

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

E.A.P. DE PSICOLOGÍA



**“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO
EN ADOLESCENTES DEL 5° DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUANA MORENO HUÁNUCO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. MALLQUI BERROSPI, Jennifer Rosmeri

DOCENTE ASESOR:

Mg. DIESTRO CAROLETTI, Karina Vanessa

HUÁNUCO - PERÚ

MAYO, 2019



ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las tres y treinta horas del día catorce del mes de Mayo del año Dos Mil Diecinueve, se reunieron en el Auditorio de la Ciudad la Esperanza de la universidad de Huánuco, de esa ciudad, los Miembros del jurado, designados por Resolución N°532-2019-D-FCS-UDH de fecha 09 de Mayo del 2019 y al amparo de la Ley Universitaria N° 30220, Resolución N° 1006-2017-R-UDH de fecha 03/JUL/17 capítulo V Artículo 44° y 45° del Reglamento de Grados y Títulos para evaluar la Tesis titulada: **"SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DEL 5° DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUANA MORENO HUÁNUCO 2017"**, presentado por la Bachiller doña **MALLQUI BERROSPI JENNIFER ROSMERI**, para optar el Título Profesional de **LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas; procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del Jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo APROBADO.....por UNANIMIDAD.....con el calificativo cuantitativo de 1.4..... y cualitativo de Calorece.....(Art. 54)

Siendo las 17:15 pm horas de día 14., se dio por concluido el acto académico, firmando para constancia los miembros del Jurado.

MG. BEATRIZ JARAMILLO COZ
PRESIDENTA

PSIC. RENEE DEL CARMEN TEULEZ CORDERO
SECRETARIA

MG. MELISSA LIZET MEZA PAGANO
VOCAL

DEDICATORIA

A mis padres y mis abuelos por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

Todo este trabajo ha sido posible gracias a ellos.

AGRADECIMIENTO

A Dios.

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

A mi madre Victoria.

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mi abuelo Fernando.

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

RESUMEN

Determinar la sintomatología depresiva y estilos de afrontamiento de los estudiantes del 5to de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huancuco-2017. Estudio correlacional, prospectivo y transversal de nivel descriptivo. La muestra estuvo conformada por 147 estudiantes del 5to año de secundaria de la Institución Educativa. El análisis inferencial fue a través X^2 cuadrado con un $p < 0.05$, apoyándose del paquete estadístico IBM SPSS Statistics 25. El 54,4% de los estudiantes no tienen depresión, el 51,0% tienen un buen afrontamiento dirigido a la resolución del problema con mucha frecuencia, el 55,8% tienen buen afrontamiento en relación con los demás con mucha frecuencia y el 55,1% presentan un afrontamiento improductivo. De acuerdo con los resultados existe una relación entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5to de secundaria de la Institución Educativa ya que los estudiantes en su mayoría obtuvieron porcentajes similares en sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en sus diversas dimensiones.

Palabras clave: Sintomatología depresiva, estilos de afrontamiento, estudiantes, institución educativa, nivel secundaria.

ABSTRACT

Determine the depressive symptomatology and coping styles of the 5th grade students of the Juana Moreno Huánuco Educational Institution-2017. Correlation, prospective and cross-sectional study of a descriptive level. The sample was conformed by 147 students of the 5th year of secondary of the Educational Institution. The inferential analysis was through square X2 with a $p < 0.05$, relying on the statistical package IBM SPSS Statistics 25. 54.4% of the students do not have depression, 51.0% have a good coping aimed at solving the problem very often, 55.8% have good coping in relation to others very frequently and 55.1% have unproductive coping. According to the results, there is a relationship between depressive symptomatology and coping styles in 5th grade students of the Educational Institution since most students obtained similar percentages in depressive symptomatology and coping styles in their different dimensions.

Key words: Depressive symptomatology, coping styles, students, educational institution, secondary level.

INTRODUCCIÓN

Hace algunos años, la adolescencia era considerada una etapa de estrés, caos y desorden, donde los cambios característicos de la edad producían una gran inestabilidad, fuertes emociones, sufrimiento, rebeldía y demás consecuencias adversas para los adolescentes. Hoy en día se sabe que, si bien esta etapa implica una serie de cambios a nivel físico, biológico y psicológico, la mayor parte de los adolescentes supera esta etapa sin mayor problema.

A pesar de esto, la multitud de cambios que acompañan a esta etapa ha llevado a considerar la adolescencia como una etapa especialmente vulnerable al estrés psicosocial. La ocurrencia y la magnitud de circunstancias estresantes en la vida pueden derivar en dificultades adicionales, limitando el sano desarrollo e incrementando la vulnerabilidad a desajustes emocionales y problemas de adaptación. Dentro de estas dificultades se debe tener en cuenta a la depresión como el trastorno con mayor prevalencia en la población adolescente de nuestra ciudad, así como a nivel mundial.

El reporte de investigación contiene los siguientes elementos, que se ha dispuesto en 05 capítulos.

En el primer capítulo se aborda el problema a investigar; los objetivos, la hipótesis, las variables y su operacionalización e importancia o justificación del estudio.

En el segundo capítulo se detalla el marco teórico, el cual comprende: los antecedentes de investigación, las bases teóricas, las bases conceptuales de ambas variables y definición de términos operacionales.

El tercer capítulo expone el marco metodológico; la cual contiene los siguientes elementos: tipo de estudio, diseño, población, muestra y muestreo, métodos e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad de los instrumentos, procedimientos de recolección de datos, elaboración de los datos, análisis de los datos y aspectos éticos de la investigación.

En el cuarto capítulo se presentan los resultados descriptivos e inferenciales de la investigación con su respectiva interpretación. Y, en el quinto capítulo contiene la discusión de los resultados.

Finalmente se muestran las conclusiones, recomendaciones, las referencias bibliográficas y los anexos.

INDICE GENERAL

TÍTULO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

INDICE

INDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
1.1. Descripción del Problema	11
1.2. Formulación del Problema	15
1.2.1. Problema General	15
1.2.2. Problemas Específicos	15
1.3. Justificación e Importancia de la Investigación	15
1.4. Objetivos de la Investigación	17
1.4.1. Objetivo General	17
1.4.2. Objetivos Específicos	17
1.5. Viabilidad o Factibilidad	18
1.6. Limitaciones	18
CAPITULO II. MARCO TEÓRICO	20
2.1. Antecedentes	20
2.1.1. Nivel Internacional	20
2.1.2. Nivel Nacional	22
2.1.3. Nivel Regional	24
2.2. Bases Teórico – Científicas	26
2.3. Hipótesis	41
2.3.1. Hipótesis General	41

2.3.2. Hipótesis Específicas	41
2.4. Variables, Dimensiones e Indicadores (Operacionalización)	43
2.5. Definición de Términos – Conceptos	48
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	52
3.1. Método y Diseño de Investigación	52
3.1.1. Método	52
3.1.2. Diseño	52
3.2. Tipo y Nivel de Investigación	53
3.2.1. Tipo de Investigación	53
3.2.2. Nivel de Investigación	53
3.3. Población y Muestra	54
3.3.1. Población	54
3.3.2. Muestra	55
3.4. Instrumentos y Procedimientos de Recolección de Datos	57
3.4.1. Inventario de Depresión de BECK II – IDB II	58
3.4.2. Escala de Afrontamiento para Adolescentes – ACS	59
3.4.3. Procedimiento	61
3.5. Procesamiento y Presentación de Datos	62
CAPITULO IV. RESULTADOS	63
CAPITULO V. DISCUSIÓN	78
5.1. Discusión de Resultados	78
CONCLUSIONES	82
RECOMENDACIONES	83
BIBLIOGRAFÍA	85
ANEXOS	90

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N° 1 Características Sociodemográficas de los estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017.	63
Tabla N° 2 Sintomatología Depresiva de los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017.	65
Tabla N° 3 Dimensión de Afrontamiento Dirigido a la Resolución del Problema en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	66
Tabla N° 4 Dimensión de Afrontamiento Dirigido a la Resolución del Problema en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	67
Tabla N° 5 Dimensión de Afrontamiento en Relación a los Demás en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	68
Tabla N° 6 Dimensión de Afrontamiento en Relación a los Demás en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	69
Tabla N° 7 Dimensión de Afrontamiento Improductivo en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	71
Tabla N° 8 Dimensión de Afrontamiento Improductivo en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	72
Tabla N° 9 Correlación entre la Sintomatología Depresiva y el Afrontamiento Dirigido a la Resolución de Problemas en los Estudiantes del 5to Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	74
Tabla N° 10 Correlación entre la Sintomatología Depresiva y el Afrontamiento en Relación con los Demás en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017	76

CAPITULO I

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La adolescencia es un período de grandes cambios que tienen repercusiones psicológicas y mayores riesgos para el bienestar físico y mental (Papalia et al. 2005). Frecuentemente, los adolescentes están expuestos a diversos estresores, entre ellos los cambios correspondientes a su edad (cambios corporales, solidificación de su identidad, relación con los padres, etc.) y los problemas relacionados a los diferentes ámbitos – familiar, social y escolar, donde se desenvuelven (Gómez–Maquet, I. 2007).

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

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

subjetivo. Por otro lado, Zeidner, M. y Endler, N. (1997) confirman la relación entre el uso de estrategias disfuncionales y el consumo de sustancias tóxicas, afirmando que los estilos de afrontamiento tienen un papel importante como factores de protección o de riesgo del consumo de drogas y de la conducta antisocial en la adolescencia. También, se ha encontrado asociación entre el afrontamiento disfuncional y diversos trastornos psicológicos como la ansiedad y la depresión (Blalock & Joiner, T. 2000).

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

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

de drogas, donde la primera resulta ser una de las estrategias predictivas más importantes de la depresión.

Las situaciones difíciles de la vida no necesariamente conducen a una depresión, en este sentido, el afrontamiento juega un papel importante como moderador entre las experiencias estresantes y los recursos con que se cuenta para hacerlos frente y las consecuencias que derivan tanto para la salud física como psicológica de las personas (Sandín, B. 2003). En nuestra realidad peruana se aprecia que un número considerable de adolescentes usan estrategias poco eficaces para afrontar los problemas y eventos estresantes a los que se enfrentan en su entorno (Canessa, B. 2002).

A nivel internacional, se ha investigado acerca de la función que el afrontamiento tiene en la regulación de las emociones, encontrándose que éste desempeña un papel multidimensional y, por tanto, ayuda a la adaptación al medio y a la regulación emocional a lo largo del ciclo vital, inclusive durante la adolescencia. Otras investigaciones se han centrado en la relación entre la depresión y el afrontamiento en adolescentes, viéndose así que la depresión en esta etapa se asocia con estrategias de afrontamiento mal adaptativas o disfuncionales.

Sin embargo, a nivel nacional se ha investigado muy poco en relación a estos dos temas conjuntamente y en población escolar, por ende, se considera relevante el estudio de esta relación en nuestro contexto. De igual forma en el ámbito regional, se observaron casos de depresión en adolescentes, quienes en su mayoría optan por estilos de afrontamiento improductivo, en lo que fue del 2013, en Huánuco, los casos de intento de suicidio motivados por problemas familiares, trastornos de personalidad y depresión sumaron a 65,

un 20% de estos casos corresponde a niños y adolescentes, y es motivado principalmente por problemas disfuncionales de los padres, carencia afectiva y problemas ansioso depresivos, como el caso de la Institución Educativa Juana Moreno de Huánuco (Datos obtenidos de la Oficina de OITE – DIRESA HUÁNUCO 2013).

Por ende, el fin de esta investigación es analizar la posible relación entre la sintomatología depresiva y las estrategias de afrontamiento usadas por un grupo de adolescentes escolares de la Institución Educativa Juana Moreno, también determinar si existen diferencias en los niveles de sintomatología depresiva y el uso de estilos o estrategias de afrontamiento en relación a las variables sociodemográficas del grupo (edad, género, año de estudios y tipo de familia).

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. PROBLEMA GENERAL

¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5° de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017?

1.2.2. PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017?
- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017?
- ¿Cuál es la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

A nivel teórico; se sabe que anteriormente la adolescencia era considerada una etapa de estrés, caos y desorden, los cambios que son característicos de la edad producían una gran inestabilidad, emociones fuertes, sufrimiento, rebeldía y otras sensaciones adversas para los adolescentes. En la actualidad, se sabe que si bien es una etapa que implica cambios a nivel físico, biológico y psicológico, la gran parte de los adolescentes supera esta etapa sin mayor problema (Jiménez, Menéndez & Hidalgo, 2008) incluso,

gran parte de los adolescentes muestran un desempeño académico resaltante, así como adecuadas relaciones familiares y sociales (American Psychology Association - APA, 2000).

A pesar de ello, los diversos cambios que se presentan en esta etapa han llevado a considerar la adolescencia como una etapa altamente vulnerable al estrés psicosocial (Lorence, Jiménez & Sánchez, 2009). A nivel metodológico; se conoce que los diversos estresantes que se presentan en la vida pueden derivar en otras dificultades, limitando su normal desarrollo e incrementando la vulnerabilidad a desajustes emocionales y problemas de adaptación. Entre esas dificultades se debe considerar a la depresión ya que, según los últimos datos estadísticos, es una de las enfermedades mentales más prevalentes en la población peruana. Los estudios que se han realizado en adolescentes revelan cifras alarmantes de la sintomatología depresiva así también como del número de personas que podrían alcanzar un diagnóstico de depresión mayor (Instituto Especializado de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”, 2002). También se ve que ello interfiere en el aprendizaje escolar, en la participación de actividades extracurriculares y en los casos más severos ocasiona desesperanza, ideas suicidas y comportamientos autodestructivos.

Sin embargo, se ha visto diferencias entre el desarrollo de dificultades emocionales en algunos adolescentes y en otros no, por ello el afrontamiento juega un rol importante, ya que implica el esfuerzo que hace una persona por hacerle frente a sus problemas, ayuda a mantener regulado el estado emocional y mental, previniendo el desarrollo de síntomas de enfermedad (Solís, C. & Vidal, A. 2006). En nuestra realidad poco se ha estudiado sobre la relación entre la depresión y el afrontamiento del cual hacen uso los adolescentes, por lo cual a nivel práctico resulta importante realizar este primer paso y conocer la relación de

ambas variables, para que se puedan establecer acciones que promuevan estrategias de afrontamiento que conlleven a la adecuada adaptación de los adolescentes.

La forma en que el adolescente afronta los cambios de esta etapa tiene una función crucial, dado que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas está asociado en mayor medida al desajuste emocional y, por ende, al desarrollo de trastornos. En este sentido, resulta relevante y constituye nuestro objetivo principal conocer cómo la sintomatología depresiva y el afrontamiento se relacionan y se comportan en un grupo de adolescentes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. OBJETIVO GENERAL

- Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva con los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Establecer la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

- Describir la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017.

- Conocer la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

1.5. VIABILIDAD O FACTIBILIDAD

El proyecto de investigación reúne las características y condiciones necesarias para poder llevarse a cabo. La metodología ya se encuentra establecida y se reúnen los recursos humanos, financieros y materiales necesarios, lo que hace factible a la investigación.

1.6. LIMITACIONES

En el desarrollo de la investigación se pueden presentar las siguientes limitaciones;

- Dentro de las limitaciones del estudio podemos citar, que, a pesar de asegurar la confidencialidad de los datos brindados, pudiera existir un sesgo ya que muchos de los estudiantes pueden “dar su mejor respuesta”.

- El tiempo en cuanto a la recolección de datos también podría desempeñar un factor limitante ya que sólo se tendrá acceso a los participantes en horarios de tutoría, para poder recabar la información necesaria.

CAPITULO II

II. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES

2.1.1. Internacional

Frydenberg E. (1997) en su “*Manual de la Escala de afrontamiento para adolescentes*” Madrid; realiza una clasificación del afrontamiento basada en 3 estilos y 18 estrategias. Resumen: Estos estilos representan la tendencia a actuar de manera consistente frente a las situaciones problemáticas, las estrategias en cambio son las acciones cognitivas o conductuales que un individuo lleva a cabo en una situación particular. El estilo *resolver el problema* comprende las estrategias *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, fijarse en lo positivo, buscar diversiones relajantes y distracción física*. El estilo *referencia a los otros* incluye las estrategias *buscar apoyo social, invertir en amigos íntimos, buscar pertenencia, acción social, buscar apoyo espiritual y buscar ayuda profesional*. Mientras que el estilo *no productivo* comprende las estrategias *preocuparse, hacerse ilusiones, falta de afrontamiento, reducción de la tensión, ignorar el problema, autoinculparse y reservarlo para sí*. Los dos primeros estilos resultan ser funcionales; ya que el problema es definido, se identifican y se llevan a cabo acciones para su solución, aunque cabe resaltar que el estilo *referencia a los otros*, en ocasiones, es un indicador de dependencia en lugar de mostrar capacidad de afrontamiento. Por el contrario, el afrontamiento *no productivo* resulta ser disfuncional dado que las estrategias no permiten encontrar una solución al problema en cuestión (Frydenberg & Lewis, 2004). De estas estrategias, los adolescentes parecen utilizar con mayor frecuencia *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito e invertir en amigos íntimos*, mientras que

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

Serrano G. (2011), basándose en la teoría del aprendizaje social de Rotter, ha definido las expectativas de regulación del ánimo negativo (negative mood regulation expectancies, NMRE) como, las creencias que tienen los individuos de que cuando experimentan un estado de ánimo negativo, pueden hacer algo por sí mismos para sentirse mejor. Resumen: Los hallazgos muestran que las NMRE se correlacionan negativamente con depresión y sugieren que la presencia de bajas NMRE, predice la presencia de trastornos mentales y empeora su pronóstico. Los principales estudios se han hecho en población adulta y existen pocos estudios en adolescencia. Por otro lado, la depresión en la adolescencia es un trastorno poco estudiado y que requiere más estudios en Chile. Además, por las características propias del desarrollo y consecuencias graves de la patología, es de difícil manejo. Es así como, surge la pregunta: ¿Cómo se relacionan las NMRE en adolescentes chilenos y la sintomatología depresiva en población clínica y no clínica? Utilizó una metodología cuantitativa, de tipo descriptiva y correlacional, diseño no experimental y longitudinal. Participaron 60 adolescentes entre 14 y 17 años, divididos en un grupo clínico, que ingresan a tratamiento por depresión y un grupo control no clínico. Se equiparó ambos grupos por género, edad y nivel socioeconómico. Se aplicó la Escala de Actitudes hacia los Sentimientos (NMRE) y el Inventario de Depresión de Beck (BDI –

II), en dos etapas, la segunda al cabo de 10 semanas. Los resultados señalan, que las NMRE se correlacionan negativamente con la sintomatología depresiva en población adolescente. El grupo clínico presentó puntajes más bajos en las NMRE y más altos en el BDI – II que el grupo control. El grupo control se mantuvo estable en las NMRE en ambas etapas y disminuyó el puntaje del BDI – II en el segundo período. En el grupo clínico, aumentaron los puntajes del NMRE y en el BDI – II bajaron en la segunda etapa. De este grupo, quienes presentaron más bajas NMRE tuvieron peor pronóstico de depresión. Como principales conclusiones, las NMRE se correlacionan negativa y significativamente con depresión en población adolescente, las NMRE son un indicador importante para el pronóstico de depresión. La escala NMR es un instrumento útil para la práctica clínica en el abordaje de la depresión en adolescentes.

2.1.2. Nacional

En el Perú, también se han realizado investigaciones acerca del afrontamiento en adolescentes. Canessa, B. (2002) realizó la adaptación de la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) a población limeña, identificando que las escalas usadas con mayor frecuencia por los escolares participantes corresponden a *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse y buscar diversiones relajantes*. Por otro lado, las escalas menos utilizadas corresponden a las escalas de *falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social e ignorar el problema*.

Mikkelsen, F. (2013) realizó una investigación sobre la *“Satisfacción con la vida y Estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima”* Lima, para establecer la relación entre estas dos variables de estudio. Resumen: Los participantes

fueron un grupo de 362 adolescentes universitarios de Lima entre 16 y 22 años. Se empleó la escala de Satisfacción con la Vida (SWLS) (Pavot & Diener, 1993) y la escala de Afrontamiento para adolescentes (ACS) (Frydenberg & Lewis, 1997). El presente estudio fue no experimental de tipo correlacional. Igualmente, corresponde a un diseño de tipo transaccional o transversal (Hernández, Fernández & Baptista, 2006). Se hallaron correlaciones significativas entre Satisfacción con la vida y los Estilos y Estrategias de afrontamiento. En relación a la Satisfacción con la vida, los estudiantes reportaron un nivel promedio de satisfacción, el área familiar y amical fueron las de mayor satisfacción. En cuanto al afrontamiento, hubo un mayor empleo del estilo Resolver el problema y Referencia a los otros y se encontraron diferencias significativas según el género de los participantes.

Núñez, C. (2011) realizó un estudio para conocer la relación que existe entre la depresión, las habilidades sociales y el soporte social, además de la influencia del género en los adolescentes infractores de los centros juveniles de Lima Metropolitana. Resumen: La muestra estudiada fue de 201 adolescentes: 41 mujeres y 160 varones, entre 13 y 19 años. El diseño fue correlacional-transversal. Los instrumentos aplicados fueron, el Inventario de Zung-D, la lista de chequeo de Habilidades Sociales de Goldstein y el Cuestionario de Soporte Social de Flaherthy, Gaviria y Pathak. Los resultados muestran que el 76.6% de los adolescentes presentaron algún tipo de depresión, gran porcentaje de ellos obtuvo niveles bajos y normales en habilidades sociales, y, en el soporte social alcanzaron los mayores porcentajes los niveles bajos y medios. Sólo se encontró correlación significativa entre la depresión y el soporte social. Asimismo, existe una tendencia a la correlación entre la habilidad social (habilidad primera, de sentimiento y

para el estrés) pero no es significativa. A nivel de género, solo se encontró correlación significativa en la habilidad de comunicación en los varones.

2.1.3. Regional

León, S. (2010), determinó el impacto del Programa “Caritas Felices” en la depresión de un grupo de estudiantes del nivel primario, Huánuco – 2010, a través del método experimental, diseño pre – experimental con Pre y Post test. Resumen: La población y muestra estuvo conformada por 18 alumnos del 6to grado “C” del nivel primario de la Institución Educativa Publica “Julio Armando Ruiz Vásquez. Utilizó el Inventario de Depresión Infantil Abreviado de Kovacs, adaptado por Reátegui en 1994. Las diferencias entre el pre test y el post test fueron estadísticamente significativas con un alfa de 0.05, mediante la prueba de T de Student para muestras pequeñas. El efecto del Programa “Caritas Felices” fue integral lográndose cambios en los indicadores a nivel cognitivo, afectivo, conductual y social. El programa “Caritas Felices”, tuvo una duración de un mes y medio, con diez sesiones (dos por semana), aproximadamente una hora por cada sesión; así las actividades programadas han resultado adecuado a los objetivos y características de la muestra.

Camarena, C. (2011), realizó un estudio para determinar el nivel de riesgo suicida en adolescentes del tercer año de secundaria de las Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de Huánuco. Para tal efecto, utilizó la Escala de Riesgo Suicida Plutchik (adaptada 2008). Resumen: El tipo de investigación fue descriptiva, de nivel descriptivo simple; previamente usó procedimientos estadísticos para hallar la desviación estándar, la media y posteriormente el punto de corte y con ello los rangos para determinar los niveles de riesgo

suicida (cabe mencionar que se hizo un estudio por separado de las pruebas con puntuación del Ítem 15). Se validó la Escala mediante el análisis factorial y se efectuó la fiabilidad obteniendo un alfa de Cronbach de 0.766. Los resultados obtenidos reflejaron que el 33,4% de la población estudiada (1252 estudiantes) presenta riesgo suicida; un 66.6% pertenece al género femenino y un 34.4% al género masculino. De la población en riesgo suicida, según nivel se halló: en bajo riesgo 65.4%, en mediano riesgo 32.1% y en alto riesgo 2.5%. Según estos niveles, el porcentaje femenino es de 65.4% a estos datos se le suma el hecho de que las probabilidades de estar en riesgo suicida son de 0.47 siendo mayor si ambos padres crían al adolescente entre 13 y 16 años. Otro factor que atrajo la atención fue que la gran mayoría de adolescentes no tenía otra ocupación más que sus estudios (78.9%), (330 adolescentes en riesgo suicida) que constituyen el 56.5% todos ellos del turno de la mañana. Se halló intento de suicidio en el género femenino en un 3% y 9% en el género masculino.

Vásquez, I. (2000), realizó la aplicación de un Programa Terapéutico contra la Depresión en un grupo de estudiantes de la Universidad Nacional Hermilio Valdizán de Huánuco. Resumen: Evaluó los niveles de depresión de los sujetos de estudio quienes fueron detectados a través de la “I Campaña de Despistaje de Estrés y Psicoactivos de 1998”, mediante la Escala de Autovaloración de la Depresión de Zung (EAMD). En tal sentido los sujetos que participaron en el Programa Terapéutico fueron aquellos que obtuvieron un nivel de depresión leve, moderada y grave en el Inventario de Depresión de Beck. Así se formó un grupo experimental como variable dependiente el nivel de depresión y como variable independiente el Programa Terapéutico de Reestructuración Cognitiva Conductual de Beck, utilizándose un diseño Pre Test – Post Test con un solo

grupo cuyos beneficios han sido demostrados en otros estudios. Los resultados obtenidos han sido significativos, comprobando la efectividad del Programa para la disminución del Nivel de Depresión comprobándose así los datos obtenidos del Pre Test y Post Test.

2.2. BASES TEÓRICO – CIENTÍFICAS

2.2.1. Depresión

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

La depresión está caracterizada por la presencia de un estado de ánimo triste o irritable, así como por la pérdida de interés o de la capacidad para el placer; también se puede acompañar por pérdida de peso, alteraciones del apetito, insomnio o hipersomnia,

agitación o enlentecimiento psicomotor, desmotivación y poca energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar y/o concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio (Asociación Americana de Psicología [APA], 2000). Científicamente, los términos depresión y depresión mayor generalmente describen enfermedades que han sido diagnosticadas formalmente y cuya persistencia e intensidad es notoriamente severa. Sin embargo, no todos los individuos cumplen con los criterios necesarios para diagnosticar un trastorno depresivo; pero puede que sí cumplan con algunos criterios que los colocan en riesgo de sufrir este trastorno. En este sentido, el término sintomatología depresiva se refiere a aquellos trastornos leves del estado de ánimo de más corta duración y que no han sido diagnosticados formalmente (Weber, S. 2009).

Existen diferentes teorías explicativas de la depresión y el proceso psicológico en que se fundamenta. El modelo cognitivo propuesto por Beck, Rush, Shaw & Emery (2006) resulta ser una de las teorías explicativas de mayor importancia con respecto a la depresión. Este autor postula tres conceptos específicos que buscan explicar el sustrato psicológico de la depresión. El primer concepto, la *triada cognitiva*, se centra en la visión negativa que la persona tiene acerca de sí mismo, sus experiencias y su futuro; la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos formarán patrones cognitivos estables, llamados *esquemas*, que permitirán codificar el estímulo a enfrentar y serán activados por determinadas circunstancias similares a las experiencias que formaron las actitudes negativas iniciales. De estos *esquemas*, se derivarán constantes distorsiones en el procesamiento de la información, los cuales reciben el nombre de *errores cognitivos*. Éstos mantendrán la creencia de la persona en la validez de sus

conceptos negativos y contribuirán a que mantenga aquellas actitudes que le son contraproducentes.

Otras investigaciones han buscado aportar al tema desde distintas perspectivas y puntos de vista. En este sentido, ciertos aspectos han sido tomados en cuenta como factores desencadenantes de la depresión en los adolescentes. El primer factor confirma la presencia de algunas alteraciones biológicas en los sujetos que experimentan síntomas depresivos, aunque estos cambios no han sido observados en todos los individuos y por lo tanto, no existe una alteración específica y determinante de la depresión. Justamente, algunos sujetos pueden presentar una alteración de la regulación de diversos sistemas de neurotransmisores (serotonina, noradrenalina, dopamina, acetilcolina y ácido gamma aminobutírico); así como otros individuos pueden presentar alteraciones hormonales y de neuropéptidos, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral y del metabolismo (OMS, 2004).

2.2.2. Epidemiología

Las cifras de prevalencia de la depresión varían dependiendo de los estudios, en función de la inclusión tan sólo de trastornos depresivos mayores o de otros tipos de trastornos depresivos. En general, se suelen recoger cifras de prevalencia en países occidentales de aproximadamente 3 por ciento en la población general, y para el trastorno depresivo mayor, una incidencia anual del 1 al 2 por mil. Según la OMS en el mundo hay más de 350 millones de personas con depresión.

Estudios y estadísticas parecen coincidir en que la prevalencia es casi el doble en la mujer que, en el hombre, aunque no son pocos los trabajos que cuestionan esta asimétrica incidencia: existen estudios que indican que la depresión en el hombre es mucho menos

admitida y su sintomatología reporta de manera diferente. Algunos factores estresantes vitales, como el nacimiento de un hijo, las crisis de pareja, el abuso de sustancias tóxicas (principalmente alcohol) o la presencia de una enfermedad orgánica crónica se asocian con un riesgo incrementado de desarrollar un trastorno depresivo mayor. En cuanto a la asociación familiar debida a factores genéticos, la existencia de un pariente de primer grado con antecedentes de trastorno depresivo mayor aumenta el riesgo entre 1,5 y 3 veces frente a la población general. La mayor duración del primer episodio y el mayor número de episodios en la vida de aquellos con depresión de inicio temprano se debe a la falta de detección y tratamiento oportuno en jóvenes (OMS, 2004).

2.2.3. Etiología

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Entre todos ellos, los factores biológicos son los que merecen especial atención, incluyendo la Psico-Neuro-Inmunología, que plantea un puente entre los enfoques estrictamente biológicos y psicológicos. Un elevado y creciente número de evidencias indica que los episodios depresivos se asocian no sólo con cambios en la neurotransmisión del sistema nervioso central, sino también con cambios estructurales en el cerebro, producidos a través de mecanismos neuroendocrinos, inflamatorios e inmunológicos.

Algunos tipos de depresión tienden a afectar a miembros de la misma familia, lo cual sugeriría que se puede heredar una predisposición biológica. En algunas familias la depresión severa se presenta generación tras generación. Sin embargo, la depresión severa también puede afectar a personas que no tienen una historia familiar de depresión.

Actualmente, no existe un perfil claro de biomarcadores asociados con la depresión que pueda ser usado para el diagnóstico de la enfermedad.

2.2.4. Factores de la Depresión

Por otro lado, dentro de los factores relacionados al entorno, la familia es el núcleo de donde se desprenden diversos agentes desencadenantes de la depresión, así pues, los trastornos depresivos en la pubertad están mayormente asociados con ambientes familiares adversos. Aspectos como la relación entre padres e hijos, el maltrato infantil y la depresión parental, en especial, la materna, han sido relacionados a la depresión tanto en la niñez como en la adolescencia. Otras investigaciones señalan también los efectos negativos del divorcio de los padres en el bienestar emocional y el consecuente desarrollo de sintomatología depresiva (Field, Diego & Sanders, 2001).

❖ Factores Ambientales

De todos los factores psicosociales posibles, el estrés y el trauma psicológico son los mejor conocidos. Tanto el trauma agudo o los factores de estrés sub-crónico, como la exposición temprana al trauma infantil, aumentan el riesgo de desarrollar depresión y de provocar alteraciones del estado de ánimo, por su impacto sobre el sistema inmunitario y el sistema nervioso central. El estrés psicosocial puede activar la producción de citoquinas pro-inflamatorias, tales como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF- α) y la interleucina-1 (IL-1), y disminuir los niveles de citoquinas antiinflamatorias, tales como la interleucina-10 (IL-10). Esto se ha demostrado en relación con el estrés agudo o crónico, tanto en animales como en humanos. Las citoquinas pro-inflamatorias causan depresión y ansiedad, lo cual puede explicar por qué los influjos psicosociales y los traumas agudos

pueden desencadenar trastornos del estado de ánimo en personas vulnerables, por ejemplo, las que tienen polimorfismos de genes inmunes, bajos niveles de peptidasas o una mayor carga inflamatoria.

La evidencia de los modelos animales ha sugerido durante mucho tiempo que la exposición temprana a un trauma en la infancia puede aumentar el riesgo de un mal funcionamiento futuro de los sistemas nervioso, inmunológico y endocrino. Estos hallazgos han sido corroborados posteriormente en humanos. Los estudios que exploran la influencia del estrés en otras enfermedades inflamatorias, tales como el síndrome metabólico y las enfermedades cardiovasculares, han demostrado consistentemente tendencias similares. Todos estos resultados sugieren que el estrés que se produce en edades tempranas puede ejercer efectos persistentes durante largos períodos de tiempo, provocando un aumento de la susceptibilidad a desarrollar enfermedades somáticas y psiquiátricas, y una potencial baja respuesta a los tratamientos. No obstante, este modelo no explica completamente la vulnerabilidad a padecer enfermedades inflamatorias, sino que el empleo en la edad adulta de las respuestas aprendidas de mala adaptación al estrés parece jugar un papel fundamental. Por ejemplo, hay pruebas de que la personalidad y la forma en que una persona responde a los estresores psicosociales, tales como la tensión laboral o el estrés ante un examen, pueden contribuir a desarrollar procesos inflamatorios. Comprender y modificar los factores de riesgo relacionados con el estrés y el estilo de vida supone un paso importante en la prevención de las enfermedades inflamatorias, tales como la depresión (OMS, 2004).

2.2.5. Síntomas de la depresión

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

2.2.6. Teorías sobre la Depresión

Las causas y los tratamientos sugeridos para la depresión se han ido modificando permanentemente como reflejo de las tendencias etiológicas y teóricas de cada época. Como el estudio de la depresión infantil ha ido a la zaga de la de los adultos, para tener una comprensión profunda de sus causas y características, es necesario estudiar las diferentes concepciones teóricas sobre la depresión, incluso aquellas en las que se consideraba que este era un trastorno “sólo para adultos”. Los modelos que explican la depresión se pueden desglosar en cinco enfoques principales: el psicodinámico, los

modelos cognitivo – conductuales, los modelos interpersonales – sociales, los biológicos y el modelo evolutivo. (Solloa, L. 2010).

❖ **Enfoque Psicodinámico**

Uno de los principales motivos de la atracción que el psicoanálisis ejerció sobre los psiquiatras fue el énfasis que puso en que la enfermedad mental como un desorden cuyos síntomas son de origen psicológico, tiene un significado que puede ser revelado a través de la investigación de las experiencias del paciente a lo largo de su vida. En su artículo “Duelo y Melancolía”, Freud enfatizó la importancia de las relaciones objetales más que de la represión en la psicopatología y bosquejó una instancia psíquica que habría de convertirse en el superyó. Según Arieti y Bemporad, Freud identificó tres factores condicionantes para la melancolía: la pérdida de objeto, un alto grado de ambivalencia y una regresión libidinal en el yo.

En el artículo “El yo y el Ello” aparece la hipótesis estructural y es aquí donde Freud aclara que la melancolía es el resultado de un superyó que manifiesta su rabia contra un yo aparentemente indefenso; la agresión no se expresa hacia afuera, sino que se vuelca contra el propio sujeto. Con este modelo, el psicoanálisis propuso un modelo enteramente nuevo para explicar la depresión (Solloa; L. 2010).

❖ **Enfoques Interpersonales y Culturales**

La corriente culturista propone una interpretación de la depresión en la cual el acento está puesto en la reacción a las exigencias sociales, el efecto que la sintomatología produce en los demás y la utilización de la depresión para satisfacer objetivos anormales. Valiéndose de la autocompasión, el depresivo extorsiona a los demás provocando

conmiseración y forzándolos a complacer sus deseos y a sacrificarse por él. Está dispuesto a hacer cualquier cosa por mostrarse enfermo e incapacitado y evadir las obligaciones sociales y la reciprocidad en sus relaciones afectivas.

❖ **Enfoques Cognitivos y Conductuales**

La depresión se debe a una distorsión cognitiva, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa en la triada cognitiva, el mismo, el mundo y el futuro. El tratamiento consiste en detectar los pensamientos automáticos negativos de los sujetos y analizarlos y cambiarlos racionalmente. La aportación que se puede dar desde el punto de vista corporal es que las sensaciones que sentimos son debidas a pensamientos automáticos. Cuando pensamos mucho sobre un tema vamos reduciendo el pensamiento de forma que generalizamos y dejamos indicado el contenido y lo único que sentimos es la preparación para actuar que nos deja, es decir, la emoción y la sensación asociada. Se puede analizar de esta forma el pensamiento automático de tal manera que el deprimido ve claramente la relación entre la sensación y el pensamiento, de hecho, basta con preguntarle respecto a la sensación para que sepa a qué se debe y que es lo que en realidad la sensación le dice. Una vez que se descubre el pensamiento automático a veces se puede desmontar de forma racional, pero otras es preciso hacer algún experimento para comprobar que no responde a la realidad o realizar cambios conductuales para que el paciente para que pueda apreciar la realidad. Uno de los problemas que ocurre con este tipo de pensamientos automáticos es que se confirman a sí mismos. El paciente se siente incapaz de actuar y esto le produce una sensación que le deja tan caído que en efecto no puede actuar (Solloa, L. 2010).

❖ **Enfoques Psicobiológicos**

Dentro de los enfoques psicobiológicos hay una gama muy amplia que abarca desde los modelos genéticos a los neuroendocrinos. La investigación de los factores biológicos se ha hecho a través de los “marcadores biológicos”. Un marcador biológico es un indicador medible de un trastorno, los marcadores biológicos pueden dividirse en grupos, no necesariamente excluyentes entre sí; indicadores etiológicos, productos de la enfermedad y marcadores de enlace, aparecen ligados a la enfermedad (Solloa, L. 2010).

2.2.7. Depresión en las mujeres

La depresión se da en la mujer con una frecuencia que es casi el doble de la del varón. Quizás factores hormonales podrían contribuir a la tasa más alta de depresión en la mujer. Otra explicación posible se basa en el contexto social que viven las mujeres, relativas al sexismo (género).

En particular, en relación con los cambios del ciclo menstrual, el embarazo, el aborto, el periodo de posparto, la premenopausia y la menopausia. Las hormonas sexuales femeninas (estrógenos y progesterona), debido a una existencia de menores niveles de estrógenos, parecen desempeñar por tanto un cierto papel en la etiopatogenia de la depresión. Un estudio reciente del Instituto Nacional de Salud Mental de los Estados Unidos (NIMH) demostró que las mujeres que presentaban predisposición a padecer el síndrome premenstrual (SPM) grave se alivian de sus síntomas físicos y anímicos (por ejemplo, de la depresión) cuando se les suprimen sus hormonas sexuales a través de un tratamiento farmacológico. Si ese tratamiento se interrumpe, las hormonas se reactivan y, al poco tiempo, los síntomas vuelven. Por otro lado, a las mujeres sin SPM, la supresión temporal

de las hormonas no les produce ningún efecto. La depresión posparto es un trastorno depresivo que puede afectar a las mujeres después del nacimiento de un hijo. Está ampliamente considerada como tratable. Los estudios muestran entre un 5 y un 25 por ciento de prevalencia, pero las diferencias metodológicas de esos estudios hacen que la verdadera tasa de prevalencia no esté clara. En recientes estudios se ha demostrado una asociación entre la aparición de depresión en mujeres de edad avanzada y un aumento de la mortalidad (por diferentes causas, principalmente por accidentes vasculares cerebrales), (OMS, 2004).

2.2.8. Depresión en los varones

Existen datos con los que se afirma que la prevalencia global de la depresión es inferior entre los varones; aunque hay estudios que manifiestan que ello se debe a que éstos son menos propensos a admitir su enfermedad, siguiendo las pautas estipuladas por el sistema cultural para su género, provocando en los varones una mayor cohibición para consultar y ser diagnosticado por un especialista. En cuanto al suicidio, si bien los datos afirman que los intentos son más comunes en la mujer que en el hombre, la tasa de suicidio consumado en ellos es cuatro veces más alta que en las mujeres. Utilizando los hombres una metodología más letal para asegurar su fallecimiento. A partir de los 70 años de edad, la tasa de suicidio en el hombre aumenta, alcanzando el nivel máximo después de los 85 años. La depresión también puede afectar la salud física del hombre, aunque en una forma diferente a la de la mujer. Algunos estudios indican que la depresión se asocia con un riesgo elevado de enfermedad coronaria en ambos sexos. Sin embargo, sólo en el varón se eleva la tasa de mortalidad debida a una enfermedad coronaria que se da junto con un trastorno depresivo.

2.2.9. Sintomatología depresiva en la adolescencia

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

2.2.10. Afrontamiento

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

El afrontamiento es concebido como

(...) aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son

evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986 p. 164).

El afrontamiento está conformado por las respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un individuo usa para lidiar con las situaciones problemáticas que se encuentra en la cotidianidad o en una circunstancia particular de su vida (Frydenberg, 1996; Frydenberg, 2004); representa un intento de restaurar el equilibrio o remover la turbulencia del individuo, a través de dos maneras, resolviendo directamente el problema o en todo caso, acomodándose emocionalmente a la situación sin producir una solución activa al respecto (Frydenberg & Lewis, 1997 citado en Frydenberg, 2004).

El objetivo principal del afrontamiento es aminorar la probabilidad de que se produzcan consecuencias nocivas y perjudiciales para el individuo como por ejemplo síntomas desadaptativos a nivel psiquiátrico, psicosomático y conductual. En otras palabras, el afrontamiento es el moderador entre los eventos negativos cotidianos y el impacto que estos puedan tener en la salud y bienestar físico y psicológico del individuo (Blalock & Joiner, 2000).

2.2.11. Teorías de afrontamiento

Dentro del enfoque cognitivo conductual y centrado en el ser humano, hay dos formas de entender las estrategias de afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986);

- Como un estilo cognitivo consistente de aproximación a los problemas, entendiendo estilo cognitivo como el modo habitual de procesar la información y de utilizar los recursos cognitivos (como son la percepción, la memoria, el procesamiento...) Se ha

buscado la asociación de diversas variables de personalidad con estilos de afrontamiento.

- Como un estado o proceso dependiente de la situación. Se analizan las estrategias o acciones llevadas a cabo por una persona ante las distintas situaciones o problemas. Esta segunda forma de entender las estrategias de afrontamiento indicaría que hay poca consistencia en las estrategias ante distintas situaciones e, incluso, puede cambiarse de estrategia ante un mismo problema en dos momentos temporales distintos (Lazarus & Folkman, 1986).

2.2.12. Estilos de afrontamiento

Cuando las demandas que exigen a un organismo, especialmente al ser humano, las situaciones en las que se encuentra o a las que se enfrenta, este organismo pone en marcha una serie de conductas, que pueden ser manifiestas o encubiertas, destinadas a reestablecer el equilibrio en su transacción con el ambiente (más específicamente en la transacción persona – ambiente) o, cuando menos, a reducir el desequilibrio percibido y las consecuencias aversivas que de él derivan. El mecanismo por el que estas conductas modulan el impacto y efectos de la fuente de amenaza es mediante los cambios que introducen en los procesos valorativos.

Así, cuando una persona se enfrenta a una situación que le puede producir estrés o ansiedad pone en marcha las estrategias de afrontamiento, que son de carácter intencional, deliberado e involuntario. Lazarus y Folkman (1986) identifican dos funciones principales. La primera se dirige a manipular o alterar el problema directamente cuando se estima que éste es susceptible de cambio; la segunda función se expresa cuando no se pueden

modificar las condiciones desafiantes del entorno por lo que se busca regular o controlar la respuesta emocional que origina el problema. De estas dos funciones se desprenden los estilos de afrontamiento sugeridos por los autores:

❖ *Afrontamiento centrado en el problema;*

La persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva, hay una búsqueda deliberada de solución, de recomposición del equilibrio, roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.

❖ *Afrontamiento centrado en la emoción:*

La persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Si no funcionan o son insuficientes el primer tipo de estrategias, se pretende aminorar el impacto sobre el individuo. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

Otros autores han preferido categorizar el constructo de diferente manera. Seiffge-Krenke, I. (2002) ha logrado diferenciar conceptualmente los estilos de afrontamiento funcionales de los disfuncionales:

❖ *Estilo de afrontamiento funcional*

Se refieren a los esfuerzos por manejar un problema llevando a cabo acciones concretas, buscando activamente soporte social o reflexionando sobre posibles soluciones al problema. Muy por el contrario,

❖ *Estilo de afrontamiento disfuncional*

El estilo disfuncional incluye esfuerzos por replegarse o negar la existencia del estresor, evitar buscar soluciones e intentar regular las emociones (Krenke, I. 2002).

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1. Hipótesis General

H₁: Existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

H₀: No existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

2.3.2. Hipótesis Específicos

H₂: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

H₀: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

H₃: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

H₀: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

H₄: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

H₀: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo, en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

				<ul style="list-style-type: none"> -Pensamiento suicida -Dificultad para tomar decisiones -Desvalorización corporal -Incapacidad laboral -Pérdida de peso -Disminución del interés sexual 	19, 21	
Vx: ESTILOS DE AFRONTAMIENTO	(...) aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o	Son las respuestas que un individuo usa para lidiar con las situaciones problemáticas de su vida, influye en el desarrollo de una sintomatología	-Afrontamiento dirigido a la resolución del problema	<ul style="list-style-type: none"> -Buscar diversiones relajantes -Esforzarse y tener éxito -Distracción física -Fijarse en lo positivo -Concentrarse en 	17, 35, 53, 18, 36, 54, 15, 33, 51, 69, 2, 20, 38, 56, 72, 3, 21, 39,	-Alto -Bajo

	desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus & Folkman, 1986 p. 164).	depresiva		resolver el problema -Buscar apoyo espiritual	57, 73.	
			-Afrontamiento en relación con los demás	-Invertir en amigos íntimos -Buscar ayuda profesional -Buscar apoyo social -Buscar pertenencia -Acción social	14, 32, 50, 68, 16, 34, 52, 70, 5, 23, 41, 59, 75, 6, 24, 42, 60, 76, 1, 19, 37, 55, 71, 10, 28, 46, 64.	
			-Afrontamiento improductivo	-Autoinculparse -Hacerse ilusiones -Ignorar el problema -Falta de afrontamiento	7, 25, 43, 61, 77, 8, 26, 44, 62, 78, 9, 27, 45, 63, 79,	

				-Preocuparse -Guardarse para sí -Reducción de la tensión	11, 29, 47, 65, 12, 30, 48, 66, 13, 31, 49, 67, 4, 22, 40, 58, 74.	
--	--	--	--	---	---	--

2.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS – CONCEPTOS

✓ Depresión

La depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste o irritable, así como por la pérdida de interés o de la capacidad para el placer; puede acompañarse por pérdida de peso, alteraciones del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, desmotivación y poca energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, dificultades para pensar o concentrarse, indecisión, pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intento de suicidio (Asociación Americana de Psicología [APA], 2000).

✓ Sintomatología depresiva

El término *sintomatología depresiva* se refiere a aquellos trastornos leves del estado de ánimo de más corta duración y que no han sido diagnosticados formalmente (Weber, S. 2009).

✓ Estilos de Afrontamiento

Es un intento de restaurar el equilibrio o remover la turbulencia del individuo, a través de dos maneras, resolviendo directamente el problema o en todo caso, acomodándose emocionalmente a la situación sin producir una solución activa al respecto (Frydenberg & Lewis, 1997 citado en Frydenberg, 2004).

✓ Resolución de problemas

Se refiere a un estado voluntario de llegar a una «meta» definitiva en una condición presente que, o bien todavía no se ha alcanzado directamente, o la misma está muy lejos, o requiere de lógica más compleja para poder encontrar una descripción de las condiciones faltantes o pasos necesarios para alcanzar la meta. Dentro de esta disciplina la resolución de problemas es la parte final de un proceso más amplio que también incluye: identificación y determinación del problema. Considerada como la más compleja de todas las funciones intelectuales, la resolución de problemas ha sido definida como un proceso cognitivo de alto nivel que requiere de la modulación y control de habilidades más rutinarias o fundamentales (Frydenberg & Lewis, 1997 citado en Frydenberg, 2004).

✓ Relación con los demás

Hace referencia a sentirse querido, protegido y valorado por otras personas cercanas en quien poder confiar (pareja, familiares o amigos). No es tanto la red social “física”, o número de personas cercanas disponibles (los efectos del apoyo social parecen no ser acumulativos), como el apoyo percibido por parte de la persona (tener un amigo íntimo es mejor que tener muchos amigos o conocidos) y que el individuo sepa y esté dispuesto a extraer de modo efectivo el apoyo que necesita de otros. Los animales domésticos también pueden ser un elemento más de la red de apoyo (Frydenberg & Lewis, 1997 citado en Frydenberg, 2004).

✓ Estilo improductivo

Refleja la incapacidad del sujeto para enfrentarse al problema, debido a la percepción de falta de control sobre el mismo, o a considerarlo irresoluble, y la tendencia a desarrollar síntomas psicosomáticos, o reacciones depresivas: “No tengo forma de afrontar la situación” (Frydenberg & Lewis, 1997 citado en Frydenberg, 2004).

✓ Adolescencia

La adolescencia es el periodo de la vida en el cual el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, transita de los patrones psicológicos de la niñez a la adultez y consolida su independencia económica (OMS, 2004).

La adolescencia, como periodo del desarrollo del ser humano abarca por lo general el periodo comprendido de los 11 a 20 años, en el cual él sujeto alcanza la madurez biológica y sexual; y se busca alcanzar la madurez emocional y social (Papalia et. al., 2001); a su vez la persona asume responsabilidades en la sociedad y conductas propias del grupo que le rodea (Aberastury, J. y Knobel, T. 1997).

✓ Institución Educativa

Es un conjunto de personas y bienes, promovida por las autoridades públicas o por particulares, cuya finalidad será prestar un año de educación preescolar y nueve grados de educación básica como mínimo y la media (MINEDU, 2000).

✓ Nivel Secundaria

La educación secundaria es el tercer nivel de la Educación Básica Regular, dura cinco años y atiende a los menores entre 12 y 17 años de edad. En este nivel educativo se

desarrolla las competencias que permitan al estudiante acceder a conocimientos humanísticos, científicos y tecnológicos en permanente cambio.

Además, según el portal web oficial de la educación secundaria del Perú, esta forma a los púberes y adolescentes para la vida, el trabajo, la convivencia democrática, el ejercicio de la ciudadanía y para acceder a niveles superiores de estudio; teniendo en cuenta sus características, necesidades y derechos (MINEDU, 2000).

CAPITULO III

III. MARCO METODOLÓGICO


3.1. MÉTODO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

3.1.1. Método

Corresponde al método científico que denota un conjunto general de procedimientos ordenados y disciplinados, encaminados a adquirir información confiable y útil. La investigación científica representa la aplicación del enfoque científico al estudio de un tema de interés y es sistemática. (Kaplan, R.B. 1996).

3.1.2. Diseño

En el contexto de la investigación, se ha seguido el seleccionado por Hernández, Fernández y Baptista (2006; 212), denominado "diseño transaccional correlacional. Este tipo de estudio “implica la recolección de dos o más conjuntos de datos de un grupo de sujetos con la intención de determinar la subsecuente relación entre estos conjuntos de datos”.

Su representación gráfica es: **X1**  **Y1**

Leyenda:

X1: Estilos de afrontamiento

 : Relación causal.

Y1: Sintomatología depresiva

3.2. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

3.2.1. Tipo de investigación

En coherencia con el paradigma cuantitativo, el presente estudio fue de tipo descriptivo-correlacional no experimental; por cuanto se orienta a determinar el grado de relación existente entre las dos variables estudiadas. (Sánchez, C. 2000).

En este sentido, se tomaron en cuenta:

- ❖ Métodos teóricos, para descubrir en el objeto de investigación las relaciones esenciales y las cualidades fundamentales no detectables de manera sensoperceptiva. Por ello se apoyó básicamente en los procesos de abstracción, análisis, síntesis, inducción y deducción.
- ❖ Método inductivo probabilístico, para determinar el nivel de relación, el mismo que permitió la generalización de los resultados.
- ❖ Métodos estadísticos (conjunto de técnicas logarítmicas mediante cuales se realizan los cálculos estadísticos, habiéndose utilizado el SPSS versión 22.5).

3.2.2. Nivel de investigación

Se empleó el nivel de investigación correlacional. Estos estudios pretenden lograr responder a preguntas. Y tiene como finalidad conocer la relación o grado de asociación que existe entre dos a más conceptos, categorías o variables (Hernández, S. 2006).

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1. Población

La población estuvo constituida por adolescentes entre 15 y 18 años de ambos sexos, estudiantes del 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno, que es un total de 184 estudiantes. Se seleccionó este grupo etario basado en la literatura científica ya que representó la población donde se diagnostica el mayor número de casos de depresión infantil siendo inusual su presentación antes de los 12 años de edad.

Cuadro N°01
POBLACIÓN DE ESTUDIANTES DEL 5° DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUANA MORENO POR SEXO - HUÁNUCO
2017

SECCIONES	SEXO	
	M	F
A	14	35
B	17	32
C	15	29
D	17	25
TOTAL	63	121
	184	

Fuente: Nomina de matrícula - 2017

Elaboración: Propia

3.3.2. Muestra

Se tomó una muestra de estudio no probabilístico accidental lo cual no se conoce la probabilidad de cada uno de los elementos de la población de poder ser seleccionado en una muestra accidental simple conformada por 147 sujetos, teniendo en cuenta los siguientes criterios:

✓ **Criterios de inclusión**

Estudiante cuya edad se encuentre entre los 15 a 18 años de edad.

Estudiante del 5° grado de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno.

Estudiantes de ambos sexos; masculino y femenino.

Estudiante que desea colaborar con la evaluación.

✓ **Criterios de exclusión**

Estudiante que tenga enfermedad psiquiátrica (trastorno psicótico, trastorno bipolar, trastorno de déficit de atención con hiperactividad, trastorno de conducta alimentaria, trastorno ansioso, trastorno depresivo).

Paciente que tenga enfermedad orgánica concomitante (genética, cardíaca, neurológica, hematológica, reumatológica, metabólica, inmunológica, endocrinológica, pulmonar, renal, digestiva, neoplásica, VIH), u otra enfermedad de importancia clínica que la literatura científica haya asociado con depresión.

Se utiliza la siguiente fórmula para la determinación de la muestra:

Población 184 estudiantes

$$n = \frac{k^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(e^2 \cdot (N-1)) + k^2 \cdot p \cdot q}$$

N: 184

k: 2

e: 5% = 1.68

p: 0.5

q: 0.5

n: ?

Reemplazando en la fórmula (1)

$$n = \frac{(2)^2 \cdot 0.5(1 - 0.5)}{(1.68)^2 + (184 - 1)(0.5 \times 0.5)}$$

$$n = 147.00 \quad = 147 \text{ ESTUDIANTES}$$

Cuadro N° 02
MUESTRA DE ESTUDIANTES DEL 5° DE SECUNDARIA DE LA
INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUANA MORENO POR SEXO HUÁNUCO 2017

SECCIONES	SEXO	
	M	F
A	13	25
B	13	18
C	10	20
D	12	15
TOTAL	56	91
	147	

Fuente: Tabla N°01

Elaboración: Propia

3.4. INSTRUMENTOS Y PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la investigación se utilizó como instrumentos de medición el Inventario de depresión de Beck II - IDB II (Beck, Steer & Brown, 2006) y la Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS (Frydenberg & Lewis, 1997), específicamente, la adaptación de Canessa, B. (2002). Las características psicométricas de las pruebas psicológicas aplicadas serán detalladas a continuación.

3.4.1. Inventario de depresión de Beck II - IDB II

Ficha Técnica

Nombre del Test: Inventario de Depresión de Beck – II (BDI – II). Autor Aaron T. Beck, Robert A. Steer y Gregory K. Brown.

Autor de la adaptación española: Jesús Sanz y Carmelo Vásquez, en colaboración con el Departamento de I D de Pearson Clinical and Talent Assesment España: Frédérique Vallar, Elena de la Guía y Ana Hernández.

Editor de la adaptación española: Pearson Educación, S.A.

Fecha de la última revisión del test en su adaptación del test en su adaptación española: 2011

Constructo evaluado: Depresión

Área de aplicación: Psicología clínica, forense y Neuropsicología

Soporte: Papel y lápiz

Objetivo: Evaluación de síntomas depresivos según criterios DSM – IV

Edad: 13 en adelante (adolescentes y adultos)

Normas: Puntuaciones de corte según severidad de la depresión

Tipos de administración: Individual, colectiva. Autoadministrable

Tiempo de administración: 10 a 15 minutos

Equipo: Manual - protocolos

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

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

3.4.2. Escala de afrontamiento para adolescentes - ACS

Ficha Técnica

Nombre: ACS Escala de Afrontamiento para Adolescentes

Nombre Original: Adolescent Coping Scale

Autores: Erica Frydenberg y Ramon Lewis

Procedencia: El consejo australiano para la Educación

Adaptación española: Jaime Pereña y Nicolas Seisdedos, TEA Ediciones, S.A.

Adaptación peruana: Beatriz Canessa – 2000

Ámbitos de aplicación: Adolescentes de 12 a 18 años

Duración: 10 – 15 minutos cada forma

Finalidad: Evaluación de estilos de afrontamiento

Baremación: 16 puntuaciones en distintas estrategias de afrontamiento

Material: Manual, Cuestionario, Hoja de respuesta y perfil

Asimismo, también se utilizó la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), la cual busca evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas por adolescentes, identificadas previamente conceptual y empíricamente. Los autores Erica Frydenberg y Ramón Lewis (1997) construyeron dos formas del ACS, una Forma Específica, que permite evaluar las respuestas a un problema particular citado por el sujeto o sugerido por el examinador, y una Forma General, que evalúa como el sujeto afronta sus problemas en general. En la presente investigación se utilizará la Forma General, adaptada por Canessa, B. (2002).

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

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

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

En el Perú, Canessa, B. (2002) realizó la adaptación a población peruana de la ACS en 1236 adolescentes entre 14 y 17 años residentes en Lima Metropolitana. Realizó una adaptación lingüística por 10 jueces de profesión psicólogos. Luego se utilizó el coeficiente V de Aiken que identifica los ítems que deben ser modificados a partir de la sugerencia de los jueces. Se realizaron modificaciones en las instrucciones, la redacción de los ítems y las alternativas de respuesta. Asimismo, se realizó el análisis factorial de los ítems en tres etapas. Se indicó la existencia de seis factores, los cuales permitieron explicar el 50,2%, 50,3% y el 49,7% de la varianza total en cada uno de los análisis. Asimismo, se realizó el análisis factorial de las escalas, permitiendo explicar el 67,6% de la varianza total y obteniendo seis factores en total. En cuanto a la confiabilidad, las escalas obtuvieron índices de confiabilidad Alfa de Cronbach entre ,48 y ,84.

3.4.3. Procedimiento

Se aplicará el *Inventario de depresión de Beck II - IDB II* a las unidades muestrales en el transcurso de dos semanas, en forma colectiva, durante los horarios de tutoría correspondiente a cada sección del 5° grado de secundaria de la Institución Educativa

“Juana Moreno”. De igual forma se procederá con la administración de la *Escala de afrontamiento para adolescentes – ACS*.

3.5. PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS

Para la presentación de resultados se hará uso de la estadística descriptiva e inferencial que consiste en la presentación de forma resumida la totalidad de observaciones hechas, como resultado de una experiencia realizada, informa cómo se ha comportado la variable dependiente ante la acción de una independiente. La presentación se realizará a través de tablas y figuras.

Se tendrá en cuenta los programas Excel y SPSS versión 22.5.

CAPITULO IV

IV. RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivos

▪ Características sociodemográficas

Tabla 1. Características sociodemográficas de los estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017.

Sociodemográficas	f	%
Género		
Masculino	63	42,9
Femenino	84	57,1
Edad*		
Adolescente (18-45 años)	140	95,2
Adulto Joven (46-59 años)	7	4,8
Total	147	100,0

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO 01

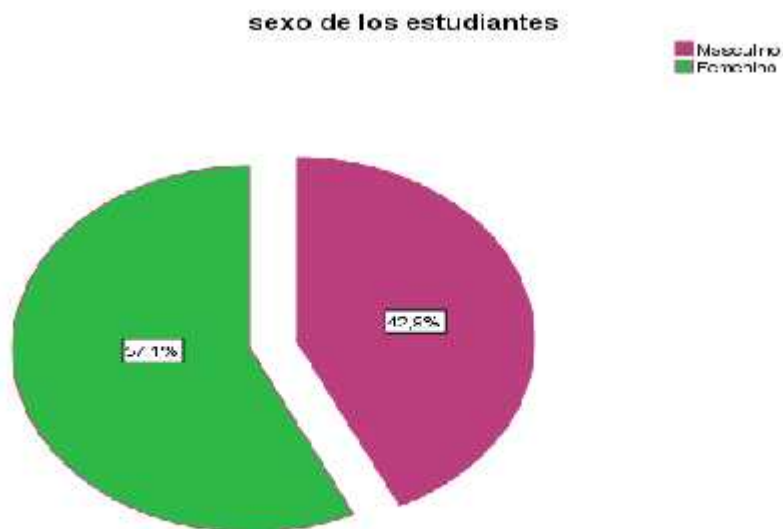
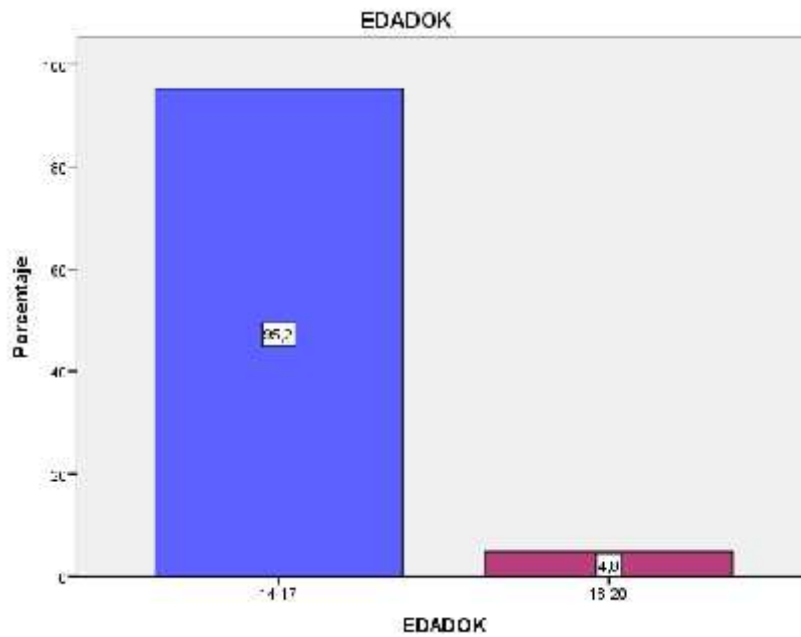


GRAFICO 02



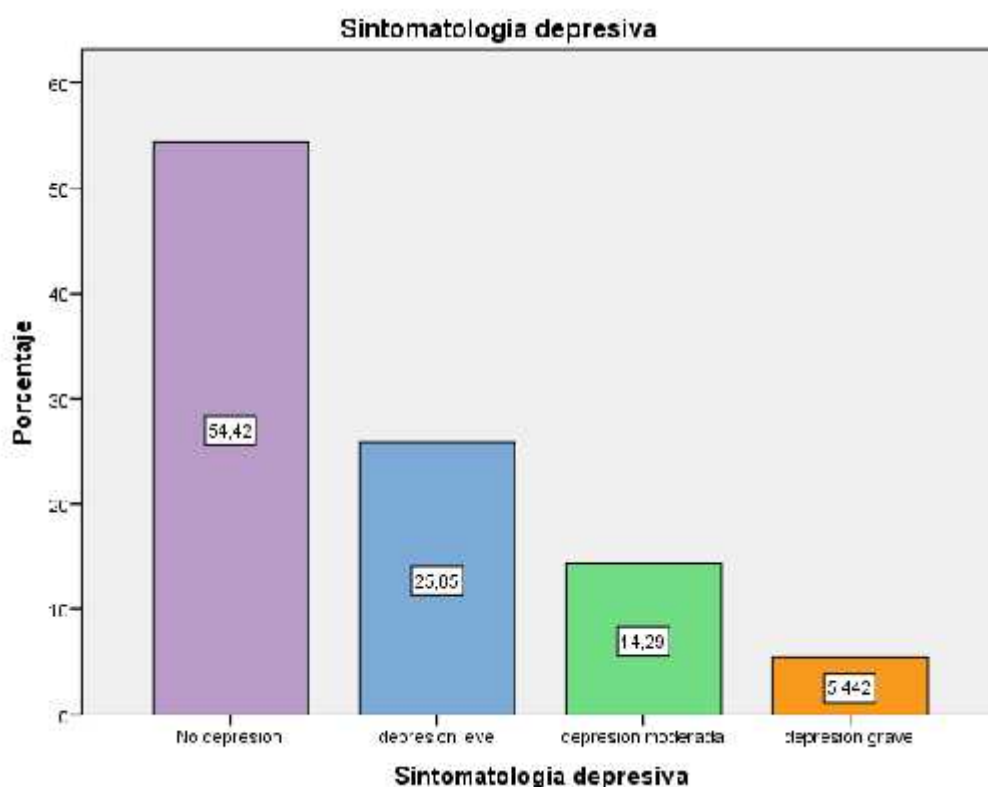
En la tabla 1 y gráficos 1 y 2, se observan las características demográficas de sexo y edad re categorizada, siendo en su totalidad, con un 57,1% del sexo femenino, característica población de quinto de secundaria. En cuanto a la edad, la mayoría pertenecen al grupo adolescente con un 95,2% del total, seguido del grupo adulto joven con un 4,8%.

Tabla 2. Sintomatología Depresiva en los estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017.

Sintomatología depresiva	f	%
No depresión	80	54,4
Depresión leve	38	25,9
Depresión moderada	21	14,3
Depresión grave	8	5,4
Total	147	100,0

Fuente: Inventario de Depresión de Beck

GRAFICO N°3



En la tabla 2 y grafico N°3, se muestra la sintomatología depresiva, las que representan el 54,4% [80] de total no tienen depresión, seguido del 25,0% [38] que tienen depresión leve y el 14,3% [21] que tienen depresión moderada.

▪ Escalas de Afrontamiento en Adolescentes

Tabla 3. Dimensión de Afrontamiento Productivo o Dirigido a la Resolución de Problemas en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

Afrontamiento productivo o dirigido a la resolución del problema	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	Resolución del problema									
Concentrarse en el problema	23	15.6	29	19.7	11	7.5	1	0.7	83	56.5
Esforzarse en tener éxito	20	13.6	29	19.7	13	8.8	7	4.8	78	53.1
Buscar pertenencia	26	17.7	28	19.0	9	6.1	1	0.7	83	56.5
Fijarse en lo positivo	28	19.0	27	18.4	6	4.1	1	0.7	85	57.8
Buscar diversiones relajantes	29	19.7	30	20.4	7	4.8	1	0.7	80	54.4
Distracción física	26	28.0	12	12.9	12	12.9	6	4.1	91	61.9

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO N°4



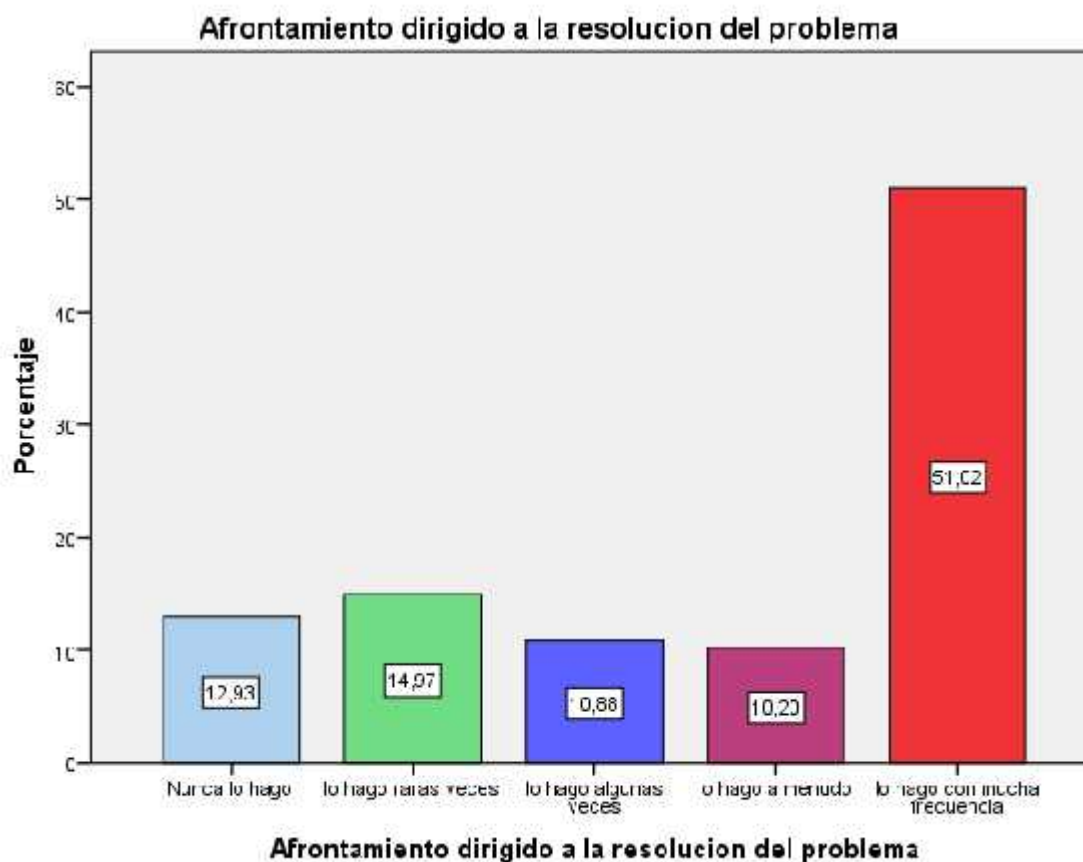
Respecto a la Dimensión de Afrontamiento Productivo o Dirigido a la Resolución de Problemas, se aprecia que en cuanto a concentrarse en el problema la mayoría, con un 56,5% lo hace con mucha frecuencia, asimismo el 53,1% se esfuerza en tener éxito con mucha frecuencia, del mismo modo el 56,5% busca pertenencia con mucha frecuencia, el 57,8% se fija en lo positivo con mucha frecuencia, asimismo el 54,4% busca diversiones relajantes con mucha frecuencia y el 61,95 tiene distracción física con mucha frecuencia.

Tabla 4. Dimensión de Afrontamiento Dirigido a la Resolución del Problema en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA RESOLUCION DEL PROBLEMA	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	RESOLUCION DEL PROBLEMA	19	12.9	22	15.0	16	10.9	15	10.2	75

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO N°5



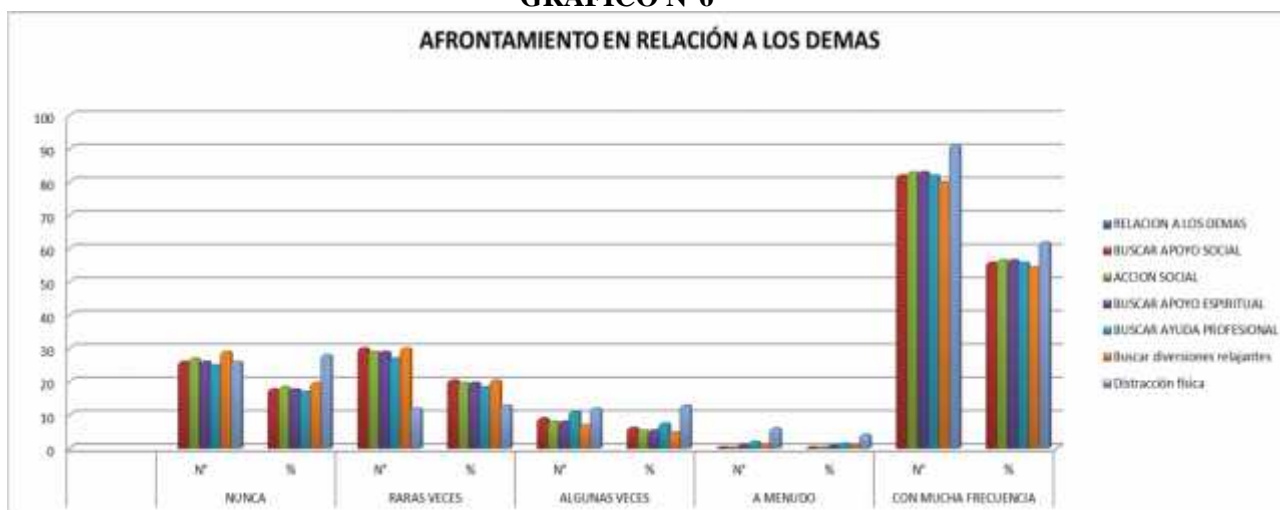
En cuanto a la Dimensión de Afrontamiento Productivo o Dirigido a la Resolución de Problemas en los Estudiantes del 5to de Secundaria, se aprecia que el 51,0% tiene una capacidad de resolución de problemas con mucha frecuencia y el otro 15,0% raras veces.

Tabla 5. Dimensión de Afrontamiento en Relación a los Demás en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

AFRONTAMIENTO EN RELACION A LOS DEMAS	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
RELACION A LOS DEMAS										
BUSCAR APOYO SOCIAL	26	17.7	30	20.4	9	6.1	0	0.0	82	55.8
ACCION SOCIAL	27	18.4	29	19.7	8	5.4	0	0.0	83	56.5
BUSCAR APOYO ESPIRITUAL	26	17.7	29	19.7	8	5.4	1	0.7	83	56.5
BUSCAR AYUDA PROFESIONAL	25	17.0	27	18.4	11	7.5	2	1.4	82	55.8
Buscar diversiones relajantes	29	19.7	30	20.4	7	4.8	1	0.7	80	54.4
Distracción física	26	28.0	12	12.9	12	12.9	6	4.1	91	61.9

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO N°6



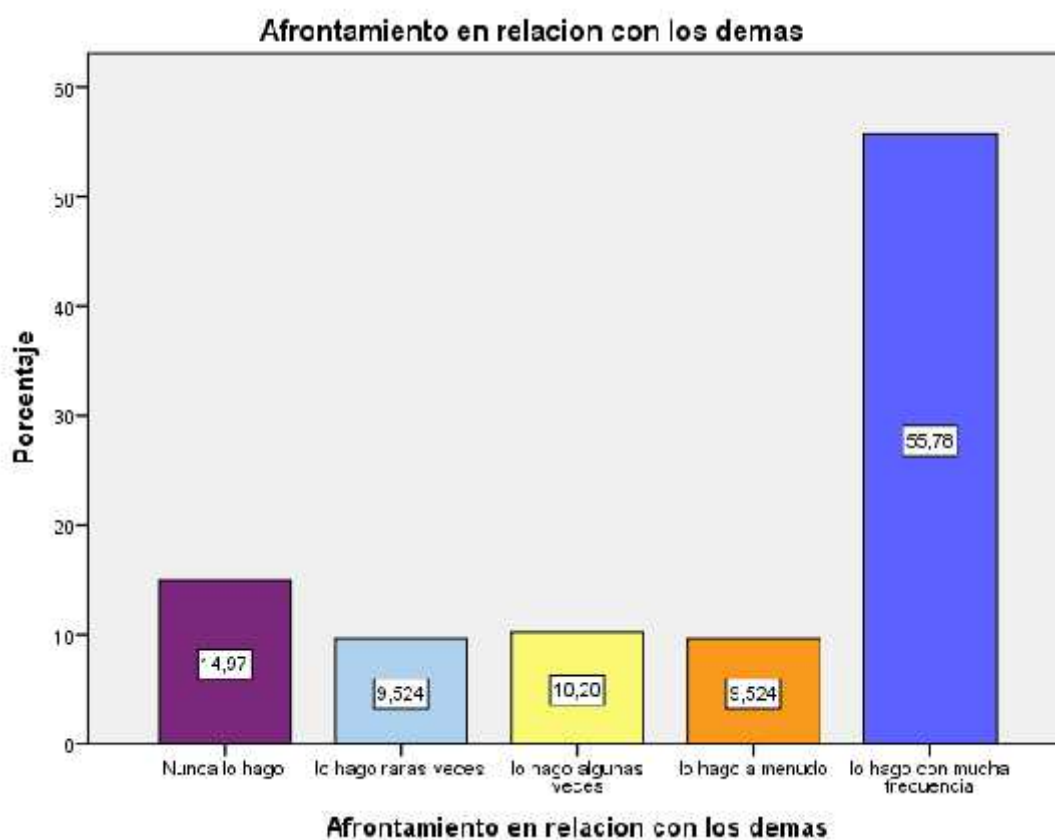
En el afrontamiento en relación a los demás, se aprecia que en cuanto a buscar apoyo social el 55,8% lo realizan con mucha frecuencia, en la acción social y buscar apoyo espiritual el 56,5% también lo realizan con mucha frecuencia, asimismo el 55,8% busca ayuda profesional con mucha frecuencia, el 54,4% busca diversiones relajantes con mucha frecuencia y el 61,9% tienen distracción física con mucha frecuencia.

Tabla 6. Dimensión de Afrontamiento en Relación a los Demás en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

AFRONTAMIENTO EN RELACION CON LOS DEMAS	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
RELACION CON LOS DEMAS	22	15.0	14	9.5	15	10.2	14	9.5	82	55.8

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO N° 7



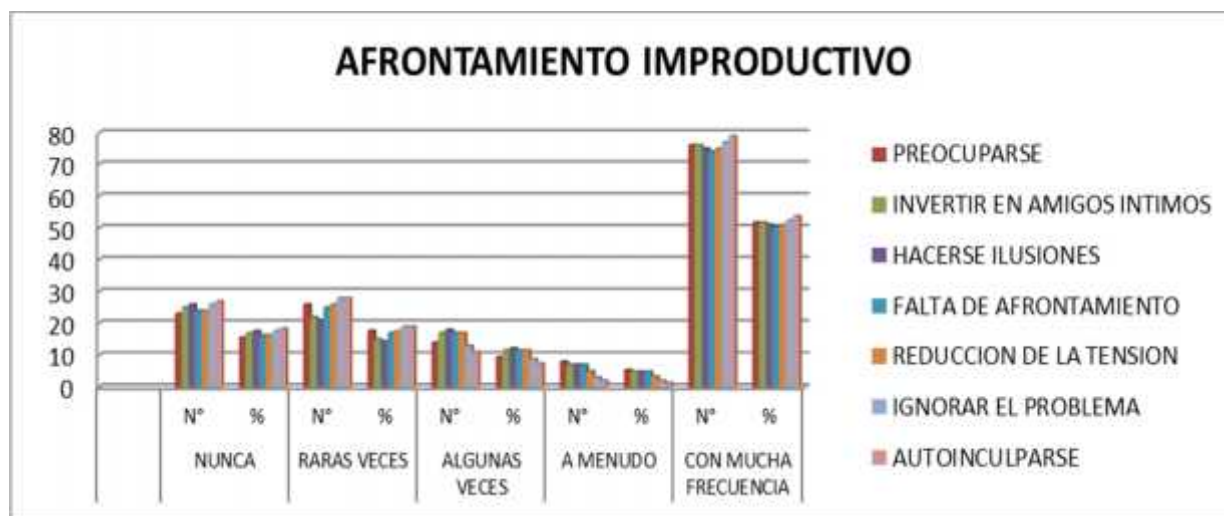
También en el afrontamiento en relación con los demás de los estudiantes de 5to de secundaria, se aprecia que el 55,8% con mucha frecuencia tienen un buen afrontamiento en relación con los demás y el 15,0 nunca tienen una buena capacidad de afrontamiento.

Tabla 7. Dimensión de Afrontamiento Improductivo en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
	AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO									
PREOCUPARSE	23	15.6	26	17.7	14	9.5	8	5.4	76	51.7
INVERTIR EN AMIGOS INTIMOS	25	17.0	22	15.0	17	11.6	7	4.8	76	51.7
HACERSE ILUSIONES	26	17.7	21	14.3	18	12.2	7	4.8	75	51.0
FALTA DE AFRONTAMIENTO	24	16.3	25	17.0	17	11.6	7	4.8	74	50.3
REDUCCION DE LA TENSION	24	16.3	26	17.7	17	11.6	5	3.4	75	51.0
IGNORAR EL PROBLEMA	26	17.7	28	19.0	13	8.8	3	2.0	77	52.4
AUTOINCUCLPARSE	27	18.4	28	19.0	11	7.5	2	1.4	79	53.7

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO N° 8



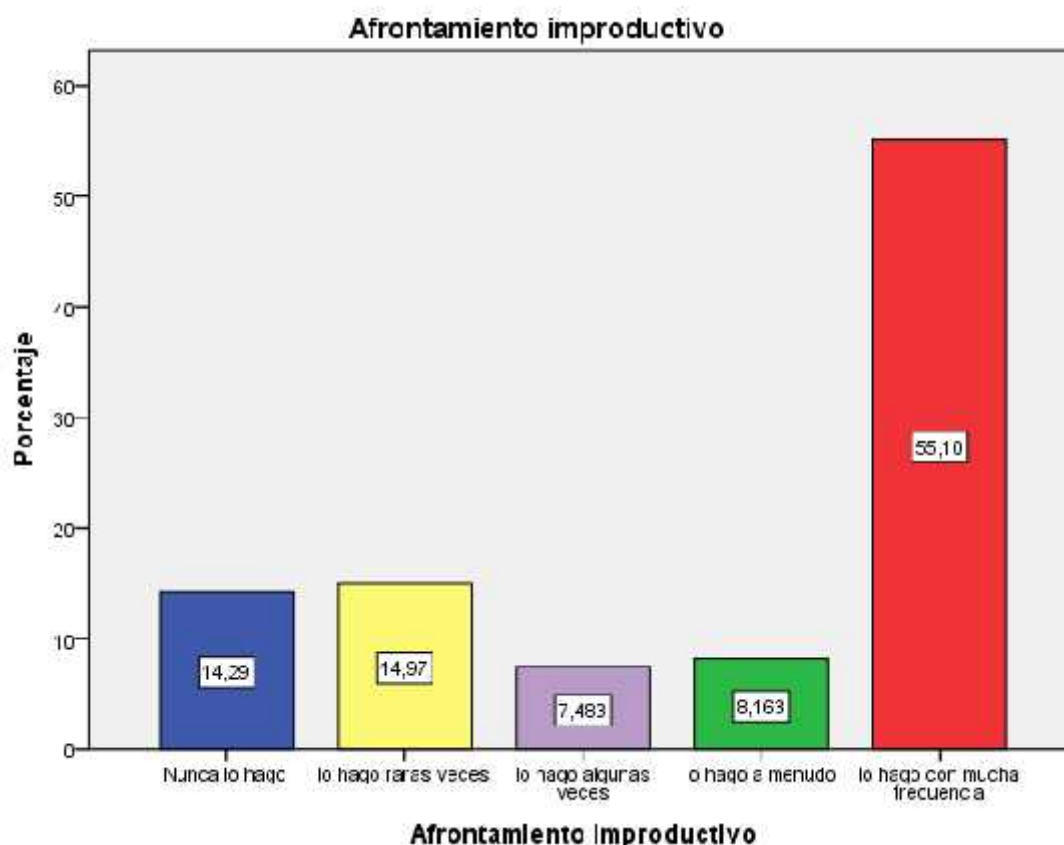
En el Afrontamiento Improductivo en los estudiantes del 5to de secundaria, se aprecia que, con respecto a preocuparse e invertir en amigos íntimos el 51,7% lo realizan con mucha frecuencia, en hacerse ilusiones y en reducción de la tensión el 51,0% también lo realizan con mucha frecuencia, asimismo el 50,3% tiene falta de afrontamiento con mucha frecuencia, el 52,4% ignora el problema con mucha frecuencia y el 53,7% busca Autoinculparse con mucha frecuencia.

Tabla 8. Dimensión de Afrontamiento Improductivo en los estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO	21	14.3	22	15.0	11	7.5	12	8.2	81	55.1

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes

GRAFICO N° 9



Del mismo modo con respecto al afrontamiento improductivo de los estudiantes de 5to de secundaria, se aprecia que el 55,1% con mucha frecuencia tienen un buen afrontamiento improductivo y el 15,0 raras veces tienen una buena capacidad de afrontamiento.

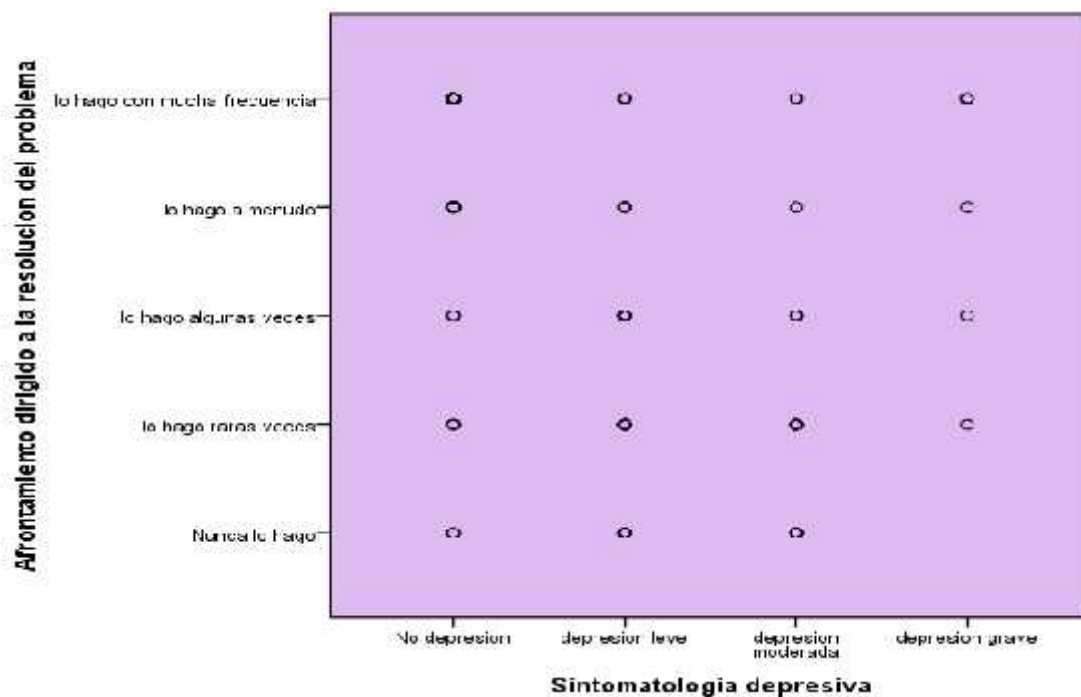
4.2. RESULTADOS INFERENCIALES

Tabla 9. Correlación entre la Sintomatología Depresiva y el Afrontamiento Dirigido a la Resolución de Problemas en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	AFRONTAMIENTO DIRIGIDO A LA RESOLUCION DE PROBLEMAS										P VALOR	
	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA			X2
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NO DEPRESION	2	1.4	3	2.0	2	1.4	10	6.8	63	42.9	14,657	0.001
DEPRESION LEVE	10	6.8	10	6.8	10	6.8	3	2.0	5	3.4		
DEPRESION MODERADA	7	4.8	8	5.4	3	2.0	1	0.7	2	1.4		
DEPRESION GRAVE	0	0.0	1	0.7	1	0.7	1	0.7	5	3.4		
TOTAL	19	12.9	22	15.0	16	10.9	15	10.2	75	51.0		

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes y test de depresión.

GRAFICO N°10



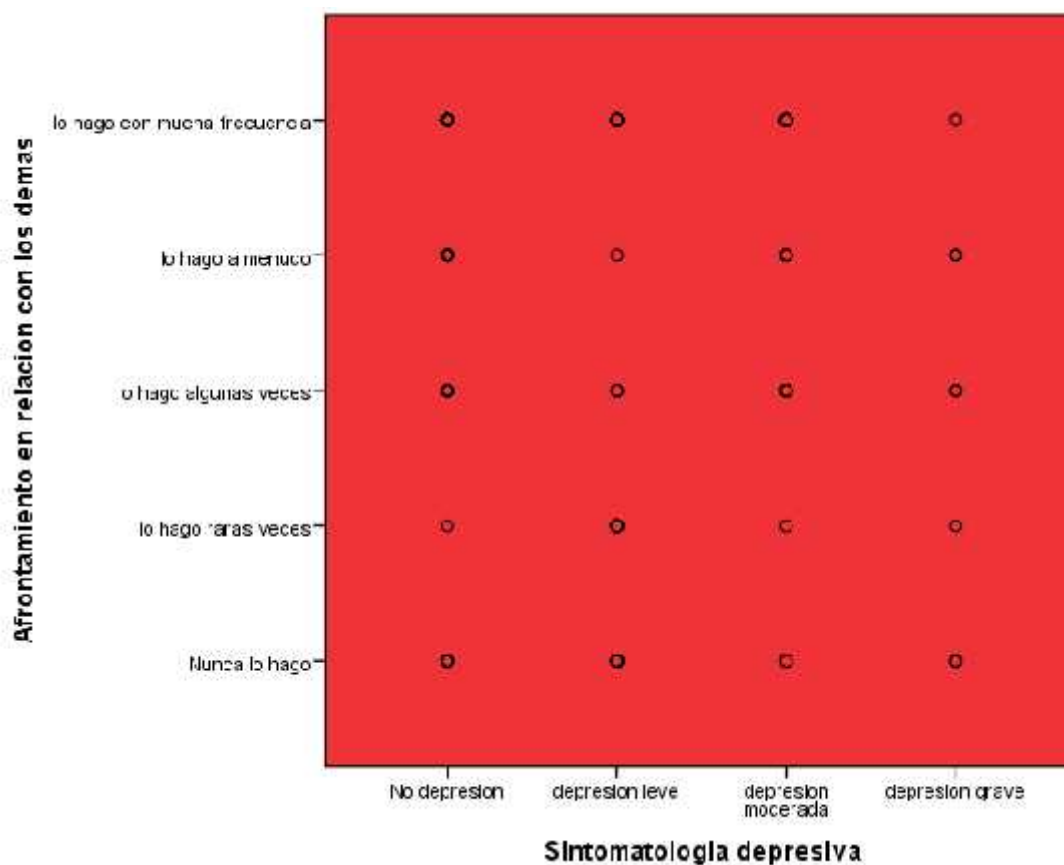
Respecto a la correlación entre la Sintomatología Depresiva y el Afrontamiento Dirigido a la Resolución de Problemas en los Estudiándote del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017, se encontró que el 42,9% (63) no tienen depresión y tienen un buen afrontamiento dirigido a la resolución de problemas con mucha frecuencia, y el 6,8% tienen depresión leve y nunca tienen un buen afrontamiento dirigido a la resolución de problemas. Con un valor X^2 14,657 y un valor significativo de 0,001 con una dispersión uniforme en cuanto a los datos, con lo que aceptamos la hipótesis alterna: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017 y se rechaza la nula: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

Tabla 10. Correlación entre la Sintomatología Depresiva y el Afrontamiento en Relación con los Demás en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	AFRONTAMIENTO EN RELACION CON LOS DEMAS										P VALOR	
	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA			
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NO DEPRESION	5	3.4	1	0.7	6	4.1	8	5.4	60	40.8	12,557	0,000
DEPRESION LEVE	13	8.8	11	7.5	3	2.0	1	0.7	10	6.8		
DEPRESION MODERADA	2	1.4	1	0.7	4	2.7	3	2.0	11	7.5		
DEPRESION GRAVE	2	1.4	1	0.7	2	1.4	2	1.4	1	0.7		
TOTAL	22	15.0	14	9.5	15	10.2	14	9.5	82	55.8		

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes y test de depresión.

GRAFICO N°11



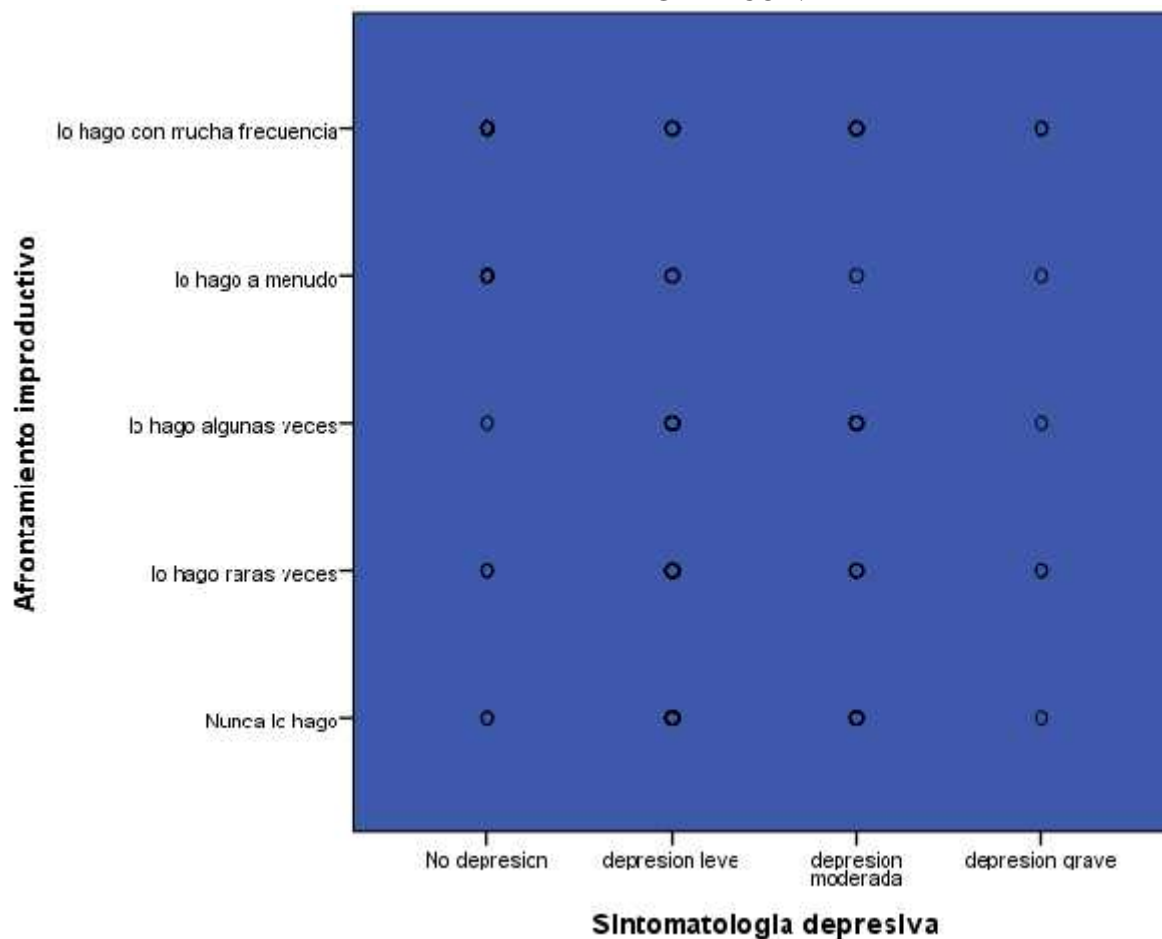
Respecto a la correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás de los estudiándote de 5to de secundaria se encontró que el 40,8% (60) no tienen depresión y tienen un buen afrontamiento en relación con los demás con mucha frecuencia, y el 8,8% tienen depresión leve y nunca tienen un buen afrontamiento en relación con los demás. Con un valor X^2 12,557 y un valor significativo de 0,000 con una dispersión uniforme, con lo que aceptamos la hipótesis alterna: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017 y se rechaza la nula: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

Tabla 11. Correlación entre la Sintomatología Depresiva y el Afrontamiento Improductivo en los Estudiantes del 5to de Secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017

SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA	AFRONTAMIENTO IMPRODUCTIVO										P VALOR	
	NUNCA		RARAS VECES		ALGUNAS VECES		A MENUDO		CON MUCHA FRECUENCIA			X2
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
NO DEPRESION	2	1.4	2	1.4	1	0.7	8	5.4	67	45.6	10,547	0,002
DEPRESION LEVE	13	8.8	14	9.5	5	3.4	2	1.4	4	2.7		
DEPRESION MODERADA	5	3.4	4	2.7	4	2.7	1	0.7	7	4.8		
DEPRESION GRAVE	1	0.7	2	1.4	1	0.7	1	0.7	3	2.0		
TOTAL	21	14.3	22	15.0	11	7.5	12	8.2	81	55.1		

Fuente: Escala de afrontamiento para adolescentes y test de depresión.

GRÁFICO N° 12



Respecto a la correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo de los estudiándote de 5to de secundaria se encontró que el 45,6% (67) no tienen depresión y tienen un afrontamiento improductivo con mucha frecuencia, el 9,5% tienen depresión leve y un afrontamiento improductivo raras veces, el 8,8 tienen depresión leve y nunca tienen un afrontamiento improductivo. Con un valor X^2 10,547 y un valor significativo de 0,002 con una dispersión uniforme, con lo que aceptamos la hipótesis alterna: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017 y se rechaza la nula: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

CAPITULO V

V. DISCUSIÓN

5.1. Discusión de resultados

Este estudio de nivel correlacional , de diseño transversal y con carácter temporal prospectivo, tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5to año de educación secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco - 2017 , ya que hoy en día podemos observar que muchos estudiantes tienen mucha tendencia a la depresión y no tienen una capacidad de afrontamiento ante diversos problemas que se presentan, motivo por el cual se realizó el presente estudio con la finalidad de ver y evaluar las capacidades y problemáticas que tienen los estudiantes.

Los datos del estudio fueron obtenidos a través del Inventario de Depresión de Beck (IDB – II) y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS) adaptada por Canessa B. (2002) a población limeña, identificando que las escalas usadas con mayor frecuencia por los escolares participantes corresponden a *concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse y buscar diversiones relajantes*. Por otro lado, las escalas menos utilizadas corresponden a las escalas de *falta de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social e ignorar el problema*. De acuerdo con los resultados obtenidos en este estudio, las escalas usadas con mayor frecuencia por los participantes corresponden a *concentrarse en resolver el problema 56,5%, fijarse en lo positivo 57,8%, distracción física 61,9%, acción social y buscar apoyo espiritual 56,5%*. Por otro lado, las escalas menos utilizadas corresponden a las escalas de *esforzarse en tener éxito 53,1%, hacerse ilusiones y reducción de la tensión 51,0% y falta de afrontamiento 50,3%*. Asimismo, este método utilizado fue previamente validado y utilizado por reconocidas universidades para su aplicación exitosa.

Es sustancial subrayar que los niveles de fiabilidad por consistencia interna del instrumento construido por el investigador arrojan valores $> 0,75$. Valor que dan garantía a los resultados encontrados en el estudio.

Los resultados obtenidos corresponden en efecto, al ámbito de estudio, pudiendo generalizarse sólo para los estudiantes de la Institución Educativa Juana Moreno, debido al nivel de estudio.

En tanto, el análisis inferencial, nos conduce a afirmar que el 54,4% de los estudiantes no tienen depresión y el 25,9% presentaron depresión leve, el 51,0% con mucha frecuencia tienen un buen afrontamiento dirigido a la resolución del problema, el 50,8% con mucha frecuencia tienen un buen afrontamiento en relación con los demás y el 45,6% con mucha frecuencia tienen un afrontamiento improductivo.

De acuerdo a los resultados obtenidos podemos aceptar la Hipótesis alterna que afirma que existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017; y rechazar la Hipótesis nula que afirma que no existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017. De igual forma también se acepta la hipótesis alterna que afirma que existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017 y se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución del problema en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017; por otro lado también se acepta la hipótesis alterna que afirma que existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017 y se

rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017; por último, se acepta la hipótesis alterna que afirma que existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el estilo de afrontamiento improductivo en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017 y se rechaza la hipótesis nula que afirma que no existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco – 2017.

Un estudio realizado en Lima por Mikkelsen, F. (2013), llegó a la conclusión que hubo un mayor empleo del afrontamiento dirigido a la resolución del problema, de acuerdo a los resultados en esta investigación la muestra evaluada tiene un mayor empleo del afrontamiento en relación con los demás. Por otro lado, en la investigación realizada por Mikkelsen, F. (2013) se encontraron diferencias significativas según el género de los participantes. En esta investigación los resultados también arrojan diferencias significativas según el género de los participantes siendo del género femenino un 57,1% y del género masculino un 42,9%.

Sin embargo se encuentra una contradicción con Núñez, C. (2011), donde muestran que el 76.6% de los adolescentes participantes de esa investigación presentaron algún tipo de depresión; frente a los resultados que se obtuvieron en esta investigación, los porcentajes más altos lo obtuvieron escolares participantes que no presentaban depresión, con una correlación entre afrontamiento dirigido a la resolución de problemas y no depresión en un 42,9%, la correlación entre afrontamiento en relación con los demás y no depresión en un 40, 8% y la correlación entre afrontamiento improductivo y no depresión en un 45,6%.

Futuras investigaciones podrían orientarse a estudios sobre factores que conllevan a la sintomatología depresiva y la falta de afrontamiento.

Bajo este panorama y a modo de síntesis, hoy en día existe cada vez mayor población estudiantil que presenta sintomatología depresiva y no tiene mucha capacidad de afrontamiento, aunque en este estudio se encontró un menor porcentaje, en el ámbito de estudio existe un pequeño porcentaje considerable que presenta esta problemática motivo por el cual se debería actuar implementando estrategias para reducir considerablemente a un 100% dicha población estudiantil.

CONCLUSIONES

- La sintomatología depresiva y el afrontamiento dirigido a la resolución de problemas en estudiantes se relaciona negativamente con un 42.9% que no tienen depresión y tienen con mucha frecuencia un buen afrontamiento dirigido a la resolución de problemas ($p=0,001$)
- Con respecto a la correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás en estudiantes se relaciona negativamente con un 40,8% que no tienen sintomatología depresiva y tienen con mucha frecuencia un buen afrontamiento en relación con los demás($p=0.000$)
- La correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo en estudiantes se relaciona positivamente con un 45,6% que tienen sintomatología depresiva y tienen con mucha frecuencia un afrontamiento improductivo con los demás($p=0.002$)

RECOMENDACIONES

A partir de los resultados obtenidos en la presente investigación podemos destacar las siguientes implicaciones y sugerencias.

Al Director de la Institución Educativa

- Implementar un Consultorio Psicopedagógico para atender las distintas problemáticas en la población de la Institución Educativa que pueden ser atendidas por un profesional en Psicología.
- Llevar a cabo programas de educación continua en temas de depresión y estrategias educativas que ayudan a la resolución de problemas en adolescentes y escuelas para padres para educarlos en esa problemática y así lograr disminuir el porcentaje de alumnos que padecen de depresión.
- Fortalecer los conocimientos en depresión y estrategias para evitar caer en dichos estados.
- Implementar un taller psicológico en horas de tutoría para que los estudiantes puedan recibir temas educativos de depresión y estrategias de afrontamiento de sus problemas.
- Implementar programas de tipo preventivo en estudiantes de nivel secundario, con presencia de sintomatología depresiva o que utilicen estrategias pertenecientes al estilo de afrontamiento improductivo.

A los docentes de la Institución Educativa

- Que realicen mayor cantidad de talleres de afrontamiento de problemas para el porcentaje estudiantil que tienen ese problema.
- A los docentes, formar estudiantes con capacidades y habilidades para resolver problemas y afrontar etapas depresivas.

- Brindar psicoeducación a los padres y docentes en los colegios, a fin de que ellos puedan fomentar y fortalecer los estilos y estrategias de afronte saludable en los adolescentes.

A los estudiantes de Psicología

- Desarrollar estudios dentro de la misma línea de investigación de mayor nivel.
- Realizar estudios sobre factores que conllevan a la depresión y los que producen incapacidad de afrontamiento.
- Realizar estudios similares al presente, utilizando enfoques cualitativos para poder profundizar más en el tema.
- Se recomienda la ejecución de otros trabajos similares al estudio, con mayor rigor metodológico tanto en el nivel de investigación, el diseño, el tamaño de la muestra y el análisis descriptivo e inferencial.
- Desarrollar investigaciones en las que se puedan establecer relaciones entre las estrategias de afrontamiento, y otras variables de carácter psicopatológico o de desajuste en la etapa de la adolescencia, como son: ansiedad, dificultades conductuales, consumo de sustancias psicoactivas, entre otras. Asimismo, su relación con otras variables que puedan actuar como factores protectores como son: autoestima, inteligencia emocional, ambiente familiar saludable, etc.
- Realizar investigaciones en población adolescente que abarque un mayor margen de muestra, a fin de que dichos resultados pueden ser más representativos y cercanos a la realidad de nuestro país.

CAPITULO VI

VI. BIBLIOGRAFÍA

- Aberastury, J. Knobel T. (1997) *American Journal of Public Health*, 88 (1).
- Asociación Americana de Psicología [APA] (2000) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales DSM IV-TR*. Barcelona: Masson.
- Barra, E; Cerna, R; Kramm, D & Véliz, V. (2006) Problemas de salud, estrés, afrontamiento, depresión y apoyo social en adolescentes. *Terapias Psicológicas*, 24 (1), 55 – 61.
- Blalock, J. & Joiner, T. (2000) Interaction of Cognitive Avoidance Coping and Stress in Predicting Depression/Anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 47-65.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (2006) *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao, Desclee de Brouwer.
- Camarena C. *Nivel de riesgo suicida en adolescentes del tercer año de secundaria de las Instituciones Educativas Nacionales del Distrito de Huánuco – 2010* Tesis para obtener el Título Profesional de Licenciado en Psicología Unheval – Huánuco 2011.
- Canessa, B. (2002) Adaptación psicométrica de las Escalas de afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. *Persona*, 5, 191 – 233.
- Cassaretto, M. (2009) *Relación entre las cinco grandes dimensiones de la personalidad y el afrontamiento en estudiantes pre – universitarios de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el grado académico de Magíster en Psicología con mención en Psicología Clínica y de la Salud. Universidad Nacional Mayor de San

Marcos. Recuperado de http://www.cybertesis.edu.pe/sisbib/2009/cassaretto_bm/html/index-frames.html

- Chan, D. (1995) Depressive symptoms and coping strategies among Chinese adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24 (3), 267 – 279.
- *ESTADÍSTICA DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES, CIUDAD DE HUÁNUCO*. Datos obtenidos de la Oficina de OITE – DIRESA HUÁNUCO 2013.
- Field, T., Diego, M. & Sanders, C. (2001) Adolescent depression and risk factors. *Adolescence*, 36(143); 491 – 499.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (1997) *Manual de la Escala de afrontamiento para adolescentes*. Madrid: TEA.
- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2004) Concomitants of failure to cope: What we should teach adolescents about coping. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 419–431.
- Gómez-Maquet, I. (2007) Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), 435 – 447.
- Gonzáles M. *Expectativas de Regulación del ánimo negativo en adolescentes y su relación con la Sintomatología Depresiva en población clínica y no clínica*. Tesis para optar el grado de Magister en Psicología. Universidad de Chile – Santiago 2011.
- Hammen, C. (1992) *Cognitive, life stress, and interpersonal approaches to a developmental psychopathology model of depression*. *Development and Psychopathology*. Abstract. Recuperado de <http://journals.cambridge.org/action/displayAbstract?fromPage=online&aid=2495764>

- Hernández, S. Fernández, C. y Baptista, P. (2006) Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México D.F.
- Instituto de salud mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INSM] (2002) *Anales de Salud Mental: Estudio epidemiológico Metropolitano en Salud mental 2002*. Recuperado [http://www.insm.gob.pe/ documents/Estudios/EESM-Lima2002.zip](http://www.insm.gob.pe/documents/Estudios/EESM-Lima2002.zip)
- Jiménez, L., Menéndez, S. & Hidalgo, M. (2008) Un análisis de los acontecimientos vitales estresantes durante la adolescencia 26(3), 427-440.
- Kaplan, R.B. (1996) Theory and Practice of Writing: An Applied Linguistic Perspective. Longman, New York.
- Kovacs M. (1992) Manual del Inventario de Depresión Infantil abreviado, adaptación española Reátegui (1994) –Editorial Trillas.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1986) *Estrés y Procesos cognitivos*. Barcelona: Ed. Martínez Roca.
- León, S. *Impacto del Programa “Caritas Felices”, en la Depresión de un grupo de estudiantes del nivel primario Huánuco – 2010*. Tesis para optar por el Título de Licenciada en Psicología Unheval – Huánuco.
- Lorence, B.; Jiménez, L.; Sánchez, J. (2009) Un análisis de los sucesos vitales estresantes experimentados por adolescentes que crecen en familias usuarias de los servicios sociales comunitarios. *Portularia*, 9(1), 115 - 126. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=161013161011>
- Ministerio de Educación Gobierno del Perú – MINEDU (2000) <https://www.gob.pe/minedu>
- Mikkelsen, F. (2013) *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Tesis para optar el Título de Licenciada

en Psicología con mención en Clínica que presenta la bachiller. Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Núñez, C. (2011) *Depresión, Habilidades Sociales y Soporte Social en Adolescentes Infractores de centros juveniles de Lima Metropolitana*. Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con mención en Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Obando, R. (2011) *Sintomatología Depresiva y Afrontamiento en Adolescentes Escolares De Lima* Tesis para optar el Título de Licenciada en Psicología con mención en Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Organización mundial de la Salud [OMS] (2004) *Prevención de los Trastornos Mentales: Intervenciones efectivas y opciones de políticas*. Recuperado de http://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2005) *Psicología del desarrollo: De la infancia a la adolescencia*. México: McGraw Hill.
- Pavot M. & Diener R. (1993) *Manual de la Escala de Satisfacción con la Vida – Madrid*.
- Saenz, M. (2010) *Sintomatología Depresiva y Acoso Escolar en un grupo de adolescentes escolares de Lima Metropolitana*. Tesis para optar por el título de Licenciada en Psicología Clínica. Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/677>
- Sandín, B. (2003) El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *International. Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 141-157.
- Sanchez C (2000) *Análisis de los paradigmas de Investigación* - Editorial Ardilas.

- Seiffge – Krenke, I. & Stemmler, M. (2002) Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three development models. *Journal of Youth and adolescence*, 31 (6), 405 – 417.
- Serrano G. (2011) Negative Mood Regulation Expectancies, NMRE. Chile.
- Solis, C & Vidal, A. (2006) Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de psiquiatría y salud mental Hermilio Valdizán* 7(1), 33 – 39.
- Solloa, L. (2010) *Los Trastornos Psicológicos en el niño, Etiología, Características, Diagnóstico Y Tratamiento*. Ed. Trillas 2010.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J. & Frank, N. (1996) Coping, depression and suicide attempts. *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 147 - 155
- Vasquez, I. *Aplicación de un programa Terapéutico Cognitivo Conductual en la Depresión de un grupo de estudiantes de la Unheval*. Tesis para optar el Título profesional de Licenciada en Psicología. Unheval – Huánuco 2000.
- Weber, S. (2009) *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 120 – 125.
- Zeidner, M. & Endler, N. (1997) *Handbook of coping: theory, research, applications*. Nueva York: Wiley.

ANEXOS

A. MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>JUSTIFICACIÓN:</p> <p>La forma en que el adolescente afronta los cambios de esta etapa tiene una función crucial, dado que el uso de estrategias de afrontamiento inadecuadas está asociado en mayor medida al desajuste emocional y, por ende, al desarrollo de trastornos. En este sentido, resulta relevante y constituye nuestro objetivo principal conocer cómo la sintomatología depresiva y el afrontamiento se relacionan y se comportan en un grupo de adolescentes escolares de Huánuco.</p>	<p>MÉTODO DE ESTUDIO:</p> <p>Método científico</p>	<p>TIPO DE ESTUDIO:</p> <p>Descriptivo-correlacional</p>	<p>VARIABLE X:</p> <p>Estilos de Afrontamiento</p>	<p>TIPO DE MUESTREO:</p> <p>No probabilístico</p>
<p>PROBLEMA GENERAL:</p> <p>¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en adolescentes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco?</p>	<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Determinar la relación que existe entre la sintomatología depresiva con los estilos de afrontamiento en adolescentes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco.</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL:</p> <p>H₁: Existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los estilos de afrontamiento en adolescentes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno Huánuco.</p> <p>H₀: No existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva y los</p>	<p>DIMENSIONES DE ESTUDIO</p> <p>Vy:</p> <p>Depresión mínima</p> <p>Depresión leve</p>	<p>INDICADORES DE ESTUDIO</p> <p>Vy:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Tristeza -Llanto frecuente -Irritabilidad -Fatiga -Desesperanza -Sentimiento de fracaso -Insatisfacción de las cosas -Pérdida de interés por los demás

	<p>-Establecer la relación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo.</p>	<p>afrontamiento en relación con los demás. Ho: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento en relación con los demás. H4: Existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo. Ho: No existe correlación entre la sintomatología depresiva y el afrontamiento improductivo.</p>	<p>-Afrontamiento en relación con los demás -Afrontamiento improductivo</p>	<p>-Invertir en amigos íntimos -Buscar ayuda profesional -Buscar apoyo social -Buscar pertenencia -Acción social -Autoinculparse -Hacerse ilusiones -Ignorar el problema -Falta de afrontamiento -Preocuparse -Guardarse para sí -Reducción de la tensión</p>
--	---	---	--	--



B. FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo

.....

Identificado con DNI N°

Acepto la participación de mi menor hijo (a).....

De la evaluación psicológica (Test Psicológico) que se va realizar con fines de investigación, para el Proyecto de Tesis “Síntomatología Depresiva y Estilos de Afrontamiento en estudiantes del 5° de secundaria de la Institución Educativa Juana Moreno 2016. Realizado por la egresada de Psicología de la Universidad de Huánuco, Mallqui Berrospi Jennifer Rosmeri.

Se agradece de antemano su participación

FIRMA

C. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

C.1 INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Si dentro de un mismo grupo, hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, márkela también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1)

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2)

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3)

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4)

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.

- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5)

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6)

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7)

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesto.

8)

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocritico por mis debilidades o por mis errores.

- _ Continuamente me culpo por mis faltas.
- _ Me culpo por todo lo malo que sucede

9)

- _ No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- _ A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- _ Desearía suicidarme.
- _ Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10)

- _ No lloro más de lo que solía llorar.
- _ Ahora lloro más que antes.
- _ Lloro continuamente.
- _ Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11)

- _ No estoy más irritado de lo normal en mí.
- _ Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- _ Me siento irritado continuamente.
- _ No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.

12)

- _ No he perdido el interés por los demás.
- _ Estoy menos interesado en los demás que antes.
- _ He perdido la mayor parte de mi interés por los demás

He perdido todo el interés por los demás.

13)

Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.

Evito tomar decisiones más que antes.

Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.

Ya me es imposible tomar decisiones.

14)

No creo tener peor aspecto que antes.

Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.

Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.

Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.

Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.

Tengo que obligarme mucho para hacer algo.

No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.

No duermo tan bien como antes.

Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir

Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18)

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19)

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20)

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.

Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.

Estoy menos interesado por el sexo que antes.

Estoy mucho menos interesado por el sexo.

He perdido totalmente mi interés por el sexo.

Apellidos y Nombres:

Edad:

Sección:

C2 – ACS

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 letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una “x” la letra A, B, C, D o E 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 mejor a tu forma de actuar.

- (A) Nunca lo hago (B) Lo hago raras veces (C) Lo hago algunas veces
 (D) Lo hago a menudo (E) Lo hago con mucha frecuencia

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

36. Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37. Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38. Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39. Considero otros puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40. Trabajo intensamente (trabajo duro)	A	B	C	D	E
41. Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E
42. Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43. Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44. espero que el problema se resuelva por sí solo	A	B	C	D	E
45. Me pongo mal (me enfermo)	A	B	C	D	E
46. Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E
47. Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48. Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49. Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50. Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51. Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52. Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53. Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54. Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55. Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
57. Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58. Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59. Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60. Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61. Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62. sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E
63. cuando tengo problemas no sé cómo enfrentarlos	A	B	C	D	E
64. ante los problemas cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo	A	B	C	D	E
65. Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	A	B	C	D	E
66. cuando tengo problemas, me aílo para poder evitarlos	A	B	C	D	E
67. Me considero culpable de los problemas que me afectan	A	B	C	D	E
68. Ante los problemas evito que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E
69. Pido a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
70. Me siento contento(a) de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
71. Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	A	B	C	D	E
72. consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos para solucionar mis problemas	A	B	C	D	E
73. Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	A	B	C	D	E
74. Me dedico a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
75. Me preocupo por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
76. Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	A	B	C	D	E
77. Hago lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
78. Me imagino que las cosas van a ir mejor	A	B	C	D	E
79. Sufro dolores de cabeza o de estómago	A	B	C	D	E
80. Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar, gritar, beber o tomar drogas	A	B	C	D	E

Apellidos y Nombres:

Edad:

Sección:

Fecha:



Solicito: Permiso para realizar Trabajo de Investigación

Señor: GOMEZ YACOLCA AMERICO

DIRECTOR DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUANA MORENO

De : MALLQUI BERROSPI JENNIFER ROSMERI

Egresada del Programa Académico Profesional de Psicología


Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la Carrera Profesional de Psicología en la Universidad de Huánuco, solicito a Ud. permiso para realizar trabajo de Investigación en su Institución sobre **"SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN ADOLESCENTES DEL 5° DE SECUNDARIA DE LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA JUANA MORENO"** para optar el grado de Bachiller en Psicología. Con la aplicación de dos pruebas psicológicas; El Inventario de Depresión de Beck II – IDB II y la Escala de Afrontamiento para Adolescentes – ACS; a los estudiantes del 5° grado de secundaria de ambos turnos durante los horarios de tutoría en el transcurso de dos semanas.

Por lo expuesto, ruego a usted acceder a mi solicitud.

Huánuco, 20 de noviembre del 2017


Mallqui Berrosپی Jennifer Rosmeri
DNI: 76922301

INSTITUCIÓN EDUCATIVA
"JUANA MORENO"
MESA DE PARTES
000092
N° Exp.:
Fecha: 20 NOV 2017 Hora: 8.36
Firma responsable: 
Verificado a: _____