



FACULTAD DE HUMANIDADES

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
PSICOLOGÍA**

TESIS

**AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y SÍNTOMAS
DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES QUE
PADECEN ACNÉ EN INSTITUCIONES
EDUCATIVAS DE CHICLAYO-2017**

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

Autora:

Bach. Delgado Farro Janella Solanch

Asesor:

Mg. Prada Chapoñán Rony Edinson

Línea de Investigación:

Psicología y Desarrollo de Habilidades

Pimentel – Perú

2019

AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADOLESCENTES QUE PADECEN ACNÉ EN INSTITUCIONES EDUCATIVAS DE CHICLAYO-2017

Aprobación del informe de investigación

Mg. Prada Chapoñán Rony Edinson

Asesor metodológico

Mg. Delgado Vega Paula Elena

Presidenta de jurado

Mg. Torres Curo Milagritos del Rocio

Secretaria de jurado

Mg. Bulnes Bonilla Carmen Gretel

Vocal de jurado

DEDICATORIA

A Dios

Por inspirarme en la realización del presente estudio, por darme salud y bendición para alcanzar mis metas como persona y profesional.

A mis padres

Por su paciencia y comprensión, prefirieron sacrificar su tiempo trabajando para que yo pudiera cumplir con mis metas y por motivarme y darme la mano cuando sentía que el camino era difícil, a ustedes les dedico este trabajo.

AGRADECIMIENTO

A mis padres, no sólo por la educación que me brindaron sino también por siempre alentarme a crecer como persona y como profesional. Y el apoyo incondicional en todo el proceso de mi carrera.

A mis hermanos Javier y Mauricio por su apoyo emocional fortaleciéndome a continuar y no desistir en este camino que se tornó al principio complicado, pero no imposible, gracias a ustedes.

A los docentes que me brindaron apoyo emocional y académico fortaleciendo mi formación personal y profesional.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como fin determinar la relación entre afrontamiento al estrés y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017. Para el estudio se contó con 294 adolescentes que padecen acné, entre los 14 a 19 años ($M = 162$; $H=132$). Se trató de un estudio no experimental, transeccional, de tipo correlacional. Los instrumentos empleados para la evaluación fueron el Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés y el Inventario de Depresión de Beck-II. Se obtuvo relación inversa entre las estrategias reinterpretación positiva de la experiencia, afrontamiento directo y retorno a la religión con depresión. También, se encontró relación directa con las estrategias: Negación y Afrontamiento indirecto. Se halló un nivel medio de síntomas depresivos en ambos sexos. Las estrategias más predominantes fueron: retracción del afrontamiento, reinterpretación positiva, retorno a la religión y conductas inadecuadas. Se concluyó que los adolescentes buscan enfocar la situación como una experiencia de aprendizaje, sin embargo, al no tomar medidas para tratar de atenuar efectos que produce el acné como las secuelas, ello influiría en su estado anímico desencadenando síntomas depresivos, asimismo intentan mejorar esta situación mediante la religión que profesan empleándola como una guía para reinterpretar el problema. Además, la negación cumpliría un rol importante en el manejo de la enfermedad, disminuyendo el nivel de estrés y permitiendo un mejor proceso de adaptación en la enfermedad. Por consiguiente, se concluyó que los adolescentes que padecen acné tienden a presentar angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa e inferioridad.

Palabras claves: adolescentes, acné, afrontamiento al estrés, depresión

ABSTRACT

The purpose of this research was to determine the relationship between coping with stress and depressive symptoms in adolescents suffering from acne in Educational Institutions of Chiclayo-2017. For the study, there were 294 adolescents suffering from acne, between 14 and 19 years old (M = 162, H = 132). It was a non-experimental, transectional, correlational type study. The instruments used for the evaluation were the Stress Coping Modes Questionnaire and the Beck-II Depression Inventory. An inverse relationship was obtained between the positive reinterpretation strategies of the experience, direct coping and return to religion with depression. Also, a direct relationship was found with the strategies: Negation and indirect Coping. An average level of depressive symptoms was found in both sexes. The most predominant strategies were: retraction of coping, positive reinterpretation, return to religion and inadequate behavior. It was concluded that adolescents seek to approach the situation as a learning experience, however, by not taking measures to mitigate the effects of acne as the consequences, this would influence their mood triggering depressive symptoms, also try to improve this situation through the religion they profess using it as a guide to reinterpret the problem. In addition, denial would play an important role in the management of the disease, decreasing the level of stress and allowing a better process of adaptation in the disease. Therefore, it was concluded that adolescents suffering from acne tend to present anguish, low self-esteem, feelings of guilt and inferiority.

Keywords: adolescents, acne, stress coping, depression.

Índice

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
I. INTRODUCCIÓN	8
1.1. Realidad Problemática.....	8
1.2. Antecedentes de Estudio.	9
1.3. Teorías relacionadas al tema.	12
1.4. Formulación del Problema.	17
1.5. Justificación e importancia del estudio.	17
1.6. Hipótesis.....	18
1.7. Objetivos	18
II. MÉTODO:	19
2.1. Tipo y Diseño de Investigación.....	19
Tipo de investigación:.....	19
Diseño de investigación:	19
2.2. Población y muestra.	20
Población	20
Muestra	20
2.3. Variables, Operacionalización.	21
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	23
2.5. Procedimientos de análisis de datos.	26
2.6. Criterios éticos	27
III. RESULTADOS	28
3.1. Resultados en Tablas.....	28
3.2. Discusión de resultados.....	39
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	43
Conclusiones.....	43
Recomendaciones	44
REFERENCIAS:	45
ANEXOS	50

I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática.

La adolescencia es una etapa de la vida que se distingue por los diversos cambios biológicos, psicológicos, sociales y físicos. Dentro de los cambios referidos tenemos la presencia del acné, el cual llega a afectar entre el 80 y 85% a las personas cuyas edades fluctúan entre los 12 y 25 años llegando a proliferarse por lo general en el rostro en un 63.7%, una de las partes del cuerpo que es visible para los demás (Añamuro, 2018); y que en muchas ocasiones suele ser motivo de burla. El acné es considerado como una afección crónica que suele presentarse en un gran porcentaje de adolescentes y jóvenes adultos en el mundo; este aparece mediante folículos pilosebáceos los cuales generan tapones córneos obstructivos llamados comedones, pápulas, o pústulas que llegan a afectar al tejido de la piel y por lo cual crean cicatrices (Kaminsky & Florez -White, 2012). De esta manera, la imagen corporal se ve influenciada por el acné, así como también en el bienestar psicológico y las relaciones sociales que el adolescente tiene con los demás; es decir genera un impacto psicosocial por la preocupación estética interfiriendo de esta manera en la autoestima y confianza de los adolescentes.

Bajo el contexto antes mencionado, las diversas investigaciones internacionales realizadas en India, Irán, Ecuador, Costa Rica y Cuba han demostrado que el acné produce un gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen, influyendo en las interacciones sociales, con un 2,5%; puesto que en algunos de los casos recibieron mofas lo cual desencadena la creación de prejuicios llegando a tener complejo de inferioridad y además afectación en la autoestima, así como también la manifestación de síntomas depresivos, ansiedad o aislamiento social. Por lo cual adquiere una importancia que provoca en algunos adolescentes retraimiento, timidez o en algunos de los casos conductas agresivas (Golchai, Hosain, Heidarzadeh, Sadre, Alizade, 2010; Behnam, Taheri, Ghorbani & Allameh, 2013; Hernández, Forteza y Brito, 2009; Gómez & Molina, 2012; Rodríguez, 2015; Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2016).

Asimismo, se ha evidenciado la prevalencia de la depresión ante el padecimiento del acné, tal y como se demostró en un estudio en Loja, Ecuador que el género más

afectado fue el femenino con un 53,79 %, siendo así el más vulnerable a síntomas depresivos (Ayala, 2014).

El Perú no es ajeno a esta realidad, y un ejemplo de ello es lo reportado en el 2015 en donde el 80% de adolescentes padecían de acné y que el 20% de las personas afectadas presentaban de problemas psicológicos como baja autoestima, depresión y ansiedad, asimismo Espinoza presidenta de la Sociedad Peruana de Dermatología dio a conocer que es habitual ver que el acné en los diferentes grados puede incurrir en el daño psicológico del adolescente impidiendo que se relacione de manera normal con sus compañeros puesto que en muchas ocasiones son víctima de burlas (Radio Programas del Perú [RPP], 2015).

Mientras que en Trujillo, se encontró que el acné estaría asociado a factores de riesgo como lo son el grado de severidad, el tipo de enfermedad y el no tratamiento adecuado (Choquehuanca, 2014).

De esta manera, se evidencia que, en las Instituciones Educativas de Chiclayo, en diversas ocasiones los alumnos del 3^{ro} al 5^{to} grado de secundaria suelen hacer uso de mofas a los jóvenes que presentan acné, lo cual genera problemas en las relaciones psicosociales y en la esfera afectiva de los estudiantes. Asimismo, se observó que suelen enfrentar esta situación ejerciendo violencia física e insultos o en algunos de los casos optan por el aislamiento de los grupos de amigos con el fin de no ser amedrentados, percibiendo al acné como una situación amenazante que desencadena algunos síntomas depresivos, como manifestaciones fisiológicas, preocupación, respuestas de evitación y sentimientos de inferioridad. Sin embargo, existen también adolescentes que prefieren hacer caso omiso ante estas situaciones y se desarrollan de manera normal tomándolo como parte de los cambios físicos por los que tienen que pasar los adolescentes de su edad.

1.2. Antecedentes de Estudio.

En las últimas décadas y gracias a los estudios longitudinales a nivel internacional se ha identificado que el estrés emocional puede agravar el brote de acné. Tan es así que en la China se realizó un estudio en donde identificaron que cuatro factores eran los principales responsables del incremento del acné en los estudiantes de secundaria y

universitarios, siendo así el evento con mayor frecuencia el estrés académico con 74%, seguido por la discriminación por otros con un 66%, además los conflictos en el ambiente familiar con el 29% y la intimidación con un 26%, por lo cual se evidencia que existe relación bidireccional entre el estrés y el acné (Wen, Jiang, Zhang, Lai, & Wen, 2015). No obstante, existen investigaciones en Polonia que demuestran que los eventos estresantes no son un factor que determina la gravedad del acné. Sin embargo, el curso de la enfermedad puede depender también de la tolerancia al estrés y métodos de hacer frente al estrés (Rokowska-Waluch et al., 2016).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento en adolescentes y jóvenes que padecen enfermedades cutáneas, los estudios realizados en España revelan que la estrategia de pensamientos positivos influye en conservar una adecuada calidad de vida, pese a que pueden percibir la presencia de daño dermatológico, sin embargo, la estrategia de pensamientos desiderativos interviene en la disminución de calidad de vida. Por otro lado, se obtuvo que las estrategias de afrontamiento búsqueda de soluciones, búsqueda de soporte social, búsqueda de información y el distanciamiento no actúan como estrategias de afrontamiento que ayuden a mejorar la calidad de vida, esto quiere decir que el ejecutar comportamientos dirigidos a conseguir apoyo de un profesional, a obtener la comprensión y el apoyo de las personas que los rodean, o el ampliar el conocimiento de la enfermedad, no influiría en la relación entre las consecuencias psicológicas de la enfermedad y la calidad de vida. Asimismo, cabe resaltar que en los estudios se demostró que el género masculino emplea como estrategia de afrontamiento la distracción física con un 70.66%, el ignorar el problema con 39.92% y reservar el problema para sí mismo con un 54.29%; mientras que en las mujeres se evidenció que emplean estrategias dirigidas hacia la relación con los demás con 59.4% y el improductivismo con un 39.92%, dando a conocer que existen diferencias significativas en cuanto a que las mujeres buscan actividades relajantes, se fijan en lo positivo y se concentran en resolver el problema. Así mismo en ambos géneros el estilo que con más frecuencia se emplea es el dirigido a resolver el problema con 66.76%. (Hernández-Fernaud, Hernández, & Ruiz, 2015; González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002).

Por consiguiente, la percepción de la enfermedad, ya sea en un nivel leve, pone en juego las estrategias de afrontamiento más optimistas, la persona valorará de manera

positiva la calidad de vida y optará por un mejor afrontamiento (Hernández-Fernaud, Hernández, & Ruiz, 2015).

Con respecto a la variable síntomas depresivos se encontraron estudios realizados en Oslo y en la región central de China, se ha evidenciado la prevalencia de la depresión en un nivel alto ante el padecimiento del acné, presentándose en los adolescentes ideación suicida con un 10,9%. De esta manera se identificó que existe hacia ellos la discriminación o intimidación por parte de sus compañeros, además de presentar dificultades para prosperar en la escuela, en vivir en un ambiente familiar conflictivo, así como también el no haber tenido una relación romántica o nunca haber tenido relaciones sexuales, dando a conocer de esta manera que el acné puede traer problemas sociales y psicológicos (Halvorsen et.al, 2011; Wen, Jiang, Zhang, Lai, & Wen, 2015).

Asimismo, existen estudios en Loja, Ecuador que demuestran que el 66% de pacientes presenta depresión, y que el género que en el cual predominaba el nivel medio era el masculino con un 34%, mientras que el 32% se presenta en las mujeres (Espinosa, 2015). Sin embargo, investigaciones en Cuenca y Lima demuestran también que el género más afectado fue, el femenino en nivel alto con un 54 %, siendo así el más vulnerable a síntomas depresivos. Además, se encontró que los diagnósticos dermatológicos más usuales en los evaluados con depresión fueron dermatitis con 11,86 %, acné 8,47 %, mientras que melasma 8,47 % y el vitiligo 6,77 %, de esta manera confirmaron que requiere prestar atención al tratamiento tanto en el área dermatológica como en psiquiatría con el propósito de mejorar la calidad de vida en los pacientes que padecen enfermedades a la piel (Ayala, 2014; Coello, De la Torre, Iglesias, Zea, & Morocho, 2014; Acosta, Bravo, Huayanay, & Arévalo-Flores, 2010).

Por otro lado, en Arequipa se demostró que la depresión está asociada ante la presencia del acné con el 53.8%, siendo más arraigada en una población con edades entre los 15 y 25 años con 66.3% y más frecuente en el sexo femenino con un nivel leve (Añamuro, 2018).

Por consiguiente, es necesario indicar que las investigaciones sobre relaciones entre estrategias de afrontamiento al estrés y síntomas depresivos son escasas.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

Estrés y afrontamiento al estrés en adolescentes que padecen acné

Cabe resaltar, que el estrés emocional puede agravar el brote de acné, puesto que actúa como un estímulo que amenaza al equilibrio interno y que ante estas situaciones de estrés el adolescente genera recursos para afrontarlo. Es aquí en donde el factor psicológico influye en la evolución del acné. Ello se ve reflejado en las diversas investigaciones, en España y Argentina donde el estrés emocional en las enfermedades cutáneas ha sido de gran influencia, puesto que se ha revelado un estrecho vínculo que existe entre el acné y el estrés, evidenciándose de esta manera que el estrés emocional es capaz de producir un brote más arraigado entre 28 % al 74 % siendo afectados adolescentes y jóvenes entre los 12 y 25 años que padecen de acné. Asimismo, la negación desempeña un rol importante en el manejo de la enfermedad ya que disminuye el nivel de estrés en el paciente y permite un mejor proceso de adaptación a la enfermedad (Purriños, 2005; Airaudo et al., 2005).

Sin embargo, la presencia de problemas psicológicos a causa del acné durante o en el transcurso de tratamiento, dependerían de la capacidad que tiene el paciente para afrontar su enfermedad y del apoyo que reciba por parte de su familia o el que perciba un ambiente social comprensivo (Hernández, Forteza y Brito, 2009).

Entonces, cuando hablamos de estrés se afirma que es un síndrome general de adaptación ante una situación amenazante para su equilibrio, puesto que el organismo opta por emitir una respuesta con el fin de intentar adaptarse, es decir mediante reacciones fisiológicas a consecuencia de una exigencia en el organismo ante la incidencia de un agente estresor el cual puede ser tanto físico como psicológico (Sandín, 2003).

Asimismo, cabe resaltar que las consecuencias negativas del estrés son reguladas por un proceso llamado afrontamiento, el cual es considerado un proceso dinámico ya que responde a las demandas objetivas y evaluaciones subjetivas de una situación en particular. Por eso, la relación entre estrés y afrontamiento es recíproca debido a que las acciones que ejecuta el individuo para atravesar el problema llegan a afectar en la valoración del problema y el subsecuente afrontamiento, debido a que inicia con una situación estresante, seguido de un tipo de afrontamiento y finaliza con una respuesta

adaptada de acuerdo con cada persona (Cassaretto, Chau, Oblitas & Valdez, 2003; Cadena, 2012).

Teoría transaccional del estrés

En lo que respecta a la teoría transaccional del estrés propuesta por Lazarus y Folkman, propone una relación entre el individuo y su entorno, tal es así que el entorno es considerado como aquel que genera el accionar de los recursos que posee el individuo, considerándose como amenaza o un agente peligroso para su bienestar, es decir que el estrés no se trataría de algo que se encuentra en el medio ambiente o que irá en contra de nosotros y nos atacará, al contrario, el estrés que percibe una persona se debe a la manera en que interpreta la situación y como la enfrenta según a las habilidades que posee y las experiencias vividas anteriormente. Entonces, para resolver estas situaciones de estrés, el adolescente genera recursos para afrontar adecuadamente los desafíos planteados y, a ello se le denomina estrategias de afrontamiento al estrés, este forma parte de un componente esencial que emplea la persona para hacer frente al estrés, optando por dirigir su acción tanto a los estresores mediante la eliminación o reducción del nivel de amenaza; y también a la emisión de respuestas fisiológica, emocionales y cognitivas (Caballero, 2014; Sandín, 2003; Prince, 2015).

Como se ha mencionado las respuestas pueden ser fisiológicas debido a que toma en cuenta respuestas neuroendocrinas y las asociadas al sistema nerviosos autónomo, tal es así como el aumento en la presión arterial, problemas estomacales, dilatación de las pupilas, cefaleas, aumento en la respiración, enfriamiento de manos y pies, así como también sequedad en la boca. Asimismo, pueden manifestarse a nivel cognitivo, existe tres tipos de respuestas tales como la preocupación, negación y falta de control que se presenta en los bloqueos mentales, pérdidas de memoria, entre otros. Y, emocional a través de sensaciones subjetivas como el malestar emocional acompañado temor, ansiedad, cólera, depresión e ira. Es así como existe una asociación específica entre el afrontamiento y el estrés, ya que la valoración de los estresores ya sea como amenazantes, desafiantes o benéficos, junto con la forma en que el individuo afronta la situación estresante, es lo que va a determinar el nivel de estrés, su intensidad y la respuesta emocional del individuo (Solís & Vidal, 2006; Le Scanff & Bertsch, 1999).

Estrategias de afrontamiento al estrés

Al respecto, dentro de los tipos de afrontamiento Lazarus y Folkman propusieron dos tipos generales de afrontamiento; el primero se basa en el *enfrentamiento orientado al problema*, es decir está dirigida a resolver o hacer algo para cambiar la fuente de la tensión del problema, dentro de la relación persona-ambiente a través de la actuación sobre el medio o sobre uno mismo, interviniendo de esta manera el aspecto cognitivo, debido a que la persona empieza a formularse pensamientos de manera racional con respecto al escenario, logrando establecer alternativas de solución frente al problema. El segundo se refiere al *enfrentamiento orientado a la emoción*, teniendo como objetivo reducir o gestionar la angustia emocional que se asocia con la situación, el cual amenora el estado de tensión, de esta manera el afrontamiento se emplea entorno a la persona misma y en las emociones que le generen dicha situación pues todo el malestar emocional recae sobre la persona (Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Cadena, 2012). Luego medidas de afrontamiento como el COPE generaron el planteamiento de otro estilo llamado evitativo o menos útil que se caracteriza por la evitación o escape de la situación estresante (Solano, 2012).

En este sentido, el afrontamiento al estrés cuenta con diversas estrategias como lo son el *afrontamiento activo*, el cual es un proceso de tomar medidas activas para tratar de eliminar o eludir el factor estresante para atenuar sus efectos. *La planificación* por su parte implica idear estrategias de acción, pensando los pasos a seguir y la mejor manera de manejar el problema, además también está presente el *soporte social*, dirigido hacia la búsqueda de información y pedir consejos a los demás con el fin de generar alternativas de soluciones. Mientras que la *supresión de actividades competitivas* busca dar soluciones centrándose exclusivamente en el problema objetivo, así también la *retracción del afrontamiento* está dirigida hacia no efectuar alguna acción hasta poseer la información necesaria para abordar el problema. También se toma en cuenta el uso de *soporte emocional*, el cual se basa en conseguir apoyo de simpatía y de comprensión. Sin embargo, la estrategia de *distracción* la persona la ejecuta otras actividades con el fin de distraerse y no concentrar su atención en el estresor. Por otro lado, *el análisis de las emociones* presenta tendencia a centrarse en la angustia o malestar que uno está experimentando y dar a conocer los sentimientos. Las *conductas inadecuadas* procuran aminorar la voluntad para sobrellevar el estresor, inclusive renuncian a sus esfuerzos para alcanzar las metas con

las cuales se obstruye al estresor. Mientras que mediante la *reinterpretación positiva* la persona busca el lado optimista de la situación y pretende mejorar a partir del problema tratando de enfocar la situación que provoca el estrés como una experiencia de aprendizaje. Pero algunos casos la persona optará por la estrategia de *negación*, lo cual implica la no aceptación y evitación del problema alterando la realidad. Sin embargo, existen personas que emplean la *aceptación*, reflejando ausencia de control personal para asumir los efectos del problema y aceptar la situación tal cual se presenta. Incluso la influencia de la *religión* forma parte de la manera en cómo afrontan la situación como una guía para reinterpretar el problema o como una táctica de afrontamiento (Carver, Scheier & Weintraub, 1989, p.269).

En conclusión, el afrontamiento al estrés está ligado hacia las capacidades que posee el individuo para manejar una situación determinada bajo la figura que tenga de sí mismo y del contexto en el que se desenvuelve. Ello a consecuencia de que cada persona presenta rasgos individuales diferentes, así como también una especial vulnerabilidad o manera de reaccionar ante diferentes acontecimientos suscitados en la vida; por lo cual cada persona afronta al estrés de diferentes maneras, tal vez algunos perciben como algo amenazante o peligroso, mientras que otros lo toman como un reto que tienen que superar y por ende esforzarse más.

Depresión

No obstante, cabe mencionar que existen otros factores que influyen en la adolescencia, como lo es la depresión, que es definida por Beck, Loeb, Diggory, & Tuthill (1967) como aquella que provoca en las personas alteraciones en su estado afectivo, cognitivo, motivacional y somático; es decir, se trata de trastorno emocional que se caracteriza por los problemas para conciliar el sueño, falta de apetito y dificultad en la psicomotricidad, falta de atención, concentración y problemas para el discernimiento de decisiones, así como también falta de la confianza hacia su persona, sentirse inferior a los demás y sentimientos de culpa, además de desaliento e ideación suicida. Repercutiendo de esta manera en la vida y siendo en algunos casos pasajero o de larga duración perdurando por meses o años (Beltrán, Freyre, & Hernández-Guzmán, 2012; Ministerio de Salud [MINSAL], 2013).

Asimismo, la Clasificación Internacional de Enfermedades, en su décima versión [CIE-10], distingue tres niveles:

“Nivel Leve, se considera cuando están presentes al menos dos de los tres síntomas más típicos de la depresión (el ánimo depresivo, la pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar, y el aumento de la fatigabilidad). Ninguno de los síntomas debe estar presente en un grado intenso. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas. La persona suele sentirse afectada por los síntomas y presentan algunas dificultades para llevar a cabo sus jornadas de trabajo e interacción social, aunque es probable que no las deje por completo.

Nivel Moderado, existe la presencia de, al menos, dos de los tres síntomas típicos y, preferiblemente, cuatro de los demás síntomas. En este nivel, la persona podrá continuar el desarrollo de la actividad social, laboral o doméstica, pero con dificultades.

Nivel Grave, deben estar presentes los tres síntomas típicos, y, además, tienden a presentar angustia o agitación, baja autoestima, sentimientos de culpa e inferioridad. Hay que estar alerta ante el riesgo de suicidio. Asimismo, probablemente, la persona con una depresión grave solo mantenga una limitada actividad social, laboral, o doméstica” (Organización Mundial de la Salud [OMS], 1999).

Triada cognitiva de la depresión

Por consiguiente, la tríada cognitiva propuesta por Beck toma en cuenta tres patrones cognitivos:

Visión negativa del paciente acerca de sí mismo; en este componente la persona se contempla como una persona desdichada, torpe, enferma, con poco aprecio. Además, suele atribuir a sus experiencias embarazosas un defecto suyo, ya sea de tipo psíquico, moral, o físico. Por lo cual el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil. Asimismo, llega a pensar que no posee caracteres esenciales para obtener la alegría y felicidad.

Tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa, el individuo percibe que el mundo se encarga de colocarle

obstáculos insuperables de alcanzar y que de alguna forma impide lograr sus objetivos, llegando a sentirse derrotado y frustrado.

Visión negativa acerca del futuro, la persona realiza proyectos de gran alcance, sin embargo, presenta ideas anticipándose a que fracasará, llegando a sentirse frustrado(a) y no logrará lo propuesto (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979, p.19).

Organización estructural de pensamientos depresivos

En cuanto a la organización estructural del pensamiento depresivo Beck et al., (1988) mencionan que el por qué la persona depresiva mantiene actitudes que le generan sufrimiento y que son perjudiciales para su integridad, inclusive va en contra de aquellos factores positivos de su vida. Puesto que, cuando un individuo se enfrenta a una situación, el esquema es la base para modificar los datos de cogniciones las cuales están definidas como cualquier idea que posee un contenido verbal o gráfico; este esquema ayuda a identificar, diferenciar y codificar el estímulo al que se enfrenta el individuo.

1.4. Formulación del Problema.

¿Cuál es la relación entre afrontamiento al estrés y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

La importancia de la investigación radica en dar un aporte de relevancia social que permita ayudar en la intervención del acné en el área psicológica con la finalidad de mejorar la calidad de vida en los adolescentes; quienes son psicológicamente vulnerables, y tienden a ser sensibles a las modificaciones en su cuerpo y apariencia, puesto que enfrenta una serie de situaciones, como las mofas, problemas en su interacción social, la percepción de su imagen personal, entre otras, percibiendo al acné como una situación amenazante que desencadena algunos síntomas depresivos, como creencias irracionales y sentimientos de inferioridad.

De esta manera, la presente investigación da a conocer cómo es que los estudiantes se desenvuelven al afrontar cada situación, asimismo ver como el adolescente reacciona en cuanto al padecimiento del acné puesto que es un desencadenante de reacciones emocionales como antecederse a consecuencias negativas tal es el caso de manifestaciones fisiológicas, preocupación, respuestas de evitación y situaciones en que los adolescentes ven como amenaza.

Por esta razón, es importante realizar este trabajo de investigación porque responde a un tema de innegable impacto social, necesario de producir información y generar conocimientos desde una óptica local en este caso de la Ciudad de Chiclayo, donde se trabajó con Instituciones Educativas Nacionales permitiendo de esta manera que tanto alumnos como autoridades de las Instituciones puedan asumir medidas preventivas en cuanto a reacciones negativas frente al padecimiento del acné. Asimismo, la presente investigación contribuirá un aporte en el ámbito a los profesionales o interesados que estén vinculados en la carrera de psicología a comprender el comportamiento de los estudiantes. Además, se busca dar la importancia que se debería, no solo basándose en el problema orgánico que padecen estos adolescentes, sino también el problema psicológico que trae consigo esta enfermedad, y como ya se ha mencionado puede llevar a daños durante esta etapa con sus consecuencias en baja calidad de vida y afectación del entorno de los adolescentes.

1.6. Hipótesis.

Existe relación entre afrontamiento al estrés y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017.

1.7. Objetivos

1.7.1. Objetivos General

Determinar la relación entre afrontamiento al estrés y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017.

1.7.2. Objetivos Específicos

Identificar el nivel predominante de síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo.

Identificar las estrategias predominantes de afrontamiento al estrés en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo.

II. MÉTODO:

2.1. Tipo y Diseño de Investigación.

Tipo de investigación:

El presente estudio es de tipo correlacional basado en el estudio del comportamiento de una o más variables de un grupo social, toma en cuenta las relaciones que se dan entre las variables, teniendo como propósito predecir y explicar el comportamiento (Hernández, Fernández & Baptista 2014). Además, por su naturaleza fue cuantitativa pues se trabajó en función de procesos estadísticos para el análisis de datos y se centró en aspectos observables (Abanto, 2017).

Diseño de investigación:

La presente investigación es no experimental y transeccional. Es un estudio no experimental debido a que no se realizó manipulación deliberadamente de las variables, así mismo es transeccional porque que se recolectaron los datos en un solo momento y en un tiempo único (Hernández, Fernández & Baptista 2014; Ato, López, & Benavente, 2013).

El diagrama del diseño correlacional es:



Donde:

X₁: Afrontamiento al estrés.

X₂: síntomas depresivos.

2.2. Población y muestra.

Población

La población estuvo conformada por 1556 adolescentes de las Instituciones Educativas del distrito de Chiclayo.

Instituciones Educativas	Nº de estudiantes de 3º a 5º
Institución Educativa 1	421
Institución Educativa 2	633
Institución Educativa 3	502
TOTAL	1556

Tabla. Información proporcionada por el departamento de T.O.E. de cada una de las Instituciones Educativas

Muestra

Para efectos de la investigación se empleó una muestra no probabilística, el muestreo fue intencional. Formada por 294 adolescentes de las Instituciones Educativas Nacionales de nivel Secundario del distrito de Chiclayo que padecen acné, cuyas edades oscilan entre los 14 a 19 años; y cursan el 3º, 4º y 5º grado del nivel secundario, siendo el 44,9 % hombres y el 55,1% mujeres.

Criterio de Inclusión

- Estudiantes que asisten a las Instituciones Educativas Nacionales de Chiclayo.
- Estudiantes cuyas edades oscilen entre los 14 y 19 años.
- Estudiantes de ambos sexos
- Estudiantes que padecen acné de las Instituciones Educativas Nacionales de Chiclayo.
- Estudiantes que tienen consentimiento voluntario de sus padres para participar en la investigación.

Criterio de Exclusión

- Estudiantes que no asisten regularmente a la Institución Educativa.

- Estudiantes del nivel secundario (menores de 14 años).
- Estudiantes que no presentan acné de las Instituciones Educativas Nacionales de Chiclayo.
- Estudiantes que marcaron no tener barritos o espinillas ultimamente.
- Estudiantes que marcan dos veces en una respuesta.
- Estudiantes que presentaron las pruebas con datos incompletos e ítems sin responder.
- Estudiantes que se nieguen a participar o que no se encuentren presentes al momento de la evaluación.

2.3. Variables, Operacionalización.

Variable 1 - Afrontamiento al estrés

Definición conceptual

Para Carver (1989) el afrontamiento es una respuesta ante una situación que se considera estresante y la manera en cómo reaccionemos a ella dependerá de nuestras experiencias anteriores para solucionarlas.

Definición operacional

El afrontamiento al estrés será medido a través de 13 subdimensiones contenidas en tres estilos de afrontamiento que pueden estar enfocados en el problema, la emoción o en otros estilos de afrontamiento, los cuales corresponden al Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE).

Variable 2 - Depresión.

Definición conceptual

Según Beck (1988) las personas deprimidas poseen esquemas distorsionados de la realidad, que fácilmente se activan ante sucesos estresantes.

Definición operacional

La depresión será medida a través de tres niveles: alto, medio y bajo, los cuales pertenecen al Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II).

Variables	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Técnica e instrumento de recolección de datos
Variable 1 Afrontamiento al estrés.	Estilos de afrontamiento enfocados en el problema	- Afrontamiento Directo (Activo)	1,14,27,40	Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE) (Carver, Sheir & Weintraub, 1989)
		- Planificación de Actividades	2,15,28,41	
		- Supresión de Actividades Competitivas	3,16,29,42	
		- Retracción (demora) del afrontamiento	4,17,30,43	
		- Búsqueda de soporte social	5,18,31,44	
	Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción	- Búsqueda de soporte emocional	6,19,32,45	
		- Reinterpretación positiva de la experiencia:	7,20,33,46	
		- Aceptación;	8,21,34,47	
		- Negación:	11,24,37,50	
		- Retorno a la religión:	9,22,35,48	
	Otros estilos adicionales de afrontamiento	- Análisis de las emociones:	10,23,36,49	
		- Conductas inadecuadas:	12,25,38,51	
Variable 2 Depresión	Nivel alto Nivel medio Nivel bajo	- Distracción (Afrontamiento Indirecto)	13,26,39,52	
		- Tristeza	1	
		- Pesimismo	2	
		- Fracaso	3	
		- Pérdida de placer	4	
		- Sentimientos de culpa	5	
		- Sentimientos de castigo	6	
		- Disconformidad con uno mismo	7	
- Autocrítica	8			

- Pensamientos o deseos suicidas	9
- Llanto	10
- Agitación	11
- Pérdida de interés	12
- Indecisión	13
- Desvalorización	14
- Pérdida de energía	15
- Cambios en los hábitos de sueño	16
- Irritabilidad	17
- Cambios de apetito	18
- Dificultad de concentración	19
- Cansancio o Fatiga	20
- Perdida de interés en el sexo	21

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

En la recolección de datos se empleó los siguientes dos instrumentos psicométricos y la observación que se describen a continuación:

Observación. Procedimiento de recolección de datos e información que consiste en utilizar los sentidos para observar hechos y realidades sociales presentes y a la gente donde desarrolla normalmente en la vida cotidiana y en sus medios naturales para su registro y análisis (Ayala, 2014).

Cuestionario de Modos de Afrontamiento al Estrés (COPE; Carver, Sheir & Weintraub, 1989). Evalúa como las personas reaccionan o responden ante situaciones difíciles o estresantes, está diseñado para ser respondida a una población en general. Consta de 52 preguntas divididas en tres estilos de afrontamiento: enfocados en el problema, en la emoción y otros estilos (evitativo). Además, éstas se subdividen en 13 subdimensiones, siendo presentados los ítems en formato ordinal con 4 opciones de respuesta (desde *casi nunca* hasta *casi siempre hago eso*). La calificación del instrumento se realiza mediante la sumatoria de los puntajes de cada subdimensión; luego se procede a dividir entre el número de ítems que compone cada una de las

subdimensiones, ello permite obtener un perfil del individuo, el cual podrá estar orientado hacia el problema, la emoción o podrá considerarse como otros estilos de afrontamiento. En la versión original en inglés, los autores estadounidenses obtuvieron la validez de constructo a través del análisis factorial, logrando que 11 factores estén acordes con la elección de elementos a las escalas. Para la confiabilidad del inventario se empleó el coeficiente Alfa de Cronbach y el procedimiento test-retest, obteniendo de esta manera una confiabilidad de alfa de Cronbach entre .45 y .92; mientras que en el segundo procedimiento se empleó un intervalo de 8 semanas para calcular los valores que estuvieron comprendidos entre .46 a .86.(Carver, Scheier, & Weintraub, 1989).

El analisis factorial original del cuestionario dio a conocer la existencia de 13 factores, contenidos en tres dimensiones:

Estilos de afrontamiento enfocados en el problema

Factor I, denominado *Afrontamiento Directo*, el cual esta comprendido por los items 1,14,27,40.

Factor II llamado *Planificación de Actividades*, compuesto por los items 2,15,28,41.

Factor III denominado *Supresión de Actividades Competitivas*, el cual abarca los items

Factor IV *Retracción (demora) del afrontamiento*, comprendido por el número de items 4,17,30,43.

Factor V denominado *Búsqueda de soporte social*, contenido en los items 5,18,31,44.

Estilos de afrontamiento enfocado en la emoción

Factor VI *Búsqueda de soporte emocional*, agrupado en 4 items 6,19,32,45.

Factor VII denominado *Reinterpretación positiva de la experiencia*, comprendido por los items 7,20,33,46.

Factor VIII designado como *Aceptación*, englobado en los items 8,21,34,47

Factor IX identificado con la *Negación*, comprendido por los ítems 11, 24, 37, 50.

Factor X designado *Retorno a la religión*, el cual comprende los ítems 9,22,35,48.

Otros estilos adicionales de afrontamiento

Factor XI denominado *Análisis de las emociones*, contenido en los ítems 10,23,36,49.

Factor XII *Conductas inadecuadas*, agrupado en 4 ítems 12,25,38,51.

Factor XIII *Distracción*, compuesto por los ítems 13,26,39,52.

Para esta investigación se empleó la versión peruana realizada por Cassaretto y Chau (2016) quienes ejecutaron un estudio con estudiantes entre los 16 y 25, efectuando la validez de constructo mediante el análisis factorial exploratorio y obteniendo como resultado la existencia de 13 factores que expresan 65.15% de varianza, además los índices alfa de Cronbach de las escalas oscilaron entre los .53 a .91. Asimismo, en el presente estudio se encontró que el cuestionario posee adecuadas propiedades psicométricas, ello se determinó a través del método de validez de constructo por el análisis factorial, obteniéndose correlaciones ítem-factor que fluctuaron entre .30 y .69.; denotando una varianza de 44.88% , además se apreció que el cuestionario puede ser dividido en 13 factores, mediante los método de extracción (Máxima verosimilitud) y rotación (normalización Varimax con Kaiser). De esta manera, se logró obtener la validez de constructo esperada. De igual manera, se aplicó el test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) con el fin de relacionar los coeficientes de correlación, obteniendo como resultado .881, además a través de la prueba de esfericidad de Bartlett se valoró la aplicabilidad del análisis factorial de la variable de estudio, obteniendo como resultado un valor significativo de .000. De manera análoga se obtuvo los coeficientes de confiabilidad que oscilaron entre $\alpha = 0.927$ y 0.930 .

Inventario de Depresión de Beck-II (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1998). Es un inventario que evalúa los niveles de la sintomatología depresiva, está diseñada para adultos y adolescentes mayores de 13 años. Consta de 21 ítems, cada ítem se califica en una escala de 4 puntos dentro de un formato tipo Likert que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. En la versión

original se realizaron análisis factoriales exploratorios obteniéndose dos factores *dimensión somática* comprendida por: tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas, llanto y desvalorización, además también esta comprendida por el *factor cognitivo* basado en: agitación, pérdida de interés, indecisión, pérdida de energía, cambios en los hábitos de sueño, irritabilidad, cambios de apetito, dificultad de concentración, cansancio o fatiga y pérdida de interés en el sexo (Beck, Steer & Carbin, 1988).

Para esta investigación se empleó la versión peruana realizada por Amaro y Rodríguez (2015) en una investigación con una población de estudiantes entre los 16 y 18 años en quienes aplicaron el inventario y obtuvieron la validez de constructo mediante el medio del análisis factorial exploratorio y confirmatorio, logrando resultados que señalan la aceptación del modelo propuesto inicialmente. Asimismo, aplicaron para la confiabilidad el Alfa de Cronbach obteniendo un valor de 0.91, demostrando su nivel de fiabilidad y validez. Asimismo, en el presente estudio se encontró que el inventario posee adecuadas propiedades psicométricas, ello se determinó a través de la validez de constructo mediante el análisis factorial tomando en cuenta las correlaciones ítem-factor que fluctuaron entre .30 y .99.; además se obtuvo una varianza de 40.8% determinando que el cuestionario puede ser dividido en 2 factores (somaticos-motivacional y cognitivos-afectivo). Ello se obtuvo mediante el método de extracción tomando en cuenta la Máxima verosimilitud y rotación (normalización Varimax con Kaiser), logrando así la validez de constructo esperada. De igual manera se aplicó el test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) con el objetivo de relacionar los coeficientes de correlación, reflejando una carga de .917, además a través de la prueba de esfericidad de Bartlett se valoró la atribución del análisis factorial de la variable estudiada, teniendo como resultado un valor significativo de .000. Además, los coeficientes de confiabilidad oscilaron entre $\alpha = 0.899$ y 0.901 .

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

Para el análisis de datos se procedió a utilizar el análisis de estadística descriptiva a partir de las medias, desviaciones estándares y puntuaciones mínimas y máximas para cada una de las variables de afrontamiento al estrés y síntomas depresivos. La

estadística descriptiva registró datos en tablas; para ello se realizó una base de datos en el programa Microsoft Excel, posterior a ello se ingresó los datos previamente revisados y codificados en Software SPSS versión 21.

Asimismo, para determinar la validez y confiabilidad de los test se aplicó estadísticos como el Alfa de Cronbach y el análisis factorial. Por último, se determinó la normalidad de los datos mediante Kolmogorov-Smirnov y se analizó las relaciones entre las dimensiones de los instrumentos y los objetivos del estudio mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

2.6. Criterios éticos

Para la aplicación de los instrumentos se procedió a emitir permisos mediante documentos brindado por la Universidad dirigido a los directores de las Instituciones Educativas de nivel secundario, con quienes se coordinó los horarios para la aplicación de las pruebas en las aulas de los grados 3^{ero}, 4^{to} y 5^{to}. Posterior a ello se procedió asistir en los días acordados.

Se inició dando a conocer los objetivos de la investigación, luego a quienes aceptaron ser partícipes se les hizo entrega del asentimiento informado corroborando de esta manera su participación voluntaria, de igual forma se garantizó el anonimato y confidencialidad de acuerdo con el Código de Ética Profesional del Psicólogo Peruano y los lineamientos Éticos de la Asociación Americana de Psicología (APA, 2010). Después de obtener los asentimientos informados firmados por los alumnos (hombres y mujeres) se procedió a la entrega de encuestas brindando una explicación breve de como marcar las respuestas, este proceso tuvo una duración de aproximadamente 30 minutos. Finalmente, se recogió las encuestas agradeciéndoles por su participación y se realizó la separación de las encuestas tomando en cuenta aquellas que fueron marcadas con presencia de acné, con el fin no afectar la susceptibilidad del alumno.

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en Tablas

En la tabla 1 se aprecia que existe relación negativa moderada entre las estrategias de afrontamiento de reinterpretación positiva de la experiencia con depresión ($Rho = -.427^*$, $p < .05$), asimismo se evidencia una relación negativa baja con las estrategias de afrontamiento: afrontamiento directo ($Rho = -.339^*$, $p < .05$) y retorno a la religión ($Rho = -.331^*$, $p < .05$). Por otro lado, existe relación positiva moderada y baja respectivamente en las estrategias de afrontamiento: Negación ($Rho = .442^*$, $p < .05$) y Afrontamiento indirecto ($Rho = .154^*$, $p < .05$), es decir los adolescentes buscan enfocar la situación como una experiencia de aprendizaje, sin embargo, al no tomar medidas para tratar de atenuar efectos que produce el acné como las secuelas, ello influiría en su estado de ánimo desencadenando síntomas depresivos, asimismo intentan mejorar esta situación mediante la religión que profesan empleándola como una guía para reinterpretar el problema. Además, la negación cumpliría un rol importante en el manejo de la enfermedad ya que disminuye el nivel de estrés en el paciente y permite un mejor proceso de adaptación en la enfermedad, lo cual genera que los síntomas depresivos se den en menor nivel. Sin embargo, no existe relación con Planificación de actividades, Supresión de actividades competitivas, Retracción del afrontamiento, Búsqueda de soporte social, Búsqueda de soporte emocional, Aceptación, Análisis de las emociones y Conductas inadecuadas, esto da a conocer que no necesariamente el empleo de estas estrategias repercute en el incremento o disminución de síntomas depresivos.

Tabla 1

Relación entre afrontamiento al estrés y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Afrontamiento directo (Ad)	-,339*	.022
Planificación de actividades (Pa)	-.084	.167
Supresión de actividades competitivas (Sa)	.019	.759
Retracción del afrontamiento (Ra)	-.058	.340
Búsqueda de soporte social (Bss)	-.059	.335
Búsqueda de soporte emocional (Bse)	-.082	.179
Reinterpretación positiva de la experiencia (Rp)	-,427*	.036
Aceptación (A)	-.055	.369
Retorno a la religión (R)	-,331*	.031
Análisis de las emociones (Ae)	.004	.952
Negación (N)	,442*	.019
Conductas inadecuadas (Ci)	.070	.248
Afrontamiento Indirecto (Ai)	,154*	.011

*. La correlación es significativa al nivel $p < 0.05$

En la tabla 2 se observa que predomina el nivel medio de síntomas depresivos con un 50,0% en mujeres y 43,2% en los hombres, es decir los adolescentes podrán continuar el desarrollo de las actividades sociales, pero con presencia de dificultades. Sin embargo, se encontró un nivel alto de síntomas depresivos en hombres, con un 36,4%, esto quiere decir que los adolescentes que padece acné tienden a presentar angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa e inferioridad.

Tabla 2

Nivel predominante de síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

		Niveles			Total	
		Bajo	Medio	Alto		
Género	Hombres	f	44	57	31	132
		%	33,3%	43,2%	23,5%	100%
	Mujeres	f	22	81	59	162
		%	13,6%	50,0%	36,4%	100%
Total		f	66	138	90	294
		%	22,4%	46,9%	30,6%	100%

En la tabla 3 se observa que las estrategias de afrontamiento al estrés predominantes son retracción del afrontamiento (46,2%), reinterpretación positiva (42,4%), siendo más frecuente en hombres, retorno a la religión (H= 38,6%; M= 39,5%) en ambos géneros y el uso de la estrategia basada en conductas inadecuadas (45,5%) en hombres. Ello quiere decir que los adolescentes no realizan alguna acción mientras no posean la información necesaria para afrontar el acné, además buscan enfocar la situación como una experiencia de aprendizaje e intentan mejorar esta situación mediante la religión que profesan empleándola como una guía para reinterpretar el problema. Sin embargo, algunos adolescentes renuncian a sus esfuerzos y prefieren no tratar el problema de acné que presentan.

Tabla 3

Estrategias de afrontamiento al estrés predominantes en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Estrategias de afrontamiento al estrés		Género			
		Hombres		Mujeres	
		f	%	f	%
Afrontamiento directo (Ad)	Bajo	30	22,7%	44	27,2%
	Medio	55	41,7%	72	44,4%
	Alto	47	35,6%	46	28,4%
Planificación de actividades (Pa)	Bajo	34	25,8%	43	26,5%
	Medio	57	43,2%	87	53,7%
	Alto	41	31,1%	32	19,8%
Supresión de actividades competitivas (Sa)	Bajo	27	20,5%	48	29,6%
	Medio	53	40,2%	89	54,9%
	Alto	52	39,4%	25	15,4%
Retracción del afrontamiento (Ra)	Bajo	21	15,9%	30	18,5%
	Medio	50	37,9%	84	51,9%
	Alto	61	46,2%	48	29,6%
Búsqueda de soporte social (Bss)	Bajo	42	31,8%	34	21,0%
	Medio	43	32,6%	68	42,0%
	Alto	47	35,6%	60	37,0%
Búsqueda de soporte emocional (Bse)	Bajo	35	26,5%	42	25,9%
	Medio	63	47,7%	65	40,1%
	Alto	34	25,8%	55	34,0%
Reinterpretación positiva de la experiencia (Rp)	Bajo	33	25,0%	31	19,1%
	Medio	43	32,6%	68	42,0%
	Alto	56	42,4%	63	38,9%
Aceptación (A)	Bajo	32	24,2%	44	27,2%
	Medio	58	43,9%	81	50,0%
	Alto	42	31,8%	37	22,8%
Negación (N)	Bajo	32	24,2%	51	31,5%
	Medio	54	40,9%	77	47,5%

	Alto	46	34,8%	34	21,0%
Retorno a la religión (R)	Bajo	33	25,0%	43	26,5%
	Medio	48	36,4%	55	34,0%
	Alto	51	38,6%	64	39,5%
Análisis de las emociones (Ae)	Bajo	33	25,0%	34	21,0%
	Medio	53	40,2%	89	54,9%
	Alto	46	34,8%	39	24,1%
Conductas inadecuadas (Ci)	Bajo	25	18,9%	41	25,3%
	Medio	47	35,6%	73	45,1%
	Alto	60	45,5%	48	29,6%
Afrontamiento Indirecto (Ai)	Bajo	22	16,7%	32	19,8%
	Medio	56	42,4%	79	48,8%
	Alto	54	40,9%	51	31,5%

En la tabla 4 se observa que existe relación negativa baja entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: Afrontamiento directo ($Rho = -.339^*$, $p < .05$), es decir indica que, los adolescentes que padece acné al toman medidas para tratar de atenuar efectos que produce, como secuelas, este llega a influir en su estado anímico disminuyendo los síntomas depresivos.

Tabla 4

Relación entre afrontamiento directo y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Afrontamiento directo	$-.339^*$.022

En la tabla 5 se puede apreciar que no existe correlación entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: Planificación de actividades, es decir se rechaza que el generar estrategias para modificar el problema pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 5

Relación entre planificación de actividades y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Planificación de actividades	-.084	.167

La tabla 6 muestra que no existe relación entre la variable depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: supresión de actividades competitivas, es decir se rechaza que la búsqueda de soluciones centrándose exclusivamente en el problema pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 6

Relación entre supresión de actividades competitivas y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Supresión de actividades competitivas	.019	.759

En la tabla 7 se puede apreciar que no existe correlación entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: retracción del afrontamiento, es decir se rechaza que no hacer nada hasta que no posean más información sobre el problema pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 7

Relación entre retracción del afrontamiento y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Retracción del afrontamiento	-.058	.340

La tabla 8 muestra que no existe relación entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: búsqueda de soporte social, es decir se rechaza que la búsqueda de información y consejo en los demás sobre las posibles soluciones a su problema pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 8

Relación entre búsqueda de soporte social y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Búsqueda de soporte social	-.059	.335

En la tabla 9 se denota que no existe relación entre la variable depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: búsqueda de soporte emocional, es decir se rechaza que la búsqueda de apoyo de simpatía y de comprensión en las personas del entorno pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 9

Relación entre búsqueda de soporte emocional y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Búsqueda de soporte emocional	-.082	.179

En la tabla 10 se muestra que existe relación negativa moderada entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: Reinterpretación positiva de la experiencia ($Rho = -.427^*$, $p < .05$), es decir indica que, si los adolescentes no encuentran el lado positivo del acné y asumirlo como un aprendizaje para futuro, ocurre lo contrario como el percibir al acné como algo que lo atemoriza.

Tabla 10

Relación entre reinterpretación positiva de la experiencia y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Reinterpretación positiva de la experiencia	-.427*	.036

La tabla 11 denota que no existe relación entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: aceptación, es decir se rechaza que la ausencia de control personal para asumir los efectos del problema y aceptar la situación tal cual se presenta pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 11

Relación entre aceptación y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Aceptación	-.055	.369

En la tabla 12 se observa que existe relación negativa baja entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: Retorno a la religión ($Rho = -.331^*$, $p < .05$), es decir indica que, los adolescentes no se apoyan en la religión, la tensión de padecer acné aumentaría.

Tabla 12

Relación entre retorno a la religión y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Retorno a la religión	-.331*	.031

En la tabla 13 se denota que no existe relación entre la variable depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: análisis de las emociones es decir se rechaza que el dar a conocer los sentimientos pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 13

Relación entre análisis de las emociones y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Análisis de las emociones	.004	.952

En la tabla 14 se aprecia que existe una relación directa moderada entre la depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: negación ($Rho=,442^*$, $p < .05$), ello indica que, los adolescentes comienzan a comportarse y pensar que el acné no existe, lo cual genera que los síntomas depresivos se den en menor nivel.

Tabla 14

Relación entre negación y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Negación	,442*	.019

En la tabla 15 se aprecia que no existe relación entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: conductas inadecuadas, es decir se rechaza que el reducir los esfuerzos para tratar el acné pueda relacionarse con el incremento o disminución de los niveles de depresión.

Tabla 15

Relación entre conductas inadecuadas y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Conductas inadecuadas	.070	.248

En la tabla 16 se observa que existe relación positiva baja entre depresión y la dimensión de afrontamiento al estrés: afrontamiento indirecto ($Rho=,154^*$, $p< .05$), es decir el adolescente incrementa sus esfuerzos conductuales y cognitivos hacia la presencia del acné en su desarrollo físico, ello generaría niveles altos de síntomas depresivos.

Tabla 16

Relación entre afrontamiento Indirecto y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné en Instituciones Educativas de Chiclayo-2017.

Afrontamiento al estrés	Depresión	
	<i>Rho</i>	<i>p</i>
Afrontamiento Indirecto	,154*	.011

3.2. Discusión de resultados

El presente estudio tuvo como fin determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento al estrés y síntomas depresivos en adolescentes que padecen acné. Respecto a las correlaciones halladas, se puede indicar que en el presente estudio se corroboró la existencia de relación inversa moderada y estadísticamente significativa entre la estrategia de afrontamiento de reinterpretación positiva de la experiencia con depresión, es decir indica que, los adolescentes buscan enfocar la situación como una experiencia de aprendizaje, y no percibir al acné como algo que los atemoriza. Asimismo, se evidenció una relación inversa baja con las estrategias de afrontamiento: afrontamiento directo y retorno a la religión, esto indicaría que, al no tomar medidas para tratar de atenuar efectos que produce el acné como las secuelas, ello influiría en su estado anímico desencadenando síntomas depresivos. De esta manera, también la religión es empleada como una guía para reinterpretar el problema, lo cual interviene en la disminución de la sintomatología depresiva.

Estos resultados son coherentes con los realizados en China donde se identificaron que cuatro factores eran los principales responsables del incremento del acné en los estudiantes de secundaria y universitarios, siendo así el evento con mayor frecuencia el estrés académico, seguido por la discriminación por otros, además los conflictos en el ambiente familiar y la intimidación, por lo cual se evidencia que existe relación bidireccional entre el estrés y el acné (Wen, Jiang, Zhang, Lai, & Wen, 2015).

Asimismo, se encontró que existe una relación directa moderada y baja respectivamente en las estrategias de afrontamiento: Negación y Afrontamiento indirecto, esto quiere decir que los adolescentes emplean la negación como estrategia de afrontamiento con el fin de disminuir el nivel de estrés, generando de esta manera que los síntomas depresivos se den en menor nivel. Además, los adolescentes suelen realizar otras actividades para distraerse y no concentrarse en la presencia del acné.

Este resultado se corrobora con lo encontrado por Purriños (2005) y Airaudo et al. (2005), dando a conocer que la negación desempeña un rol importante en el manejo de la enfermedad ya que disminuye el nivel de estrés en el paciente y permite un mejor proceso de adaptación a la enfermedad. De igual forma en el Perú, se dio a conocer que los adolescentes que padecen acné suelen presentar problemas psicológicos como baja autoestima, depresión y ansiedad; de esta manera se observa

que el adolescente se ve afectado en el ámbito psicológico impidiendo tener una relación normal con sus amistades debido a que en muchas ocasiones son víctima de burlas y tienden a enfrentarlo de diversas maneras ya sea de manera violenta o sumisa (Radio Programas del Perú [RPP], 2015). De esta manera, el adolescente enfrenta el acné considerando las habilidades que posee y las experiencias anteriores. Entonces, para resolver estas situaciones, el adolescente genera recursos para afrontar (Caballero, 2014; Sandín, 2003; Prince, 2015).

Por consiguiente, se encontró que algunas estrategias de afrontamiento no guardan relación con la presencia de síntomas depresivos, tales como la estrategia de planificación de actividades, supresión de actividades competitivas, retracción del afrontamiento, búsqueda de soporte social, búsqueda de soporte emocional, aceptación análisis de las emociones y conductas inadecuadas, esto da a conocer que no necesariamente el empleo de estas estrategias repercuten en el incremento o disminución de síntomas depresivos.

Discrepando de esta manera con Rokowska-Waluch et al., (2016) y Hernández et.al (2009), quienes mencionan que el curso de la enfermedad puede depender también de la tolerancia al estrés y métodos de hacer frente al estrés, además del apoyo que reciba por parte de su familia o el que perciba un ambiente social comprensivo.

Por otra parte, en lo que concierne a los de síntomas depresivos, se obtuvo una predominancia en el nivel medio en mujeres y hombres, esto quiere decir que los adolescentes pueden continuar el desarrollo de las actividades sociales, pero con presencia de dificultades. Ello coincide con los diversos estudios en Loja, Ecuador que demuestran que el 66% de pacientes presenta depresión, y que el género que en el cual predominaba el nivel medio era el masculino con un 34%, mientras que el 32% se presenta en las mujeres (Espinosa, 2015).

De igual forma, se encontró un nivel alto en mujeres con baja predominancia, esto quiere decir que las adolescentes que padece acné tienden a presentar angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa e inferioridad.

Estos resultados son coherentes con Ayala (2014) y Añamuro (2018), quienes demostraron en sus investigaciones que el género más afectado fue, el femenino siendo así el más vulnerable a síntomas depresivos. Además, ello se corrobora con las diversas investigaciones internacionales, las cuales han demostrado que el acné

produce un gran impacto en la calidad de vida de quienes la padecen, influyendo en las interacciones sociales, puesto que en algunos de los casos recibieron mofas lo cual desencadena la creación de perjuicios llegando a tener complejo de inferioridad y además afectación en la autoestima, así como también la manifestación de síntomas depresivos, ansiedad o aislamiento social. Por lo cual, adquiere una importancia que provoca en algunos adolescentes retraimiento, timidez o conductas agresivas (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2016; Gómez & Molina, 2012; Rodríguez, 2015; Behnam, Taheri, Ghorbani & Allameh, 2013; Golchai, Hosain, Heidarzadeh, Sadre, Alizade, 2010; Hernández, Forteza y Brito, 2009).

Por consiguiente, con respecto a las estrategias que más emplean los adolescentes que padecen acné se obtuvo niveles altos en las estrategias de retracción del afrontamiento y reinterpretación positiva, siendo más frecuente en hombres, así mismo en retorno a la religión se obtuvo prevalencia en ambos géneros y el uso de la estrategia basada en conductas inadecuadas en hombres, esto indica que los adolescentes emplean la estrategia de retracción del afrontamiento con el fin de no ejecutan alguna actividad hasta que no posean más información sobre el acné, de igual forma suelen reinterpretar de manera positiva al acné como una experiencia de aprendizaje y esta a su vez puede ser considerada como un hecho difícil de enfrentar en el caso de los adolescentes. Asimismo, tanto hombres como mujeres que padecen acné optan por mejorar esta situación mediante la religión que profesan empleándola como una guía para reinterpretar el problema, además suelen emplear la estrategia de afrontamiento de conductas inadecuadas para reducir los esfuerzos de tratar el acné en algunas ocasiones. Estos resultados son coherentes con los estudios realizados en España, los cuales revelaron que la estrategia de pensamientos positivos influye en conservar una adecuada calidad de vida, pese a que pueden percibir la presencia de daño dermatológico (Hernández-Fernaud, Hernández, & Ruiz, 2015).

En cuanto al género se obtuvo que tanto hombres como mujeres emplean como estrategia de afrontamiento estrategias dirigidas hacia la búsqueda de soporte social, es decir afianzarse de consejos e información para obtener posibles soluciones. Esto a su vez concuerda con lo encontrado en diversos estudios internacionales, que dan a conocer que existen diferencias significativas en cuanto a que las mujeres buscan actividades relajantes, se fijan en lo positivo y se concentran en resolver el problema. Así mismo en ambos géneros el estilo que con más frecuencia se emplea es el dirigido

a resolver el problema, considerado como el estilo de mayor utilidad ya que se relacionan con un mejor bienestar físico (Hernández-Fernaud, Hernández, & Ruiz, 2015; González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002).

Además, cabe resaltar que se obtuvieron estrategias en un nivel acorde a lo esperado como lo son el afrontamiento directo, supresión de actividades, búsqueda de soporte emocional, aceptación y negación en ambos géneros; ello dio a conocer que los adolescentes que padecen acné suelen emplear la estrategia de afrontamiento directo tomando medidas para tratar de atenuar efectos que produce el acné, así como también emplean la estrategia de supresión de actividades en busca de soluciones centrándose exclusivamente en el problema, de igual forma utilizan la estrategia búsqueda de soporte emocional para adquirir el apoyo de simpatía y de comprensión en las personas de su entorno. Sin embargo, existen otros adolescentes que emplean como estrategia la aceptación, asumiendo las consecuencias del acné, mientras que otros optan por la negación del problema, por lo cual tratan de evitar hablar del acné para que su valoración sea acorde con la de los demás.

Lo cual no coincide con la investigación realizada en España, en donde se obtuvo que las estrategias de afrontamiento búsqueda de soluciones, búsqueda de soporte social, búsqueda de información y el distanciamiento no actúan como estrategias de afrontamiento que ayuden a mejorar la calidad de vida, esto quiere decir que el ejecutar comportamientos dirigidos a obtener apoyo de un profesional, a lograr la comprensión y el apoyo de las personas que los rodean, o el ampliar el conocimiento de la enfermedad, no influiría en la relación entre las consecuencias psicológicas de la enfermedad y la calidad de vida (Hernández-Fernaud, Hernández, & Ruiz, 2015; González, Montoya, Casullo, & Bernabéu, 2002).

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

- En el presente estudio se corroboró la existencia de relación inversa moderada y estadísticamente significativa entre la estrategia de afrontamiento de reinterpretación positiva de la experiencia y depresión, indicando que, los adolescentes buscan enfocar la situación como una experiencia de aprendizaje, y no percibir al acné como algo que los atemoriza.
- Se evidenció una relación inversa baja con las estrategias de afrontamiento: afrontamiento directo y retorno a la religión con la variable depresión, es decir indica que, si los adolescentes que padece acné no toman medidas para tratar de atenuar efectos que produce, como las secuelas, ello influiría en su estado anímico desencadenando síntomas depresivos.
- Asimismo, se encontró que existe una relación directa moderada y baja respectivamente en las estrategias de afrontamiento: Negación y Afrontamiento indirecto con la variable depresión, indicando que los adolescentes emplean la negación como estrategia de afrontamiento con el fin de disminuir el nivel de estrés, generando de esta manera que los síntomas depresivos se den en menor nivel. Además, los adolescentes suelen realizar otras actividades para distraerse y no concentrarse en la presencia del acné.
- Sin embargo, se encontró que algunas estrategias de afrontamiento no guardan relación con la presencia de síntomas depresivos, tales como la estrategia de planificación de actividades, supresión de actividades competitivas, retracción del afrontamiento, búsqueda de soporte social, búsqueda de soporte emocional, aceptación análisis de las emociones y conductas inadecuadas, esto da a conocer que no necesariamente el empleo de estas estrategias repercuten en el incremento o disminución de síntomas depresivos.
- En lo que concierne a los de síntomas depresivos, se obtuvo una predominancia en el nivel medio en mujeres y hombres, es decir los adolescentes podrán continuar el desarrollo de las actividades sociales, pero con presencia de dificultades.
- Se encontró un nivel alto de síntomas depresivos en mujeres, dando a conocer que las adolescentes que padece acné tienden a presentar angustia, baja autoestima, sentimientos de culpa e inferioridad.

- Por consiguiente, con respecto a las estrategias que más emplean los adolescentes que padecen acné se obtuvo con un nivel alto las estrategias de retracción del afrontamiento, siendo más frecuente en mujeres, reinterpretación positiva predominando en los hombres, retorno a la religión en ambos géneros y el uso de la estrategia basada en conductas inadecuadas en mujeres.
- En cuanto al género se obtuvo que los hombres emplean como estrategia de afrontamiento la distracción física, el ignorar el problema y reservar el problema para sí mismo, mientras que en las mujeres se evidenció que emplean estrategias dirigidas hacia la relación con los demás.
- Se obtuvieron estrategias en un nivel acorde a lo esperado como lo son el afrontamiento directo, supresión de actividades, búsqueda de soporte emocional, aceptación y negación.

Recomendaciones

- Brindar información a los estudiantes y familiares a través de charlas y talleres sobre los problemas emocionales que pueden presentarse en los adolescentes que padecen acné.
- Fomentar el conocimiento de recursos y técnicas para el manejo de la sintomatología depresiva a través de folletos y charlas psicoeducativas, teniendo como objetivo principal promulgar el bienestar psicológico y valoración personal con la finalidad que el adolescente pueda afrontar manera adecuada la situación de padecer acné.
- Implementar y ejecutar programas preventivos dirigidos a los estudiantes que padecen acné, sobre el uso de la estrategia que hace referencia hacia los otros, entendida como la búsqueda de apoyo social pretendiendo cubrir el desajuste emocional causado por factores estresantes que pudiera conllevar al aislamiento.
- Elaborar un plan de intervención que proporcione herramientas eficaces, para abordar las situaciones estresantes que puedan presentarse durante la presencia del acné y continuar con investigaciones sobre las actividades que realizan los adolescentes que padecen acné.
- Concientizar a los adolescentes mediante charlas y consejerías a que acudan de forma temprana ante cualquier cambio en su piel, a un médico; el cual con sus conocimientos científicos aportará con un manejo adecuado y oportuno evitando repercusiones psicológicas que pueden presentarse en este tipo de pacientes.

REFERENCIAS:

- Abanto, W. (2017). *Seminario de investigación: Guía de Aprendizaje*. Universidad Cesar Vallejo. Documento no publicado
- Acosta, J., Bravo, F., Huayanay, L., & Arévalo-Flores, M. (2010). Depresión y síntomas depresivos en pacientes que acuden al consultorio de dermatología de un hospital general de Lima. *Depression*, 73(4), 126-135. Recuperado de <https://doi.org/10.20453/rnp.v73i4.1698>
- Airaudó, M., Barquin, M., Cordero, A., Costantini, S., Flom, R., Gotlib, N., Woscoff, A. (2005). *Consenso sobre Acné. Sociedad Argentina de Dermatología*. Buenos Aires. Recuperado de <http://www.sad.org.ar/wp-content/uploads/2016/04/acne.pdf>
- Andina. (2015, 11 de mayo). Acné causa problemas psicológicos en 20 % de los afectados. *Radio Programas del Perú [RPP]*. Recuperado de <http://vital.rpp.pe/salud/acne-causa-problemas-psicologicos-en-20-de-los-afectados-noticia-796037>
- Añamuro, S. O. (2018). *Incidencia de Depresión en Pacientes con Acné Vulgar que acuden a Consultorio Externo de Dermatología de Hrhde, Arequipa Febrero 2018*. Universidad Católica de Santa María. Arequipa, Perú. Recuperado de <https://tesis.ucsm.edu.pe/repositorio/handle/UCSM/7573>
- Amaro, E., & Rodríguez, D. (2015). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck en estudiantes de 5to año de secundaria de Huancayo, 2013. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2).
- American Psychological Association. (2010). *Manual de Publicaciones de la APA*. Editorial El Manual Moderno.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de psicología*, 29(3), 1038-1059.
- Ayala, L. (2014). *La depresión en los pacientes adolescentes con acné del bachillerato de los colegios: tecnológico fiscomisional nuestra Señora del Rosario, Emiliano Ortega Espinoza y unidad Educativa Municipal de Catamayo, en el periodo comprendido entre diciembre 2012*. (Tesis de Grado). Universidad Nacional de Loja. Recuperado de https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/171113/1/Karen_Alejandra

Ortega Ortega.pdf

- Beck, A., Loeb, A., Diggory, J., & Tuthill, R. (1967). Expectancy, level of aspiration, performance, and self-evaluation in depression. *Proceedings of the 75th Annual Convention of the American Psychological Association* (2),193-194.
- Beck, A., Emery, G. Rush, A., & Shaw, B. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press. Recuperado de https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=L09cRS0xWj0C&oi=fnd&pg=PP15&dq=Cognitive+therapy+of+depression&ots=FXMhfM6lgm&sig=c18XV_roZvD3qZMaZi623YpN_Jc&redir_esc=y#v=onepage&q=Cognitive%20therapy%20of%20depression&f=false
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(88\)90050-5](https://doi.org/10.1016/0272-7358(88)90050-5)
- Beltrán, M., Freyre, M., & Hernández-Guzmán, L. (2012). The beck Depression Inventory: Its validity in adolescent population. *Terapia Psicológica*, 30(1), 5-13. Recuperado de <https://doi.org/10.4067/S0718-48082012000100001>
- Caballero, G. (2014). *Anorexia y Estilos de Afrontamiento en Adolescentes de Lima Metropolitana*. (Tesis de Maestría). Universidad San Martín de Porres. Recuperado a partir de <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1147>
- Cadena, S. (2012). *Estilos de Afrontamiento en mujeres diagnosticadas con cáncer de mama*. (Tesis de licenciatura). Universidad central del Ecuador, Quito, Ecuador. Recuperado de <http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/1752/1/T-UCE-0007-51.pdf>
- Carver, C., Scheier, M., & Weintraub, J. (1989). Assessing Coping Strategies: A Theoretically Based Approach, *Journal of Personality and Social Psychology*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(2), 267-283. Recuperado de <https://doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267>
- Cassaretto, M. C. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de psicología de la PUCP*, 1-25. Recuperado de [https://DialnetEstresYAfrontamientoEnEstudiantesDePsicologia-994031%20\(5\).pdf](https://DialnetEstresYAfrontamientoEnEstudiantesDePsicologia-994031%20(5).pdf)

- Cassaretto Bardales, M., & Chau Perez-Aranibar, C. (2017). Afrontamiento al Estrés: Adaptación del Cuestionario COPE en Universitarios de Lima. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 2(42), 95–109. Recuperado de https://doi.org/10.21865/ridep42_95
- Choquehuanca, G. M. (2014). *Factores de riesgo asociados a baja calidad de vida de adolescentes con acné en el Hospital Belén de Trujillo – 2014*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Privada Antenor Orrego. Trujillo, Perú. Recuperado de https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_18d41f9d772378613f5edfd4bca4d869
- Coello, A. D. (2014). Trastornos Adaptativos en Pacientes con Acné en Consulta Externa de Dermatología del Hospital Vicente Corral Moscoso, 2011. *Revista Médica HJCA*, 6(2), 125-128. Recuperado de <https://doi.org/10.14410/2014.6.2.003>.
- Espinosa, M. I. (2015). “Alteraciones psicológicas en pacientes entre 18 y 25 años de edad que presentan acné atendidos en consulta externa en el Hospital ‘Manuel Ignacio Monteros’, IEES, de la ciudad de Loja – Ecuador, Período julio – diciembre del año 2013.” Universidad Nacional de Loja. Recuperado de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/14160>
- Golchai, J., khani, S., Heidarzadeh, A., Eshkevari, S., Alizade, N., & Eftekhari, H. (2011). Comparison of anxiety and depression in patients with acne vulgaris and healthy individuals. *Indian Journal of Dermatology*, 55(4), 352. Recuperado de <https://doi.org/10.4103/0019-5154.74539>
- Gómez, G., & Molina, W. (2012). Tratamiento del acné. *Revista Médica de Costa Rica y Centro Americana LXIX*, 69(600), 91-97. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2012/rmc121q.pdf>
- González, R., Montoya, I., Casullo, M. M., & Bernabéu, J. (2002). Relación entre estilos y estrategias de afrontamiento y bienestar psicológico en adolescentes. *Psicothema*, 14(2). Recuperado de <http://www.psicothema.com/pdf/733.pdf>
- Halvorsen, J. A., Stern, R. S., Dalgard, F., Thoresen, M., Bjertness, E., & Lien, L. (2011). Suicidal ideation, mental health problems, and social impairment are increased in adolescents with acne: A population-based study. *Journal of Investigative Dermatology*, 131(2), 363-370. Recuperado de <https://doi.org/10.1038/jid.2010.264>

- Hernández, A., Forteza, O., & Brito, O. (2009). Repercusión psicológica en el acné juvenil. *Medimay*, 15(2), 28-35. Recuperado de <http://revcmhabana.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/395>
- Hernández, R., Fernández, C. & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hernández-Fernaud, E., Hernández, B., & Ruiz, C. (2015). Percepción de alteraciones dermatológicas de baja expresión y calidad de vida: El papel mediador del afrontamiento. *Universitas Psychologica*, 14(2), 523. Recuperado de <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-2.padb>
- Kaminsky, A., & Florez -White, M. (2012). *Acné. Un enfoque global. Clasificación*. (J. Sosa, Ed.) (2a. ed.). Buenos Aires: Alfaomega Grupo Editor S.A.
- Le Scanff, C., & Bertsch, J. (1999). *Estrés y rendimiento*. (1ª ed.). Barcelona: Inde.
- Prince, Z. (2015). *Modos de afrontamiento al estrés y agresividad en estudiantes de secundaria de las instituciones educativas de Nuevo Chimbote*. (Tesis de Grado), Universidad Cesar Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/611/prince_zm.pdf?
- Ministerio de Salud [MINSAL]. (2013). *Guía Clínica Depresión en personas de 15 años y más* (2ª ed.). Santiago: MINSAL. <https://doi.org/10.2147/AMEP.S110424>
- Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP]. (2016). *Diagnóstico y tratamiento del acné: Guía Práctica Clínica*. (1ª ed.). Quito: Dirección Nacional de Normatización. Recuperado de <http://salud.gob.ec>
- Organización Mundial de la Salud [OMS], O. M. (1999). *Cie 10. Trastornos mentales y del comportamiento: descripciones clínicas y pautas para el diagnóstico*. Madrid: MEDITOR.
- Purriños, L. (2005). Acné vulgar. *Guías Clínicas*, 5(12), 1-2.
- Rodríguez, Y. (2015). Adolescencia y comportamiento prosocial. *Revista Electrónica de Psicología Social «Poiésis»*, 1-7. Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index>
- Rokowska-Waluch, A., Pawlaczyk, M., Cybulski, M., Zurawski, J., Kaczmarek, M., Michalak, M., & Mojs, E. (2016). Stressful events and serum concentration of substance P in acne patients. *Annals of Dermatology*, 28(4), 464–469. Recuperado

de <https://doi.org/10.5021/ad.2016.28.4.464>

- Sandín, B. (2003). El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de La Salud = International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3 (1), 141-157.
- Solano, M. (2012). *Relaciones entre el dolor por artritis reumatoide y el bienestar psicológico, afrontamiento y síntomas depresivos*. (Tesis de Licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima. Recuperado de <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/4489>
- Solís, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hemilio Valdizan*, 7(1), 33-39. Recuperado de <http://www.hhv.gob.pe/revista/2006/3>
- Taheri, R., Ghorbani, R., Allameh, P., & Behnam, B. (2013). Psychological impairments in the patients with acne. *Indian Journal of Dermatology*, 58(1), 26. <https://doi.org/10.4103/0019-5154.105281>
- Wen, L., Jiang, G., Zhang, X., Lai, R., & Wen, X. (2014). Relationship Between Acne and Psychological Burden Evaluated by ASLEC and HADS Surveys in High School and College Students From Central China. *Cell Biochemistry and Biophysics*, 71(2), 1083–1088. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s12013-014-0312-y>

ANEXOS

ANEXO 1



Hoja de Asentimiento Informado

Usted está siendo invitado a participar en una investigación sobre temas asociados al campo de la psicología de la salud.

Si usted decide aceptar, se le solicitará contestar una pequeña encuesta sobre datos sociodemográficos y pruebas relacionadas con los temas arriba mencionados. Los derechos con los que cuenta incluyen:

Anonimato: todos los datos que usted ofrezca son absolutamente anónimos, por lo tanto, no habrá manera de identificarlo individualmente.

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

Participación voluntaria: tiene el derecho a abstenerse de participar o incluso de retirarse de esta evaluación cuando lo considere conveniente.

En función a lo leído:

¿Desea participar en la investigación? SI _____ NO _____

ANEXO 2

Cuestionario de Modos de afrontamiento al estrés (COPE)

Instrucciones:

Nuestro interés es conocer cómo las personas responden cuando enfrentan a situaciones difíciles o estresantes. Con este propósito en el presente cuestionario se pide indicar qué cosas hace o siente con más frecuencia cuando se encuentra en tal situación. Seguro que diversas situaciones requieren respuestas diferentes, pero piense en aquellos QUE MÁS USA. No olvide responder todas las preguntas teniendo en cuenta las siguientes alternativas:

- CN= casi nunca hago eso (1)
 AV= a veces hago eso (2)
 GE= generalmente hago eso (3)
 CS= casi siempre hago eso (4)

ITEM	CN	AV	GE	CS
1.- Ejecuto acciones adicionales para deshacerme del problema.	1	2	3	4
2.- Elaboro un plan de acción para deshacerme del problema.	1	2	3	4
3.- Dejo de lado otras actividades concentrarme en el problema.	1	2	3	4
4.- Me esfuerzo esperando el momento apropiado para enfrentar el problema.	1	2	3	4
5.- Pregunto a personas que han tenido problemas similares sobre lo que	1	2	3	4
6.- Hablo con alguien sobre mis sentimientos.	1	2	3	4
7.- Busco algo bueno de lo que está pasando.	1	2	3	4
8.- Aprendo a convivir con el problema.	1	2	3	4
9.- Busco la ayuda de Dios.	1	2	3	4
10.- Emocionalmente me perturbo y libero mis emociones.	1	2	3	4
11.- Me niego a aceptar que el problema ha ocurrido.	1	2	3	4
12.- Dejo de lado mis metas.	1	2	3	4
13.- Me dedico a trabajar o realizar otras actividades para alejar el problema.	1	2	3	4
14.- Concentro mis esfuerzos para hacer algo sobre el problema.	1	2	3	4
15.- Elaboro un plan de acción.	1	2	3	4
16.- Me dedico a enfrentar el problema y si es necesario dejo de lado otras actividades.	1	2	3	4
17.- Me mantengo alejado del problema sin hacer nada hasta que la situación lo permita.	1	2	3	4
18.- Trato de obtener el consejo de otros para saber qué hacer con el problema.	1	2	3	4
19.- Busco el apoyo emocional de amigos o familiares.	1	2	3	4
20.- Trato de ver el problema de forma positiva.	1	2	3	4
21.- Acepto que el problema ha ocurrido y no podrá ser cambiado.	1	2	3	4
22.- Deposito mi confianza en Dios.	1	2	3	4
23.- Libero mis emociones.	1	2	3	4
24.- Actúo como el problema no hubiera sucedido realmente.	1	2	3	4
25.- Dejo de perseguir mis metas.	1	2	3	4
26.- Voy al cine o miro la tv para pensar menos en el problema.	1	2	3	4
27.- hago paso a paso lo que tiene que hacerse.	1	2	3	4
28.- Me pongo a pensar más en los pasos a seguir para solucionar el problema.	1	2	3	4
29.- Me alejo de otras actividades para concentrarme en el problema.	1	2	3	4
30.- Me aseguro de no crear problemas peores por actuar muy pronto.	1	2	3	4
31.- Hablo con alguien para averiguar más sobre el problema.	1	2	3	4

ITEM	CN	AV	GE	CS
32.- Converso con alguien sobre lo que me está sucediendo.	1	2	3	4
33.- aprendo algo de la experiencia.	1	2	3	4
34.- Me acostumbro a la idea de que el problema ya ha sucedido.	1	2	3	4
35.- Trato de encontrar consuelo en mi religión.	1	2	3	4
36.- Siento mucha perturbación emocional y expreso esos sentimientos a otros.	1	2	3	4
37.- Me comporto como si no hubiese ocurrido el problema.	1	2	3	4
38.- Acepto que puedo enfrentar al problema y lo dejo de lado.	1	2	3	4
39.- Sueño despierto con otras cosas que no se relacionen al problema.	1	2	3	4
40.- Actúo directamente para controlar el problema.	1	2	3	4
41.- Pienso en la mejor manera de controlar el problema.	1	2	3	4
42.- Trato que otras cosas no interfieran en los esfuerzos que pongo para enfrentar el problema.	1	2	3	4
43.- Me abstengo de hacer algo demasiado pronto.	1	2	3	4
44.- Hablo con alguien que podría hacer algo concreto sobre el problema.	1	2	3	4
45.- Busco la simpatía y la comprensión de alguien.	1	2	3	4
46.- Trato de desarrollarme como una persona a consecuencia de la experiencia.	1	2	3	4
47.- Acepto que el problema ha sucedido.	1	2	3	4
48.- Rezo más de lo usual.	1	2	3	4
49.- Me perturbo emocionalmente y estoy atento al problema.	1	2	3	4
50.- Me digo a mi mismo: "Esto no es real".	1	2	3	4
51.- Disminuyo los esfuerzos que pongo para solucionar el problema.	1	2	3	4
52.- Duermo más de lo usual.	1	2	3	4

ANEXO 3

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

INSTRUCCIONES: Aquí tienes algunas afirmaciones sobre el modo como te comportas, sientes y actúas habitualmente. Marca con una X la frase

¿Tengo barritos, espinillas, últimamente?

Si: _____

No

- | | |
|--|---|
| <p>1. a) No me siento triste.
b) Me siento triste.
c) Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
d) Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.</p> <p>2. a) No estoy particularmente desanimado respecto a mi futuro.
b) Me siento desanimado respecto a mi futuro.
c) Siento que ya no debo esperar.
d) Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas no van mejor.</p> <p>3. a) No siento que yo sea un fracasado.
b) Siento que he fracasado más que el promedio de la gente.
c) Si pienso en mi pasado, solamente veo fracasos.
d) Creo haber fracasado por completo como persona.</p> <p>4. a) Siento la misma satisfacción de siempre por las cosas.
b) No disfruto de las cosas como antes lo hacía.
c) No he vuelto a sentir una verdadera satisfacción.
d) Estoy insatisfecho o aburrido de todo.</p> <p>5. a) No me siento particularmente culpable.
b) Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
c) Tengo sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo.</p> | <p>d) Tengo sentimientos de culpa o me siento culpable todo el tiempo.</p> <p>6. a) No me siento merecedor de un castigo.
b) Siento que puedo merecer un castigo.
c) Espero ser castigado.
d) Siento que estoy recibiendo un castigo.</p> <p>7.a) Me siento conforme conmigo mismo.
b) Me siento inconforme conmigo mismo.
c) Me siento disgustado conmigo mismo.
d) Me odio.</p> <p>8.a) No me siento ser peor de los demás.
b) Soy muy crítico conmigo mismo respecto a mis debilidades y defectos.
c) Me censuro todo el tiempo por mis errores.
d) Me censuro por cualquier cosa mala que ocurre.</p> <p>9. a) No he pensado en quitarme la vida.
b) He pensado en quitarme la vida, pero no soy capaz de hacerlo.
c) Me gustaría quitarme la vida.
d) Me gustaría quitarme la vida si tuviera oportunidad de hacerlo.</p> <p>10. a) No lloro más de lo normal.
b) Actualmente lloro más que antes.
c) Actualmente lloro todo el tiempo.
d) Yo era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aun cuando quisiera.</p> <p>11. a) Últimamente estoy más colérico o irritable que antes.</p> |
|--|---|

b) Me molesto o me pongo colérico (o irritable con más facilidad de la que estaba acostumbrado).

c) Actualmente me siento constantemente colérico o irritable.

d) Siempre estoy colérico.

12. a) No he perdido el interés por la gente.

b) Actualmente me interesan los demás menos que antes.

c) He perdido casi todo el interés por la gente.

d) He perdido por completo mi interés por la gente.

13. a) Tomo mis decisiones igual que siempre.

b) Aplazo mi toma de decisiones más de lo que estaba acostumbrado.

c) Tengo gran dificultad en tomar decisiones comparando con mi pasado.

d) Ya no puedo tomar decisiones.

14. a) Me siento aparentar peor aspecto que de costumbre.

b) Estoy preocupado porque mi aspecto es de viejo o es poco atractivo.

c) Siento que están ocurriendo cambios permanentes en mi apariencia de tal modo que se ve poco atractivo.

d) Estoy seguro de que mi apariencia es fea.

15. a) Puedo hacer mis actividades igual que antes.

b) Me toma cierto esfuerzo extra iniciar alguna actividad.

c) Me tengo que dar bastante aliento para realizar cualquier actividad.

d) Ya no puedo realizar cualquier actividad.

16. a) Puedo dormir como de costumbre.

b) No estoy durmiendo tan bien como de costumbre.

c) Me despierto 1 - 2 horas más temprano y me cuesta trabajo volver a dormir.

d) Me despierto varias horas antes de lo que estaba acostumbrado y no puedo conciliar el sueño.

17. a) Me siento más cansado de lo que estaba acostumbrado.

b) Ahora me canso con más facilidad que de costumbre.

c) Cualquier cosa que hago me agota.

d) Estoy muy cansado como para realizar cualquier actividad.

18. a) Mi apetito es igual que el acostumbrado.

b) Mi apetito no es tan bueno como de costumbre.

c) Actualmente tengo mucho menos apetito.

d) Ya no tengo ningún apetito.

19. a) Si es que perdido peso, este no es mucho.

b) He perdido más de 2.5 Kg.

c) He perdido más de 5.0 Kg.

d) He perdido más de 7.5 Kg.

20. a) Mi salud no me preocupa más de lo habitual.

b) Mis problemas físicos, tales como dolores o molestias, me preocupan, así como, mis trastornos estomacales y constipación.

c) Estoy preocupado por mis problemas físicos y me es difícil pensar en otras cosas.

d) Estoy tan preocupado acerca de mis problemas físicos que no puedo pensar en otras cosas.

21. a) No he notado ningún cambio reciente en mi interés por lo sexual.

b) Actualmente lo sexual me interesa menos que antes.

c) Actualmente tengo menos interés sexual que de costumbre.

d) He perdido por completo mi interés por el sexo.

ANEXO 4

Confiabilidad del Cuestionario de Modos de afrontamiento al estrés (COPE)

Confiabilidad Alfa de Cronbach del Cuestionario de Modos de afrontamiento al estrés

Alfa de Cronbach	
COPE	0.929

Confiabilidad por consistencia interna

Fiabilidad de los ítems

Ítems	Alfa de Cronbach
Afrontamiento Directo 1	0.928
Afrontamiento Directo 14	0.928
Afrontamiento Directo 27	0.928
Afrontamiento Directo 40	0.927
Planificación de Actividades 2	0.928
Planificación de Actividades 28	0.927
Planificación de Actividades 15	0.927
Planificación de Actividades 41	0.928
Supresión de actividades Competitivas 3	0.928
Supresión de actividades Competitivas 16	0.928
Supresión de actividades Competitivas 29	0.928
Supresión de actividades Competitivas 42	0.928
Retracción del Afrontamiento 4	0.929
Retracción del Afrontamiento 17	0.928
Retracción del Afrontamiento 30	0.928
Retracción del Afrontamiento 43	0.927
Búsqueda de Soporte Social 5	0.928
Búsqueda de Soporte Social 18	0.928
Búsqueda de Soporte Social 31	0.928
Búsqueda de Soporte Social 44	0.928
Búsqueda de Soporte Emocional 6	0.929
Búsqueda de soporte Emocional 19	0.928
Búsqueda de soporte Emocional 32	0.928
Búsqueda de soporte Emocional 45	0.927
Reinterpretación Positiva 7	0.928
Reinterpretación Positiva 20	0.928
Reinterpretación Positiva 33	0.928
Reinterpretación Positiva 46	0.928
Aceptación 8	0.928
Aceptación 21	0.929
Aceptación 34	0.928
Aceptación 47	0.928

Fiabilidad de los ítems	
Ítems	Alfa de Cronbach
Negación 11	0.929
Negación 37	0.928
Negación 24	0.929
Negación 50	0.928
Retorno a la religión 9	0.930
Retorno a la religión 22	0.929
Retorno a la religión 35	0.929
Retorno a la religión 48	0.928
Análisis de las Emociones 10	0.928
Análisis de las Emociones 23	0.929
Análisis de las Emociones 36	0.928
Análisis de las Emociones 49	0.928
Conducta Inadecuada 12	0.928
Conducta Inadecuada 25	0.928
Conducta Inadecuada 38	0.929
Conducta Inadecuada 51	0.928
Distracción 13	0.929
Distracción 26	0.928
Distracción 39	0.929
Distracción 52	0.928

Los coeficientes de confiabilidad resultaron superiores a 0,92, lo que indica que el cuestionario posee confiabilidad.

ANEXO 5

Validez de constructo

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser- Meyer-Olkin.		.881
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	4894.365
	gl	1326
	Sig.	0.000

Se aplicó el test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) con la objetivo de relacionar los coeficientes de correlación, de ello se obtuvo .881, así mismo a través de la prueba de esfericidad de Bartlett se valoró la viabilidad del análisis factorial de las variables estudiadas, obteniendo un valor significativo de .000.

ANEXO 6

Factor	Autovalores iniciales			Varianza total explicada			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	11.598	22.304	22.304	11.029	21.210	21.210	3.125	6.010	6.010
2	3.288	6.324	28.627	2.765	5.318	26.528	2.625	5.048	11.059
3	2.235	4.297	32.924	1.715	3.299	29.827	2.538	4.880	15.939
4	1.934	3.719	36.643	1.407	2.705	32.532	2.337	4.495	20.434
5	1.593	3.064	39.708	.946	1.819	34.351	2.251	4.330	24.763
6	1.445	2.780	42.487	.985	1.895	36.246	1.977	3.802	28.565
7	1.408	2.708	45.196	.815	1.568	37.814	1.600	3.078	31.643
8	1.321	2.541	47.736	.750	1.443	39.257	1.345	2.587	34.230
9	1.252	2.408	50.145	.700	1.346	40.603	1.267	2.436	36.666
10	1.167	2.245	52.389	.635	1.221	41.825	1.210	2.326	38.992
11	1.128	2.170	54.559	.578	1.111	42.935	1.194	2.296	41.289
12	1.074	2.066	56.625	.510	.980	43.916	1.057	2.033	43.322
13	1.035	1.991	58.616	.505	.970	44.886	.813	1.564	44.886
14	.995	1.914	60.529						
15	.992	1.907	62.436						
16	.956	1.839	64.275						
17	.917	1.763	66.039						
18	.887	1.705	67.744						
19	.811	1.559	69.303						
20	.772	1.485	70.788						
21	.759	1.460	72.248						
22	.752	1.445	73.693						
23	.731	1.406	75.099						
24	.697	1.340	76.439						
25	.674	1.297	77.736						

26	.661	1.272	79.008
27	.644	1.239	80.247
28	.601	1.156	81.404
29	.584	1.122	82.526
30	.571	1.098	83.624
31	.552	1.062	84.686
32	.548	1.055	85.741
33	.529	1.017	86.758
34	.511	.982	87.740
35	.487	.937	88.677
36	.475	.914	89.591
37	.472	.907	90.498
38	.456	.877	91.374
39	.437	.841	92.215
40	.423	.813	93.029
41	.403	.774	93.803
42	.376	.723	94.526
43	.349	.671	95.197
44	.333	.641	95.838
45	.324	.623	96.460
46	.316	.608	97.068
47	.300	.577	97.645
48	.289	.556	98.201
49	.256	.492	98.693
50	.239	.460	99.153
51	.231	.444	99.597
52	.209	.403	100.000

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Se obtuvo una varianza de 44.886 denotando que el cuestionario puede ser dividido en 13 factores, ello se logró mediante los métodos de extracción (Máxima verosimilitud) y rotación (normalización Varimax con Kaiser)

ANEXO 7

Matriz de factores rotados del cuestionario de modos de afrontamiento al estrés (COPE)

Matriz de factores rotados ^a													
	Factor												
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
N37	,663												
D26	,484												
RA17	,474			,328									
CI38	,467												
D13	,462												
N11	,426						,401						
N24	,425												
N50	,390									,305			
CI51	,362												
A34	,345												
D39													
BSE32		,665											
BSE19		,578						,433					
BSE6		,551											
AE23		,485											
AD27													
A47			,692										
PA41			,460		,309								-,336
RP46			,423										
RP20			,407										
RP33			,400										
BSS31		,310	,369										

A21		,311							
CI25			,583						
CI12			,557						
RA43			,432						,371
SA16			,398						
A8									
AE10									
PA2				,647					
AD1				,558					
PA15		,389		,461					
AD14				,329					
R35					,583				
R9					,568				
R22					,537				
R48					,520				
SA29			,329			,542			
SA3						,496			
AE49						,368			,342
BSS18							,589		
RA4									
BSS44		,402					,622		
BSE45							,481		
AD40								,424	
SA42				,314				,413	
D52	,332							,400	
PA28									,516
RA30									,398
RP7									,517
BSS5						,335			,360

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.^a

a. La rotación ha coincidido en 54 iteraciones.

AD: Afrontamiento Directo, PA: Planificación de Actividades, SA: Supresión de Actividades Competitivas, RA: Retracción de Afrontamiento, BSS: Búsqueda de Soporte Social, BSE: Búsqueda de Soporte Emocional, RP: Reinterpretación Positiva de la Experiencia, A: Aceptación, D: Distracción, CI: Conducta Inadecuada, AE: Análisis de las Emociones, R: retorno a la Religión, N: Negación

En la siguiente tabla se observa el análisis factorial mediante las correlaciones ítem-factor, las cuales fluctuaron entre .692 y .311

ANEXO 8

Baremos del COPE, en una muestra de 294 adolescentes que padecen acné entre 14 a 19 años.

BAREMOS														
PC	AD (PD)	PA (PD)	SA (PD)	RA (PD)	BSS (PD)	BSE (PD)	RP (PD)	A (PD)	D (PD)	CI (PD)	AE (PD)	R (PD)	N (PD)	
1	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	4.00	
5	6.00	5.60	5.00	5.00	4.00	4.60	6.00	5.00	5.00	4.00	5.00	6.00	4.00	
10	6.00	6.00	5.00	6.00	5.20	6.00	7.00	6.00	6.00	5.00	5.00	7.00	5.00	BAJO
15	7.00	7.00	6.00	6.00	7.00	6.00	8.00	7.00	6.00	5.00	6.00	7.00	6.00	
20	7.00	7.00	6.00	7.00	7.00	7.00	8.00	7.00	7.00	5.00	6.00	8.00	6.00	
25	8.00	8.00	6.00	7.00	8.00	7.00	9.00	8.00	7.00	6.00	7.00	8.00	6.00	
30	8.00	8.00	7.00	7.00	8.00	8.00	9.00	8.00	7.00	6.00	7.00	9.00	7.00	
35	8.00	8.00	7.00	8.00	8.00	8.00	10.00	8.00	7.00	6.00	7.00	9.00	7.00	
40	8.00	8.00	8.00	8.00	8.80	9.00	10.00	8.80	8.00	6.00	8.00	10.00	7.00	
45	9.00	9.00	8.00	8.00	9.00	9.00	10.00	9.00	8.00	7.00	8.00	10.00	7.00	MEDIO
50	9.00	9.00	8.00	9.00	10.00	10.00	11.00	9.00	8.00	7.00	8.00	11.00	8.00	
55	10.00	9.00	8.00	9.00	10.00	10.00	11.00	10.00	9.00	7.00	8.00	11.00	8.00	
60	10.00	10.00	9.00	9.00	10.00	11.00	12.00	10.00	9.00	7.00	9.00	11.20	8.00	
65	10.00	10.00	9.00	10.00	11.00	11.00	12.00	10.00	10.00	8.00	9.00	12.00	9.00	
70	11.00	11.00	9.00	10.00	11.00	12.00	12.00	10.00	10.00	8.00	9.00	12.00	9.00	
75	11.00	12.00	10.00	10.00	11.00	12.00	12.00	11.00	10.00	8.00	10.00	12.00	10.00	
80	12.00	12.00	10.00	11.00	12.00	13.00	13.00	11.60	11.00	9.00	10.00	13.00	10.60	ALTO
85	12.00	13.00	11.00	12.00	12.00	13.00	13.00	12.00	12.00	10.00	11.00	13.00	11.00	
90	13.00	13.00	12.00	12.00	13.00	14.00	14.00	13.00	13.00	11.00	12.00	14.00	12.00	
95	14.00	14.00	14.00	14.00	15.00	15.00	15.00	14.00	14.00	13.00	13.00	15.00	13.00	
99	15.28	16.00	16.00	16.00	16.00	16.00	16.00	16.00	15.28	15.28	15.28	16.00	15.28	
Media	9.44	9.46	8.37	8.89	9.46	9.82	10.68	9.27	8.77	7.34	8.40	10.43	8.17	
Desv. típ.	2.487	2.662	2.656	2.541	2.873	3.138	2.613	2.637	2.664	2.508	2.470	2.719	2.595	

AD: Afrontamiento Directo, PA: Planificación de Actividades, SA: Supresión de Actividades Competitivas, RA: Retracción de Afrontamiento, BSS: Búsqueda de Soporte Social, BSE: Búsqueda de Soporte Emocional, RP: Reinterpretación Positiva de la Experiencia, A: Aceptación, D: Distracción, CI: Conducta Inadecuada, AE: Análisis de las Emociones, R: retorno a la Religión, N: Negación

ANEXO 09

Confiabilidad del Inventario de depresión de BECK

Confiabilidad Alfa de Cronbach del Inventario de depresión de BECK

Alfa de Cronbach	
Beck	0.904

Confiabilidad por consistencia interna

Fiabilidad de los ítems

Ítems	Alfa de Cronbach
Depresión 2	0.898
Depresión 1	0.899
Depresión 3	0.896
Depresión 4	0.899
Depresión 10	0.901
Depresión 9	0.899
Depresión 8	0.901
Depresión 7	0.899
Depresión 6	0.901
Depresión 5	0.898
Depresión 11	0.901
Depresión 12	0.900
Depresión 13	0.900
Depresión 14	0.901
Depresión 15	0.897
Depresión 17	0.901
Depresión 16	0.899
Depresión 18	0.901
Depresión 19	0.903
Depresión 20	0.900
Depresión 1	0.901

Los coeficientes de confiabilidad resultaron superiores a 0,896, lo que indica que el inventario posee confiabilidad.

ANEXO 10

Validez de constructo

KMO y prueba de Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin.		.917
Prueba de esfericidad de Bartlett	Chi-cuadrado aproximado	1991.780
	gl	210
	Sig.	.000

Se aplicó el test KMO (Kaiser, Meyer y Olkin) con el objetivo de relacionar los coeficientes de correlación, llegando a obtener .917, además a través de la prueba de esfericidad de Bartlett se valoró la aplicabilidad del análisis factorial de la variables estudiadas, obteniendo un valor significativo de .000.

ANEXO 11

Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	7.467	35.557	35.557	3.235	15.404	15.404	3.962	18.865	18.865
2	1.512	7.198	42.755	4.424	21.068	36.472	3.194	15.207	34.072
3	1.097	5.226	47.980	.927	4.414	40.886	1.431	6.814	40.886
4	.984	4.688	52.668						
5	.915	4.358	57.026						
6	.885	4.213	61.239						
7	.857	4.083	65.322						
8	.768	3.656	68.978						
9	.734	3.496	72.474						
10	.667	3.175	75.649						
11	.628	2.989	78.638						
12	.597	2.841	81.479						
13	.578	2.750	84.229						
14	.533	2.540	86.769						
15	.509	2.424	89.193						
16	.482	2.295	91.488						
17	.445	2.120	93.608						
18	.392	1.867	95.475						
19	.373	1.777	97.252						
20	.300	1.430	98.683						
21	.277	1.317	100.000						

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Se obtuvo una varianza de 40.886 denotando que el cuestionario puede ser dividido en 3 factores, ello mediante los métodos de extracción (Máxima verosimilitud) y rotación (normalización Varimax con Kaiser)

ANEXO 12

Matriz de factores rotados del inventario de depresión de Beck

Matriz de factores rotados^a

	Factor		
	1	2	3
Depresión 7	.792		
Depresión 3	.730		
Depresión 2	.534		.370
Depresión 15	.532	.465	
Depresión 14	.507		
Depresión 8	.505		
Depresión 6	.500		
Depresión 5	.483		.324
Depresión 9	.476	.335	
Depresión 1	.451	.386	
Depresión 13	.396	.395	
Depresión 10	.357	.332	
Depresión 20		.574	
Depresión 21		.563	
Depresión 18		.552	
Depresión 17		.527	
Depresión 16		.521	
Depresión 19		.500	
Depresión 12	.362	.394	
Depresión 11		.364	
Depresión 4			.938

Método de extracción: Máxima verosimilitud.

Método de rotación: Normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 5 iteraciones.

En la siguiente tabla se denota el análisis factorial a través de las correlaciones ítem-factor que fluctuaron entre .938 y .335

ANEXO 13

Baremos del Inventario de depresión de Beck, en una muestra de 294 adolescentes que padecen acné entre 14 a 19 años.

BAREMOS

PC	PD	NIVELES
1	0.00	
5	0.00	
10	0.00	
15	1.00	BAJO
20	2.00	
25	3.00	
30	3.00	
35	4.00	
40	5.00	
45	6.00	
50	8.00	MEDIO
55	8.60	
60	10.00	
65	11.00	
70	12.40	
75	16.00	
80	18.00	
85	21.00	ALTO
90	26.80	
95	32.40	
99	44.00	
Media	10.52	
Desv. típ.	10.475	

ANEXO 14

Pruebas de normalidad de los datos de acuerdo con el estadístico Kolmogorov-Smirnov Z

Instrumento	Pruebas de normalidad					
	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	gl	Sig.	Estadístico	gl	Sig.
Inventario de depresión de Beck						
Síntomas depresivos	.158	294	.000	.852	294	.000
COPE						
Estrategia de afrontamiento						
ADTOTAL	.120	294	.000	.973	294	.000
PATOTAL	.151	294	.000	.965	294	.000
SATOTAL	.146	294	.000	.941	294	.000
RATOTAL	.128	294	.000	.967	294	.000
BSETOTAL	.102	294	.000	.972	294	.000
RPTOTAL	.110	294	.000	.979	294	.001
ATOTAL	.110	294	.000	.975	294	.000
NTOTAL	.153	294	.000	.951	294	.000
AETOTAL	.140	294	.000	.962	294	.000
RTOTAL	.116	294	.000	.974	294	.000
CITOTAL	.169	294	.000	.898	294	.000
DTOTAL	.137	294	.000	.963	294	.000
BSSTOTAL	.093	294	.000	.975	294	.000

a. Corrección de significación de Lilliefors

AD: Afrontamiento Directo, PA: Planificación de Actividades, SA: Supresión de Actividades Competitivas, RA: Retracción de Afrontamiento, BSS: Búsqueda de Soporte Social, BSE: Búsqueda de Soporte Emocional, RP: Reinterpretación Positiva de la Experiencia, A: Aceptación, D: Distracción, CI: Conducta Inadecuada, AE: Análisis de las Emociones, R: retorno a la Religión, N: Negación

Los datos de la variable se distribuyen de manera anormal puesto a que se obtuvo $p < 0.05$