú. Dicha institución educativa constituye la más importante unidad escolar de este populoso distrito y durante el año electivo 2007, brindó educación a un total de 1492 estudiantes, de los cuales, 373 pertenecían a las secciones de 3°, 4° y 5° de secundaria, 105 en 3° de secundaria, 114 en 4° de secundaria y 154 en 5° de secundaria.

### **5.3. Población de estudio**

La población de estudio estuvo compuesta por todos los alumnos de 14, 15, 16 y 17 años de edad que cursaron el año escolar 2007 en la I.E. Abraham Valdelomar que dieron su asentimiento y cuyos padres accedieran a firmar el consentimiento informado para que sus hijos participaran en el estudio. En total se previó intervenir a los 373 alumnos, pero finalmente 32 tenían 13 años o menos, 1 tenía 18 años, en 19 casos no se pudo conseguir el consentimiento informado por parte de ambos padres y 4 adolescentes se negaron a participar, por lo que finalmente se incluyeron un total de 317 adolescentes.

#### **5.4. Procedimientos**

En primer lugar se estableció el contacto con la Dirección de la I.E. Abraham Valdelomar y se solicitaron todos los permisos correspondientes para poder acceder a la población de estudio. Luego, con dos semanas de anticipación y en coordinación con los profesores de aula, se procedió a obtener el consentimiento informado de los padres de familia de los alumnos de 3ro, 4to y 5to de secundaria. En todos los casos en los que ambos padres consintieron la participación de sus hijos en el estudio se procedió a solicitar a los adolescentes su asentimiento informado. Todos aquellos que finalmente accedieron a participar fueron intervenidos con los siguientes instrumentos: la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Fridenberg y Lewis (ACS), la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y una ficha sociodemográfica. El evaluador explicó aula por aula de manera acuciosa y extensiva la manera adecuada de completar los inventarios y permaneció en el aula mientras duró la evaluación para absolver cualquier duda al respecto del llenado de las mismas. Todos los datos obtenidos de cada adolescente fueron introducidos en una base de datos electrónica, para luego ser analizados por un experto estadístico contratado específicamente para tal efecto.

#### **5.5. Instrumentos**

##### **5.5.1. Escala de Afrontamiento para Adolescentes**

La *Adolescent Coping Scale* (ACS o Escala de afrontamiento para adolescentes) (Anexo 11.3.1), diseñada por Frydenberg y Lewis en 1990, adaptada y validada para su uso en adolescentes en Lima, de niveles socioeconómicos bajo, medio y alto, entre los 14 y 17 años, por Canessa et al (2002), es un inventario de autoreporte que permite a los jóvenes examinar sus propias conductas de

afrontamiento. Este instrumento permite evaluar con fiabilidad 18 escalas o estrategias de afrontamiento, las mismas que se agrupan en tres estilos básicos:

- i. “Resolver el problema”, que comprende las estrategias:
  - Buscar diversiones relajantes (Dr): Incluye elementos que describen situaciones de ocio y relajantes tales como la lectura o la pintura. (factor de corrección = x 7)
  - Esforzarse y tener éxito (Es): Se refiere a conductas de trabajo, laboriosidad e implicación personal. (factor de corrección = x 4)
  - Distracción física (Fi): Consta de elementos que describen la dedicación al deporte, el esfuerzo físico y mantenerse en forma. (factor de corrección = x 7)
  - Fijarse en lo positivo (Po): Se caracteriza por elementos que indican una visión optimista y positiva de la situación presente y una tendencia a ver el lado bueno de las cosas y a sentirse afortunado. (factor de corrección = x 5)
  - Concentrarse en resolver el problema (Rp): Es la estrategia que se dirige a abordar el problema sistemáticamente y que tiene en cuenta diferentes puntos de vista u opciones de solución. (factor de corrección = x 4)
- ii. “Referencia a otros”, que comprende las estrategias:
  - Buscar apoyo espiritual (Ae): Compuesto por elementos que reflejan una tendencia a rezar y a creer en la ayuda de Dios o de un líder espiritual. (factor de corrección = x 5)
  - Invertir en amigos íntimos (Ai): Se refiere al esfuerzo por comprometerse en alguna relación de tipo íntimo. (factor de corrección = x 4)



- Buscar ayuda profesional (Ap): Denota el uso de consejeros profesionales como un maestro o un psicólogo. (factor de corrección = x 5)
  - Buscar apoyo social (As): Incluye elementos que indican una inclinación a compartir el problema con los demás y conseguir ayuda para afrontarlo. (factor de corrección = x 4)
  - Buscar pertenencia (Pe): Indica un interés por las relaciones con los demás en general y más específicamente por lo que los otros piensan de uno. (factor de corrección = x 4)
  - Acción social (So): Se refiere al hecho de dejar que otros conozcan el problema y tratar de conseguir ayuda escribiendo peticiones u organizando actividades como reuniones o grupos. (factor de corrección = x 5)
- iii. “Afrontamiento no productivo” que comprende las estrategias:
- Autoinculparse (Cu): Incluye conductas que indican que el sujeto se ve como culpable o responsable de su problema o dificultad. (factor de corrección = x 5)
  - Hacerse ilusiones (Hi): Consta de elementos que están basados en la esperanza y la expectativa de que todo tendrá un final feliz. (factor de corrección = x 4)
  - Ignorar el problema (Ip): Agrupa los elementos que reflejan un esfuerzo consciente por negar el problema o desentenderse de él. (factor de corrección = x 5)
  - Falta de afrontamiento (Na): Se compone de elementos que reflejan la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema. (factor de corrección = x 4)

- Preocuparse (Pr): Se caracteriza por elementos que indican temor por el futuro en términos generales o más en concreto preocupación por la felicidad futura. (factor de corrección = x 4)
- Reserva para sí (Re): Está representada por elementos que indican que el sujeto tiende a aislarse de los demás y a impedir que conozcan sus preocupaciones. (factor de corrección = x 5)
- Reducción de la tensión (Rt): Se caracteriza por elementos que reflejan el intento por sentirse mejor mediante acciones que reduzcan la tensión. (factor de corrección = x 4)
- Buscar pertenencia (Pe): Indica un interés por las relaciones con los demás en general y más específicamente por lo que los otros piensan de uno. (factor de corrección = x 4)

La escala ACS consta de un total de 80 preguntas de tipo cerrado que se evalúan en una escala Likert de 5 puntos (1. No me ocurre nunca o no lo hago; 2. Me ocurre o lo hago raras veces; 3. Me ocurre o lo hago algunas veces; 4. Me ocurre o lo hago a menudo; 5. Me ocurre o lo hago con mucha frecuencia). La puntuación de cada estrategia es obtenida según el puntaje acumulado obtenido según la suma de todos sus ítems, el mismo que luego es ajustado según su factor de corrección de acuerdo al siguiente cuadro:

**Cuadro 1.** Ítems y factor de corrección de cada estrategia de la escala de afrontamiento para adolescentes

<b>Dimensiones (Estilos)</b>	<b>Indicadores (Estrategias)</b>	<b>Ítems</b>	<b>Factor de corrección</b>
Dirigido a la resolución del problema	Buscar diversiones relajantes	18, 36, 54	X 7
	Esforzarse y tener éxito	03, 22, 40, 58, 74	X 4
	Distracción física	19, 37, 55	X 7
	Fijarse en lo positivo	16, 34, 52, 70	X 5
	Concentrarse en resolver el problema	02, 21, 39, 57, 73	X 4
Referencia a otros	Buscar apoyo espiritual	15, 33, 51, 69	X 5
	Invertir en amigos íntimos	05, 24, 42, 60, 76	X 4
	Buscar apoyo profesional	17, 35, 53, 71	X 5
	Buscar apoyo social	01, 20, 38, 56, 72	X 4
	Buscar pertenencia	06, 25, 43, 61, 77	X 4
	Acción social	10, 11, 29, 47, 65	X 5
Afrontamiento no productivo	Autoinculparse	13, 31, 49, 67	X 5
	Hacerse ilusiones	07, 26, 44, 62, 78	X 4
	Ignorar el problema	12, 30, 48, 66	X 5
	Falta de afrontamiento	08, 27, 45, 63, 79	X 4
	Preocuparse	04, 23, 41, 59, 75	X 4
	Reservarlo para sí	14, 32, 50, 68	X 5
	Reducción de la tensión	09, 28, 46, 64, 80	X 4

Los pasos a seguir para la corrección del ACS son los siguientes:

- Obtener la puntuación total para cada escala, sumando los puntos obtenidos en cada uno de los ítems correspondientes de que consta la escala, y anotarla en la casilla de puntuación total.
- Si algún sujeto ha dejado algún ítem en blanco se le pedirá que complete la prueba y si ello no es posible se puntuará ese ítem como tres porque ello implica menor distorsión de los resultados que dejarlo en blanco y, por lo tanto, valorarlo con un cero. Si el sujeto ha dejado dos ó más elementos en blanco en una escala, se debe dejar dicha escala sin valorar.

- Las respectivas puntuaciones totales se multiplicarán por el coeficiente indicado en el cuadro 1.
- Las puntuaciones ajustadas serán interpretadas como sigue: a) 20-29 puntos = estrategia no utilizada; b) 30-49 puntos = estrategia utilizada raras veces; c) 50-69 puntos = estrategia que se utiliza algunas veces; d) 70-89 puntos, Estrategia que se utiliza a menudo; e) 90-105 puntos = estrategia que se utiliza con mucha frecuencia.

### **5.5.2. Escala de Depresión para Adolescentes**

Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) (Anexo 11.3.2), adaptado y validado para adolescentes de Lima Metropolitana por Ugarriza y Escurra (2002). La EDAR es una prueba de fácil aplicación desarrollada para evaluar la sintomatología depresiva en adolescentes entre los 13 y 18 años de edad, aunque puede ser usado en personas fuera de este rango de edades. Permite determinar los niveles clínicos relevantes de la sintomatología depresiva en adolescentes y es útil para identificar a las personas que denotan depresión dentro de las poblaciones escolares. Además, se le considera como una herramienta de recolección de datos para la investigación de la relación de la depresión con otros constructos.

La escala contiene 30 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cuatro alternativas. Requiriendo entre cinco a diez minutos para completar el cuestionario. El adolescente debe elegir y marcar la alternativa con cuyo contenido se siente más identificado. Los ítems están escritos en tiempo presente para identificar síntomas actuales. El formato de respuesta evalúa la frecuencia de los síntomas que son psicopatológicamente positivos del desorden depresivo. De los

30 ítems, siete son inconsistentes con la depresión: 1, 5, 10, 12, 23, 25 y 29. Estos reactivos se califican de modo inverso, es decir la respuesta “casi nunca” recibe un puntaje de 4; “rara vez”: 3 puntos; “algunas veces”: 2 puntos y “casi siempre”: 1 punto.

La selección de ítems se basó en la sintomatología delineada del DSM-IV para la depresión mayor y desórdenes distímicos, en ambas versiones para niños y adultos. Para evitar la posibilidad de influir en el estado de ánimo de los evaluados, la escala no lleva el título de “depresión”, sino “sobre mí mismo”. Es suficiente indicar que la EDAR es un cuestionario diseñado para evaluar los sentimientos de los adolescentes acerca de ellos mismos y de cosas en general.

El instrumento mide la sintomatología actual del desorden depresivo tanto motor-vegetativa, somática e interpersonal. El formato de respuesta de la EDAR evalúa la frecuencia de ocurrencia o la duración de cada síntoma específico, siendo similar a la usada para medir la depresión en el adulto. Se debe identificar al adolescente cuyo puntaje directo se encuentra por encima de 76, que permite la descripción del nivel clínico relevante de la sintomatología depresiva en los adolescentes.

En esta aproximación un puntaje de corte de más de 76 será utilizado para operacionalizar un nivel clínico relevante de sintomatología depresiva. La validación clínica del puntaje de corte fue probada rigurosamente en dos investigaciones, cuyos resultados fundamentan el uso de este puntaje de corte para distinguir entre adolescentes deprimidos de los que no lo están (Reynolds, 1987).

Los ítems críticos de la EDAR son aquéllos que discriminan a los adolescentes deprimidos desde un punto de vista clínico y de aquellos que no lo son. Los ítems críticos son el 6, 14, 20, 26, 29 y el 30.

Seis o más omisiones en un protocolo, respuestas inconsistentes a los pares de ítems 1- 7 y 9- 12, así como respuestas que siguen un mismo patrón invalidan un protocolo de la EDAR.

### **5.6. Aspectos éticos**

De acuerdo a las normas internacionales de investigación la información se procedió a la obtención del consentimiento informado por parte de ambos padres y el asentimiento informado por cada uno de los adolescentes incluidos en el estudio. Así mismo toda la información obtenida de los sujetos de estudio fue confidencial e *in estricto* manejada sólo por el investigador, el mismo que fue el encargado de salvaguardar en todo momento el anonimato de los pacientes. El anteproyecto del estudio fue revisado y aprobado por el comité de evaluación de tesis de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

### **5.7. Análisis de datos**

Para efecto del análisis de los datos se utilizó el paquete estadísticos STATA™ versión 9.1 (*Statacorp, Texas, USA*). Las variables cualitativas fueron resumidas según su frecuencia relativa y su frecuencia acumulada (%a), mientras que las variables cuantitativas fueron resumidas según su distribución. Previo al análisis de la distribución de las variables numéricas se utilizó el *test de Shapiro-Wilks* considerando la distribución como paramétrica o normal si el valor de  $p$  es  $\geq 0.05$  y no paramétrica si el valor de  $p$  es  $< 0.05$ , según este análisis las variables de distribución

normal fueron resumidas con su media  $\pm$  desviación estándar y las de distribución no normal según su mediana  $\pm$  rango intercuartílico. Finalmente se compararon las características y tipos de los estilos y estrategias de afrontamiento – obtenidas según la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Fridenberg y Lewis – entre aquellos adolescentes con depresión, tomando como referencia el puntaje acumulado según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds y un punto de corte de 76 puntos o más versus 75 puntos o menos. Para medir la fuerza de la relación lineal entre ambas escalas se calculó el correspondiente coeficiente de correlación. Dado que nuestras variables de interés son variables cuantitativas se calculó el coeficiente  $r$  de Pearson. Finalmente se procedió a modelar por regresión lineal multivariada, el puntaje acumulado obtenido según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds en función del puntaje obtenido por la Escala de Afrontamiento para Adolescentes de Fridenberg y Lewis, la edad del adolescente y su sexo. En cada caso se consideró un valor de  $p < 0.05$  como punto de corte para rechazar las hipótesis nulas del estudio.

## 6. RESULTADOS

*Sobre las características sociodemográficas de los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E.A.V., año 2007.*- Las principales características sociodemográficas de interés se resumen en la Tabla 1. Durante el estudio se lograron intervenir un total de 317 adolescentes, de los cuales 70 (22.08%) pertenecían al tercer año, 100 (31.55%) al cuarto año y 147 (46.37%) al quinto año de secundaria. El 52.37% de los pacientes eran de sexo femenino y el 47.63% restante de sexo masculino. El promedio de edad de la población de estudio fue de 15.09 años  $\pm$  una desviación estándar (DE) de 0.89 años de edad, siendo la mayoría (65.93%) adolescentes entre los 14 y 15 años de edad (Figura 1).

*Sobre el perfil de estilos y estrategias de afrontamiento de los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E.A.V., año 2007.*- Los principales parámetros de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes se resumen en la Tabla 2. De acuerdo a nuestros resultados el estilo más utilizado por los adolescentes es el estilo de resolver el problema ( $71.80 \pm 12.08$  [media  $\pm$  desviación estándar] puntos CAS), seguido por referencia a otros ( $61.04 \pm 12.85$  puntos CAS) y por afrontamiento no productivo ( $53.48 \pm 9.14$  puntos CAS) (Figura 2). Entre las estrategias para resolver el problema las más utilizadas fueron buscar diversiones relajantes ( $76.26 \pm 18.27$  puntos CAS), esforzarse y tener éxito ( $73.54 \pm 12.40$  puntos CAS), distracción física ( $73.47 \pm 23.57$  puntos CAS), seguidas en menor medida por fijarse en lo positivo ( $69.61 \pm 16.69$  puntos CAS) y concentrarse en resolver el problema ( $66.14 \pm 16.21$  puntos CAS) (Figura 3). Entre las estrategias de afrontamiento con referencia a otros las más utilizadas fueron buscar pertenencia ( $67.01 \pm 15.29$  puntos CAS), invertir en amigos íntimos ( $65.20 \pm 18.45$  puntos CAS), buscar apoyo espiritual ( $64.36 \pm 16.45$  puntos CAS) seguido en menor medida por buscar ayuda social ( $58.38 \pm 17.81$  puntos CAS) y buscar ayuda profesional ( $56.79 \pm 21.77$  puntos CAS) (Figura 4). Entre las estrategias de afrontamiento no productivo las más utilizadas fueron preocuparse ( $76.89 \pm 15.85$  puntos CAS) y hacerse



ilusiones ( $61.96 \pm 14.27$  puntos CAS), seguidas en menor medida por reservarlo para sí ( $56.24 \pm 16.86$  puntos CAS), autoinculparse ( $51.29 \pm 16.60$  puntos CAS), autoinculparse ( $51.29 \pm 16.60$  puntos CAS), ignorar el problema ( $45.64 \pm 14.62$  puntos CAS), falta de afrontamiento ( $44.84 \pm 14.54$  puntos CAS) y reducción de la tensión ( $34.53 \pm 14.96$  puntos CAS) (Figura 5).

***Sobre la clasificación de uso de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E.A.V., año 2007.***- La clasificación de las estrategias de afrontamiento de la población de estudio se resume en la Tabla 3. Considerando como punto de corte para distinguir si la mayoría de los adolescentes, es decir, si más del 50% de los mismos utilizaba a “a menudo” (70-89 puntos CAS) o “con mucha frecuencia” (90-105 puntos CAS) alguna estrategia, tenemos que las estrategias más utilizadas por nuestra población de estudio fueron: i) Entre las estrategias del estilo resolver el problema, diversiones relajantes (41.07% y 29.02%), esforzarse y tener éxito (56.15% y 7.26%), distracción física (29.65% y 32.49%) y fijarse en lo positivo (41.07% y 29.02%); ii) Entre las estrategias del estilo referencia a otros, ninguna; iii) Entre las estrategias del estilo afrontamiento no productivo, sólo preocuparse (48.58% y 22.71%).

***Sobre las presencia de síntomas depresivos entre los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E.A.V., año 2007.***- La distribución de la población de estudio según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) se resume en la Tabla 4. De acuerdo a nuestros resultados el promedio del puntaje acumulado EDAR fue de  $57.00 \pm 13.34$  puntos EDAR, lo que significó que sólo 31 (9.78%) de los 313 adolescentes presentaron síntomas depresivos clínicamente significativos (Figura 6).

***Sobre la matriz de correlación entre la Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis, y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds por estrategias de afrontamiento entre los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E.A.V., año 2007.***- Para evaluar el grado de correlación entre ambas escalas según estrategias de afrontamiento se elaboró la matriz de correlación, la misma que se resume en las Tablas 5-10. Según los coeficientes de correlación de Pearson existe una correlación estadísticamente significativa entre las escalas EDAR y CAS a nivel de las estrategias buscar diversiones relajantes ( $r = 0.1288$ ,  $p = 0.0219$ ), esforzarse y tener éxito ( $r = 0.1355$ ,  $p = 0.0157$ ), distracciones físicas ( $r = 0.2964$ ,  $p < 0.0001$ ), fijarse en lo positivo ( $r = 0.2199$ ,  $p = 0.0001$ ), concentrarse en resolver el problema ( $r = 0.1519$ ,  $p = 0.0067$ ), buscar apoyo espiritual ( $r = 0.1340$ ,  $p = 0.0170$ ), buscar apoyo profesional ( $r = 0.2060$ ,  $p = 0.0002$ ), buscar apoyo social ( $r = 0.1563$ ,  $p = 0.0053$ ), autoinculparse ( $r = 0.3309$ ,  $p < 0.0001$ ), ignorar el problema ( $r = 0.1517$ ,  $p = 0.0068$ ), falta de afrontamiento ( $r = 0.4342$ ,  $p < 0.0001$ ), preocuparse ( $r = 0.1429$ ,  $p = 0.0109$ ), reservarlo para sí ( $r = 0.3119$ ,  $p < 0.0001$ ) y reducción de la tensión ( $r = 0.3674$ ,  $p < 0.0001$ ). Según los coeficientes de correlación *tau b* de kendal existe una correlación estadísticamente significativa entre la presencia de síntomas positivos para depresión según el puntaje EDAR y el uso al menos usual (“utilizadas a menudo” o “utilizadas con mucha frecuencia”) de algunas estrategias según el puntaje CAS, específicamente a nivel de las estrategias esforzarse y tener éxito ( $\tau b = -0.1468$ ,  $p = 0.0091$ ), autoinculparse ( $\tau b = 0.1780$ ,  $p = 0.0016$ ), hacerse ilusiones ( $\tau b = 0.1432$ ,  $p = 0.0109$ ), falta de afrontamiento ( $\tau b = 0.2270$ ,  $p = 0.0001$ ), reservarlo para sí ( $\tau b = 0.1786$ ,  $p = 0.0015$ ) y reducción de la tensión ( $\tau b = 0.1229$ ,  $p = 0.0292$ ).

***Sobre la regresión para predecir el puntaje de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds según las estrategias de afrontamiento evaluadas con la Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis entre los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E.A.V., año 2007.***- Los

resultados del análisis de regresión se resumen en la Tabla 8. Según el análisis de regresión lineal multivariado el puntaje CAS puede ser predicho, con una bondad de ajuste del 23.79% ( $p < 0.0001$ ), en función a los puntajes EDAR obtenidos para las estrategias reducción de la tensión ( $\beta = 0.15$ , IC95%: 0.05-0.25,  $p = 0.005$ ), falta de afrontamiento ( $\beta = 0.26$ , IC95%: 0.16-0.37,  $p < 0.001$ ) y autoinculparse ( $\beta = 0.12$ , IC95%: 0.04- 0.21,  $p = 0.006$ ). Según el análisis de regresión logística multivariada la presencia de síntomas depresivos según el puntaje EDAR puede ser predicho, con una bondad de ajuste del 8.95% ( $p = 0.0001$ ), cuando las estrategias falta de afrontamiento ( $\beta = 1.63$ , IC95%: 0.65-2.61,  $p = 0.001$ ) y reservarlo para sí ( $\beta = 1.07$ , IC95%: 0.29-1.85,  $p = 0.007$ ) son “utilizadas a menudo” o “utilizadas con mucha frecuencia”.

**Resumen.**- Se logró captar un total de 313 adolescentes (52.37% mujeres y 47.63% varones, de  $15.09 \pm 0.89$  años de edad). Entre los cuales, el estilo de afrontamiento más utilizado fue el de resolver el problema ( $71.80 \pm 12.08$  puntos CAS), seguido por referencia a otros ( $61.04 \pm 12.85$  puntos CAS) y por afrontamiento no productivo ( $53.48 \pm 9.14$  puntos CAS). Las estrategias más “utilizadas a menudo” o “utilizadas con mucha frecuencia” fueron: preocuparse (48.58% y 22.71%,  $76.89 \pm 15.85$  puntos CAS), buscar diversiones relajantes (41.07% y 29.02%,  $76.26 \pm 18.27$  puntos CAS), esforzarse y tener éxito (56.15% y 7.26%,  $73.54 \pm 12.40$  puntos CAS), distracción física (29.65% y 32.49%,  $73.47 \pm 23.57$  puntos CAS) y fijarse en lo positivo (41.07% y 29.02%,  $69.61 \pm 16.69$  puntos CAS). El puntaje EDAR promedio fue de  $57.00 \pm 13.34$  puntos EDAR, lo que significó que sólo el 9.78% de los adolescentes presentó síntomas depresivos clínicamente significativos. Esta se encontró que estuvo asociada con las siguientes estrategias, cuando estas son “utilizadas a menudo” o “utilizadas con mucha frecuencia”: falta de afrontamiento ( $\tau b = 0.2270$ ,  $p = 0.0001$ ), reservarlo para sí ( $\tau b = 0.1786$ ,  $p = 0.0015$ ), autoinculparse ( $\tau b = 0.1780$ ,  $p = 0.0016$ ), hacerse ilusiones ( $\tau b = 1432$ ,  $p = 0.0109$ ), reducción de la tensión ( $\tau b = 0.1229$ ,  $p = 0.0292$ ) y, esforzarse y tener éxito

( $\tau b = -0.1468$ ,  $p = 0.0091$ ). Según el análisis de regresión el puntaje CAS puede ser predicho ( $R^2 = 0.2379$ ,  $p < 0.0001$ ) por los puntajes EDAR de las siguientes estrategias: reducción de la tensión ( $\beta = 0.15$ , IC95%: 0.05-0.25,  $p = 0.005$ ), falta de afrontamiento ( $\beta = 0.26$ , IC95%: 0.16-0.37,  $p < 0.001$ ) y autoinculparse ( $\beta = 0.12$ , IC95%: 0.04- 0.21,  $p = 0.006$ ); mientras que la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos puede ser predicha (pseudo  $R^2 = 0.895$ ,  $p = 0.0001$ ) por el uso “a menudo” o “con mucha frecuencia” de las estrategias: falta de afrontamiento ( $\beta = 1.63$ , IC95%: 0.65-2.61,  $p = 0.001$ ) y reservarlo para si ( $\beta = 1.07$ , IC95%: 0.29- 1.85,  $p = 0.007$ ).

## 7. DISCUSIÓN

Los principales resultados de nuestro estudio pueden ser resumidos como sigue. Primero, el estilo de afrontamiento más utilizado entre los adolescentes de la I.E.A.V fue resolver el problema. De hecho, estos adolescentes reportaron utilizar en promedio que la gran mayoría tres de las cuatro estrategias que alcanzaron el rango de utilizadas a menudo pertenecían a este dominio, siendo claramente las más utilizadas buscar diversiones relajantes, esforzarse y tener éxito y distracción física, seguidas muy de cerca por fijarse en lo positivo y concentrarse en el problema, cuyos promedios se situaban en el rango de utilizar algunas veces estas estrategias. Fuera de las tres primeras estrategias, llama fuertemente la atención que la cuarta y última estrategia de afrontamiento que alcanzó el rango de utilizada a menudo entre los estudiantes fuese la estrategia preocuparse, perteneciente al dominio no productivo. Esto coincide con lo reportado por Martínez y Morote quienes observaron que las estrategias más utilizadas por los adolescentes en general eran las estrategias Preocuparse, seguida por Esforzarse y tener éxito y Concentrarse en resolver el problema.<sup>4</sup>

Segundo, de acuerdo a nuestros resultados 1 de cada 10 estudiantes presentaba síntomas depresivos. Esta prevalencia si bien se encuentra dentro del rango descrito en la literatura es relativamente alta comparada con la prevalencia estimada en los adolescentes a nivel mundial, que según Brent y Birmaher es del 5%<sup>45</sup>, o la descrita en la población general en el Perú, que según el estudio epidemiológico de salud mental realizado en Lima Metropolitana por el Instituto Especializado Honorio Delgado Hideyo Noguchi, es del 7% en la población general.<sup>5</sup> Algunos investigadores sostienen que esto puede explicarse por la acelerada maduración biológica que tiene nuestros adolescentes en nuestros tiempos y porque los síntomas y métodos de evaluación se acercan más a los utilizados con los adultos<sup>43</sup>, pero ello amerita mayor investigación.

Tercero la presencia de síntomas depresivos entre nuestros adolescentes se encontró estadísticamente asociada de manera independiente con las estrategias falta de afrontamiento, reservarlo para si, autoinculparse, hacerse ilusiones, reducción de la tensión, y esforzarse y tener éxito. Como era de esperarse el uso de las estrategias del estilo afrontamiento no productivo se asociaron a la presencia de síntomas depresivos. Esto coincide con lo descrito en la literatura. En la actualidad existe gran cantidad de evidencia que demuestra que existe una asociación bastante significativa entre las estrategias de afrontamiento y la presencia de depresión tanto en la población general<sup>12, 46, 47</sup>, como particularmente en los adolescentes.<sup>7, 24, 48-50</sup>

Finalmente, la presencia de síntomas depresivos puede ser predicha por el uso “a menudo” o “con mucha frecuencia” de las estrategias falta de afrontamiento y reservarlo para si. Colomba et al en una serie de 51 adolescentes portorriqueños encontró que invertir en amigos en relaciones interpersonales y relajar tensiones a través de buscar relaciones relajantes eran las estrategias que mejor predecían la probabilidad de no tener depresión.<sup>51</sup> Goodwing en cambio, sobre la base de 9938 adolescentes en los estados Unidos encontró que el afrontamiento agresivo y emocional en los adolescentes se encontraba asociado con una mayor probabilidad de presentar síntomas depresivos.<sup>24</sup> Erickson et al demostraron incluso que la depresión podría podía predecirse adecuadamente con algunos cuestionarios de valoración del humor y las estrategias de afrontamiento.<sup>49</sup> Vulic-Prtoric et al, por su parte, sostienen que la falta de afrontamiento es precisamente la estrategia que mejor predice la aparición de depresión en los niños y adolescentes.<sup>50</sup>

Adicionalmente, un hallazgo que no se menciona en la literatura, pero que resulta un aporte que merece mayor investigación, es el hecho que aparentemente la presencia de

síntomas depresivos también se asocia con la utilización cuando menos a menudo de la estrategia de esforzarse y tener éxito. Esto es un hallazgo que amerita en definitiva mayor investigación, ya que de ser demostrada esta asociación podría ser utilizada para reforzar las estrategias de prevención de depresión en los adolescentes.

Para terminar, si bien el nivel de evidencia (nivel III) y su poder de recomendación (nivel C), limitan los resultados y recomendaciones de nuestro estudio sólo a la población de estudio, nuestros resultados constituyen un importante precedente para estudios posteriores y nos han permitido la formulación de nuevas hipótesis, las mismas que van a ser ensayadas en posteriores estudios.

## 8. CONCLUSION

Basados en los resultados de nuestro estudio podemos concluir que:

- El estilo de afrontamiento más utilizado por los adolescentes que cursaron al año 2007 el tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa “Abraham Valdelomar” fue el estilo resolver el problema
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los adolescentes que cursaron al año 2007 el tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa “Abraham Valdelomar” fueron: preocuparse, buscar diversiones relajantes, esforzarse y tener éxito, distracción física y fijarse en lo positivo.
- La frecuencia de síntomas depresivos entre adolescentes que cursaron al año 2007 el tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa “Abraham Valdelomar” fue del 9.78%
- La presencia de síntomas depresivos entre los adolescentes que cursaron al año 2007 el tercer, cuarto y quinto año de secundaria en la Institución Educativa “Abraham Valdelomar” se encontró asociada de manera independiente con la estrategias falta de afrontamiento, reservarlo para si, autoinculparse, hacerse ilusiones, reducción de la tensión, y esforzarse y tener éxito
- La presencia de síntomas depresivos puede ser predicha por el uso “a menudo” o “con mucha frecuencia” de las estrategias falta de afrontamiento y reservarlo para si.



## 9. RECOMENDACIONES

Considerando que según medicina basada en evidencias la presente tesis es un estudio descriptivo no experimental (estudio casos y controles) que clasifica con un grado III de evidencia y un nivel C de fortaleza de recomendación, por lo que existe “insuficiente evidencia para recomendar práctica”, las siguientes recomendaciones sólo pueden tomarse en cuenta para ser aplicadas en la Institución Educativa “Abraham Valdelomar”.

- Se recomienda plantear un estudio de cohortes prospectivo que sea representativo de nuestra población de la Institución Educativa, que tenga una categoría de evidencia I y una fortaleza de recomendación A, para corroborar los resultados de nuestro estudio respecto al poder predictivo de las estrategias de afrontamiento y respecto a la depresión en nuestro medio.
- Se recomienda iniciar una evaluación psiquiátrica oportuna en todos y cada uno de los adolescentes que presentaron síntomas de depresión clínicamente significativos, así como evaluar la posibilidad de incorporar personal de salud mental en la plana docente de la institución, de manera tal que cada uno de estos casos pueda ser diagnosticado de manera oportuna y recibir el tratamiento adecuado antes de que se manifiesten con mayor severidad.
- Se recomienda realizar los estudios pertinentes para evaluar si la intervención oportuna del uso de las estrategias falta de afrontamiento y reservarlo para si puede disminuir la prevalencia de depresión entre los adolescentes.

## 10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*. 2003 Mar;129(2):216-69.
2. Zimmer-Gembeck MJ, Locke EM. The socialization of adolescent coping behaviours: relationships with families and teachers. *J Adolesc*. 2007 Feb;30(1):1-16.
3. Merlo LJ, Lakey B. Trait and social influences in the links among adolescent attachment, depressive symptoms, and coping. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2007 Apr-Jun;36(2):195-206.
4. Martínez P, Morote R. Preocupaciones de adolescentes de Lima y sus estilos de afrontamiento. *Revista de Psicología de la PUCP*. 2001;19(2):212-36.
5. IESM. Instituto Especializado de Salud Mental. Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental - Informe general. *Anales de Salud Mental - Lima*. 2002;17(1 y 2).
6. Lewis R, Frydenberg E. Concomitants of failure to cope: what we should teach adolescents about coping. *The British journal of educational psychology*. 2002 Sep;72(Pt 3):419-31.
7. Li CE, DiGiuseppe R, Froh J. The roles of sex, gender, and coping in adolescent depression. *Adolescence*. 2006 Fall;41(163):409-15.
8. Jaser SS, Langrock AM, Keller G, Merchant MJ, Benson MA, Reeslund K, et al. Coping with the stress of parental depression II: adolescent and parent reports of coping and adjustment. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2005 Mar;34(1):193-205.
9. Swartz HA, Rollman BL. Managing the global burden of depression: lessons from the developing world. *World Psychiatry*. 2003 Oct;2(3):162-3.

10. Nolen-Hoeksema S, Ahrens C. Age differences and similarities in the correlates of depressive symptoms. *Psychology and aging*. 2002 Mar;17(1):116-24.
11. Nolen-Hoeksema S, Girgus JS. The emergence of gender differences in depression during adolescence. *Psychological bulletin*. 1994 May;115(3):424-43.
12. Wang J, Patten SB. The moderating effects of coping strategies on major depression in the general population. *Canadian journal of psychiatry*. 2002 Mar;47(2):167-73.
13. Folkman S, Lazarus RS, Gruen RJ, DeLongis A. Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology*. 1986 Mar;50(3):571-9.
14. Frydenberg E. *Adolescent coping: Theoretical and research perspective*. London: Routledge; 1997.
15. Feagans Gould L, Hussong AM, Keeley ML. The Adolescent Coping Process Interview: Measuring temporal and affective components of adolescent responses to peer stress. *J Adolesc*. 2007 Nov 16.
16. Cassaretto M, Chau C, Oblitas H, Valdez N. Estrés y Afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*. 2003;21(2):364-92.
17. Frydenberg E, Lewis R. Adolescent coping: the different ways in which boys and girls cope. *J Adolesc*. 1991 Jun;14(2):119-33.
18. Frydenberg E, Lewis R. Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *J Adolesc*. 1993 Sep;16(3):253-66.

19. Barra E, Cerna R, Kramm D, Véliz V. Problemas de Salud, Estrés, Afrontamiento, Depresión y Apoyo Social en Adolescentes. *Terapia Psicológica - Chile*. 2006;24(1):55–61.
20. Seiffge-Krenke I. Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *J Adolesc*. 2000 Dec;23(6):675-91.
21. Rask K, Kaunonen M, Paunonen-Ilmonen M. Adolescent coping with grief after the death of a loved one. *Int J Nurs Pract*. 2002 Jun;8(3):137-42.
22. Catanzaro SJ, Laurent J. Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: evidence of mediation and moderation effects. *Addict Behav*. 2004 Dec;29(9):1779-97.
23. Votta E, Manion I. Suicide, high-risk behaviors, and coping style in homeless adolescent males' adjustment. *J Adolesc Health*. 2004 Mar;34(3):237-43.
24. Goodwin RD. Association between coping with anger and feelings of depression among youths. *Am J Public Health*. 2006 Apr;96(4):664-9.
25. Peñaherrera E. Comportamiento de riesgo adolescente: una aproximación psicosocial. *Revista de Psicología de la PUCP*. 1998;2(16):265-93.
26. Phelps S, Jarvis P. Coping in adolescence: Empirical evidence for theoretically based approach to assessing doping. *Journal of Youth and Adolescence*. 1994;23(3):350-71.
27. Halsted M, Bennet S, Cunningham W. Measuring Coping in Adolescents: An Application of the Ways of Coping Checklist. *Journal of Clinical Child Psychology*. 1993;22(3):337-44.
28. Compas BE, Connor-Smith J, Jaser SS. Temperament, stress reactivity, and coping: implications for depression in childhood and adolescence. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004 Mar;33(1):21-31.

29. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological bulletin*. 2001 Jan;127(1):87-127.
30. Fletcher JM. Adolescent depression: diagnosis, treatment, and educational attainment. *Health Econ*. 2007 Dec 21.
31. Zuckerbrot RA, Cheung AH, Jensen PS, Stein RE, Laraque D. Guidelines for Adolescent Depression in Primary Care (GLAD-PC): I. Identification, assessment, and initial management. *Pediatrics*. 2007 Nov;120(5):e1299-312.
32. López-Ibor Aliño JJ, Valdés Miyar M. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de las enfermedades mentales. Barcelona: Masson; 2002.
33. Ugarriza N, Ecurra M. Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima Metropolitana. *Persona: Revista de la Facultad de Psicología de la Universidad de Lima*. 2002;5:83-130.
34. Murray CJ, Lopez AD. Evidence-based health policy--lessons from the Global Burden of Disease Study. *Science (New York, NY)*. 1996 Nov 1;274(5288):740-3.
35. Weller EB, Weller RA. Treatment of adolescent depression. *Current psychiatry reports*. 2007 Apr;9(2):87-8.
36. Stewart SE, Manion IG, Davidson S. Emergency management of the adolescent suicide attempter: a review of the literature. *J Adolesc Health*. 2002 May;30(5):312-25.
37. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*. 2006 Mar-Apr;47(3-4):372-94.

38. Bhatia SK, Bhatia SC. Childhood and adolescent depression. *American family physician*. 2007 Jan 1;75(1):73-80.
39. Heerlein A. *Psiquiatría Clínica*. Santiago de Chile: Ediciones de la Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía; 2001.
40. Contreras M, Boschwti-Fentanes B, Monroy C, Irigoyen- Coria A, Dorantes P. Family Profile in a group of Mexican Adolescents with Depression Risk. *Archivos en Medicina Familiar*. 2003;5(3).
41. The Treatment for Adolescents With Depression Study (TADS): demographic and clinical characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005 Jan;44(1):28-40.
42. Gónzales a, Corteza C, Andrade P, Jiménez A. Estresores cotidianos familiares, sintomatología depresiva e ideación suicida en adolescentes. *Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina*. 1997;43(4):319-26.
43. Adrianzén C. Trastornos afectivos mayores. *Revista de Neuropsiquiatría*. 1998;61(4):230-49.
44. Méndez I, Namihira D, Callahan R, Sosa C. El protocolo de investigación. México DF: Trillas; 2001.
45. Brent DA, Birmaher B. Clinical practice. Adolescent depression. *The New England journal of medicine*. 2002 Aug 29;347(9):667-71.
46. Brown C, Battista DR, Sereika SM, Bruehlman RD, Dunbar-Jacob J, Thase ME. Primary care patients' personal illness models for depression: relationship to coping behavior and functional disability. *General hospital psychiatry*. 2007 Nov-Dec;29(6):492-500.
47. Kelly MA, Sereika SM, Battista DR, Brown C. The relationship between beliefs about depression and coping strategies: gender differences. *Br J Clin Psychol*. 2007 Sep;46(Pt 3):315-32.

48. Burwell RA, Shirk SR. Subtypes of rumination in adolescence: associations between brooding, reflection, depressive symptoms, and coping. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 2007 Mar;36(1):56-65.
49. Erickson SJ, Feldstein SW. Adolescent humor and its relationship to coping, defense strategies, psychological distress, and well-being. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2007 Feb;37(3):255-71.
50. Vulic-Prtoric A, Macuka I. Family and coping factors in the differentiation of childhood anxiety and depression. *Psychol Psychother.* 2006 Jun;79(Pt 2):199-214.
51. Colomba MV, Santiago ES, Rossello J. Coping strategies and depression in Puerto Rican adolescents: an exploratory study. *Cultural diversity & ethnic minority psychology.* 1999 Feb;5(1):65-75.

## 11. ANEXOS

### 11.1. Tablas

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de los adolescentes de tercero, cuarto y quinto de secundaria de la I.E. Abraham Valdelomar

Característica	Caso N (%)	%a
✦ Año de estudio		
– Tercero	70 (22.08)	22.08
– Cuarto	100 (31.55)	31.55
– Quinto	147 (46.37)	100.00
– Total	317 (100.0)	
✦ Sexo masculino		
– Femenino	166 (52.37)	52.37
– Masculino	151 (47.63)	100.00
✦ Edad (años) <sup>a</sup>	15.09 ± 0.89	
– 14 años	96 (30.28)	30.28
– 15 años	113 (35.65)	65.93
– 16 años	90 (28.39)	94.32
– 17 años	18 (5.68)	100.00

**Legenda:** <sup>a</sup>, Media ± desviación estándar



**Tabla 2.** Promedio del puntaje obtenido por la población de estudio según la Escala de Afrontamiento para Adolescentes, I.E. Abraham Valdelomar 2007

<b>Estilos y Estrategias de afrontamiento</b>	<b>Media ± DE</b>
✦ Resolver el problema	71.80 ± 12.08
– Buscar diversiones relajantes	76.26 ± 18.27
– Esforzarse y tener éxito	73.54 ± 12.40
– Distracción física	73.47 ± 23.57
– Fijarse en lo positivo	69.61 ± 16.69
– Concentrarse en resolver el problema	66.14 ± 16.21
✦ Referencia a otros	61.04 ± 12.85
– Buscar apoyo espiritual	64.36 ± 16.45
– Invertir en amigos íntimos	65.20 ± 18.45
– Buscar ayuda profesional	56.79 ± 21.77
– Buscar ayuda social	58.38 ± 17.81
– Buscar pertenencia	67.01 ± 15.29
– Acción social	54.49 ± 18.86
✦ Afrontamiento no productivo	53.48 ± 9.14
– Autoinculparse	51.29 ± 16.60
– Hacerse ilusiones	61.96 ± 14.27
– Ignorar el problema	45.64 ± 14.62
– Falta de afrontamiento	44.84 ± 14.54
– Preocuparse	76.89 ± 15.85
– Reservarlo para sí	56.24 ± 16.86
– Reducción de la tensión	34.53 ± 14.96

**Leyenda:** DE, desviación estándar

**Tabla 3.** Distribución de la población de estudio según el puntaje CAS, I.E. Abraham Valdelomar 2007

Característica	No utilizada	Utilizada rara vez	Utilizada Algunas veces	Utilizada a menudo	Utilizada con mucha frecuencia
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
<b>➤ Resolver el problema</b>					
– Buscar diversiones relajantes	2 (0.63)	29 (9.15)	64 (20.19)	130 (41.07)	92 (29.02)
– Esforzarse y tener éxito	0 (0.00)	11 (3.47)	105 (33.12)	178 (56.15)	23 (7.26)
– Distracción física	15 (4.73)	55 (17.35)	50 (15.77)	94 (29.65)	103 (32.49)
– Fijarse en lo positivo	4 (1.26)	28 (8.83)	104 (32.81)	136 (42.90)	45 (14.20)
– Concentrarse en resolver el problema	5 (1.58)	43 (13.56)	135 (42.59)	111 (35.02)	23 (7.26)
<b>➤ Referencia a otros</b>					
– Buscar apoyo espiritual	6 (1.89)	40 (12.62)	131 (41.32)	116 (36.59)	24 (7.57)
– Invertir en amigos íntimos	8 (2.52)	57 (17.98)	120 (37.85)	102 (32.18)	30 (9.46)
– Buscar ayuda profesional	32 (10.09)	77 (24.29)	112 (35.33)	57 (17.98)	39 (12.30)
– Buscar ayuda social	16 (5.05)	88 (27.76)	130 (41.01)	68 (21.45)	15 (4.73)
– Buscar pertenencia	5 (1.58)	36 (11.36)	126 (39.75)	139 (43.85)	11 (3.47)
– Acción social	13 (4.10)	120 (37.85)	108 (34.07)	57 (17.98)	19 (5.99)
<b>➤ Afrontamiento no productivo</b>					
– Autoinculparse	24 (7.57)	111 (35.02)	132 (41.64)	41 (12.93)	9 (2.84)
– Hacerse ilusiones	1 (0.32)	68 (21.45)	157 (49.53)	81 (25.55)	10 (3.15)
– Ignorar el problema	38 (11.99)	147 (46.37)	110 (34.70)	19 (5.99)	3 (0.95)
– Falta de afrontamiento	53 (16.72)	164 (51.74)	76 (23.97)	22 (6.94)	2 (0.63)
– Preocuparse	1 (0.32)	19 (5.99)	71 (22.40)	154 (48.58)	72 (22.71)
– Reservarlo para sí	13 (4.10)	86 (27.13)	139 (43.85)	69 (21.77)	10 (3.15)
– Reducción de la tensión	119 (37.54)	133 (41.96)	55 (17.35)	9 (2.84)	1 (0.32)

**Leyenda:** CAS, Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis; Estrategia no utilizada = 20-29 puntos CAS; Estrategia utilizada raras veces = 30-49 puntos CAS; Estrategia que se utiliza algunas veces = 50-69 puntos CAS; Estrategia que se utiliza a menudo = 70-89 puntos CAS; Estrategia que se utiliza con mucha frecuencia = 90-105 puntos CAS.

**Tabla 4.** Distribución de la población de estudio según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR), I.E. Abraham Valdelomar 2007

EDAR	Caso N (%)	%a
➤ Puntaje acumulado		
– Media ± DE	57.00 ± 13.34	
– CV	0.23	
– Resultados		
▪ 30-39 puntos	14 (4.42)	4.42
▪ 40-49 puntos	96 (30.28)	34.70
▪ 50-59 puntos	87 (27.44)	62.15
▪ 60-69 puntos	63 (19.87)	82.02
▪ 70-79 puntos	36 (11.36)	93.38
▪ 80-89 puntos	16 (5.05)	98.42
▪ 90-99 puntos	4 (1.26)	99.68
▪ 100-... puntos	1 (0.32)	100.00
➤ Resultados		
– EDAR negativa	286 (90.22)	90.22
– EDAR positiva	31 (9.78)	100.00

**Leyenda:** DE, desviación estándar; CV, Coeficiente de variación; EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds

**Tabla 5.** Matriz de correlación entre los puntajes acumulados EDAR y los puntajes acumulados para las estrategias de afrontamiento del estilo resolución de problemas según el puntaje CAS en la población de estudio, I.E. Abraham Valdelomar 2007

	<b>EDAR</b>	<b>DR</b>	<b>ES</b>	<b>FI</b>	<b>PO</b>	<b>RP</b>
<b>Buscar diversiones relajantes</b>	*-0.1288 0.0219	1.0000				
<b>Esforzarse y tener éxito</b>	*-0.1355 0.0157	*0.2478 0.0000	1.0000			
<b>Distracción física</b>	*-0.2964 0.0000	*0.4251 0.0000	*0.1540 0.0060	1.0000		
<b>Fijarse en lo positivo</b>	*-0.2199 0.0001	*0.3503 0.0000	*0.3866 0.0000	*0.3046 0.0000	1.0000	
<b>Concentrarse en resolver el problema</b>	*-0.1519 0.0067	*0.3372 0.0000	*0.4872 0.0000	*0.2775 0.0000	*0.5113 0.0000	1.0000

**Leyenda:** EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds; CAS, Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis; DR, Buscar diversiones relajantes, ES, Esforzarse y tener éxito; FI, Distracción física; PO, Fijarse en lo positivo; RP, Concentrarse en resolver el problema

**Tabla 6.** Matriz de correlación entre la presencia de síntomas depresivos según la EDAR y el uso al menos usual de las estrategias de afrontamiento del estilo resolución de problemas según el puntaje CAS en la población de estudio, I.E. Abraham Valdelomar 2007

	<b>EDAR</b>	<b>DR</b>	<b>ES</b>	<b>FI</b>	<b>PO</b>	<b>RP</b>
<b>Buscar diversiones relajantes</b>	-0.0165 0.7709	1.0000				
<b>Esforzarse y tener éxito</b>	*-0.1468 0.0091	*0.2035 0.0003	1.0000			
<b>Distracción física</b>	-0.0934 0.0971	*0.3129 0.0000	*0.1362 0.0155	1.0000		
<b>Fijarse en lo positivo</b>	-0.0150 0.7903	*0.2538 0.0000	*0.2942 0.0000	*0.2302 0.0000	1.0000	
<b>Concentrarse en resolver el problema</b>	-0.0452 0.4220	*0.2252 0.0001	*0.3849 0.0000	*0.1807 0.0013	*0.3805 0.0000	1.0000

**Leyenda:** EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds; CAS, Escala de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis; DR, Buscar diversiones relajantes, ES, Esforzarse y tener éxito; FI, Distracción física; PO, Fijarse en lo positivo; RP, Concentrarse en resolver el problema.

**Tabla 7.** Matriz de correlación entre los puntajes acumulados EDAR y los puntajes acumulados para las estrategias de afrontamiento del estilo referencia a otros según el puntaje CAS en la población de estudio, I.E. Abraham Valdelomar 2007

	<b>EDAR</b>	<b>AC</b>	<b>AI</b>	<b>AP</b>	<b>AS</b>	<b>PC</b>
<b>Buscar apoyo espiritual</b>	*-0.1340 0.0170	1.0000				
<b>Invertir en amigos íntimos</b>	-0.0984 0.0803	*0.2904 0.0000	1.0000			
<b>Buscar apoyo profesional</b>	*-0.2060 0.0002	*0.4406 0.0000	*0.3746 0.0000	1.0000		
<b>Buscar apoyo social</b>	*-0.1563 0.0053	*0.3384 0.0000	*0.4584 0.0000	*0.6139 0.0000	1.0000	
<b>Buscar pertenencia</b>	-0.0558 0.3216	*0.2659 0.0000	*0.5683 0.0000	*0.3437 0.0000	*0.4715 0.0000	1.0000
<b>Acción social</b>	0.0262 0.6417	*0.3338 0.0000	*0.2707 0.0000	*0.4984 0.0000	*0.4043 0.0000	*0.2954 0.0000

**Leyenda:** EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds; AC, Buscar apoyo espiritual; AI, Invertir en amigos íntimos; AP, Buscar apoyo profesional; AS, Buscar apoyo social; PC, Buscar pertenencia; SO, Acción social

**Tabla 8.** Matriz de correlación entre la presencia de síntomas depresivos según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y las estrategias de afrontamiento del estilo referencia a otros en la población de estudio, I.E. Abraham Valdelomar 2007

	<b>EDAR</b>	<b>AC</b>	<b>AI</b>	<b>AP</b>	<b>AS</b>	<b>PC</b>
<b>Buscar apoyo espiritual</b>	-0.0362 0.5211	1.0000				
<b>Invertir en amigos íntimos</b>	-0.1057 0.0603	*0.2410 0.0000	1.0000			
<b>Buscar apoyo profesional</b>	-0.0552 0.3271	*0.2848 0.0000	*0.2232 0.0001	1.0000		
<b>Buscar apoyo social</b>	-0.0270 0.6325	*0.3373 0.0000	*0.2684 0.0000	*0.4351 0.0000	1.0000	
<b>Buscar pertenencia</b>	-0.0568 0.3135	*0.2259 0.0001	*0.4555 0.0000	*0.2004 0.0004	*0.3266 0.0000	1.0000
<b>Acción social</b>	0.0390 0.4890	*0.1553 0.0058	*0.1852 0.0010	*0.3053 0.0000	*0.3715 0.0000	*0.2225 0.0001

**Leyenda:** EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds; AC, Buscar apoyo espiritual; AI, Invertir en amigos íntimos; AP, Buscar apoyo profesional; AS, Buscar apoyo social; PC, Buscar pertenencia; SO, Acción social

**Tabla 9.** Matriz de correlación entre los puntajes acumulados EDAR y los puntajes acumulados para las estrategias de afrontamiento del estilo afrontamiento inadecuado según el puntaje CAS en la población de estudio, I.E. Abraham Valdelomar 2007

	EDAR	CU	HI	IP	NA	PR	RE
<b>Autoinculparse</b>	*0.3309 0.0000	1					
<b>Hacerse ilusiones</b>	0.1023 0.0690	*0.1894 0.0007	1.0000				
<b>Ignorar el problema</b>	*0.1517 0.0068	*0.3737 0.0000	*0.2821 0.0000	1.0000			
<b>Falta de afrontamiento</b>	*0.4342 0.0000	*0.4055 0.0000	*0.3004 0.0000	*0.4495 0.0000	1		
<b>Preocuparse</b>	*-0.1429 0.0109	-0.0220 0.6958	*0.2706 0.0000	-0.0611 0.2784	-0.0727 0.1968	1	
<b>Reservarlo para sí</b>	*0.3119 0.0000	*0.5070 0.0000	*0.1871 0.0008	*0.3361 0.0000	*0.3877 0.0000	0.0384 0.4955	1
<b>Reducción de la tensión</b>	*0.3674 0.0000	*0.3650 0.0000	*0.2536 0.0000	*0.3275 0.0000	*0.5028 0.0000	*-0.1651 0.0032	*0.3040 0.0000

**Leyenda:** EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds; CU, Autoinculparse; HI, Hacerse ilusiones; IP, Ignorar el problema; NA, Falta de afrontamiento; PR, Preocuparse; RE, Reservarlo para sí; RT, Reducción de la tensión

**Tabla 10.** Matriz de correlación entre la presencia de síntomas depresivos según la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) y las estrategias de afrontamiento del estilo afrontamiento inadecuado en la población de estudio, I.E.A.V.2007

	EDAR	CU	HI	IP	NA	PR	RE
<b>Autoinculparse</b>	*0.1780 0.0016	1.0000					
<b>Hacerse ilusiones</b>	*0.1432 0.0109	*0.1463 0.0093	1.0000				
<b>Ignorar el problema</b>	0.0355 0.5300	0.0862 0.1261	*0.1834 0.0011	1.0000			
<b>Falta de afrontamiento</b>	*0.2270 0.0001	*0.1379 0.0143	*0.1347 0.0167	0.0626 0.2668	1.0000		
<b>Preocuparse</b>	-0.0728 0.1961	0.0450 0.4241	*0.1406 0.0125	0.0087 0.8789	-0.0293 0.6039	1.0000	
<b>Reservarlo para sí</b>	*0.1786 0.0015	*0.2509 0.0000	*0.1825 0.0012	0.1009 0.0730	*0.1108 0.0491	0.0754 0.1803	1.0000
<b>Reducción de la tensión</b>	*0.1229 0.0292	0.0209 0.7119	*0.1248 0.0266	0.0927 0.1000	0.0166 0.7712	-0.0849 0.1316	*0.1464 0.0093

**Leyenda:** EDAR, Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds; CU, Autoinculparse; HI, Hacerse ilusiones; IP, Ignorar el problema; NA, Falta de afrontamiento; PR, Preocuparse; RE, Reservarlo para sí; RT, Reducción de la tensión

**Tabla 11.** Modelo predictivo para la estimación del puntaje EDAR en función al puntaje CAS por estrategias, en los adolescentes de la I.E. Abraham Valdelomar 2007

Variables	Coefficiente de Regresión (IC 95%)	P
➤ <b>Constante</b>	33.25 (28.22 – 38.28)	<0.001
➤ <b>Reducción de la tensión</b>	0.15 (0.05 – 0.25)	0.005
➤ <b>Falta de afrontamiento</b>	0.26 (0.16 – 0.37)	<0.001
➤ <b>Autoinculparse</b>	0.12 (0.04 – 0.21)	0.006

**Leyenda:** Ajuste del modelo ( $R^2$ )=0.2379 ( $p$ <0.0001)

**Tabla 12.** Modelo predictivo para la estimar la presencia de síntomas de depresión positivos según el puntaje EDAR en función al puntaje CAS por estrategias, en los adolescentes de la I.E. Abraham Valdelomar 2007

Variables	Coefficiente de Regresión (IC 95%)	P
➤ <b>Constante</b>	-2.81 (-3.35 – -2.27)	<0.001
➤ <b>Falta de afrontamiento</b>	1.63 (0.65 – 2.61)	0.001
➤ <b>Reservarlo para sí</b>	1.07 (0.29 – 1.85)	0.007

**Leyenda:** Ajuste del modelo ( $R^2$ )=0.0895 ( $p$ =0.0001)

**Tabla 13.** MBE – Categorías de las evidencias

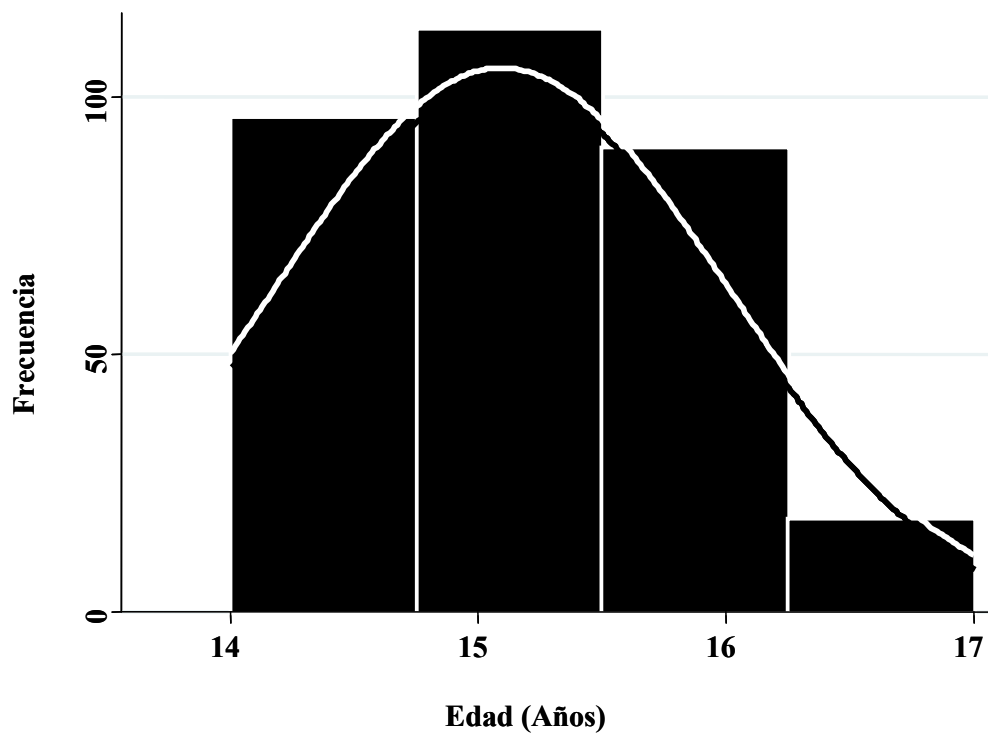
Categoría de Evidencia		Tipo de estudio
I.	IA	Ensayos Clínicos Aleatorizados multicéntricos
	IB	Ensayos Clínicos Aleatorizados unicéntricos
II.	IIA	Ensayos Clínicos controlados no aleatorizados
	IIB	Ensayos cuasiexperimentales
III.		Estudios descriptivos no experimentales
		Estudios comparativos
		Estudios de correlación
IV.		Estudios caso - control
		Comité de expertos u opinión de expertos

**Tabla 14.** MBE –Fortaleza de recomendación y niveles de evidencia

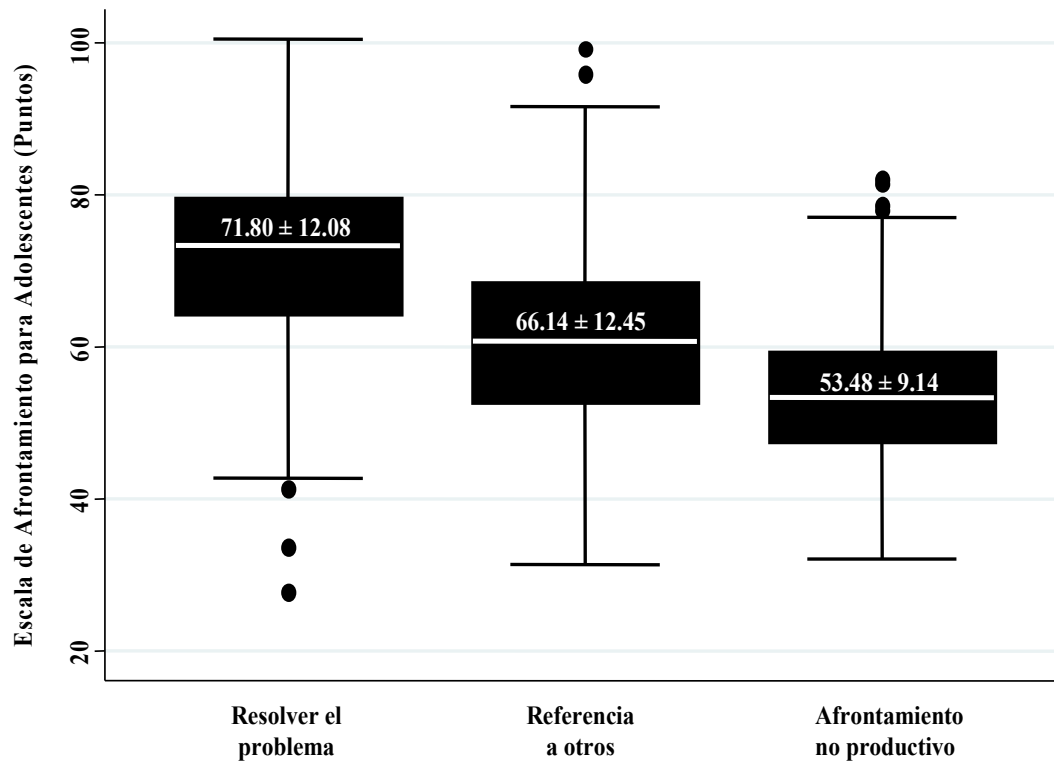
	Fortaleza de recomendación	Nivel de Evidencia
A	Adecuada evidencia para adoptar una práctica	IA – IB
B	Existe cierta evidencia para adoptar la práctica	IIA – IIB
C	Insuficiente evidencia para recomendar práctica	III – IV
D	Existe cierta evidencia para no recomendar la práctica	IIA – IIB
E	Existe adecuada evidencia para no adoptar práctica	IA – IB



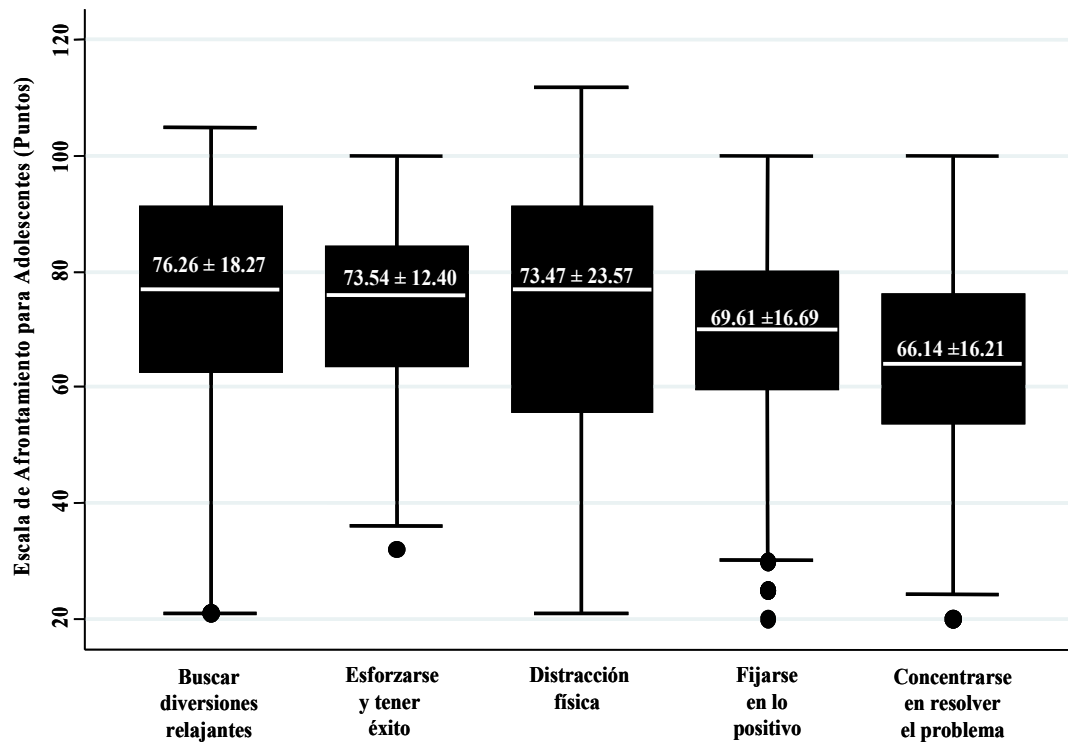
## 11.2. Gráficos



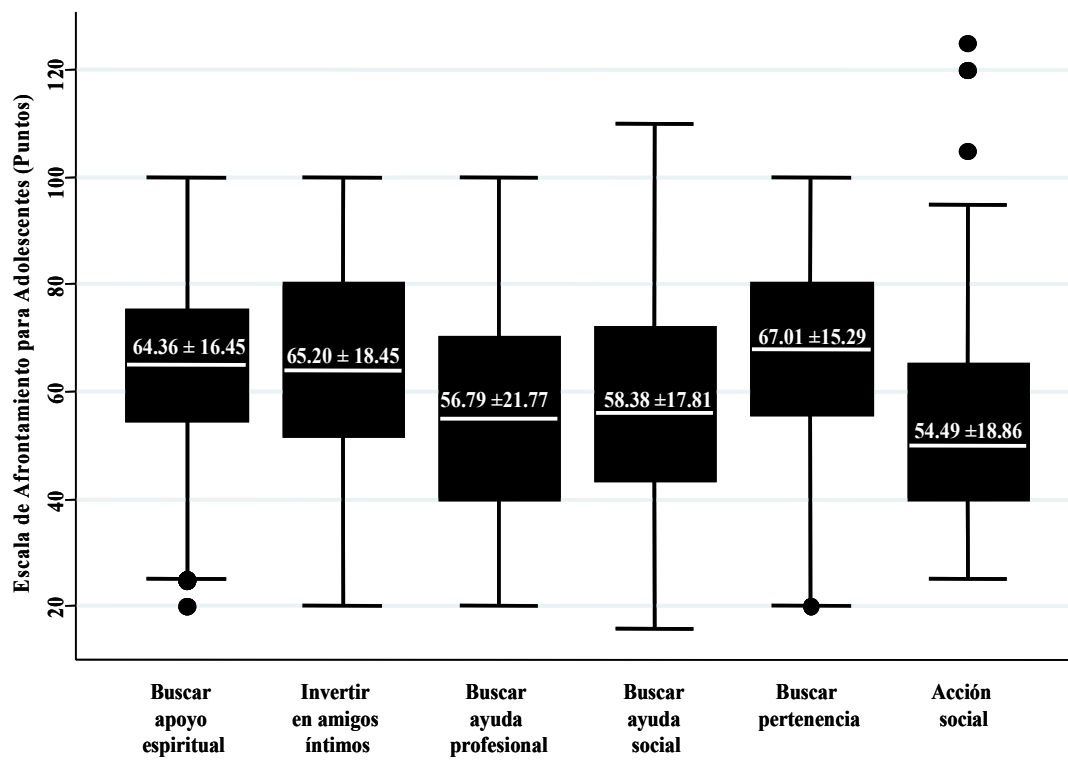
**Figura 1.** Distribución de la población de estudio según edad, I.E. Abraham Valdelomar 2007



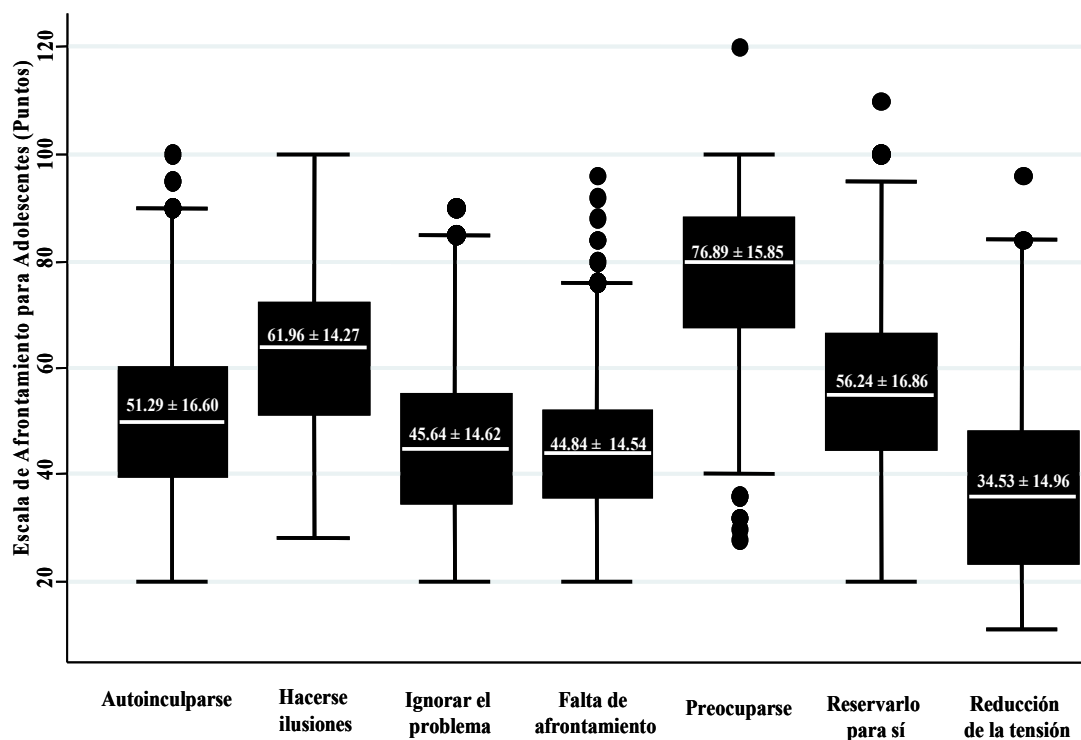
**Figura 2.** Distribución de la población de estudio según los estilos de afrontamiento, I.E. Abraham Valdelomar 2007



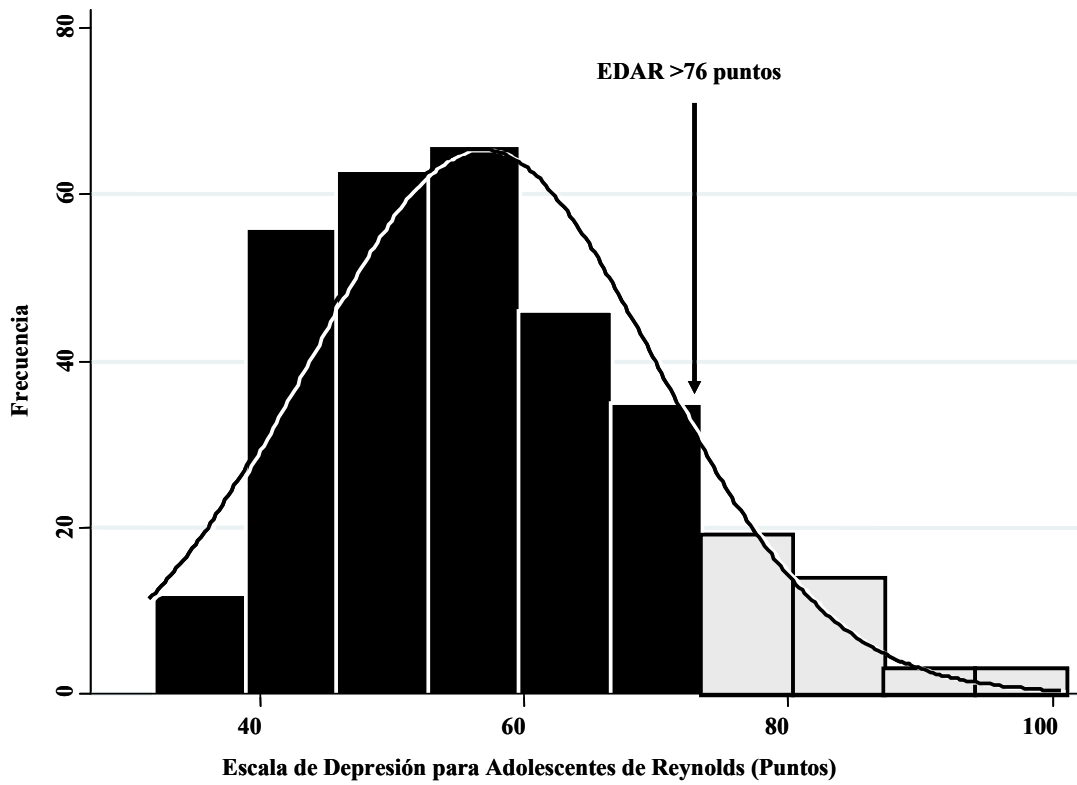
**Figura 3.** Distribución de la población de estudio según las estrategias de afrontamiento del estilo resolver el problema, I.E. Abraham Valdelomar 2007



**Figura 4.** Distribución de la población de estudio según las estrategias de afrontamiento del estilo referencia a otros, I.E. Abraham Valdelomar 2007



**Figura 5.** Distribución de la población de estudio según las estrategias de afrontamiento del estilo afrontamiento negativo, I.E. Abraham Valdelomar 2007



**Figura 6.** Distribución de la población de estudio según el puntaje acumulado en la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds, I.E. Abraham Valdelomar 2007

### 11.3. Escalas Psicométricas

#### 11.3.1. Escala de afrontamiento para adolescentes

##### INSTRUCCIONES

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la opción correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada opción debes marcar: Nunca lo hago, Lo hago raras veces, Lo hago algunas veces, Lo hago a menudo o Lo hago con mucha frecuencia, según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta a tu forma de actuar.

		Nunca lo hago	Lo hago raras veces	Lo hago algunas veces	Lo hago a menudo	Lo hago con mucha frecuencia
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					
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas					
16	Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves					
17	Pido consejo a una personas que tenga más conocimientos 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					
		Nunca lo hago	Lo hago raras veces	Lo hago algunas veces	Lo hago a menudo	Lo hago con mucha frecuencia
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 ánimo en otras personas					
39	Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos 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 a mis amigos					
44	Espero que el problema se resuelva por sí solo					
45	Me pongo mal (Me enfermo)					
		<b>Nunca lo hago</b>	<b>Lo hago raras veces</b>	<b>Lo hago algunas veces</b>	<b>Lo hago a menudo</b>	<b>Lo hago con mucha frecuencia</b>
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 mis problemas para que me ayuden a salir de él					
57	Pienso lo que estoy haciendo y por qué 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) íntimo de un(a) chico(a)					
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás					
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar					
63	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos					
64	Ante 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 aíso 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 mí					

70	Me siento contento 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, amigos, para solucionar 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					
		<b>N lo hago</b>	<b>Lo hago raras veces</b>	<b>Lo hago algunas veces</b>	<b>Lo hago a menudo</b>	<b>Lo hago con mucha frecuencia</b>
76	Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir					
77	Hago lo que quieren mis amigos					
78	Me imagino que las cosas van a ir 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					

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**11.3.2. Escala de Depresión para Adolescentes  
SOBRE MI MISMO  
Por William Reynolds**

Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Grado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES**

A continuación se presenta una lista de oraciones sobre cómo te sientes. Lee cada una y decide sinceramente cuán a menudo te sientes así: *Casi nunca, Rara vez, Algunas veces, o Casi siempre*. Marca con un aspa (X) el cuadro que está debajo de la respuesta que mejor se describe cómo te sientes realmente. Recuerda, que no hay respuestas correctas ni equivocadas. Sólo escoge la respuesta que dice cómo te sientes generalmente.

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

29	Me gusta comer				
30	Siento que nada de lo hago me ayuda				

RS	
TOTAL %	
%	

CI	