

**Estrategias de Afrontamiento y Capacidad de Resiliencia en los Padres de Pacientes  
Adolescentes con Trastorno Depresivo Recurrente en el E.S.E Hospital Psiquiátrico San  
Camilo en Bucaramanga**

**María Camila Parada Álvarez**

**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Escuela de Ciencias Sociales**

**Facultad de Psicología**

**Bucaramanga**

**2020**

**Estrategias de Afrontamiento y Capacidad de Resiliencia en los Padres de Pacientes  
Adolescentes con Trastorno Depresivo Recurrente en el E.S.E Hospital Psiquiátrico San  
Camilo en Bucaramanga**

**María Camila Parada Álvarez**

**Proyecto de grado presentado como requisito para optar por el título de: PSICÓLOGA**

**Directora de proyecto: Dra. Rosalba Angulo Rincón**

**Universidad Pontificia Bolivariana**

**Escuela de Ciencias Sociales**

**Facultad de Psicología**

**Bucaramanga**

**2020**

**Copyright © 2020 por María Camila Parada Álvarez. Todos los derechos reservados.**

## **Dedicatoria**

Dedico este proyecto de grado en primer lugar ad maiorem Dei gloriam, pues es gracias a Él, que puedo alcanzar esta meta y ponerla al servicio de la comunidad. Dios ha sido mi motor en este caminar, por eso desde ya es mi deber dedicar cada gesto y acción que, desde mi vida vocacional y profesional, pueda desarrollar a partir de este don que el mismo me ha regalado.

Dedico también este logro a toda mi familia que constantemente, me han motivado y apoyado integralmente en el cumplimiento de mis metas académicas y personales. Ellos no solo han sido fuente de motivación, también han sido ejemplo de dedicación, constancia y trabajo en favor de la comunidad, ante esto me han conducido en un proyecto de vida, que busca seguir y perfeccionar dichas enseñanzas que son fundamentales para mi vida.

También dedico este sueño a mis amigos y compañeros, que han caminado este sendero a mi lado y me han dado ejemplo, no solo a nivel académico, también desde una perspectiva humana. Cada una de las experiencias que me han compartido en estos semestres, han sido un gran aporte para mí, que de seguro me permitirá establecer relaciones laborales en favor al servicio que desarrolle desde el ámbito profesional.

Cada una de mis experiencias de práctica profesional ayudó a construir en mí el sentido vocacional del quehacer psicológico, por eso dedico este proyecto a todas las personas que directa e indirectamente pudieron encontrar en mí una fuente de apoyo a partir de mi vocación, muy especialmente a los reclusos del centro penitenciario de Palogordo, Los niños de la fundación sanar y los pacientes y familiares del centro psiquiátrico san Camilo. A ellos mi agradecimiento y plena dedicación.

Por último, me dedico este logro, pues no ha sido un camino fácil, sin duda el esfuerzo en esta ruta profesional ha hecho de mí una mejor persona, con un deseo de participar del humanismo cristiano que la universidad me ha transmitido y de vivir vocacionalmente aquello que representa mi profesión. Dios que comenzó en mí esta buena obra, El mismo la guíe a feliz término.

## **Agradecimientos**

En primer lugar, a Dios, que, desde mi búsqueda de sentido personal, me ha mostrado en mi proyecto de mi vida, mi vocación, aquello que me apasiona y, por ende, quiero poner al servicio de Él y las personas que más lo necesiten. Es en nuestro Señor Jesucristo que el desarrollo de este sueño es posible, pues: “En Él vivimos, nos movemos y existimos (Hechos 17, 28). Por eso, todo lo que soy, lo que aprendí y lo que llevaré a la praxis, es fruto de Nuestro Señor Jesucristo y nuestra Madre del cielo, la santísima Virgen María.

En segundo lugar, a mis padres, que, con esfuerzo y generosidad, han trabajado para que yo pueda realizarme de forma integral y poder salir adelante en este mundo lleno de retos y desafíos. Sin el apoyo de ellos, sin sus consejos, sin su constante esfuerzo, el cumplimiento de esta meta no sería posible. A ellos toda mi gratitud y deseo por compensar tan significativo acompañamiento.

En tercer lugar, a la Universidad Pontificia Bolivariana (UPB), que, con su humanismo cristiano, formación integral y excelentes medios para alcanzar los fines formativos y profesionales, me han formado y enriquecido, no solo a nivel intelectual, también en mi ser persona y en los principios fundamentales de mi fe.

Gracias a esta institución educativa, sé que podré ejercer mi carrera, no solo enfocada en mi desarrollo personal, sino también, puesta mi mirada en quienes aquellos son en la actualidad los anawin (Pobres del Señor) y, por ende, representan en la sociedad el rostro sufriente de Jesucristo. Ser de la familia UPB, es un gran orgullo que me anima a construir progresivamente mi quehacer como futura profesional en psicología.

A todo el equipo de docentes de este campus universitario, que desde el comienzo de mi formación me han orientado de forma integral; pero muy especialmente a la Dr. Rosalba Angulo Picón, que generosamente me ha acompañado y guiado en este proceso investigativo, que abre las puertas a mi vida profesional. A ella toda mi admiración, respeto y agradecimiento. Pido a Dios que la guíe en su quehacer y le permita seguir transmitiendo los frutos de sus conocimientos a muchos educandos más.

Finalmente, me uno a las palabras de San Agustín, para desprenderme en la voluntad de Dios: “Señor concédeme lo que me pides y pídeme lo que tú quieras (De civitate Dei), y también adquiero como compromiso la máxima de San Benito: “Ora et labora”, consciente de que debo de la mano de Dios, trabajar fuertemente en el servicio hacia los demás.

**Contenido**

Introducción .....	11
Capítulo 1 .....	16
Marco Referencial .....	16
Capítulo 2 .....	17
Delimitación del Problema .....	17
Pregunta de Investigación .....	19
Capítulo 3 .....	20
Antecedentes Teóricos y Empíricos .....	20
Capítulo 4 .....	25
Justificación .....	25
Capítulo 5 .....	31
Objetivos .....	31
Objetivo General .....	31
Objetivos Específicos .....	31
Capítulo 6 .....	32
Marco Teórico .....	32
La familia como canalizador de los mecanismos de acción .....	40
Capítulo 7 .....	44
Metodología .....	44

Participantes-Sujetos .....	44
Instrumentos .....	45
Procedimiento.....	48
Capítulo 8 .....	48
Resultados y Discusión .....	50
Capítulo 9 .....	56
Discusión.....	56
Capítulo 10 .....	60
Conclusiones y Recomendaciones .....	60
Referencias .....	60
Anexos.....	76
CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	76
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS .....	79
PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M) EN UNA MUESTRA COLOMBIANA LONDOÑO, ET AL, (2006).....	81
LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG, ADAPTACIÓN PERUANA NOVELLA, (2002) .....	86

### Índice de tablas

<b>Tabla 1 Factores contemplados en la Escala de Estrategias de Coping modificada.....</b>	<b>46</b>
<b>Tabla 2 Factores contemplados en la Escala de Resiliencia.....</b>	<b>43</b>
<b>Tabla 3 Datos sociodemográficos de la muestra.....</b>	<b>50</b>
<b>Tabla 4 Resultados de la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M).....</b>	<b>52</b>
<b>Tabla 5 Resultados de Escala de Resiliencia.....</b>	<b>53</b>
<b>Tabla 6 Cálculo de coeficiente de correlación Pearson entre estrategias de afrontamiento y resiliencia.....</b>	<b>54</b>

## Índice de Anexos

<b>Anexo 1. Consentimiento Informado.....</b>	<b>74</b>
<b>Anexo 2. Ficha de Datos Sociodemográficos.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 3. Instrumento de la Escala de Estrategias de afrontamiento de Coping Modifica.....</b>	<b>79</b>
<b>Anexo 4. Instrumento de la Escala de resiliencia.....</b>	<b>84</b>

## RESUMEN GENERAL DE TRABAJO DE GRADO

**TITULO:** Estrategias de Afrontamiento y Capacidad de Resiliencia en los Padres de Pacientes Adolescentes con Trastorno Depresivo Recurrente en el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo en Bucaramanga

**AUTOR(ES):** Maria Camila Parada Alvarez

**PROGRAMA:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR(A):** Rosalba Angulo Rincon

### RESUMEN

El presente estudio pretende determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia de los padres de adolescentes con Trastorno Depresivo Recurrente del hospital psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga. En el participaron 50 padres de los adolescentes con Trastorno Depresivo Recurrente, con edades comprendidas entre 19 a 60 años, de nivel socioeconómico bajo y medio. Se emplearon un Cuestionario sociodemográfico, la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M) y la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young – Revisada. Los resultados indican que las Estrategias de afrontamiento más utilizadas son la religión y apoyo profesional. y que los participantes en un 92% son resilientes. Así mismo, se evidenció una relación estadísticamente significativa solo entre las estrategias de afrontamiento relacionadas con Solución de problemas (directa) y Reacción negativa (indirecta) y la capacidad de resiliencia. En investigaciones futuras se recomienda estudiar la relación entre las variables abordadas en padres en nivel socioeconómico alto, dadas sus características específicas que podrían arrojar nuevas luces en la comprensión de las características familiares asociadas a esta nosología psiquiátrica.

### PALABRAS CLAVE:

Depresión, Resiliencia, afrontamiento, adolescentes, familia.

**V° B° DIRECTOR DE TRABAJO DE GRADO**

**GENERAL SUMMARY OF WORK OF GRADE**

**TITLE:** Coping Strategies and Resilience Capacity in Parents of Adolescent Patients with Recurrent Depressive Disorder at the E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo in Bucaramanga.

**AUTHOR(S):** Maria Camila Parada Alvarez

**FACULTY:** Facultad de Psicología

**DIRECTOR:** Rosalba Angulo Rincon

**ABSTRACT**

The present study aims to determine the relationship between coping strategies and resilience of adolescent's parents with Recurrent Depressive Disorder of the psychiatric hospital San Camilo in Bucaramanga city. Fifty parents of adolescents with Recurrent Depressive Disorder, aged between 19 and 60 years of low and medium socioeconomic status participated in the study. A sociodemographic questionnaire, the Modified Coping Strategy Scale (EEC-M) and the Wagnild and Young Resilience Scale - Revised were used. The results indicate that the most used coping strategies are religion and professional support and that 92% of the participants are resilient. Likewise, a statistically significant relationship was only shown between the coping strategies related to Problem Solving (direct) and Negative Reaction (indirect) and resilience. In future research, it is recommended to study the relationship between the variables addressed in parents at a high socioeconomic level, given their specific characteristics that could shed new light on the understanding of the family characteristics associated with this psychiatric nosology.

**KEYWORDS:**

Depression, Resilience, coping, adolescents, family.

**V° B° DIRECTOR OF GRADUATE WORK**

## **Introducción**

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (2020), la depresión es una de las principales causas de morbilidad y discapacidad en el mundo, por lo que debe ser un asunto prioritario en materia de salud y, especialmente, de salud pública. Este trastorno altamente prevalente tiene un coste altísimo a nivel socioeconómico, pero también afecta las dimensiones más propias del ser humano y está asociado con un alto nivel de sufrimiento y un importante deterioro de las distintas dimensiones de la vida humana. Salta a la vista la necesidad de sumar todos los esfuerzos posibles por afrontar esta problemática a nivel particular y colectivo.

A efectos de este estudio, es necesario reconocer que existe una determinación de doble vía entre la depresión y la familia, pues no solamente las dinámicas familiares pueden contribuir a la formación, o no, de trastornos psicológicos, sino que el padecimiento de un trastorno psicológico puede tener efectos en los miembros de la familia del paciente. Así, esta investigación aborda la forma en que las personas se valen de recursos cognitivos y emocionales para sobrellevar la difícil tarea de acompañar y cuidar a un familiar que sufre de depresión. Se vislumbran entonces las variables de la presente investigación, muy importantes en la psicología contemporánea, la resiliencia y el afrontamiento.

El presente estudio se vale de la Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), en su versión adaptada para Colombia por Londoño, Henao, Posada, Arango y Aguirre (2006) y de la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young – Revisada (1993) para identificar la correlación existente entre el uso de las distintas estrategias de afrontamiento y la resiliencia en los padres y/o madres de familia de pacientes adolescentes diagnosticados y tratados por trastorno depresivo recurrente en el Hospital San Camilo de Bucaramanga.

Los resultados permitieron identificar un buen nivel de resiliencia en la muestra (92%) y que las estrategias más utilizadas fueron las de Solución de Problemas, Religión, Búsqueda de Apoyo Profesional, Reevaluación Positiva, Evitación Emocional y Evitación Cognitiva. Los coeficientes de correlación demostraron ser estadísticamente significativos únicamente con las estrategias de solución de problemas (que tiene una correlación directa con la resiliencia) y reacción negativa (que mostró una correlación inversa con la resiliencia).

Los valores de significancia estadística obtenidos dan cuenta de la necesidad de investigación profunda y rigurosa con muestras más grandes y de un estudio que evalúe el efecto de un programa de formación en el uso de determinadas estrategias de afrontamiento para la construcción de la resiliencia. En cualquier caso, de acuerdo con la literatura científica consultada, estos valores de significancia deben ser sopesados con la relevancia clínica de los resultados y validados, preferiblemente, con una investigación de corte cualitativo.

## **Capítulo 1**

### **Marco Referencial**

La presente investigación se realizó en la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga, Santander, una institución referente de atención en salud mental, no solo del Departamento, sino de toda la región. Fundada el 21 de Julio de 1953, es una entidad sin ánimo de lucro y de carácter oficial, con más de 60 años de experiencia, dedicada a brindar atención integral en salud mental a nivel de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, desde una perspectiva multidisciplinaria para una recuperación y reintegración social exitosa.

Presta servicios a toda la región nororiental del país que incluye urgencias de atención inmediata, hospitalización de corta duración para pacientes con padecimientos agudos y crónicos y consulta externa para tratamiento clínico ambulatorio, así como el servicio de tratamiento a personas que han cometido actos punibles pero que por su condición son inimputables. Otros servicios están orientados a la atención de farmacodependientes, hospital de día y programa infantil, apoyo a víctimas de violencia social intrafamiliar, así como al diagnóstico y complementación terapéutica como electroencefalogramas, laboratorio clínico, terapia ocupacional, nutrición, deporte, farmacia, transporte asistencial básico y el Programa de Promoción y Prevención de la Salud. Esto, a través de un equipo conformado por más de 200 colaboradores, dentro de los que se cuentan profesionales en Psiquiatría, Medicina, Neurología, Bacteriología, Psicología, Enfermería, Terapia Ocupacional y Administración.

## Capítulo 2

### Delimitación del Problema

Afirmar que, “la depresión es la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga mundial general de morbilidad” (Organización Mundial de la Salud, 2020, s.p.), es reconocer su alta incidencia en las sociedades contemporáneas y el enorme coste socioeconómico que acarrea. Ahora bien, hay que entender que este coste no puede medirse únicamente en términos del sistema de salud, sea este público o privado, o de las empresas que se ven afectadas por un decaimiento de la productividad o un aumento del ausentismo laboral. La depresión, como otros trastornos psicológicos, tiene una enorme implicación negativa en la vida particular de quien la padece, pues representa una pérdida de funcionalidad (que es, de hecho, un criterio diagnóstico) que interfiere con el proyecto de vida en tanto afecta la capacidad de una persona para desempeñarse adecuadamente en todos sus contextos (American Psychiatric Association, 2013): laboral, educativo, social y, especialmente, familiar.

A nivel académico y profesional, es ampliamente reconocido que el funcionamiento familiar puede verse afectado en familias de individuos con enfermedades mentales graves, tales como la esquizofrenia, el trastorno bipolar, el trastorno límite de la personalidad y el trastorno depresivo recurrente (Santesteban-Echarri et al., 2018). De acuerdo con lo anterior, y al ser definido el funcionamiento familiar en términos de adaptabilidad, cohesión y comunicación (Olson y Gorall, 2006), se entiende que la enfermedad mental de alguno de los miembros del sistema familiar logra alterar, principalmente, relaciones, vínculos y roles. Ahora, la literatura académica ha enfatizado recientemente en que esta afectación puede darse, también, en la salud mental y física de los demás miembros de la familia.

En el proceso de salud-enfermedad, la familia juega un papel esencial como “recurso de atención a la salud y soporte en la recuperación” (De la Cuesta, Benjumea, López Gracia y Arredondo González, 2018, p.472). De la familia surgen, en la gran mayoría de los casos, los cuidadores primarios que se apersonarán del acompañamiento y el cuidado de quien padece un trastorno mental, a pesar del coste económico, social, emocional y físico considerable que esto implica (Aguiló, López-Barbeito, García, Aguiló, 2017); esto es especialmente cierto cuando es uno de los hijos quien está diagnosticado (y, en el mejor de los casos, tratado) por un trastorno mental, debido a que existe aún un cierto grado de dependencia. Y esa labor de cuidado, tan ardua como parece, implica una carga emocional y física cuya magnitud depende, en todos los casos, de los recursos de los que se pueda hacer uso para hacer frente a este desafío (Crespo-Maraver, et al., 2019). Así, no son pocos los estudios que indagan sobre los efectos de un trastorno mental en un sistema familiar o en los cuidadores primarios, pero son de especial interés para esta investigación aquellos que versan sobre la resiliencia como herramienta psicológica fundamental para disminuir el impacto negativo de las crisis y los conflictos en la vida humana (Herrman et al., 2011).

Considerando, entonces, que la resiliencia puede ser determinante en la salud mental y física de los familiares que se hacen cargo del cuidado de un paciente con trastorno mental depresivo, es necesario identificar los factores que contribuyen a su construcción. En línea con las investigaciones que relacionan este constructo con el de coping o afrontamiento, esta investigación busca indagar de qué forma, si la hay, estas estrategias de afrontamiento se relacionan con un buen nivel de resiliencia en los familiares de pacientes adolescentes

diagnosticados con trastorno depresivo recurrente, en una institución de salud de la ciudad de Bucaramanga: el Hospital San Camilo.

### **Pregunta de Investigación**

¿Existe relación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia en los padres de los adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente del Hospital Psiquiátrico San Camilo de Bucaramanga?

## Capítulo 3

### Antecedentes Teóricos y Empíricos

La psicología contemporánea ha prestado especial atención al concepto de resiliencia, entendida esta, en términos generales, como la capacidad de los individuos de reducir el impacto de los efectos psicológicos negativos de los conflictos o crisis vitales (Lee, 2016). De los estudios más recientes han surgido concepciones más integrales de este constructo: se le ha considerado mucho más que un proceso de adaptaciones acumulativas ante la adversidad (Rutter, 2007) para definirse como un proceso en el que se gesta la transformación y el crecimiento, un proceso que hace posible, no solo afrontar y soportar la adversidad, sino reinventarse y salir fortalecido (Gómez y Kotliarenco, 2010); del mismo modo, se ha definido como mucho más que una armadura personal contra la adversidad, llegando a ser un engranaje de relaciones y redes de apoyo ecosistémicas que movilizan los recursos cognitivo-afectivos del individuo (Gómez y Kotliarenco, 2010). Esta concepción da lugar a lo que se entiende como resiliencia familiar, que resulta de profunda utilidad clínica. En este sentido se destacan los trabajos de Black y Lobo (2008), Bravo y López (2015), Lee (2016), y Martínez-Montilla, Amador-Marín, y Guerra-Martín (2017), entre muchos otros.

Por otro lado, vale aclarar que, dentro de la literatura académica, el énfasis principal de la investigación de la resiliencia se ha puesto en su relación con las distintas estrategias de afrontamiento de las que hacen uso los individuos, en la forma en que estas median la relación entre eventos vitales estresantes y la salud mental (Clarke, 2006). Estas estrategias de afrontamiento se refieren a los tipos de aproximación que realizan las personas hacia las

demandas externas e internas que se evalúan como graves o que exceden los recursos habituales de una persona; es decir, son las tácticas, que implican esfuerzos cognitivos o conductuales, que utilizan las personas para hacer frente a las situaciones problemáticas que representan un desafío (Lazarus y Folkman, 1984).

Numerosas investigaciones teóricas y empíricas han demostrado cómo el uso efectivo de unas u otras estrategias de afrontamiento se relaciona con la capacidad o incapacidad de gestionar las demandas desafiantes de la vida y, por ende, en el desarrollo o no de la psicopatología: como afirma (Lee, 2016), “la evidencia demuestra que las estrategias de afrontamiento desadaptativas predicen resultados psicosociales negativos” (p.5) referidas a varios aspectos. En primer lugar, con dificultades para cumplir con los roles y funciones en contextos ocupacionales, lo que remite al concepto de burnout como consecuencia del uso de estrategias de afrontamiento inefectivas (Montero-Marín, Prado-abril, Demarzo, Gascon y García-Campayo, 2014; Lee, Kuo, Chien y Wang, 2016; McCain et al., 2018). En segundo lugar, se refiere a las afectaciones de salud física, como lo demuestran estudios de Pritchard, Wilson y Yamnitz (2007), Dindo y Baylor (2017) y Newton (2017). En tercer lugar, con el desarrollo de psicopatología, como por ejemplo De la Iglesia, Castro Solano y Fernández Liporace (2019), Voskou, Bougea, Economou, Douzenis y Ginieri Coccossis (2020) y Martínez Ortega (2003).

Más aún, la literatura también hace eco de cómo las estrategias de afrontamiento se relacionan con el logro de un determinado grado de resiliencia. Destacan los trabajos de Ornelas Tavares (2016) y Hewitt Ramírez et al. (2016); así como de Cerquera Córdoba, Pabón Poches y Lorenzo Ruíz (2017) y Arenales Herrera y Salas Catalán (2018). Sin embargo, no se encontraron estudios específicos que abordaran la correlación de estas dos variables (resiliencia y estrategias

de afrontamiento) en la población clínica estudiada en este trabajo: familias de adolescentes con trastorno depresivo recurrente. No obstante, sí se encontraron estudios que vincularon estas dos variables en familias de adolescentes con otra variedad de problemáticas. Destacan en este sentido Asarnow, Carlson y Guthrie (1987), Shortt, Toumbourou, Power y Chapman (2006), Greeff y Van der Walt (2010), Bhana y Bachoo (2011), Bekhet, Johnson y Zauszniewski (2012), Pabón Díaz (2017), Cantero-García y Alonso-Tapia (2018), Kuo et al. (2018), Breitzkreuz, Wunderli, Savage y McConnell (2014).

Las disparidades de salud tienen su origen en la infancia y se derivan de entornos tempranos adversos que dañan los sistemas fisiológicos de respuesta al estrés. Los modelos psicobiológicos del desarrollo de los efectos del estrés crónico explican tanto los efectos negativos de un sistema de respuesta al estrés calibrado en un entorno peligroso e impredecible desde una perspectiva de salud, como los efectos positivos de una respuesta al estrés calibrada adaptativamente desde una perspectiva funcional. (Ortuno, 2009)

Los problemas de salud mental y física se estratifican a lo largo de un gradiente socioeconómico y a través de las divisiones raciales. Las minorías raciales y las que tienen menos recursos financieros tienen niveles más altos de enfermedades mentales y físicas y mortalidad prematura. Estas disparidades de salud tienen su origen en la infancia y se derivan en parte de la exposición al estrés crónico e incontrolable endémico en entornos empobrecidos. (Reynoso, 2002)

La investigación sobre jóvenes en riesgo sugiere que la otra vía cognitiva, emocional, conductual, también transmite riesgos (o confiere protección) de entornos adversos, pero poco

trabajo teórico o empírico ha delineado cómo o por qué los estilos de afrontamiento problemáticos se desarrollan a partir del estrés crónico. (Kliegman, 2016)

A medida que las habilidades cognitivas se desarrollan en los años de la escuela primaria y los niños mejoran su conciencia emocional, metacognición y funciones ejecutivas, surgen estrategias cognitivas y de comportamiento más complejas, como la resolución de problemas y el encuadre cognitivo, y los repertorios de afrontamiento se refinan en la adolescencia y más allá. (Nezu, 2016)

A mediados y finales de la adolescencia, los jóvenes suelen tener un repertorio de afrontamiento que contiene una variedad de estrategias (p. Ej., Activa y acomodaticia; cognitiva, emocional y conductual) y la capacidad de relacionar de manera flexible las estrategias de afrontamiento con características importantes de una situación estresante (p. Ej. su controlabilidad y urgencia). (Kliegman, 2016)

Sin embargo, algunos jóvenes tienen repertorios de afrontamiento poco saludables o desadaptativos que dependen demasiado de una sola estrategia, como la evitación, tienden a ser inflexibles y se aplican rígidamente y pueden incluir comportamientos con graves consecuencias negativas. Tales estilos subdesarrollados o inmaduras de afrontamiento han sido identificados como mecanismos causales proximales que conectan infancias estresantes a la psicopatología. (Ortuno, 2009)

Del mismo modo, las teorías cognitivas de la depresión sugieren que los niños desarrollan patrones negativos de afrontamiento y pensamiento a partir de interacciones invalidantes tempranas con los cuidadores. Por lo tanto, el uso repetido de afrontamiento primitivo del

desarrollo, la falta de exposición a alternativas saludables o la exposición repetida al estrés abrumador pueden solidificar un estilo de afrontamiento desadaptativo, uno que se basa demasiado en estrategias primitivas como la evitación y la negación. (Reynoso, 2002)

A pesar del reconocimiento de que el afrontamiento desadaptativo aparentemente proviene de experiencias infantiles adversas (p. Ej., Aquellas asociadas con la pobreza) y predice la psicopatología a lo largo de la vida y media la asociación entre la adversidad y la psicopatología, poca investigación ha abordado cómo se desarrollan los estilos de afrontamiento desadaptativo. (Reynoso, 2002).

## **Capítulo 4**

### **Justificación**

La depresión es uno de los problemas de salud pública más preocupantes de nuestra época, debido a su alta prevalencia, la dificultad del tratamiento y su relación con otras problemáticas de salud y psicosociales. Según la OMS (2006), para el año 2005 más de 300 millones de personas padecían trastornos depresivos en el mundo, cifra que para 2015 había alcanzado los 322 millones de personas (OMS, 2017). En Latinoamérica, más del 22% de la población padece de desórdenes mentales como la depresión o la ansiedad severa, los cuales son causales importantes de discapacidad y tienen un profundo impacto en la economía y en las dinámicas sociales (Banco Mundial, 2017). Según la Organización Panamericana de la Salud (s.f.) para el año 2013, la prevalencia a doce meses de la depresión en Latinoamérica era de 6,7% y, para 2015 en Colombia, el 4,7% de la población padece depresión (OMS, 2017), estimándose para el año 2020 como la principal causa de discapacidad en los países en desarrollo (López y Mathers, 2006; OMS, 2017). Más aún, según la OMS (2019), los trastornos mentales representan el 16% de la carga de enfermedad en adolescentes (entre los 10 y 19 años) a nivel mundial, siendo específicamente la depresión, la cuarta y decimoquinta causa de morbilidad y discapacidad en adolescentes con edades entre 15 y 19 años, y 10 y 14 años, respectivamente.

Además, aunque el tratamiento tiene un índice de efectividad de entre 60-80%, menos del 25% de los afectados tiene acceso a él y alrededor de un 40% son resistentes al mismo o lo abandonan por sus efectos secundarios indeseables (Keller, Hirschfeld, Demyttenaere y Baldwin, 2002). Así, en Latinoamérica, “aunque la salud mental se reconoce como un componente esencial de la salud general, los datos de la Región revelan profundas brechas en el tratamiento entre las

personas con trastornos mentales, que alcanzan hasta 73,5% en adultos con trastornos graves o moderados y 82,2% en niños y adolescentes” (OPS, s.f.). Así, entre el 10% y el 20% de los adolescentes del mundo que sufren de un trastorno mental no recibe un diagnóstico ni un tratamiento adecuado (OMS, 2019).

De otro lado, se asocia con el aumento en la tasa de suicidio, el consumo de drogas, la baja productividad laboral y el alto costo del sistema de salud (Cassano y Fava, 2002). Para 2017 se estimaba que por lo menos 800.000 personas cometieron suicidio y muchas más lo intentaron, por lo que esta problemática se convierte en una de las principales causas de mortalidad en el mundo (OMS, 2017); para 2016, aproximadamente 62.000 adolescentes murieron en todo el mundo como consecuencia de autolesiones, por lo que se considera que el suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes de entre 15 y 19 años (OMS, 2019). En adolescentes, la enfermedad mental, y la depresión en particular, se asocia con una mayor probabilidad de sufrir exclusión social, discriminación, estigmatización, dificultades educativas, comportamientos de riesgo, mala salud física y las violaciones de los derechos humanos (OMS, 2019), por lo que aumenta el riesgo de padecer uno o varios trastornos comórbidos, que se hace efectivo en aproximadamente la mitad de los casos (Ruiz Lozano y Gómez-Ferrer, 2006).

Con lo anteriormente expuesto, la depresión ha ganado terreno en el ámbito de la Salud Pública y son diversas las investigaciones que profundizan en el impacto de distintos factores biológicos, psicológicos y ambientales, bastante representativos de nuestra época contemporánea, en su cada vez mayor prevalencia en el mundo y, especialmente, en la población adolescente. La vulnerabilidad afectiva que padecen los adolescentes aumenta el riesgo de desarrollar trastornos depresivos (Huberty, 2012), lo que se refleja en su alta prevalencia en esta etapa. El riesgo está

en la alta morbilidad y mortalidad con la que se asocia, el alto nivel de padecer subjetivo que implica en tanto desencadena situaciones psicosociales que recrudecen el padecimiento, y la falta de conciencia existente respecto a la importancia de un diagnóstico preciso, así como de un tratamiento y rehabilitación efectivo. Tal como afirma la OMS (2019), el “no abordar los trastornos mentales de los adolescentes tiene consecuencias que se extienden hasta la edad adulta, y que afectan tanto a la salud física como a la mental y limitan las oportunidades de llevar una vida adulta satisfactoria”. En niños y adolescentes, la depresión se ha asociado con problemas psicológicos y sociales en la adultez, tales como conductas violentas, consumo de sustancias y autolesiones (Posada et al., 2010), así como con un mayor riesgo de desarrollar un trastorno psiquiátrico posterior (Hammen y Garber, 2001).

Debido a las profundas brechas de acceso a tratamientos adecuados en salud mental, este abordaje debe incluir, entonces, estrategias de Promoción y Prevención de manera enfática, lo que hace necesario identificar los factores de riesgo y protección que inciden en la prevención del mismo y en el acceso, adherencia y efectividad de los tratamientos disponibles. Uno de ellos, que constituye un eje fundamental para el desarrollo de este trabajo, es el de la dimensión familiar. Se puede afirmar que la dimensión familiar es fundamental en la calidad de vida relacionada con la salud de los adolescentes, la cual es determinante de la salud y bienestar de los adultos, por lo que velar por la salud mental de los adolescentes es trabajar por un futuro más promisorio para las comunidades (Jiménez-Iglesias, Moreno, Ramosa y Rivera, 2015).

Pero es en este punto que se abre un nodal para la presente investigación. Por un lado, se ha demostrado que el trastorno depresivo tiene profundo impacto en el núcleo familiar de quien lo padece. Las evidencias demuestran que la convivencia familiar se complejiza cuando uno de

los miembros sufre depresión; los roles y las dinámicas habituales se transforman en torno al cuidado de quien padece este trastorno, aparecen los conflictos, el cansancio, las emociones negativas e, incluso, los problemas económicos (Pezo, Costa y Komura, 2004). Las consecuencias y manifestaciones de la depresión afectan no solo al individuo sino a todo su grupo familiar y social, ya que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas (Hoyos, Lemos y Torres, 2012). Así, esta investigación resulta relevante en tanto que la relación entre estrategias de afrontamiento y capacidad de resiliencia de familiares de pacientes diagnosticados con trastornos depresivos, específicamente, no ha sido suficientemente abordada a nivel empírico en la literatura académica.

Se sabe que los familiares de adolescentes diagnosticados con un trastorno depresivo recurrente son piezas claves para la eficacia del tratamiento y la superación del trastorno, pero la investigación en resiliencia familiar asocia diversas variables familiares para explicar este fenómeno, dentro de las cuales se incluye la comunicación, la resolución de problemas, los vínculos de apego, la flexibilidad, regeneración y adaptación, y el tipo de afrontamiento (Black y Lobo, 2008). Así, se hace evidente la vinculación teórica entre estos dos constructos: unas estrategias exitosas de afrontamiento familiar ante las crisis y el estrés de la vida se traducen en lo que se ha denominado como resiliencia familiar (McCubbin, Thompson y McCubbin, 1996); hace falta entonces una aproximación empírica que permita reconocer la correlación de estas dos variables en contextos socioculturales específicos y acotados, de forma que sea posible identificar herramientas favorables y efectivas para intervenir sobre esta problemática

Los comportamientos y el estado de ánimo de una persona deprimida afectan a toda la familia. Existe la irritabilidad, que desencadena conflictos y descarrila la dinámica familiar. Los

patrones de pensamiento negativos, que se convierten en un prisma de pesimismo para todos. La retirada que literalmente interrumpe las relaciones y genera sentimientos de rechazo. Hay grandes responsabilidades que se desplazan. Hay una carga general de estrés.

Y, sin embargo, las familias pueden ser grandes fuerzas de cuidado, comodidad e incluso cura. Son cruciales para el reconocimiento y el tratamiento adecuados del trastorno, no solo al principio sino a lo largo. Son los cuidadores de facto, voluntariamente o no. Contribuyen poderosamente a la atmósfera emocional que habita la persona deprimida y, por lo tanto, pueden ser agentes de recuperación, o no. Sí, la depresión tiene un gran impacto en las familias. Y las familias tienen un gran impacto en la depresión.

Nassir Ghaemi, profesor asistente de psiquiatría en Harvard, sostiene que ni siquiera es deseable hacer el diagnóstico correcto de depresión sin la familia. Por un lado, muchas personas, particularmente aquellas que se encuentran en cualquier extremo del espectro de edad y aquellas con afecciones médicas, no se dan cuenta de que están deprimidas o pueden atribuir síntomas a otras cosas. La perspectiva de los miembros de la familia es útil.

Pero es francamente esencial para la prescripción. "para tratar cualquier depresión con precisión, debe saber si es unipolar o bipolar; en otras palabras, si la persona ha sido maníaca en el pasado", dice Ghaemi. "nuestra investigación muestra que el 50 por ciento de los pacientes ni siquiera son conscientes de que están maníacos cuando experimentan manía. Los miembros de la familia reconocen los síntomas maníacos el doble de veces".

Luego está la necesidad de un diagnóstico continuo, porque un episodio de depresión no elimina la posibilidad de que se desarrolle manía, especialmente en personas menores de 30 años.

El trastorno bipolar generalmente comienza con un episodio depresivo, y la edad promedio de inicio es de 19 años. El primer episodio maníaco no ocurre hasta los 25 años, en promedio.

Cuanto más joven sea el paciente, mayor será el riesgo de que terminen teniendo un trastorno bipolar. Los antidepresivos estándar pueden precipitar la manía. En esos casos, ghaemi considera esencial advertir a los pacientes y sus familiares sobre los síntomas maníacos. Incluso en casos establecidos de trastorno bipolar manejados con estabilizadores del estado de ánimo, el psiquiatra de Harvard considera que los miembros de la familia son indispensables para el reconocimiento temprano de los síntomas maníacos.

Cuando los posibles pacientes solicitan una evaluación por primera vez, ghaemi les pide que traigan a un familiar. "luego le pido a la familia que se sienta libre de llamarme cada vez que el paciente desarrolle síntomas anímicos de cualquier variedad".

La confidencialidad no es un problema. "no hay restricciones de confidencialidad para que mi oído no esté abierto", dice ghaemi. "no puedo decir nada, pero puedo escuchar lo que dicen". Además, la actitud de la familia hacia los medicamentos recetados puede marcar la diferencia entre el cumplimiento y la enfermedad continua. Si los miembros de la familia no están del lado del tratamiento, ghaemi les enseña a los pacientes a lidiar con eso. Idealmente, una familia apoya el plan de tratamiento y le recuerda al paciente que tome medicamentos.

## **Capítulo 5**

### **Objetivos**

#### **Objetivo General**

Determinar la relación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia de los padres de adolescentes Trastorno Depresivo Recurrente.

#### **Objetivos Específicos**

- Caracterizar socio demográficamente los padres de los adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente.
- Identificar las estrategias de afrontamiento empleadas por los padres de los adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente.
- Evaluar la capacidad de resiliencia en los padres de los adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente.
- Establecer la correlación entre las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia en los padres de pacientes adolescentes con trastorno depresivo recurrente.

## Capítulo 6

### Marco Teórico

En la actualidad, el término depresión ha dejado de ser una categoría exclusiva de los profesionales de la salud y ha permeado la esfera social de forma tal que, en la cotidianidad del hombre común, se le reconoce y se le utiliza. Esto se debe a que su incidencia es cada vez mayor a lo largo y ancho del mundo —hecho por el que se le ha llegado a asociar con fenómenos epidémicos propios de la época moderna (Hidaka, 2012). Así como al alcance de los procesos de divulgación científica que han logrado traducir y comunicar, más o menos masivamente, los saberes concebidos desde la Psicología y la Psiquiatría hacia otras esferas de la sociedad, aunque esto lamentablemente ha contribuido, de algún modo, a la estigmatización de la enfermedad mental (Mora Ríos, Natera y Bautista-Aguilar, 2013). Así, el padecer depresivo se ha llegado a ubicar en una “posición paradigmática en el pensamiento y la práctica de la salud mental occidental durante el último cuarto de siglo” (Ilpo Antero, 2011).

De acuerdo con lo anterior, en términos generales se la define como un estado de tristeza profunda e inhabilitante asociado a momentos críticos de la vida del ser humano. Sin embargo, en el ámbito académico y profesional de las ciencias de la salud es mucho más difícil establecer un consenso que permita definir la depresión de forma completa y suficiente; esto se debe a que ha sido abordada desde numerosas perspectivas divergentes (aunque muchas veces paralelas y simultáneas), las cuales responden a la gran diversidad de entornos profesionales y públicos donde se discute y se atiende la salud mental (Ilpo Antero, 2011). Esto es especialmente evidente en el campo de la Psicología, cuya historia disciplinar ha estado asignada por un crecimiento ramificado que se caracteriza por el desarrollo, abandono, complementación e incluso

coexistencia de enfoques psicológicos radicalmente distintos, en constante disputa por la hegemonía como saber psicológico verdadero (Legrenzi, 1986; Gold y Stricker, 2006). No obstante, es en la psicoterapia —como quehacer psicológico por excelencia (Trull y Phares, 2003) que se ha logrado una convergencia pragmática entre esta multiplicidad de aproximaciones al fenómeno de la depresión (y los trastornos mentales, en general); y ha sido alrededor de la noción de diagnóstico (Lam, 2018). Este ha sido privilegiado como eje alrededor del cual se organiza la labor no solo de psicólogos de distintas orientaciones teórico-prácticas sino, además, de psiquiatras, trabajadores sociales, médicos y otros profesionales que se ocupan de la salud mental (Pomerantz, 2017), en el marco de un sistema de salud pública que exige, a menudo, intervenciones complementarias en todos los niveles de atención y especialmente en la Atención Primaria de la Salud (Pérez Álvarez y Fernández Hermida, 2008).

Para el diagnóstico de los trastornos mentales son utilizados, en términos generales, dos sistemas de clasificación, el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) y el CIE-10 (Organización Mundial, 1992), que difieren en lo que respecta a las categorías, terminología, cantidad de trastornos reconocidos y nivel de especificidad, y frecuencia de uso en distintos países. No obstante, en términos de la depresión, los criterios diagnósticos son similares y dan cuenta, en todo caso, de las características con las que se presenta en el ámbito clínico. Así, según el DSM-5, lo que se conoce comúnmente como depresión es un Trastorno Depresivo Mayor, perteneciente a la categoría diagnóstica de trastornos llamados Trastornos Depresivos (multicausales, variables en intensidad y características según distintos especificadores); mientras que para la CIE-10 (Organización Mundial, 1992) pertenece a la categoría de Trastornos del Humor (afectivos).

A pesar de estas distinciones, tanto el DSM-5 como la CIE-10 concluyen que la depresión está caracterizada por la presencia de un episodio depresivo, que consiste en un periodo (de dos semanas o más) en el que se presenta un estado de ánimo deprimido y una disminución significativa del interés o el placer frente a la mayoría de actividades, acompañado de otros síntomas físicos, emocionales y/o cognitivos como los siguientes: pérdida o aumento de peso y/o apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retraso psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva, pérdida de autoestima y autoconfianza, sentimientos de inferioridad, pesimismo, disminución de la capacidad para pensar, concentrarse, o tomar decisiones, ideación o conductas suicidas. Estos deben significar una alteración o deterioro significativo del funcionamiento común del individuo a nivel social y en cualquier área importante de la vida. Lo anterior, sin antecedentes de episodios de exaltación del estado de ánimo (manía), sin que estos síntomas puedan atribuirse mejor a otros trastornos del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. En palabras de la American Psychiatric Association -APA- (2017), se trata de:

Una enfermedad médica grave y común que afecta negativamente el modo de sentir, pensar y actuar de una persona [...] provoca sentimientos de tristeza y/o pérdida de interés en actividades que antes disfrutaba. Puede conducir a una variedad de problemas emocionales y físicos y puede disminuir la capacidad de una persona para funcionar en el trabajo y en el hogar (s.p.)

Más aún, en ambos sistemas de clasificación se hace referencia a la existencia de un Trastorno Depresivo que se caracteriza por la presencia reiterada de varios episodios depresivos en un periodo prolongado de tiempo o por episodios depresivos de mayor intensidad; a este se le

denomina crónico (en términos del DSM-5) o recurrente (en términos del CIE-10), y es del que se ocupa el presente trabajo.

La depresión es, en términos generales, un trastorno altamente prevalente (Friedman y Anderson, 2014). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017), para el año 2015 la proporción de población global que sufre depresión es de aproximadamente 4,4%: aproximadamente 322 millones de personas la padecieron. En Colombia, la tasa de prevalencia es, según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 de 4,3% (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017).

Más allá de la precisión de los diagnósticos, existe evidencia que sugiere que la prevalencia de la depresión ha aumentado a lo largo del siglo pasado, especialmente en las últimas décadas (Hidaka, 2012). Se estima que el riesgo de desarrollar depresión a lo largo de la vida está aumentando en la población nacida después de la Segunda Guerra Mundial (Lam, 2018); del mismo modo, entre 2005 y 2015, la cantidad de personas con trastornos depresivos en el mundo aumentó en un 18,4% (GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators, 2016). Al respecto, algunas investigaciones proponen que la depresión podría estar asociada a las condiciones de vida que la modernidad inauguró en el mundo occidental, por lo que se considera, junto con otras enfermedades crónicas, como una enfermedad de la modernidad (Hidaka, 2012); estas son las principales causas de morbilidad y mortalidad en la actualidad y, por consiguiente, la mayor amenaza para la salud pública debido a la carga de enfermedad que genera (Posada et al., 2010; Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017; Organización Mundial de la Salud, 2020).

Por otro lado, las investigaciones epidemiológicas más recientes indican que, tanto en mujeres como en hombres, la depresión aparece a una edad cada vez más temprana, lo que se corresponde con el aumento de las hospitalizaciones psiquiátricas en adolescentes (Friedman y Anderson, 2014; Lam, 2018).

Según la Organización Mundial de la Salud (2014; 2017), la adolescencia es la etapa de mayor propensión a desarrollar trastornos depresivos, aumentando el riesgo de abuso de sustancias psicoactivas y suicidio (Posada et al., 2010; Lobo, 2013); sin ir más lejos, en Colombia, para el año 2015 se encontró una prevalencia de 15,8% de síntomas depresivos en adolescentes entre 12 y 17 años (Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2017).

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano que constituye la transición entre la infancia y la adultez: los cambios biológicos de la pubertad se acompañan de una serie de cambios psicosociales que son inducidos además por cambiantes demandas del entorno familiar y social (Herpertz-Dahlmann, Bühren y Renschmidt, 2013). Este periodo de la vida debe entenderse como un proceso de ajuste psicológico del individuo a los nuevos roles que le empiezan a ser asignados producto del crecimiento (Torrel y Delgado, 2014); involucra no solo un cambio cognitivo (Piaget, 1989), sino también la construcción autónoma de la identidad y la configuración de modelos afectivos que podrán ser determinantes a largo plazo (Crocetti, 2017).

En general, la adolescencia se entiende como un período conflictivo e, incluso, traumático por los enormes desafíos psicológicos que acarrea; esta concepción actúa casi como un estigma y puede implicar un obstáculo para establecer estrategias de desarrollo saludable de la personalidad y para prestar un acompañamiento efectivo a los adolescentes, tanto en la familia como en otros entornos sociales (Giménez, Vázquez y Hervás, 2010).

Sin embargo, no se puede dejar de reconocer la vulnerabilidad que se vive en esta etapa, razón por la cual no resulta para nada sorprendente que jóvenes en una fase de desarrollo caracterizada por cambios tan extensos y profundos sean más susceptibles a los trastornos mentales que en otros momentos de la vida (Remschmidt, 2013).

Tal como indican Herpertz-Dahlmann, Bühren y Remschmidt (2013), existe ya suficiente literatura científica que afirma que los trastornos mentales se vuelven más comunes en la adolescencia, en gran medida debido a la mayor vulnerabilidad del cerebro mientras se llevan a cabo numerosos procesos de reorganización y a las crecientes demandas que el entorno social impone al individuo a raíz de su crecimiento. Según los autores, no obstante, las alteraciones afectivas y del estado de ánimo son tan comunes que a menudo se dificulta determinar si un adolescente sufre de una simple alteración del estado de ánimo o un trastorno psicológico; el criterio diferencial se encuentra siempre en términos del nivel de disfuncionalidad que represente para la vida cotidiana de quien lo padece. En este contexto, resulta fundamental el diagnóstico preciso, el cual no es posible sin una serie de consideraciones específicas en función del grupo etario.

Así, vale resaltar que los síntomas de la depresión en adolescentes son, en gran medida, similares a los observados en adultos, siendo especialmente evidente la disminución en el rendimiento psicosocial y del interés en actividades usualmente preferidas por los individuos, así como la irritabilidad (Friedman y Andreson, 2014). Se evidencia típicamente agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, decaimiento, apatía, aburrimiento, baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, conductas negativistas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, deseo e intentos de fugas, rechazo a la familia,

aislamiento, disminución del autocuidado, hipersensibilidad, conducta e ideación suicida, entre otros; todo esto, asociado comúnmente a síntomas somáticos como cefaleas y dolor abdominal (Martínez-Martín, 2014).

El diagnóstico diferencial es complejo, pero debe realizarse cuidadosamente con respecto a trastornos bipolares, trastornos del espectro ansioso, abuso de sustancias, duelo, esquizofrenia y trastorno esquizoafectivo (Martínez-Martín, 2014); del mismo modo, es necesario tener en cuenta que existe una alta probabilidad de comorbilidad con trastornos de ansiedad y trastornos de conducta entre el 40 y el 90% de los casos (Ruiz Lozano y Gómez-Ferrer, 2006).

Por otro lado, la intervención preventiva o correctiva en salud mental exige, también, la consideración de los factores de riesgo y protectores que determinan no solo su aparición sino su remisión. Para la depresión, así como los demás trastornos mentales, se reconoce una multicausalidad que complejiza el proceso de diagnóstico y tratamiento; según esta, muchos factores contribuyen a la depresión y lo hacen de manera específica en distintos individuos, convergiendo eventualmente en procesos y mecanismos comunes que dan lugar a una categoría global (Monroe y Anderson, 2015). Dentro de estos factores se consideran los biológicos (como determinaciones genéticas y alteraciones del Sistema Nervioso Central, principalmente), factores psicológicos (como la personalidad, los esquemas de pensamiento, el desarrollo cognitivo, la identidad) y factores sociales/ambientales (como el contexto social, factores económicos, redes de apoyo, cohesión familiar, entre otros) (Lam, 2018). Sin embargo, la investigación más reciente en Psicología hace hincapié especialmente en estos últimos, en términos de lo que se conoce como sucesos vitales estresantes (hechos reconocidos como relevantes, determinantes de un

cambio evolutivo, de connotación negativa) (Veytia López, González Arratia López Fuentes, Andrade Palos y Oudhof, 2012).

La importancia del entorno y la cohesión familiar en la ocurrencia de la depresión ha sido ampliamente documentada en la literatura académica; un estudio realizado en Medellín, Colombia, por Hoyos, Lemos y Torres (2012) demostró como la desestructuración familiar es determinante en la génesis de enfermedades psiquiátricas en la adolescencia y, específicamente, las distintas formas de depresión.

Tal como indican Torrel y Delgado (2014), existe una estrecha relación entre la funcionalidad familiar y los trastornos psicológicos. La familia puede constituir tanto un factor protector como un factor de riesgo para la aparición de trastornos mentales en los individuos en desarrollo (Builes y Bedoya, 2008). Sin embargo, es necesario tener en cuenta que esa es una determinación en doble vía: la existencia de un trastorno mental en uno de los miembros de una familia pone en apuros a la familia entera.

A mediados de la década de 1950 se gestó un interés significativo por las consecuencias de la salud mental en las familias, lo cual permitió evidenciar que la enfermedad mental era angustiante, no solo para el paciente, sino también para la familia entera, así como para el grupo social en general (Maurin y Boyd, 1990).

La existencia de un trastorno mental grave es un evento catastrófico para las familias, pues implica no solo una carga objetiva (las dificultades propias del manejo de la vida cotidiana), sino también una subjetiva (referida al sufrimiento personal que experimentan los familiares, ansiedad, angustia, duelo, etc), las cuales no afectan individualmente a los miembros de la familia

sino a la familia como un sistema orgánico que tiene un funcionamiento integral (Marsh et al. ,1996).

### **La familia como canalizador de los mecanismos de acción**

El reconocimiento de los efectos negativos de la enfermedad mental en la familia de quien lo padece permitió identificar que, al igual que los individuos, las familias también desarrollan mecanismos de ajuste y adaptación para hacer frente a la adversidad, desarrollan la capacidad de utilizar mecanismos propios para comprender y actuar ante las exigencias de la vida en momentos de crisis (Louro, 2005), (Macías, Madariaga, Valle, Zambrano, 2013). Estas varían entre una familia y otra, creándose y modificándose a lo largo del tiempo (Lazarus y Folkman, 1984; Galindo y Milena, 2003).

Estos mecanismos de ajuste y adaptación se conocen bajo el término de estrategias de afrontamiento (también conocidas como coping strategies), que son respuestas específicas destinadas para prevenir, controlar o evitar la angustia emocional que se deriva de las condiciones estresantes de la vida (Pearlin y Schooler, 1978), desplegadas en un proceso dinámico de interacción o transacción entre un individuo y las situaciones de su ambiente (Lazarus y Folkman, 1984). Están estrechamente relacionadas con la auto reparación o resiliencia, la cual hace referencia a la capacidad de adaptación positiva ante las adversidades, o la capacidad de mantener o recuperar la salud mental a pesar de ella, la cual está determinada por múltiples factores que se relacionan en un proceso dinámico e interactivo, y puede ser específica para unos y no todos los dominios de la vida de una persona (Herrman, Stewart, Diaz-Granados, Berger, Jackson, y Yuen, 2011). Cuando se trata de resiliencia familiar, se utilizan conceptos desde la teoría de la resiliencia individual y se los desarrolla alrededor de una concepción sistémica de la familia y de

un reconocimiento de su importancia como ecosistema que regula la vida cotidiana en múltiples niveles del sistema familiar (Henry, Sheffield Morris y Harrist, 2015).

Tanto estrategias de afrontamiento como resiliencia se desenvuelven en cada familia y ante cada situación de forma evolutiva y en función de su estructura, demandas, roles, recursos y limitaciones. (Villalba Quesada, 2003). Distintos tipos de estrategias de afrontamiento son utilizados por las familias de pacientes diagnosticados con trastornos psiquiátricos, especialmente aquellas basados en la emoción y en la valoración de la situación (más que aquellos basadas en la solución de problemas), dentro de las que se encontró la comunicación, la búsqueda de apoyo del grupo social, la espiritualidad y la aceptación (Eaton, Davis, Hammond, Condon y McGee, 2011).

De acuerdo con Londoño, Henao, Posada, Arango y Aguirre (2006), existen numerosas clasificaciones de estas estrategias de afrontamiento, condensadas generalmente en distintos instrumentos de aproximación; así, los más reconocidos son el WCI —Ways of Coping Instrument— de Lazarus y Folkman (1984), el COPE de Carver, Scheier y Weintraub (1989), la Escala MCI —Multidimensional Coping Inventory— de Endler y Parker (1990), el CSI —The Coping strategies Indicator— de Amirkhan (1994), la Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento (EEC) desarrollada por Fernández-Abascal (1997), y la Escala de Estrategias de Coping-Revisado (EEC-R) de Charot y Sandín (1993). Los autores realizaron una adaptación de esta última, de acuerdo a doce estrategias de afrontamiento identificadas en una muestra colombiana: la solución de problemas, el apoyo social, la espera, la religión, la evitación emocional, el apoyo profesional, la reacción agresiva, la evitación cognitiva, la reevaluación

positiva, la expresión de la dificultad de afrontamiento, la negación y la autonomía (Londoño, Henao, Posada, Arango y Aguirre, 2006).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento Lazarus (1966) nos menciona dos categorías del proceso de afrontamiento; la primera son las acciones directas que son los comportamientos que se están designados a alterar una relación problemática en un entorno social o físico (Viñas, Caparros y Massegú, 1999) y el segundo son los modos paliativos, ellos no buscan la confrontación directa de las situaciones desbordantes, si no que generan en el individuo una disminución de la respuesta emocional productiva por el estrés. Es importante reconocer que Lazarus y Folkman, 1986 han modificado el planteamiento antes mencionado de manera que han creado dos direcciones a nivel de afrontamiento, el primero como afrontamiento dirigido a la emoción y el segundo afrontamiento dirigido al problema.

Diversos estudios destacan tres características de las estrategias de afrontamiento individuales: la primera la valoración, búsqueda del significado del suceso; la segunda se relaciona con el problema, con el fin de confrontar la realidad, manejando las consecuencias; y la tercera orientada a la emoción, entendida como la regulación de los diferentes aspectos de la vida y el intento de mantener el equilibrio afectivo (Anarte, et. al, 2001; Galán y Perona, 2001; Lazarus y Folkman, 1986).

Otro estudio realizado en la ciudad de Bucaramanga (Albarracín, Rey y Jaimes, 2014) sobre las estrategias de afrontamiento y características demográficas de padres de niños con trastorno autista, evidenció que los padres obtuvieron puntuaciones altas en estrategias de afrontamiento, tales como Religión, Solución de problemas, Búsqueda de apoyo social, Reevaluación positiva y Espera, mientras que las estrategias que presentaron puntuaciones bajas

fueron Autonomía, Negación, Expresión de la dificultad de afrontamiento, Reacción Agresiva y Evitación Cognitiva.

Por esta razón, se puede determinar que los padres buscan resolver el problema o llegar a soluciones a través del apoyo que obtienen de otras personas o de algún profesional. De otro lado, se encontró que los padres de familia participan en actividades religiosas para mejorar su estado emocional, sin embargo, no esperan que la situación se remedie por si sola. Así mismo, se destaca que los padres realizan o participan en actividades religiosas con el fin de mejorar su estado emocional o que sus creencias ayuden a la resolución de problemas o dificultades, sin embargo, no esperan que la situación se resuelva por si sola.

## Capítulo 7

### Metodología

#### Diseño

La investigación corresponde a un enfoque cuantitativo de tipo correlacional, ya que busca medir la relación entre las variables de estrategias de afrontamiento y resiliencia. Para ello se empleó un diseño no experimental de corte transversal o transaccional, dado que dichas variables no fueron manipuladas, asimismo la recolección de información se realizó en un periodo determinado sin una posterior evaluación (Hernández, Fernández y Sampieri, 2010).

#### Participantes

Para la presente investigación se seleccionó una muestra no probabilística por conveniencia, conformada por 50 padres (ambos sexos) de pacientes adolescentes diagnosticados con Trastorno Depresivo Recurrente, en calidad de usuarios de los servicios ofrecidos por la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga, Santander.

Los criterios de inclusión para selección de los pacientes adolescentes, cuyos padres fueron abordados para la presente investigación, comprendieron los siguientes aspectos:

- i) Los pacientes debían tener edades comprendidas entre los 14 y 18 años.
- ii) Tener un diagnóstico clínico de trastorno depresivo recurrente desde hace un año o más, al momento de la entrevista.
- iii) Presentar buena adherencia total al tratamiento farmacológico.
- iv) Estar en tratamiento activo de psicoterapia o control por psiquiatría.

En lo que respecta a criterios de inclusión de las madres o padres participantes, se estableció: i) Ser los progenitores legítimos de los pacientes en cuestión, sin que fuera exigible ningún vínculo conyugal entre los mismos y, ii) Los padres pueden tener la custodia completa o compartida de los pacientes adolescentes diagnosticados con TDR. No se establecieron criterios de exclusión en lo referente a sexo, composición del grupo familiar, estrato socioeconómico, nivel educativo, y/u otras características sociodemográficas.

### **Instrumentos**

De acuerdo con los objetivos del presente estudio, se emplearon los siguientes instrumentos para la recolección de datos, los cuales responden a las variables que se analizaron:

a) Cuestionario sociodemográfico: pretende obtener información básica respecto a quién responde la encuesta, en lo referente a sexo, edad, estado civil, composición del grupo familiar, lugar de origen, cantidad de hijos, cohabitación, condiciones socioeconómicas, etc. Este instrumento fue diseñado originalmente para esta investigación. Su aplicación será, a su vez, considerada como un momento inicial de acercamiento, establecimiento del encuadre de la entrevista y el reporte necesario para las etapas subsecuentes.

b) Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M): este instrumento es una adaptación de la Escala de Estrategias de Coping (EEC) creada por Chorot y Sandín en 1993 y conformada por 98 ítems que, organizadas en conjuntos de siete preguntas y con una escala de puntuación tipo Likert comprendida entre 1 (nunca) y 6 (siempre), evalúa catorce estrategias de afrontamiento (búsqueda de alternativas, conformismo, control emocional, evitación emocional, evitación comportamental, evitación cognitiva, reacción agresiva, expresión emocional abierta, reevaluación positiva, búsqueda de apoyo social, búsqueda de apoyo profesional, religión,

refrenar afrontamiento y espera). En 2006, Londoño, Henao, Posada, Arango y Aguirre realizaron un análisis factorial exploratorio de la prueba, con base en una muestra colombiana de 893 participantes, lo que permitió la reagrupación de 69 ítems en doce factores (Tabla 1), que representaron el 58% de la varianza y arrojaron un índice de Cronbach de 0,847.

**Tabla 1 Factores contemplados en la Escala de Estrategias de Coping modificada**

Estrategia	Definición
Solución de Problemas	“[...]la secuencia de acciones orientadas a solucionar el problema, teniendo en cuenta el momento oportuno para analizarlo e intervenirlo”.
Apoyo Social	“[...]el apoyo proporcionado por el grupo de amigos, familiares u otros, centrado en la disposición del afecto, recibir apoyo emocional e información para tolerar o enfrentar la situación problema, o las emociones generadas ante el estrés”.
Espera	“[...]estrategia cognitivo-comportamental dado que se procede acorde con la creencia de que la situación se resolverá por sí sola con el pasar del tiempo [...] hace referencia a una espera pasiva que contempla una expectativa positiva de la solución del problema”.
Religión	“el rezo y la oración se consideran como estrategias para tolerar el problema o para generar soluciones ante el mismo”.
Evitación Emocional	“[...]movilización de recursos enfocados a ocultar o inhibir las propias emociones. El objetivo de esta estrategia es evitar las reacciones emocionales valoradas por el individuo como negativas por la carga emocional o por las consecuencias o por la creencia de una desaprobación social si se expresa”.
Apoyo Profesional	“[...]el empleo de recursos profesionales para tener mayor información sobre el problema y sobre las alternativas para enfrentarlo. Se considera como un tipo de apoyo social”.
Reacción Agresiva	“[...]la expresión impulsiva de la emoción de la ira dirigida hacia sí mismo, hacia los demás o hacia los objetos, la cual puede disminuir la carga emocional que presenta la persona en un momento determinado”.
Evitación Cognitiva	“[...]busca neutralizar los pensamientos valorados como negativos o perturbadores, por medio de la distracción y la actividad”.
Reevaluación Positiva	“[...]se busca aprender de las dificultades, identificando los aspectos positivos del problema. Es una estrategia de optimismo que contribuye a tolerar la problemática y a generar pensamientos que favorecen a enfrentar la situación”.
Expresión de la Dificultad de Afrontamiento	“[...]tendencia a expresar las dificultades para afrontar las emociones generadas por la situación, expresar las emociones y resolver el problema”.

Negación	“[...]comportarse como si el problema no existiera, se trata de no pensar en él y alejarse de manera temporal de las situaciones que se relacionan con el problema, como una medida para tolerar o soportar el estado emocional que se genera”.
Autonomía	“[...]tendencia a responder ante el problema buscando de manera independiente las soluciones sin contar con el apoyo de otras personas tales como amigos, familiares o profesionales”.

**Fuente: elaboración propia con base en las definiciones otorgadas por Londoño, Henao, Posada, Arango y Aguirre (2006)**

c) Escala de Resiliencia de Wagnild y Young - Revisada: fue creada en 1988 y revisada por los mismos autores en 1993. Está conformada por 25 ítems y una escala de puntuación tipo Likert de 7 puntos, donde 1 es de acuerdo y 7 es en desacuerdo. Contempla cinco aspectos principales de la resiliencia: perseverancia, confianza en sí mismo, sentido de la vida, filosofía de la vida y ecuanimidad, agrupados en dos factores: competencia personal y aceptación de sí mismo y de su vida, los cuales explicaron originalmente el 44% de la varianza (Wagnild y Young, 1993). Este instrumento ha sido traducido y adaptado a más de una decena de países, obteniendo en todos los casos coeficientes de Cronbach entre .72 y .94, lo que da cuenta del nivel de consistencia interna de la Escala (Wagnild, 2009).

**Tabla 2 Factores contemplados en la Escala de Resiliencia de Wagnild y Young**

Factores	Definición
Ecuanimidad	Denota una perspectiva balanceada de la propia vida y experiencias, tomar las cosas tranquilamente y moderando sus actitudes ante la adversidad.
Perseverancia	Persistencia ante la adversidad o el desaliento, tener un fuerte deseo del logro y autodisciplina
Confianza en sí mismo	Habilidad para creer en si mismo, en sus capacidades.
Satisfacción personal	Comprender el significado de la vida y cómo se contribuye a esta
Sentirse bien solo	Nos da el significado de libertad y que somos únicos y muy importantes

**Fuente: elaboración propia con base en las definiciones otorgadas por varianza (Wagnild y Young, 1993).**

## **Procedimiento**

En primer lugar, tras un primer acercamiento a las Instituciones que ofrecen servicios de salud mental en la región, que pudieran servir como marco adecuado y suficiente para la realización del estudio, se seleccionó la E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo. Luego se estableció un primer contacto con la Institución, con el objetivo de presentar los objetivos y pormenores del proyecto de investigación, así como solicitar la autorización para acceder a la información demográfica y de contacto de los pacientes que reciben atención en dicha IPS.

Posteriormente, se realizó un barrido y selección de posibles participantes, en función de los criterios de inclusión propuestos. Se contactó enseguida a los participantes potenciales, invitándolos a participar en la investigación, definiendo las condiciones de su participación y, en dado caso, concretando un encuentro para la entrevista y la aplicación de los instrumentos seleccionados. Cabe señalar que, en la mitad de los casos, específicamente 25, los encuentros debieron realizarse en el domicilio de algunos participantes, pues no disponían de los recursos económicos suficientes para desplazarse hasta las instalaciones de la Institución; con lo cual, la investigadora debió desplazarse a los municipios aledaños a Bucaramanga como Piedecuesta, Floridablanca, Girón y Lebrija. Estos encuentros tuvieron una duración aproximada de dos horas, en las que se realizó el encuadre, se procedió a la firma del consentimiento informado y se realizó la aplicación de los tres instrumentos propuestos. Este proceso implicó también, la orientación a los participantes respecto a aspectos centrales de la problemática abordada.

## **Análisis estadístico**

La tabulación y análisis de los datos se realizó a través de la utilización del paquete estadístico SPSS, versión 25. En un primer momento se realizó un análisis descriptivo de las

variables sociodemográficas de los participantes y de los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos de evaluación, traducidos en frecuencias, media aritmética y porcentajes.

Finalmente, con el fin de seleccionar el método estadístico más apropiado para hallar la correlación entre las variables objeto de estudio, se realizó la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov. En este sentido, y confirmarse la normalidad de la distribución de las dos variables de análisis, se tomó la decisión de aplicar el método de correlación de Pearson, estableciendo como nivel de significancia  $p < .05$ .

## Capítulo 8

### Resultados

En un primer momento, los datos arrojados por cada uno de los instrumentos utilizados en esta investigación se procesaron de forma independiente, estableciendo los indicadores estadísticos básicos para el análisis del comportamiento de cada variable. Posteriormente, se realizó el cálculo del coeficiente de correlación existente entre cada una de las estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia.

A continuación, se describen los resultados que permiten describir las variables sociodemográficas de la muestra.

**Tabla 3 Datos sociodemográficos de la muestra**

		Madre o padre		Pacientes	
Género		Cabeza de familia		Género	
Femenino	41	Sí	41	Femenino	43
Masculino	9	No	9	Masculino	7
Etapa Vida		Personas a cargo		Edad	
Juventud (14-18 años)	0	Uno a tres	40	14 años	7
Adulthood (19 a 59 años)	48	Cuatro a cinco	8	15 años	18
Tercera Edad (60 o más años)	2	Más de cinco	2	16 años	11
Estado civil		Cantidad de hijos		17 años	9
Soltero	8	Uno	4	18 años	5
Casado	13	Dos	15	Tiempo Diagnóstico	
Divorciado	4	Tres	18	1 año	26
Viudo	4	Cuatro	8	1 a 2 años	15
Unión Libre	21	Cinco	3	3 años o más	9
		Más de Cinco	1		
Nivel Económico		Nivel de Escolaridad			
Bajo	48	Sin estudio	1		
Medio	2	Primaria	8		
Alto	0	Primaria sin terminar	4		

Secundaria	22
Secundaria sin terminar	4
Universitario	3
Otros	8
<b>Lugar de Origen</b>	
Santander Bucaramanga	20
Lebrija, Girón, Floridablanca, Piedecuesta	8
Otros municipios de Santander	9
Otros Departamentos	13

**Fuente: Elaboración propia**

La descripción de estas variables muestran, en función del género, una mayor participación de mujeres (82%) en edad adulta (19-59 años), quienes son en un alto porcentaje cabezas de familia (82%), de nivel socioeconómico bajo (96%), estado civil en unión libre (42%), tres hijos (36%) con un nivel de escolaridad de básica secundaria (44%) y procedente en su mayor parte de la capital de Santander, Bucaramanga (40%). Con respecto a los hijos de los participantes, la muestra está constituida por una mayoría de adolescentes mujeres (86%) cuya edad se concentra en los 15 años (36%), seguida por los 16 (22%) y los 17 años (18%). Adicionalmente, el mayor porcentaje relacionado con el tiempo de diagnóstico se registra en 1 año con el 52% de la muestra.

Tabla 4 Resultados de la Escala de Estrategias de Coping - Modificada (EEC-M)

Factor		Uso de la Estrategia de Afrontamiento			Factor		Uso de la Estrategia de Afrontamiento		
<b>Solución de Problemas (C1)</b>					<b>Reacción Agresiva (C7)</b>				
Ítems	Media	Uso			Ítems	Media	Uso		
10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68	33,5	Sí	43	86%	4, 12, 22, 33, 44	12,7	Sí	13	26%
		No	7	14%			No	37	74%
<b>Apoyo Social (C2)</b>					<b>Evitación Cognitiva (C8)</b>				
Ítems	Media	Uso			Ítems	Media	Uso		
6, 14, 23, 24, 34, 47, 57	23,2	Sí	27	54%	31, 32, 42, 54, 63	15,9	Sí	36	72%
		No	23	46%			No	14	28%
<b>Espera (C3)</b>					<b>Reevaluación Positiva (C9)</b>				
Ítems	Media	Uso			Ítems	Media	Uso		
9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69	22,5	Sí	24	48%	5, 13, 46, 56, 64	18,4	Sí	34	68%
		No	26	52%			No	16	32%
<b>Religión (C4)</b>					<b>Expresión de Dificultad de Afrontamiento (C10)</b>				
Ítems	Media	Uso			Ítems	Media	Uso		
8, 16, 25, 36, 49, 59, 67	20,7	Sí	47	94%	45, 52, 55, 61	14,8	Sí	13	26%
		No	3	6%			No	37	74%
<b>Evitación Emocional (C5)</b>					<b>Negación (C11)</b>				
Ítems	Media	Uso			Ítems	Media	Uso		
11, 20, 21, 30, 41,	25	Sí	32	64%	1,2,3	8,8	Sí	15	30%

43, 53, 62	No	18	36%	No	35	70%	
<b>Apoyo Profesional (C6)</b>			<b>Autonomía (C12)</b>				
<b>Ítems</b>	<b>Media</b>	<b>Uso</b>		<b>Ítems</b>	<b>Media</b>	<b>Uso</b>	
7, 15, 35, 48, 58	10,9	Sí	44 88%	65, 66	6,8	Sí	12 24%
		No	6 12%			No	38 76%

Fuente: elaboración propia

En cuanto a los resultados de Escala de Estrategias de Coping Modificada (EEC M) (Tabla 4) evidencian que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: Religión (94%), Apoyo profesional (88%) y Solución de Problemas y, las menos empleadas, Autonomía (74%), Expresión de dificultad de Afrontamiento y Reacción agresiva, ambas con un 74%.

Respecto a los resultados de la Escala de Resiliencia (ER) (Tabla 5), se evidencia que el 92% de la muestra puede considerarse resiliente, encontrándose que específicamente el 58% se ubica en un nivel alto de resiliencia y el 34% en un nivel moderado de resiliencia. Lo anterior, teniendo en cuenta que el método de puntuación establecido en el manual de la prueba indica que valores moderados y altos, son considerados resilientes; mientras que valores bajos están relacionados con ausencia de resiliencia. Los factores con mayores puntuaciones fueron el de Confianza en sí mismo y Perseverancia, con un 28,3% y 27,8%, respectivamente.

**Tabla 5 Resultados de Escala de Resiliencia**

<b>Total Escala</b>		
<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Nivel</b>
29	58%	Alto: 145 puntos o más
17	34%	Moderado: 125 a 145 puntos
4	8%	Bajo: 120 puntos o menos
<b>Total por Factor</b>		
	<b>Puntaje</b>	<b>Porcentaje</b>

<b>Satisfacción Personal</b>	1181	16,10%
<b>Ecuanimidad</b>	1108	15,10%
<b>Sentirse bien solo</b>	929	12,70%
<b>Confianza en sí mismo</b>	2074	28,30%
<b>Perseverancia</b>	2041	27,80%
<b>Capacidad de Resiliencia</b>		
	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Resiliente</b>	46	92%
<b>No Resiliente</b>	4	8%

Fuente: Elaboración propia

Por último, se estableció el coeficiente de correlación entre el uso de cada una de las estrategias de afrontamiento y la resiliencia de los participantes (tabla 5).

Tabla 6. Relación entre las variables estrategias de afrontamiento y resiliencia

Estrategia de Afrontamiento	Resiliencia	
	Pearson	p
Solución de problemas	.884	.030*
Búsqueda de apoyo social	.728	.098
Espera	.629	.347
Religión	.210	.604
Evitación emocional	.692	.122
Búsqueda de apoyo profesional	.638	.418
Reacción agresiva	-.329*	.019
Evitación cognitiva	-.019	.895
Reevaluación positiva	.113	.431
Expresión de la dificultad de enfrentamiento	.571	.264
Negación	.629	.179
Autonomía	.165	.250

Fuente: Elaboración propia

Según el coeficiente de correlación de Pearson, se observa que no existe relación entre las estrategias de afrontamiento: búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional,

búsqueda de apoyo profesional, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de enfrentamiento, negación y autonomía con la resiliencia de los participantes; sin embargo, en el caso de la estrategia de solución de problemas se da una relación positiva con la resiliencia, mientras que la estrategia de Reacción Agresiva presenta una relación negativa con dicha variable.

## Capítulo 9

### Discusión

Las características sociodemográficas de los participantes son fundamentales, en este y en cualquier otro trabajo de investigación, para el análisis de sus resultados. En el caso particular del análisis de la Resiliencia se observó que la mayoría de los participantes son resilientes. Lo cual constituye un aspecto relevante si se considera el nivel socioeconómico y educativo de los participantes.

Según los criterios de medición vigentes, cuyo ejemplo más próximo es el Índice de Pobreza Multidimensional (ONU, s.f.), el bajo nivel socioeconómico es un indicador de vulnerabilidad y adversidad en tanto que representa el grado de carencia de las personas en relación con distintas dimensiones que hacen a la calidad de vida: la educación, por ejemplo, se relaciona directamente con el nivel de ingreso percibido y, en últimas, con el acceso a recursos para satisfacer las necesidades básicas como la salud y la vivienda digna. Por consiguiente, es necesario resaltar la relevancia de los resultados arrojados por la Escala de Resiliencia (ER), no solo como un reconocimiento de la fortaleza y calidad humana de los participantes, sino especialmente como un excelente indicador del constructo que se conoce como resiliencia, en términos de bienestar psicológico en (a partir de) la adversidad.

No obstante, es necesario resaltar también algunos factores encontrados en la muestra que pueden considerarse favorecedores para la resiliencia ante el padecimiento de salud mental de un miembro de la familia. Por un lado, el hecho de que la mayoría de los entrevistados tengan solamente dos o tres hijos, dos o tres personas a cargo, y pareja estable (sea casados o en unión libre), puede (en las condiciones ideales) llegar a reducir la complejidad de la vida en familia y

favorecer la supervivencia económica, pues una familia numerosa es siempre un desafío mayor en términos de costos, organización e interacción, especialmente cuando se trata de familias uniparentales con escasez económica. De cualquier modo, estimar la participación de estas variables demográficas como factores de riesgo o protectores para la resiliencia requiere de un estudio cuidadoso y específico al que invitan los resultados de la presente investigación. Por otro lado, el hecho de que, para la mayoría de los casos contemplados aquí, el tiempo desde el diagnóstico no es mayor que un año puede descartar la presencia de un nivel de agotamiento que aumente el desafío de hacer frente a las dificultades derivadas del padecer psicológico. Aquí, de nuevo, explorar el influjo del tiempo de exposición a una condición adversa en la posibilidad de construcción de la resiliencia deberá ser objeto de investigación posterior.

Respecto al segundo objetivo, se encontró que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los padres de los adolescentes con TDR fueron en su orden la Religión, el Apoyo profesional y la Solución de Problemas. Lo anterior, coincide con el estudio realizado por Mallarino, Mantilla, Narváez, Pérez y Vanegas (2010) quienes afirman que, debido a las condiciones internas y externas que ocurren en la familia ante las problemáticas de la vida, se tiende a emplear estrategias enfocadas al plano emocional y espiritual como la Religión, pues constituye un medio de apoyo ante situaciones de crisis, mostrándose, en este caso, como una estrategia pasiva a la que se le atribuye el control a un ser supremo.

Diversos autores han atribuido a la espiritualidad, una característica de identificación del individuo con una parte esencial de la vida que está vinculada a aspectos míticos y religiosos, de un deseo de autotranscendencia, (Cloninger et al., 2006) basado en el deseo interno de ser inmortales y en la búsqueda de significado, el cual puede hallarse al conocer algo o a alguien que

se considera valioso, actuando con amabilidad en el servicio a los demás, o en el desarrollo de actitudes como la compasión, el optimismo y el humor, que le dan un sentido al sufrimiento (Rodríguez et al., 2011). Así las cosas, los padres de los adolescentes con TDR que participaron en el presente estudio, al emplear esta estrategia de afrontamiento, podrían tener una mayor conciencia de sus vidas unida a un ser superior que les da fortaleza, siendo más resilientes en el propósito de acompañar a sus hijos en su proceso terapéutico.

En cuanto a la estrategia de Solución de problemas, se ha encontrado como una forma de planificación donde se movilizan habilidades cognitivas y racionales para la resolución de problemas (Rey y Jaimes, 2013; Londoño et al., 2006). Igualmente, Mallarino et al. (2010) encontró que esta estrategia se relaciona con la búsqueda de herramientas para afrontar el estrés y procurar tener una mirada más positiva de la situación, favoreciendo a la familia adquirir un mayor control emocional.

Con relación a las estrategias menos empleadas por los padres, se encontró aquellas asociadas a la Autonomía, Expresión de dificultad de Afrontamiento y Reacción agresiva. Al respecto, en el estudio de Albarracín et al. (2014) se destaca que la estrategia de Autonomía no se ve muy reflejada en los padres, ya que estos podrían disponer del apoyo y ayuda de personas externas como familia o profesionales, en vez de resolverlos de manera independiente. Por su parte, en la estrategia Expresión de la dificultad de afrontamiento los padres muestran poco interés en expresar su dificultad y afrontar dichas emociones producidas por la situación y de esta forma no generar lastima en las demás personas. En cuanto a la estrategia de reacción agresiva, se encontró que es un mecanismo que favorece la descarga emocional que se está teniendo en el momento, así como se vió reflejado en el estudio de Pineda (2012).

Finalmente, los índices de correlación obtenidos en el presente estudio indican la inexistencia de una relación entre las diferentes estrategias de afrontamiento y la resiliencia en los padres de adolescentes con TDR; a excepción de las estrategias solución de problema que guarda una relación positiva con la resiliencia y la estrategia de Reacción Agresiva que presenta una relación negativa con la resiliencia. En el primer caso significa que tiene la capacidad de presentar acciones orientadas para la debida solución esperando el momento oportuno y su respectivo análisis lo que les permite ser resilientes. En el segundo caso la utilización de dicha estrategia, comporta la expresión impulsiva de las emociones de ira dirigida a uno mismo y a los demás que en nada favorecen la resiliencia y, que en el caso de los participantes, puede contribuir de manera efectiva en la aceptación de la situación clínica de sus hijos y en la capacidad de adaptación a las diferentes situaciones que deben asumir en el proceso terapéutico, así como a la adherencia al tratamiento, ya sea farmacológico o combinado, de vital importancia en la recuperación de los pacientes.

Llama la atención, el hecho de no haberse hallado una relación entre las demás estrategias de afrontamiento y la resiliencia, dado que algunas de ellas como la religión, el apoyo profesional y la solución de problemas son las que con mayor frecuencia utilizan los participantes. En este sentido, cabe señalar la importancia de replicar el presente estudio en muestras clínicas, considerando además que en la revisión de la literatura no se encontraron investigaciones que analizaran la relación de las estrategias de afrontamiento con la variable resiliencia. Adicionalmente, para las investigaciones futuras, contemplar el estudio de variables sociodemográficas o individuales que podrían estar actuando como moderadoras de dicha relación.

## Capítulo 10

### Conclusiones y Recomendaciones

La presente investigación reveló que los padres de adolescentes diagnosticados con TDR del Hospital Psiquiátrico San Camilo de la ciudad de Bucaramanga, tienden a utilizar con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento como Religión, Apoyo profesional y Solución de problemas que corresponden a estrategias enfocadas en buscar alternativas que puedan disminuir el malestar que genera una situación estresante y en buscar apoyo por personas externas como familiares o profesionales.

En cuanto a la resiliencia, se observó que un alto porcentaje de los participantes la presenta, dando cuenta de la capacidad de adaptación y resistencia a la frustración de los mismos.

Se encontró una relación positiva entre la estrategia de afrontamiento solución de problema y resiliencia y una relación negativa entre la estrategia reacción agresiva y resiliencia, señalando que dichas relaciones pueden generar en los padres un soporte emocional y comportamental adecuado frente a situaciones difíciles que conlleva el acompañamiento de sus hijos en el proceso terapéutico que implica el tratamiento de la depresión.

Los resultados de este estudio invitan a indagaciones posteriores que exploren con mayor profundidad, la relación entre las distintas estrategias de afrontamiento y la capacidad de resiliencia, con lo cual sería posible corroborar las conclusiones que del presente ejercicio se desprenden. Por otro lado, también se hace necesario indagar por el uso de estrategias de afrontamiento de las familias en función de su estructura y características sociodemográficas como el nivel económico y educativo, la composición y la dinámica familiar. En particular, sería

de gran utilidad una investigación enfocada en familias de un mayor nivel socioeconómico que se enfrenten también el padecimiento de un trastorno psicológico de uno de sus miembros.

## Referencias

Aguiló, S., Lopez-Barbeito, B., García, E., y Aguiló, J. (2017) Stress Management in Primary Caregivers: A Health Challenge. *Transactions on Machine Learning and Artificial Intelligence*, 5(4), 558-564. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.14738/tmlai.54.3292>

Amari, A., Madariaga, C., Valle, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Revista de Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145.

American Psychiatric Association. (2013). Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana.

American Psychiatric Association. (2017). What Is Depression? Recuperado de: <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>

Asarnow, J. R., Carlson, G. A., y Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 361-366. Recuperado de: <https://doi.org/10.1037/0022-006X.55.3.361>

Banco Mundial. (07 de abril de 2017). Bajo su superficie alegre, Latinoamérica también sufre de depresión. Recuperado de: <https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2017/04/07/latinoamerica-tambien-sufre-depresion-dia-mundial-salud-2017>

Bekhet, A., Johnson, A., y Zauszniewski, J. (2012) Resilience in Family Members of Persons with Autism Spectrum Disorder: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(10), 650-656. DOI: 10.3109/01612840.2012.671441

Bhana, A., y Bachoo, S. (2011). The Determinants of Family Resilience among Families in Low- and Middle-Income Contexts: A Systematic Literature Review. *South African Journal of Psychology*, 41(2), 131–139. Recuperado de: <https://doi.org/10.1177/008124631104100202>

Black, K. y Lobo, M. (2008). A Conceptual Review of Family Resilience Factors. *Journal of Family Nursing*, 14(1), 33–55. Obtenido de: <https://doi.org/10.1177/1074840707312237>

Bravo, H., y López, J. (2015). Resiliencia familiar: una revisión sobre artículos publicados en español. *IIPSI*, 18(2), 151-170.

Breitkreuz, R., Wunderli, L., Savage, A. y McConnell, D. (2014) Rethinking resilience in families of children with disabilities: a socioecological approach. *Community, Work & Family*, 17(3), 346-365. DOI: 10.1080/13668803.2014.893228.

Builes Correa, M. y Bedoya Hernández, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*; 37(3), 344-354. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/806/80611205005.pdf>

Cantero-García, M., y Alonso-Tapia, J. (2018). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en familias con hijos con problemas de conducta. *Revista de Psicodidáctica*, 23(2), 153–159. doi:10.1016/j.psicod.2018.04.001

Cassano, P., y Fava, M. (2002). Depression and public health: An overview. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857. doi:10.1016/s0022-3999(02)00304-5

Cerquera Córdoba, A., Pabón Poches, D., Lorenzo Ruíz, A. (2017). Implementación del programa de intervención psicológica en resiliencia para cuidadores informales de pacientes con

demencia tipo Alzheimer PIRCA. *Universitas Psychologica*, 16(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64750938013>

Clarke, A. T. (2006). Coping with interpersonal stress and psychosocial health among children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 35(1), 10-23.

Crespo-Maraver, M., Doval, E., Fernández-Castro, J., Giménez-Salinas, J., Prat, G., y Bonet, P. (2019). Salud del cuidador: adaptación y validación del cuestionario Experience of Caregiving Inventory (ECI) en población española. *Gaceta Sanitaria*, 33(4). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.12.005>

Crocetti, E. (2017). Identity Formation in Adolescence: The Dynamic of Forming and Consolidating Identity Commitments. *Child Development Perspectives*, 11(2), 145–150. doi:10.1111/cdep.12226

De la Iglesia, G., Castro Solano, A., y Fernández Liporace., M. (2019). Perfiles de afrontamiento del estrés en adolescentes: su relación con la psicopatología. *Revista de Psicología*, 14(27), 77-92. Recuperado de <http://e-revistas.uca.edu.ar/index.php/RPSI/article/view/1360/1285>

Dindo, L., y Lackner, J. (2017). Effects of Different Coping Strategies on Physical and Mental Health of Patients With Irritable Bowel Syndrome. *Clinical Gastroenterology and Hepatology*, 15(10), 1500–1503. Recuperado de: <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2017.03.041>

Eaton, P., Davis, B., Hammond, P., Condon, E. y McGee, Z. (2011). Coping Strategies of Family Members of Hospitalized Psychiatric Patients. *Nursing Research and Practice*: 1-12. doi:10.1155/2011/392705

Flores, M. (2008). Resiliencia y proyecto de vida en estudiantes del tercer año de secundaria de la UGEL 03. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Perú, 1-144. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/621/1/Flores\\_cm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/621/1/Flores_cm.pdf)

Friedman, E. S. y Anderson, I. M. (2014). Classification, causes, and epidemiology. En *Handbook of Depression* (2 ed., p. 1-12). Londres: Springer.

Galindo, B. y Milena, M. (2003). Estrategias de afrontamiento desplegadas por cuatro familias en situación de desempleo (Tesis de Maestría), Universidad Santo Tomás, Bogotá.

García Garmendia, J., y Maroto Monserrat, F. (2018). Interpretación de resultados estadísticos.

*Medicina Intensiva*, 42(6), 370-379. DOI: 10.1016/j.medin.2017.12.013

GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. (2016). Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*; 388(10053):1545-1602. doi: 10.1016/S0140-6736(16)31678-6.

Gimenez, M., Vázquez, C., y Hervás, G. (2010). El análisis de las fortalezas psicológicas en la adolescencia: más allá de los modelos de vulnerabilidad. *Psychology, Society & Education*, 2, 97-116. Recuperado de: [http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2879/97-](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2879/97-116.pdf?sequence=1)

[116.pdf?sequence=1](http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2879/97-116.pdf?sequence=1)

Gold, J. y Stricker, G. (2006). Introduction, an Overview on Psychotherapy Integration. En *A casebook of psychotherapy integration* (pp. 3-16). Washington, D.C.: American Psychological Association.

Gómez, E. y Kotliarenco, M. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de Psicología*, 19(2),103-131. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=264/26416966005>

Guimarães, H. y Avezum, A. (2007). Impacto de la espiritualidad en la salud física. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 34 (1), 88-94.

Greeff, A., y Van der Walt, K. (2010). Resilience in Families with an Autistic Child. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 45(3), 347-355. Recuperado de: [www.jstor.org/stable/23880109](http://www.jstor.org/stable/23880109)

Henry, C., Sheffield Morris, A. y Harrist, A. (2015). Family Resilience: Moving into the Third Wave. *Interdisciplinary Journal of Applied Family*; 64: 22-43). doi:10.1111/fare.12106

Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is Resilience? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56(5), 258–265. doi:10.1177/070674371105600504

Herpertz-Dahlmann, B., Bühren, B. y Remschmidt, H. (2013). Growing Up Is Hard: Mental Disorders in Adolescence. *Dtsch Arztebl International*; 110(25): 432–440. doi: 10.3238/arztebl.2013.0432

Hewitt Ramírez, N., Juárez, F., Parada Baños, A., Guerrero Luzardo, J., Romero Chávez, Y., Salgado Castilla, A., Vargas Amaya, M. (2016). Afectaciones Psicológicas, Estrategias de

Afrontamiento y Niveles de Resiliencia de Adultos Expuestos al Conflicto Armado en Colombia.  
Revista Colombiana de Psicología, 25(1), 125-140. DOI: 10.15446/rcp.v25n1.49966

Hidaka, B. (2012). Depression as a disease of modernity: Explanations for increasing prevalence. *Journal of Affective Disorders*; 140(3): 205-214.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2011.12.036> Hoyos, E., Lemos, M. y Torres, Y. (2012). Factores de Riesgo y de Protección de la Depresión en los Adolescentes de la Ciudad de Medellín. *International Journal of Psychological*

*Research*, 5(1),109-121

Huberty, T. J. (2012). *Anxiety and depression in children and adolescents: assessment, intervention, and prevention*. Indiana, Estados Unidos: Springer.

Ilpo Antero, H. (2011). The depression paradigm and beyond: The practical ontology of mood disorders. *Science Studies*; 24(1): 82-112. <http://hdl.handle.net/10138/27385>

Jiménez-Iglesias, A., Moreno, C., Ramos, P., y Rivera, F. (2014). What family dimensions are important for health-related quality of life in adolescence? *Journal of Youth Studies*, 18(1), 53–67. doi:10.1080/13676261.2014.933191

Keller, M., Hirschfeld, R., Demyttenaere, K., y Baldwin, D. (2002). Optimizing outcomes in depression: focus on antidepressant compliance. *International Clinical Psychopharmacology*, 17, 265–271.

Kuo, C., LoVette, A., Stein, D. J., Cluver, L. D., Brown, L. K., Atujuna, M., ... Beardslee, W. (2018). *Building resilient families: Developing family interventions for preventing adolescent*

depression and HIV in low resource settings. *Transcultural Psychiatry*, 0(0), 1– 26.  
doi:10.1177/1363461518799510

Lam, R. W. (2018). Introduction. En *Depression* (3 ed., p. 1-2). Oxford: Oxford University Press. Lam, R. W. (2018). Pathogenesis. En *Depression* (3 ed., p. 11-22). Oxford: Oxford University Press.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Lee, H., Kuo, C., Chien, T., y Wang, Y. (2016). A Meta-Analysis of the Effects of Coping Strategies on Reducing Nurse Burnout. *Applied Nursing Research*, 31, 100–110.  
doi:10.1016/j.apnr.2016.01.001

Lee, C. (2016). *Cognitive and neural correlates of coping and resilience in depression* (tesis doctoral). Loyola University. Chicago, EEUU. Recuperado de: [https://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3138&context=luc\\_diss](https://ecommons.luc.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=3138&context=luc_diss)

Legrenzi, P. (1986). *Historia de la Psicología*. Barcelona: Herder.

Lobo, A. (2013). *Manual de Psiquiatría General*. Editorial Médica Panamericana.

+ Universidad de San Buenaventura, Medellín, 5(2), 327-349. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/647/64750210.pdf>

Lopez, A.D. y Mathers, C.D. (2006). Measuring the global burden of disease and epidemiological transitions: 2002–2030. *Annals of Tropical Medicine and Parasitology*; 100: 481-499. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16899150>

Louro, I. (2005). Modelo de la salud del grupo familiar. Escuela Nacional de salud pública: *Cultura de los Cuidados*, 2 (18), 45-51.

Macías, M.; Madariaga Orozco, C.; Valle Amarís, M. y Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21328600007.pdf>

Marsh, D., Lefley, H., Evans-Rhodes, D., Ansell, V. , Doerzbacher, B., LaBarbera, L., y Paluzzi,

J. E. (1996). The family experience of mental illness: Evidence for resilience. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 20(2), 3–12. doi:10.1037/h0095390

Reynoso, E. L. (2002). *Psicología y Salud*. Ciudad de México - México: UNAM.

Martínez-Martín, N. (2014). Trastornos depresivos en niños y adolescentes. *Anales de Pediatría Continuada*, 12(6): 294–299. doi:10.1016/s1696-2818(14)70207-0

Martínez-Montilla, J., Amador-Marín, B. y Guerra-Martín, M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Enfermería Global*, 16(47), 576-604. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.255721>

Martínez Ortega, Y. (2003). Rasgos de personalidad y estrategias de afrontamiento en personas con psicopatología (tesis doctoral). Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona, España. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/10803/458028>

Maurin, J. y Boyd, C. (1990). Burden of mental illness on the family: A critical review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 4(2), 99–107. doi:10.1016/0883-9417(90)90016-e

McCain, R., McKinley, N., Dempster, M., Campbell1, W., y Kirk, S. (2018). study of the relationship between resilience, burnout and coping strategies in doctors. *Postgraduate Medical Journal*, 94, 43-47.

McCubbin, H.; Thompson, A. y McCubbin, M. (1996). Family assessment: Resiliency, coping and adaptation: Inventories for research and practice. Madison: University of Wisconsin Publishers.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas. Recuperado de: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio\\_de\\_Consumo\\_UNODC.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2014/Julio/Estudio_de_Consumo_UNODC.pdf)

Ministerio de Salud y Protección Social. (2017). Boletín de Salud Mental: Depresión. Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-depresion-marzo-2017.pdf>

Monroe, S. M., & Anderson, S. F. (2015). Depression. *Current Directions in Psychological Science*, 24(3), 227–231. doi:10.1177/0963721414568342

Montero-Marin, J., Prado-Abril, J., Piva Demarzo, M., Gascon, S., y García-Campayo, J. (2014). Coping with stress and types of burnout: explanatory power of different coping strategies. *PLoS One*, 9(2), e89090. doi: 10.1371/journal.pone.0089090. eCollection 2014.

Mora Ríos, E. J., Natera, G., & Bautista-Aguilar, N. (2013). Estigma público y enfermedad mental. Una aproximación desde la teoría de las representaciones sociales. En: Flores Palacios, F. (Ed.). *Representaciones sociales y contextos de investigación con perspectiva de género*. (pp. 45-80). Ciudad de México, México: Universidad Nacional Autónoma de México.

Nezu, A. M. (2016). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. Ciudad de México - México: Editorial El Manual Moderno.

Newton, J. (2017). Introducing coping strategies to help young people look after their health now and in the future. *British Journal of School Nursing*, 12(9), 428–429. doi:10.12968/bjsn.2017.12.9.428

O'Connor, K. J. (2017). *Manual de terapia de juego*. Ciudad de México - México: Editorial El Manual Moderno.

Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. (1979). Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family Process*, 18, 3-28.

Ortuno, S. F. (2009). *Lecciones de Psiquiatría*. Bogotá - Colombia: Ed. Médica Panamericana.

Organización Mundial de la Salud (1992). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*. Recuperado de: <https://icd.who.int/browse10/2016/en>

Organización Mundial de la Salud. (2006). Prevención del suicidio: un instrumento en el trabajo. Recuperado de:

[http://www.who.int/mental\\_health/media/general\\_physicians\\_spanish.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/general_physicians_spanish.pdf) Organización Mundial de la Salud. (2014). Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade.

Recuperado de: <http://apps.who.int/adolescent/second-decade>

[/files/1612\\_MNCAH\\_HWA\\_Executive\\_Summary.pdf](http://apps.who.int/adolescent/second-decade/files/1612_MNCAH_HWA_Executive_Summary.pdf)

Organización Mundial de la Salud. (2017). Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Organización Panamericana de la Salud. (s.f.). La salud mental en la Región de las Américas. Recuperado de: [https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post\\_t\\_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es](https://www.paho.org/salud-en-las-americas-2017/?post_t_es=la-salud-mental-en-la-region-de-las-americas&lang=es)

Ornelas Tavares, P. (2016). Estrategias de afrontamiento y resiliencia en cuidadores primarios con duelo. *Psicología y Salud*, 26(2), 177-184.

Pérez Álvarez, M. y Fernández Hermida, J. R. (2008). Más allá de la Salud Mental: la Psicología en Atención Primaria de la Salud. *Papeles del Psicólogo*; 29(3): 251-270. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1608.pdf>

Pabón Díaz, C. (2017). Exploración de estrategias de afrontamiento en padres de familia en duelo por muerte de hijo/a adolescente 15 a 19 años (tesis de pregrado). Universidad Cooperativa. Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/20.500.12494/6769>

Pezo Silva, M., Costa Stefanelli, M., & Komura Hoga, L. (2004). La familia conviviendo con la depresión: de la incomprensión inicial a la búsqueda de ayuda. *Index de Enfermería*, 47, 11-16. Obtenido de: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962004000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es)

Piaget, J. (1989). De la lógica del niño a la lógica del adolescente. Madrid, España: Paidós Ibérica. Pomerantz, A. M. (2017). Clinical Psychology: definition and training. En *Clinical Psychology*

Science, Practice, and Culture (4 ed., p. 37-74). Londres: SAGE Publications.

Posada, J. A., Torres de Galvis, Y., et al. (2010). Situación de Salud mental del adolescente. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia. Universidad CES, Ministerio de la Protección Social, Medellín: Universidad CES.

Quiceno, J. y Vinaccia, S. (2009). La salud en el marco de la psicología de la religión y la espiritualidad. Universidad de San Buenaventura. Medellín, Colombia. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/dpp/v5n2/v5n2a09.pdf>

Reynoso, E. L. (2002). *Psicología y Salud*. Ciudad de México - México: UNAM.

Rodríguez, M. Fernández, M. Pérez, M y Noriega, R.(2011). Espiritualidad variable asociada a la resiliencia. Universidad de Bosque. Bogotá, Colombia. Recuperada de: <https://www.yumpu.com/es/document/read/13238065/espiritualidad-variable-asociada-a->

la-resiliencia-universidad-el-

Ruiz Lozano, M.J. y Gómez-Ferrer, C. (2006). Trastornos depresivos en el niño y adolescente. En: *Práctica clínica paidopsiquiátrica. Historia clínica. Guías clínicas* (1 ed., p. 203-209). Madrid: Adalia.

Rutter, M. (2007). Resilience, competence and coping. *Child Abuse and Neglect*, 31, 205-209. Sánchez-Teruel, D., y Robles-Bello, M. (2015). Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14):

Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación*, 2(40), 103-113.

Santesteban-Echarri, O., MacQueen, G., Goldstein, B, Wang, J., Kennedy, S., Signe, B., Lebel, C., y Addington, J. (2018). Family functioning in youth at-risk for serious mental illness. *Ycomp*. doi:10.1016/j.comppsy.2018.08.010

Shortt, A., Toumbourou, J., Power, E., y Chapman, R. (2006). The Resilient Families Program: Promoting Health and Wellbeing in Adolescents and Their Parents during the Transition to Secondary School. *Youth Studies Australia*, 25(2), 33-40. Disponible en: <https://search.informit.com.au/documentSummary;dn=168348302531002;res=IELHSS>

Taha, Nicole, Florenzano U, Ramón, Sieverson R, Catalina, Aspillaga H, Carolina, & Allende, Lucía. (2011). Spirituality and religiosity as a protective factor in depressive women with suicidal risk: expert consensus. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 49(4), 347- 360. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272011000400006>

Torrel, M. y Delgado, M. (2014). Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la I.E. Zarumilla - Tumbes, 2013. *Ciencia y Desarrollo*, 17(1), 47-54. Recuperado de: <http://revistas.uap.edu.pe/ojs/index.php/CYD/article/view/1102/1080>

Trull, T. y Phares, E. (2003). Panorama histórico de la Psicología Clínica. En *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión* (pp. 31-56). México: Internacional Thompson Editores S.A.

Veytia López, M., González Arratia López Fuentes, N., Andrade Palos, P. y Oudhof, H. (2012). Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes. *Salud mental*; 35(1): 37-43. Recuperado de: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252012000100006&lng=es&tlng=es).

Villalba Quesada, C. (2003). El concepto de resiliencia individual y familiar: Aplicaciones en la intervención social. *Psychosocial Intervention*, 12(3), 283-299. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/1798/179818049003.pdf>

Voskou, P., Bougea, A., Economou, M., Douzenis, A., Ginieri Coccossis, M. (2020). Relación entre calidad de vida, síntomas psicopatológicos y formas de afrontamiento en las enfermeras griegas. *Enfermería clínica*, 30(1), 23-30. DOI: 10.1016/j.enfcli.2018.10.006

Wagnild, G. (2009). A review of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*; 17:105– 113. doi:10.1891/1061-3749.17.2.105

Wagnild, G., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Scholarship*; 1: 165–178. doi:10.1111/j.1547-5069.1990.tb00224.

## Anexos

### Anexo 1. Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La Psicóloga en formación de la Universidad Pontificia Bolivariana seccional Bucaramanga, María Camila Parada Alvarez, bajo la dirección de la docente Rosalba Angulo Rincón, realizará el estudio denominado **Relación entre estrategias de afrontamiento y capacidad de resiliencia en los padres de pacientes adolescentes con trastorno depresivo recurrente en el E.S.E Hospital Psiquiátrico San Camilo en Bucaramanga**, al cual le estamos invitando a participar. En este sentido, su decisión de participar es voluntaria y en caso de que decida dar su consentimiento, es importante que lea cuidadosamente este documento y lo firme.

El proyecto tiene como finalidad contribuir a los estudios sobre la relación entre estrategias de afrontamiento y capacidad de resiliencia en los padres de adolescentes diagnosticados con trastorno depresivo recurrente. También, se busca brindar información útil a los padres y a las instituciones sanitarias sobre el proceso de acompañamiento psicológico, tanto al paciente depresivo como a sus padres y familia en general que permita contribuir a una mayor efectividad del tratamiento combinado.

Para su ejecución, se realizará una breve caracterización de la población por medio de cuestionario sociodemográfico y un diagnóstico sobre las estrategias de afrontamiento que emplean los participantes, así como de su nivel de resiliencia, mediante la utilización de las Escalas de Estrategias de Coping Modificada (EEC-M), (2006) y de Resiliencia de Wagnild y Young (Novella, (2002).

Yo \_\_\_\_\_,  
certifico que he recibido y comprendido que la información que obtengan el psicólogo en formación y el psicólogo asesor, es de carácter confidencial y que la podrán revelar si durante la evaluación, se detecta de manera clara que hay un evidente daño para mí o para terceros; con el fin de que se puedan tomar las medidas preventivas o correctivas según

sea el caso.

También sé que la información que suministro en el proceso de investigación podrá ser utilizada para proyectos académicos o investigativos; siempre y cuando se resguarde mi identidad. Se me indicó que el procedimiento a seguir es en primera instancia un periodo de evaluación en la que se incluirán la entrevista, la aplicación de pruebas psicológicas y otras formas de evaluación que se consideren pertinentes. También se me indicó yo puedo revocar el consentimiento o dar por terminada en cualquier momento la relación entre el psicólogo en formación y yo, cuando lo considere pertinente, sin que ello implique ningún tipo de consecuencia para mí.

Comprendo que la psicóloga en formación y la psicóloga directora se comprometen a utilizar sus conocimientos y competencias en pro de mi bienestar y evitando de esta manera causarme un daño físico o moral. Sé que en los casos en que pudiera experimentar efectos negativos, como consecuencia de la evaluación, recibiré información que me permitirá tomar la decisión que a mi criterio me parezca más conveniente.

Una vez leído y comprendido el procedimiento que se seguirá, se firma el presente consentimiento el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_, en la ciudad de \_\_\_\_\_.

Nombre del Usuario:	
Firma del usuario:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) en formación:	
Firma del Psicólogo (a) en formación:	C.C. No.
Nombre del Psicólogo (a) Director (a):	C.C. No.
Firma del Psicólogo (a) Director (a):	

**Nota:** *El presente consentimiento informado, está basado en lo propuesto en el documento validación lista de chequeo para la elaboración del consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia, publicado en 2015 por el Colegio Colombiano de Psicólogos y que tiene como investigadores principales al psicólogo Gerardo Augusto Hernández Medina, abogado Magíster en Derecho Penal y Criminología y la Psicóloga Maritza Sánchez Ramírez, especialista en Educación Médica y Magister en Psicología.*



## Anexo 2. Ficha de Datos Sociodemográficos

**DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**1. Género**

1.	Femenino
2.	Masculino

**2. Edad:**

1.	Juventud
2.	Adulthood
3.	Adulto mayor

**3. ¿Cuál es su estado civil actual?**

1.	Soltera
2.	Casada
3.	Divorciada
4.	Viuda
5.	Unión libre

**4. ¿Cuál es su nivel de escolaridad?**

1.	Sin estudios
2.	Primaria
3.	Primaria sin terminar
4.	Secundaria
5.	Secundaria sin terminar
6.	Universitarios
7.	Otros

**5. ¿Es usted Cabeza de familia?**

1.	Sí
2.	No

**6. ¿Cuántas personas tiene a cargo?**

1.	De uno a tres
2.	De cuatro a cinco
3.	Más de cinco

**7. ¿Qué nivel económico tienes?**

1.	Uno
2.	Dos
3.	Tres
4.	Cuatro
5.	Cinco

**8. ¿Cuántos hijos tienes?**

1.	Uno
2.	Dos
3.	Tres
4.	Cuatro
5.	Cinco
6.	Mas de cinco

**9. ¿Cuál es su lugar de origen?**


---

**Nombre del paciente:**

**10. Género**

1.	Femenino
2.	Masculino

**11. Edad**

1.	14
2.	15
3.	16
4.	17
5.	18

**12. ¿Hace cuánto le diagnosticaron?**

1.	Un año
2.	De uno a dos años
3.	Mas de tres años

Anexo 3. Instrumento de la Escala de Estrategias de afrontamiento de Coping Modifica

**PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS Y VALIDACIÓN DE LA ESCALA DE  
ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M) EN UNA MUESTRA  
COLOMBIANA LONDOÑO, ET AL, (2006)**

**Instrucciones:**

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda señalando con una X en la columna que le señala la flecha (☛), el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

1                      2                      3                      4                      5                      6  
 Nunca                      Casi nunca                      A veces                      Frecuentemente                      Casi siempre                      Siempre

		↓
1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1 2 3 4 5 6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1 2 3 4 5 6
3.	Procuro no pensar en el problema	1 2 3 4 5 6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1 2 3 4 5 6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1 2 3 4 5 6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1 2 3 4 5 6
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1 2 3 4 5 6
8.	Asisto a la iglesia	1 2 3 4 5 6
9.	Espero que la solución llegue sola	1 2 3 4 5 6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1 2 3 4 5 6
11.	Procuro guardar para mí los sentimientos	1 2 3 4 5 6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás	1 2 3 4 5 6
13.	Intento sacar algo positivo del problema	1 2 3 4 5 6
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1 2 3 4 5 6
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1 2 3 4 5 6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1 2 3 4 5 6
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1 2 3 4 5 6

	1 Nunca	2 Casi nunca	3 A veces	4 Frecuentemente	5 Casi siempre	6 Siempre
						↓
18.						1 2 3 4 5 6
19.						1 2 3 4 5 6
20.						1 2 3 4 5 6
21.						1 2 3 4 5 6
22.						1 2 3 4 5 6
23.						1 2 3 4 5 6
24.						1 2 3 4 5 6
25.						1 2 3 4 5 6
26.						1 2 3 4 5 6
27.						1 2 3 4 5 6
28.						1 2 3 4 5 6
29.						1 2 3 4 5 6
30.						1 2 3 4 5 6
31.						1 2 3 4 5 6
32.						1 2 3 4 5 6
33.						1 2 3 4 5 6
34.						1 2 3 4 5 6
35.						1 2 3 4 5 6
36.						1 2 3 4 5 6
37.						1 2 3 4 5 6
38.						1 2 3 4 5 6
39.						1 2 3 4 5 6
40.						1 2 3 4 5 6

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre
					↓
41.	Inhíbo mis propias emociones				1 2 3 4 5 6
42.	Busco actividades que me distraigan				1 2 3 4 5 6
43.	Niego que tengo problemas				1 2 3 4 5 6
44.	Me salgo de casillas				1 2 3 4 5 6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento				1 2 3 4 5 6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo				1 2 3 4 5 6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir				1 2 3 4 5 6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión				1 2 3 4 5 6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar				1 2 3 4 5 6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan				1 2 3 4 5 6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas				1 2 3 4 5 6
52.	Me es difícil relajarme				1 2 3 4 5 6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros				1 2 3 4 5 6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema				1 2 3 4 5 6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar				1 2 3 4 5 6
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"				1 2 3 4 5 6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos				1 2 3 4 5 6
58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales				1 2 3 4 5 6
59.	Dejo todo en manos de Dios				1 2 3 4 5 6

1                      2                      3                      4                      5                      6  
 Nunca              Casi nunca              A veces              Frecuentemente              Casi siempre              Siempre

		↓
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1 2 3 4 5 6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1 2 3 4 5 6
62.	Trato de evitar mis emociones	1 2 3 4 5 6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1 2 3 4 5 6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1 2 3 4 5 6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1 2 3 4 5 6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1 2 3 4 5 6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1 2 3 4 5 6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1 2 3 4 5 6
69.	Dejo que pase el tiempo	1 2 3 4 5 6

Anexo 4. Instrumento de la Escala de resiliencia

**LA ESCALA DE RESILIENCIA DE WAGNILD Y YOUNG, ADAPTACIÓN PERUANA  
NOVELLA, (2002)**

**Instrucciones:**

Por favor, lea las siguientes afirmaciones. A la derecha de cada una se encuentran siete números, que van desde “1” (totalmente en desacuerdo) a la izquierda a “7” (totalmente de acuerdo) a la derecha. Haga un círculo en el número que mejor indique sus sentimientos acerca de esa afirmación. Por ejemplo, si está totalmente en desacuerdo con un enunciado, el círculo de “1”. Si no está muy seguro, haga un círculo en el “4”, y si está totalmente de acuerdo, haga un círculo en el “7”, y puede graduar según esta escala sus percepciones y sentimientos con el resto de los números.

ÍTEMES	En desacuerdo				De acuerdo		
1.- Cuando planeo algo lo realizo.	1	2	3	4	5	6	7
2.- Generalmente me las arreglo de una manera u otra.	1	2	3	4	5	6	7
3.- Dependo más de mí mismo que de otras personas.	1	2	3	4	5	6	7
4.- Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas.	1	2	3	4	5	6	7
5.- Puedo estar solo si tengo que hacerlo.	1	2	3	4	5	6	7
6.- Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.	1	2	3	4	5	6	7
7.- Usualmente veo las cosas a largo plazo.	1	2	3	4	5	6	7
8.- Soy amigo de mí mismo.	1	2	3	4	5	6	7
9.- Siento que puedo manejar vanas cosas al mismo tiempo.	1	2	3	4	5	6	7
10.- Soy decidida.	1	2	3	4	5	6	7
11.- Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.	1	2	3	4	5	6	7
12.- Tomo las cosas una por una.	1	2	3	4	5	6	7
13.- Puedo enfrentar las dificultades porque las he experimentado anteriormente.	1	2	3	4	5	6	7
14.- Tengo autodisciplina.	1	2	3	4	5	6	7
15.- Me mantengo interesado en los cosas.	1	2	3	4	5	6	7
16.- Por lo general, encuentro algo de qué reirme.	1	2	3	4	5	6	7
17.- El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.	1	2	3	4	5	6	7
18.- En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.	1	2	3	4	5	6	7
19.- Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.	1	2	3	4	5	6	7
20.- Algunas veces me obligo a hacer cosas aunque no quiera.	1	2	3	4	5	6	7
21.- Mi vida tiene significado.	1	2	3	4	5	6	7
22.- No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.	1	2	3	4	5	6	7
23.- Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro una salida.	1	2	3	4	5	6	7
24.- Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.	1	2	3	4	5	6	7
25.- Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.	1	2	3	4	5	6	7