

Propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes: EA-A

EMILIA LUCIO Y GÓMEZ MAQUEO, CONSUELO DURÁN PATIÑO,
BLANCA E. BARCELATA EGUIARTE Y EDITH ROMERO GODÍNEZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Resumen

El objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes. Participaron 1,953 adolescentes, 922 hombres (47.2 %) y 1,031 mujeres (52.8 %), de 13 a 18 años de edad ($M_{\text{edad}} = 14.9$ años; $D.E. = 1.35$), de escuelas públicas de secundaria (47.7 %) y de bachillerato (52.3 %) de la Ciudad de México. Se llevaron a cabo un análisis factorial exploratorio y un análisis factorial confirmatorio. Los análisis de consistencia interna mostraron valores alfa de Cronbach entre .59 y .89. El análisis factorial con rotación varimax arrojó siete factores que explican el 51.58 % de la varianza. Los resultados del análisis factorial confirmatorio presentaron un buen ajuste a los datos, mostrando una estructura con siete factores de primer orden agrupados en dos factores de segundo orden. Los indicadores de confiabilidad y de validez resultan satisfactorios, por lo que la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A) puede ser utilizada para evaluar estrategias de afrontamiento en adolescentes.

Palabras clave: *adolescencia, afrontamiento, estructura, confiabilidad, validez.*

Agradecimientos: Proyecto financiado por DGAPA PAPIIT IN303516. A Octavio Salvador Ginez, por su asesoría en la realización de los análisis estadísticos.

Dirigir toda correspondencia sobre este artículo a: Emilia Lucio y Gómez-Maqueo. Once Mártires 91 casa 5 Tlalpan Centro, Tlalpan, Ciudad de México, Teléfono: 56222318
Correo Electrónico: melgm@unam.mx

RMIP 2016, Vol. 8, No. 1, 36-48
ISSN-impresa: 2007-0926; ISSN-digital: 2007-3240
www.revistamexicanadeinvestigacionenpsicologia.com
Derechos reservados ©RMIP

Psychometric properties of the Adolescents' Coping Scale: CS-A

Abstract

The aim of this study was to examine the psychometric properties of the Coping Scale for Adolescents. Participants of this study were 1,953 adolescents: 922 boys (47.2 %) and 1031 girls (52.8 %) aged from 13 to 18 years ($M_{\text{age}} = 14.9$; $S.D. = 1.35$), from public schools from Mexico City: 47.7 % from junior-high and 52.3 % from senior-high. Exploratory analysis and confirmatory factor analyses were conducted. The internal consistency analysis showed Cronbach alpha values between .59 and .89. Exploratory factor analysis with varimax rotation generated seven factors explaining 51.58 % of variance. The results of confirmatory factor analysis showed a good fit of the data, showing a structure with seven first-order factors grouped into two second-order factors. The indicators of reliability and validity are satisfactory so the Adolescent Coping Scale (EA-A) can be used to assess coping strategies in adolescents.

Key words: *Adolescence, coping, factor structure, reliability, validity.*

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una fase del ciclo vital caracterizada por cambios fisiológicos, psicológicos y sociales en la que se producen retos y obstáculos de especial importancia. Una tarea básica del desarrollo es lograr la propia identidad y conseguir la independencia de la familia manteniendo, al

mismo tiempo, la conexión y pertenencia al grupo (Coleman & Hagell, 2007). Este desarrollo se enmarca en un contexto familiar y social, a partir de una dinámica de interdependencia del adolescente y su medio (Gómez & McLaren, 2006). El manejo que el adolescente hace de situaciones estresantes en su vida diaria puede influir de manera negativa en su bienestar físico y emocional cuando éstas son percibidas como negativas o cuando no existen adecuadas formas de afrontamiento para responder a las demandas cotidianas del medio ambiente, lo que favorece la aparición de manifestaciones fisiológicas y psicológicas.

Algunos estudios (Benjet, 2008; Benjet *et al.*, 2009) indican una alta prevalencia en trastornos de ansiedad, afectivos, de control de impulsos, y por uso de sustancias, en adolescentes mexicanos; algunos relacionados con presencia de estrés y asociados a otras problemáticas de salud. Se plantea que muchas conductas de riesgo como el consumo de drogas y alcohol, sexualidad desprotegida, violencia y alteraciones en la alimentación responden a la incapacidad de algunos adolescentes para afrontar adecuadamente sus preocupaciones (Nolen-Hoeksema, Stice, Wade, & Bohon, 2007).

Hay investigadores (Connor-Smith & Compas, 2004; Seiffge-Krenke, 2011) que refieren que el manejo del estrés es regulado por un proceso denominado *afrontamiento*. Dicho proceso es entendido como un esfuerzo cognitivo y conductual orientado a manejar, reducir, minimizar, dominar o tolerar las demandas externas e internas que generan estrés (Lazarus, 1993). Existe evidencia (Gómez & McLaren, 2006; Wadsworth & Compas, 2002) de que el afrontamiento actúa como moderador de las situaciones estresantes y la adaptación del adolescente. Si es efectivo, hay menor posibilidad de que se presenten trastornos emocionales; en caso contrario, podría verse afectada la salud de forma negativa, aumentando con ello la vulnerabilidad del adolescente.

Con base en las premisas de Lazarus (1993) existen diversos modelos que tratan de explicar el afrontamiento en la adolescencia a partir de dos perspectivas principales. Una aproximación disposicional considera al afrontamiento como una forma más o menos estable de reaccionar o responder a diversas situaciones, lo que refleja un estilo de afrontar (Beutler & Moss, 2003). Una aproximación contextual asume que el afrontamiento es un proceso de carácter más transitorio, basado en los esquemas cognitivos y la elección de respuestas específicas que se utilizan en una situación estresante determinada y que pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones que los desencadenan (Connor-Smith & Compas, 2004; Frydenberg, 2008). Otros modelos podrían considerarse mixtos, ya que valoran tanto el carácter general del afrontamiento en términos de estilos como las estrategias utilizadas ante una circunstancia determinada, debido a que enfatizan la interacción entre factores personales y contextuales (Frydenberg & Lewis, 2000; Moos & Holahan, 2003; Seiffge-Krenke, Aunola, & Nurmi, 2009). Amirkhan y Auyeung (2007) mencionan que las respuestas de afrontamiento son deliberadas y constituyen esfuerzos para manejar el estrés, por lo que parece lógico que la gente más joven pueda afrontar de manera distinta que la gente mayor, usando estrategias apropiadas de acuerdo a su nivel de madurez y al tipo de problemas que enfrentan.

En el adolescente las estrategias de afrontamiento se desarrollan a partir de las demandas del entorno y de los recursos para enfrentarlas, las cuales pueden cambiar en función de la etapa de la adolescencia. Las fuentes de estrés en la adolescencia temprana y media con frecuencia son de índole familiar y relacional (interacción con padres, pares, etcétera); mientras en la adolescencia tardía en general los estresores se asocian a la escuela y a los proyectos de vida (Seiffge-Krenke, 2011; Seiffge-Krenke *et al.*, 2009). Además, recientemente se han llevado a

cabo estudios para evaluar las competencias de los adolescentes no sólo para afrontar el presente sino también el futuro (Seiffge-Krenke *et al.*, 2010; Swanson, Valiente, Lemery-Chalfant, & O'Brien, 2011).

La naturaleza de las principales preocupaciones de los adolescentes se ha clasificado en globales (temas de naturaleza social) y personales (realidad inmediata del individuo), en tanto que las estrategias de afrontamiento han sido clasificadas en dos grandes grupos; las enfocadas al problema, que se consideran como activas y eficaces por su asociación con mayores niveles de salud mental o bienestar psicológico (Connor-Smith & Compas, 2004; Gómez & McLaren, 2006), y las de evitación, generalmente no eficaces en el control del estrés y relacionadas con presencia de trastornos emocionales y de conducta (Nolen-Hoeksema *et al.*, 2007; Seiffge-Krenke, 2011).

Seiffge-Krenke (2011) plantea que existen dos estilos de afrontamiento en los jóvenes: funcional y disfuncional. El afrontamiento funcional se refiere a los esfuerzos para manejar el problema, ya sea por la búsqueda activa de apoyo, realizar acciones concretas o reflexionar sobre las posibles soluciones. Incluye el afrontamiento activo y el afrontamiento interno, y enfatiza la evaluación que los adolescentes hacen de la situación. Por otra parte, con relación al afrontamiento disfuncional, se establece que el problema no se resuelve en ese momento en particular y se caracteriza por presentar conductas o pensamientos que incluyen la negación, represión, distracción, evitación, rumiación o aplanamiento emocional, lo que lleva al sujeto a asumir una actitud de evitación hacia el estímulo. No obstante, algunas estrategias de evitación pueden ser funcionales y conducir hacia la adaptación positiva, en particular cuando los adolescentes no pueden tener control de la situación (Antoniuzzi, Souza, & Hutz, 2009; Frydenberg, 2008); de ahí que se identifiquen diversas estrategias.

De acuerdo con Connor-Smith y Compas (2004), las estrategias pueden involucrar respuestas voluntarias, involuntarias, comprometidas y no comprometidas, de control primario y control secundario, las cuales pueden implicar activación fisiológica; búsqueda de apoyo social; procesos cognitivos, como rumiación, pensamiento mágico o pensamiento positivo, y retirada. Se ha encontrado también que las estrategias de afrontamiento pueden variar en función del sexo y la edad (Connor-Smith & Compas, 2004; Frydenberg, 2008; Pike, 2001; Seiffge-Krenke, 2011), así como variables contextuales como la cultura en que se desarrollan los adolescentes (Auerbach, Abela, Zhu, & Yao, 2010; Gelhaar *et al.*, 2007; Seiffge-Krenke *et al.*, 2010). Las repercusiones que tiene el afrontamiento en la salud de los adolescentes, y debido a que la percepción del estrés y las estrategias de afrontamiento se modifican especialmente en este periodo de la vida (Seiffge-Krenke *et al.*, 2009), ha propiciado que existan numerosos instrumentos de afrontamiento elaborados en diferentes países a partir de las distintas perspectivas.

Entre los que se mencionan de manera más frecuente en la literatura, están el Adolescent Coping Scale (Frydenberg & Lewis, 1999), que evalúa tres tipos de afrontamiento: productivo, no productivo y con referencia a otros, este último caracterizado por la búsqueda de una solución con el apoyo de otros. Por otra parte, el Coping Across Situation Questionnaire, elaborado por Seiffge-Krenke (1998), distingue entre el afrontamiento funcional, que refleja intentos de solución y el disfuncional que implica fallas para resolver el problema. El Responses to Stress Questionnaire, de Connor-Smith y Compas (2004), examina un tipo de afrontamiento comprometido o de aproximación al estresor y otro no comprometido o de evitación.

En México también se dispone de diversos instrumentos de afrontamiento; sin embargo, la mayoría están diseñados originalmente para evaluar adultos. Algunos ejemplos son el Cues-

cionario de Afrontamiento de Lazarus (1993), validado con adolescentes por Maupone y Sotelo (1999); o el Inventario de Estrategias de Enfrentamiento (López, Reyes-Lagunes, & Rivera, 1998), utilizado también para evaluar jóvenes universitarios. Ambos instrumentos pueden ser útiles para estudiar el afrontamiento en otras etapas del desarrollo, pero podrían resultar limitados para comprender el afrontamiento adolescente. Por otra parte, algunos instrumentos para adolescentes resultan muy específicos, como la Escala de Enfrentamiento como Rasgo (López, 1999), que evalúa el afrontamiento ante el sida, o el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (González-Forteza, 1992), que básicamente explora las estrategias ante estresores sociales.

En este sentido, no sólo es fundamental que los instrumentos se construyan de acuerdo a un contexto sociocultural determinado sino que además consideren las características propias de la adolescencia y que rescaten la forma en que los adolescentes están afrontando sus problemas. El contar con instrumentos válidos y confiables, especialmente diseñados para adolescentes, también es importante por las implicaciones para la planeación de intervenciones de prevención y promoción de estrategias funcionales que contribuyan a su salud y bienestar emocional. Por estas razones, el objetivo de este estudio fue analizar las propiedades psicométricas de una escala para evaluar estrategias de afrontamiento en adolescentes de 13 a 18 años; diseñado a partir de una aproximación disposicional, tomando en cuenta también el contexto (Moss & Holahan, 2003), con base en los modelos de afrontamiento para adolescentes de Connor-Smith y Compas (2004) y de Seiffge-Krenke (1998).

MÉTODO

Participantes

Participaron de manera no probabilística 1,953 adolescentes; 922 hombres (47.2%) y 1,031 mujeres (52.8%), con una edad promedio de

14.9 años ($DE=1.35$), de escuelas públicas de enseñanza media (47.7% secundarias) y de enseñanza media superior (52.3% bachilleratos) de la Ciudad de México. El método de selección tuvo el propósito de obtener una muestra equilibrada en función del sexo, la edad y la escolaridad. Los criterios de inclusión fueron ser estudiante regular entre 13 y 18 años, sin problemas de conducta, y contar con el consentimiento informado.

Instrumentos

Cuestionario de Datos Sociodemográficos (Lucio, Durán, Barcelata, & Hernández, 2007). Consta de 33 preguntas de opción múltiple que exploran algunas características sociodemográficas del adolescente, como sexo, edad, escolaridad, tipo de familia, tipo de escuela, promedio de calificaciones, entre otras.

Escala de Afrontamiento para Adolescentes EA-A (Lucio, Durán, Heredia, & Villarruel, 2014). Su objetivo es evaluar estrategias de afrontamiento en adolescentes de 13 a 18 años, lo cual se confirmó inicialmente por 65 reactivos puntuados en una escala Likert de 1 a 5 puntos: 1 representa "Nunca"; 2, "A veces lo hago"; 3, "Más o menos lo hago"; 4, "Frecuentemente lo hago"; y 5, "Es mucho de lo que hago", cuyas propiedades psicométricas son objeto de estudio de la presente investigación. Esta escala parte de un modelo disposicional, pero se toma en cuenta el contexto en el que viven los adolescentes, pues para su construcción se llevó a cabo una metodología mixta que retomó las palabras de los adolescentes en la construcción de los reactivos.

Procedimiento

Se solicitó autorización a los directivos de las escuelas para llevar a cabo la aplicación de las versiones del instrumento. De forma previa a la aplicación se elaboraron reactivos a partir de la revisión de la literatura y de las respuestas de adolescentes de 11 a 18 años a la pregunta: ¿Qué hiciste cuando alguna situación que consideras mala para ti te sucedió?, cuyo objetivo fue inda-

gar cómo afrontan los adolescentes situaciones estresantes retomando algunas de las premisas básicas de los modelos explicativos de Seiffge-Krenke (1998), y de Connor-Smith y Compas (2004). La versión piloto fue aplicada a 70 estudiantes de secundaria y bachillerato y quedó constituida por 65 reactivos con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos donde 1 representa “Nunca”; 2, “A veces lo hago”; 3, “Más o menos lo hago”; 4, “Frecuentemente lo hago”; y 5, “Es mucho de lo que hago” (Lucio, Durán, Heredia, & Villarruel, 2014).

A partir del piloteo se eliminaron 26 reactivos por la dificultad de comprensión que reportaron los adolescentes y algunos reactivos no fueron respondidos por los de menor edad, quedando finalmente 39 reactivos. Después de revisar las respuestas de los adolescentes a la pregunta abierta y de la literatura sobre el tema, se decidió agregar una categoría más (respuestas fisiológicas) que incluyó seis reactivos, quedando así conformada una nueva versión de 45 reactivos. Para la aplicación final se proporcionaron consentimientos informados para padres y adolescentes. Los instrumentos se aplicaron de forma colectiva a una muestra de 2,032 adolescentes, de los cuales fueron eliminados 79 casos por no cumplir con algún criterio de inclusión. La muestra final quedó conformada por 1,953 adolescentes.

Análisis estadísticos

La muestra total fue aleatoriamente dividida en dos partes utilizando el SPSS en su versión 20.0 con el fin de realizar estudios paralelos que permitieran obtener un análisis factorial exploratorio (AFE) y un análisis factorial confirmatorio (AFC). Para la versión de 45 reactivos del instrumento se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio con el fin de conocer la estructura factorial del instrumento y posteriormente un análisis factorial confirmatorio para comprobar si esta estructura se mantenía, y determinar la validez de constructo de la escala. Para realizar

estos análisis, la muestra de 1,953 adolescentes se dividió al azar en dos partes; con la primera se llevó a cabo el análisis factorial exploratorio con el método de componentes principales con rotación varimax (Nunnally & Bernstein, 1995), considerando en el análisis reactivos con cargas factoriales iguales o mayores de .40. Con la segunda parte de la muestra se realizó el análisis factorial confirmatorio, empleando el método de estimación de Máxima Verosimilitud (Brown, 2006), para lo cual se empleó el software AMOS 21 (Arbuckle, 2012).

Los índices empleados para evaluar el ajuste del modelo fueron: el índice de bondad de ajuste (GFI), medida de la proporción de la varianza-covarianza explicada para el modelo, en el cual valores mayores a .90 indican un ajuste razonable; la raíz cuadrada media del error de la aproximación (RMSEA), cuyos valores deben ser menores a .08 (idealmente menores a .05) y estima la discrepancia entre la matriz de covarianzas observadas y la predicha como medidas absolutas de ajuste. el Índice Tucker-Lewis (TLI), los valores de este índice deben oscilar entre 0 y 1, siendo óptimos los cercanos a 1. El índice de bondad de ajuste comparativo (CFI), en el cual se mide la mejora en la medición de la no centralidad de un modelo; los valores mayores a .90 indican buen ajuste del modelo. La razón de chi cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/GL) como medida de ajuste de parsimonia. Cabe señalar que cuando las muestras son mayores a 100 se ha considerado emplear el CFI en vez de chi cuadrado para evaluar el ajuste del modelo. Finalmente se empleó el índice de bondad de ajuste corregido (AGFI), cuyos valores próximos a 1 indican niveles adecuados de ajuste (Byrne, 2010; Gelabert *et al.*, 2011; Hu & Bentler, 1999; Lévy & Mallou, 2006). Finalmente, se evaluó la confiabilidad de los factores resultantes de primer y segundo orden a través del análisis de consistencia interna de alfa de Cronbach. Los datos fueron analizados a través del paquete SPSS-20.

RESULTADOS

Características de la muestra

En la tabla 1 se presentan los resultados que describen los datos de la distribución de la muestra total de estudio considerando las variables de edad, sexo y escolaridad. Todos son estudiantes, el 84% viven con sus dos padres; el 6.4% en familias monoparentales y el 8.6% con familias extensas. La muestra 1 con la que se corrió el AFE quedó constituida por 959 adolescentes, 443 hombres (46.2%) y 516 mujeres (53.8%), con una edad promedio de 14.9 años ($DE=1.29$). La muestra 2 que se utilizó para realizar el AFC quedó compuesta por 994 adolescentes, 479 hombres (48.2%) y 515 mujeres (51.8%), con una edad promedio de 15.6 años ($DE=1.27$).

Tabla 1. Distribución de la muestra total por sexo, edad y escolaridad

Variables	n	%
Sexo		
Hombres	922	47.2
Mujeres	1031	52.8
Edad		
13	288	14.7
14	434	22.2
15	473	24.2
16	536	27.4
17	185	9.5
18	37	1.9
Escolaridad		
Secundaria	905	46.3
Preparatoria	1048	53.7
Total	1953	100

Los análisis del poder de discriminación de los reactivos a través de la comparación de los grupos que obtuvieron altos y bajos puntajes con la prueba t de Student muestran valores que indican que casi todos los reactivos logran discriminar grupos extremos con niveles de significancia estadística de $p < .001$, con excepción del número 5 (“No hago nada”), sin embargo, se decidió conservarlo debido a que es posible que funcione en muestras clínicas.

Análisis exploratorio

Con el fin de conocer la estructura de la escala, se realizó un análisis factorial exploratorio con el método de extracción de componentes principales con rotación ortogonal (Varimax). La medida de adecuación muestral KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de .90 y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2=13302.82$; $p < .001$) indicaron que era apropiado realizar el análisis factorial.

La tabla 2 muestra una extracción de siete factores que, en conjunto, explican el 51.58% de la varianza total, con un rango de valores propios de 8.1 a 1.4. Se incluyeron reactivos con comunales de .40 o más y cargas factoriales mayores a .40. El peso factorial de los reactivos más bajo fue de .42 y el más alto de .84. Se eliminaron cuatro reactivos porque obtuvieron una carga menor a .30 (r5 no hago nada, r8 hago cosas de la que después me arrepiento, r16 pienso que si otras personas pueden superar ese tipo de problema yo también puedo, y r30 tengo confianza en que el problema se va a solucionar), por lo que el análisis factorial exploratorio mostró una configuración integrada con 41 reactivos válidos y fue la base para generar un análisis factorial confirmatorio.

Análisis factorial confirmatorio

Por medio del análisis factorial confirmatorio realizado con el procedimiento de Máxima Verosimilitud (ML), cuyos resultados se presentan en la tabla 3, se evaluó el ajuste del modelo de siete factores que se obtuvo en el análisis factorial exploratorio (primer orden) y posteriormente éstos se agruparon en dos dimensiones relacionadas para evaluar un modelo de segundo orden —afrontamiento funcional y afrontamiento disfuncional— (véanse las figuras 1 y 2).

En la tabla 3 se presentan los resultados del ajuste de los modelos evaluados. El índice de chi cuadrado de bondad ajuste y el índice de parsimonia sugieren un buen ajuste a los datos (Ullman, 2001). Los valores de los otros índices

Tabla 2. Matriz de estructura factorial exploratoria obtenida para la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A)

Reactivos	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
29 Tomo las cosas con calma y trato de encontrar una solución	.76						
25 Analizo las cosas con calma y busco una solución	.74						
19 Trato de tranquilizarme antes de hacer algo	.74						
30 Tengo confianza en que el problema se va a solucionar	.68						
23 Trato de cambiar algunas cosas para que el problema no se repita	.68						
33 Trato de sacar mi frustración de forma positiva	.68						
13 Pienso sobre la situación y busco una solución	.66						
17 Trato de controlar mi enojo	.63						
15 Pienso que todo se va a solucionar de forma positiva	.56						
31 Trato de cambiar mi reacción emocional para sentirme mejor	.55						
36 Pienso que ya vendrán tiempos mejores	.52						
21 Pido disculpas si eso me ayuda a resolver la situación	.52						
16 Pienso que si otras persona pueden superar ese tipo de problema yo también puedo	.51						
9 Acepto las cosas como son	.50						
38 Siento que el corazón me late más rápido		.78					
41 Siento los latidos de mi corazón		.77					
40 Siento que respiro agitado		.75					
39 Me siento acalorado o sudoroso		.70					
42 Siento que mis músculos están tensos		.64					
43 Me siento nervioso		.57					
20 Pienso en matarme para escapar de los problemas			.66				
22 Me pongo muy triste			.65				
34 Pienso mucho en el problema y no puedo sacármelo de la cabeza			.62				
26 Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo			.58				
28 Me siento enojado(a) por no poder hacer nada			.54				
35 Hago cosas sin pensar			.49				
37 Me paralizó y no puedo hacer nada ante los problemas			.49				
3 Me preocupo por el problema todo el tiempo			.42				
11 Contarles a mis papás y hermanos para que me aconsejen				.80			
4 Hablo con mis papás y trato de solucionar las cosas				.78			
27 Informo a mis papás lo que me pasó y ellos me ayudan a solucionar las cosas				.76			
14 No le doy mucha importancia					.64		
32 Actúo como si todo estuviera bien					.63		
2 Actúo como si no pasara nada					.60		
24 Intento olvidar el problema divirtiéndome con mis amigos					.52		
10 Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema					.42		
1 Pido consejo a un amigo(a) para solucionarlo						.67	
12 Platico el problema con alguien de confianza						.54	
7 Hago algo para sentirme mejor						.45	
6 Rezo para sentirme mejor							.84
18 Busco consuelo en la religión							.81
Reactivos	14	6	8	3	5	3	2
% de varianza explicada	18.8	11.2	0.9	4.2	3.7	3.5	3.3
Valores propios	8.1	4.6	2.4	1.7	1.5	1.5	1.4
Alfa de Cronbach	.89	.82	.74	.84	.65	.64	.68

Nota: Factores: 1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; 2. Respuestas fisiológicas 3. Pensamientos obsesivos y desesperanza; 4. Búsqueda de apoyo en la familia; 5. Evitativo pasivo; 6. Búsqueda de apoyo con el grupo de pares; 7. Religión.

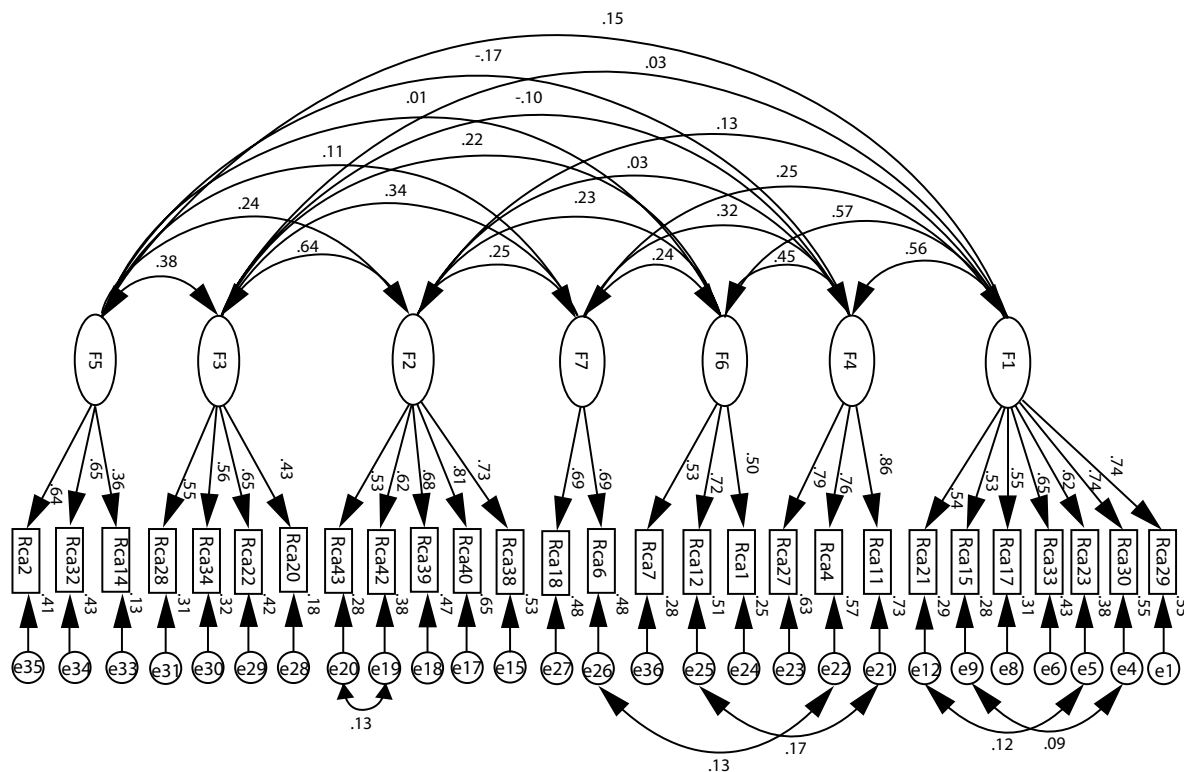
señalan un ajuste adecuado a los datos. Todos los parámetros estimados para el modelo de primer orden (M1) fueron significativos ($p < .05$), y los

índices de modificación sugirieron la incorporación de cinco covarianzas entre los errores de los reactivos 30-15, 23-21, 11-12, 4-6 y 42-43,

Tabla 3. Índices de bondad de ajuste de los análisis confirmatorios de la EA-A

Modelos	Índices absolutos			Intervalo de confianza	Índices incrementales			Índice de parsimonia
	X ²	GFI	RMSEA		AGFI	TLI	CFI	
M1	837.07	.94	.04	.04-.05	.92	.91	.92	2.81
M2	1001.82	.93	.04	.04-.05	.91	.90	.91	3.22

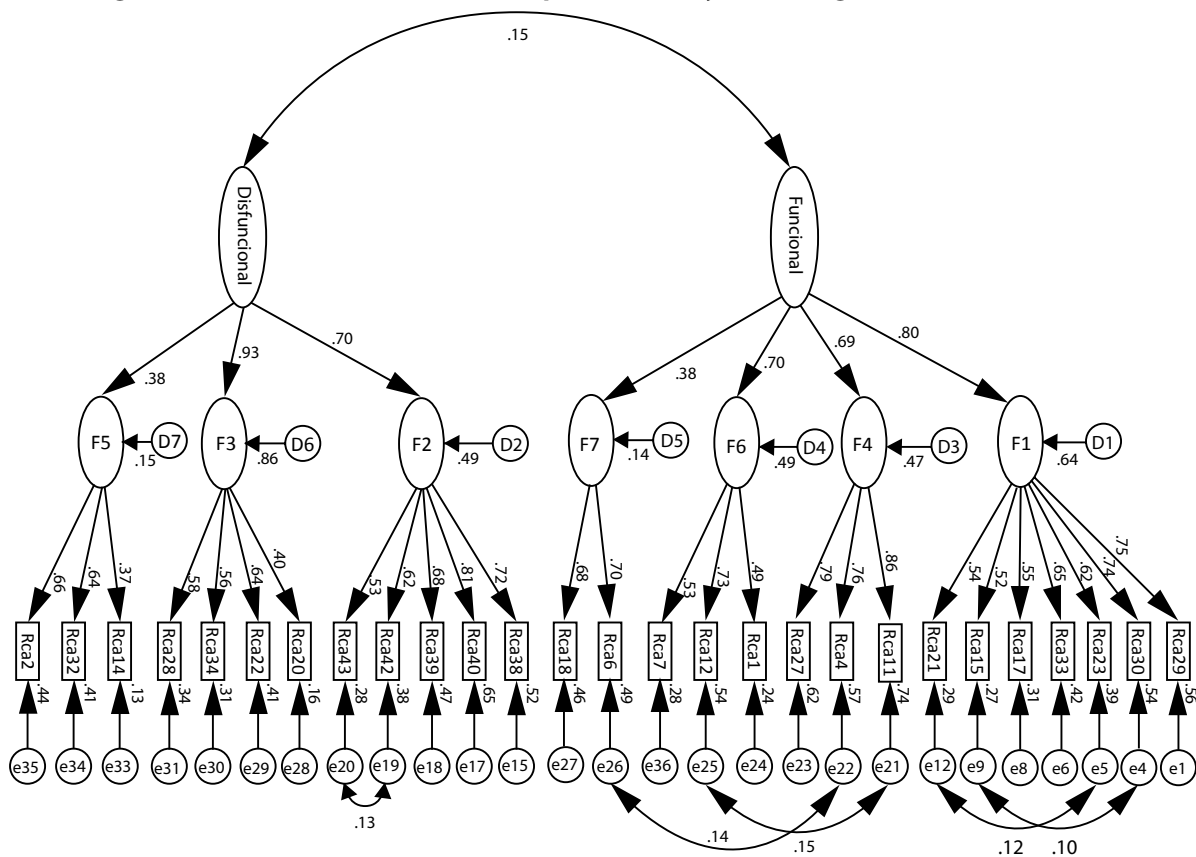
Nota: * $p < .05$; GFI: índice de bondad de ajuste; RMSEA: raíz cuadrada media del error; AGFI: índice de bondad de ajuste corregido; TLI: índice de Tucker-Lewis; CFI: índice de bondad de ajuste comparativo; CMIN/DF: índice de ajuste chi cuadrado dividido por los grados de libertad.

Figura 1. Modelo AFC de 7 factores de primer orden de la EA-A

las cuales resultaron lógicamente teóricas. De esta forma el modelo final incluyó 27 reactivos representados en la figura 1 y cinco covarianzas entre los errores. Todos los índices de ajuste de este primer modelo se encuentran en los márgenes aceptados, lo que sugiere un ajuste global adecuado.

Por otro lado se ajustó un modelo de segundo orden, en el cual los factores F1 (pensamiento positivo y búsqueda de soluciones), F4 (bús-

queda de apoyo en la familia), F6 (búsqueda de apoyo con el grupo de pares) y F7 (religión) se agruparon en la dimensión de afrontamiento funcional; mientras que los factores F2 (respuestas fisiológicas), F3 (pensamientos obsesivos y desesperanza) y F5 (evitativo pasivo) fueron agrupados en la dimensión de afrontamiento disfuncional. Dicha agrupación resultó congruente en función de los resultados estadísticos y teóricos.

Figura 2. Modelo AFC de 7 factores de primer orden y dos de segundo orden de la EA-A

Los parámetros estimados para este modelo de segundo orden (M2) arrojaron índices que sugieren que el modelo posee un ajuste adecuado (véase la tabla 3). Cabe señalar que a pesar de que el índice de chi cuadrado de bondad de ajuste sugiere poco ajuste a los datos, este indicador no es representativo porque el tamaño de la muestra

es grande. No obstante, los demás valores de los índices descriptivos mostraron en su conjunto un ajuste adecuado del modelo a los datos.

Confiabilidad

En la tabla 4 se muestra la consistencia interna a través del coeficiente alfa de Cronbach de los

Tabla 4. Coeficientes alfa de los factores y de las dimensiones de la EA-A

Factor	Núm. de reactivos	Alfa
1. Pensamiento positivo y búsqueda de soluciones	7	.82
2. Respuestas fisiológicas	5	.80
3. Pensamientos obsesivos y desesperanza	4	.63
4. Búsqueda de apoyo en la familia	3	.84
5. Evitativo pasivo	3	.56
6. Búsqueda de apoyo con el grupo de pares	3	.61
7. Religión	2	.64
Afrontamiento funcional	15	.84
Afrontamiento disfuncional	12	.78

factores que conforman la escala, así como de las dos dimensiones evaluadas en el modelo de segundo orden de la EA-A. Los valores oscilaron entre .56 y .84, siendo el valor más alto el del factor 4 (búsqueda de apoyo en la familia). En cuanto a las dimensiones el afrontamiento funcional resultó con mayor consistencia interna. En general los indicadores mostraron que la consistencia interna del instrumento es alta (Nunnally & Bernstein, 1995).

DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como propósito analizar las propiedades psicométricas de una escala para evaluar afrontamiento en adolescentes de 13 a 18 años. Los datos del análisis factorial exploratorio de la Escala de Afrontamiento para Adolescentes (EA-A) indicaron que los reactivos propuestos se agrupaban en dimensiones por medio de las cuales se pueden evaluar diferentes tipos de estrategias que los jóvenes utilizan para afrontar sus problemas; dichas dimensiones mostraron una importante congruencia teórica con lo señalado por diversos autores acerca del afrontamiento en esta etapa del desarrollo (Amirkhan & Auyeung, 2007; Compas, 1987; Compas, Orosan, & Grant, 1993; Seiffge-Krenke *et al.*, 2009).

A partir del análisis factorial exploratorio de la EA-A se observó una configuración de siete factores que evalúan, de acuerdo a la teoría y experiencia clínica de las autoras, las siguientes estrategias de afrontamiento: pensamiento positivo y búsqueda de soluciones; respuestas fisiológicas; pensamientos obsesivos y desesperanza; búsqueda de apoyo con la familia; evitativo pasivo; búsqueda de apoyo con el grupo de pares; y religión.

Este modelo de siete factores fue posteriormente evaluado por medio de un Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para analizar la validez de constructo de la escala, el resultado de este análisis apoyó la estructura factorial inicial de siete factores descritos en el párrafo

anterior y además de ello se identificaron dos dimensiones de segundo orden que agruparon los siete factores en estrategias de tipo funcional y disfuncional.

En cuanto a los factores de primer orden, se concluye que el factor de pensamiento positivo y búsqueda de soluciones (PPBS) permite evaluar estrategias eficientes de afrontamiento encaminadas a solucionar el problema y enfocarlo de manera positiva (Amirkhan & Auyeung, 2007; Compas, 1987; Frydenberg, 2008; Gelhaar *et al.*, 2007; Seiffge-Krenke, 1998; Seiffge-Krenke *et al.*, 2009).

El factor de respuestas fisiológicas (RF) explica un alto porcentaje de la variabilidad de las respuestas, lo cual se considera relevante, pues es un aspecto del afrontamiento pocas veces evaluado que puede relacionarse con la posibilidad de desarrollar enfermedades físicas (Compas *et al.*, 1993; Connor-Smith & Compas, 2004).

Por otro lado, el tercer factor, pensamientos obsesivos y desesperanza (POD), identifica estrategias disfuncionales que implican pensamientos y emociones negativas que giran en torno al problema y que no conducen a la generación de alternativas para su posible solución, así como acciones que se llevan a cabo sin un proceso de evaluación de sus consecuencias y que generan malestar posterior; además, estrategias disfuncionales que consisten en la intención o realización de conductas autodirigidas cuyo fin es herirse a sí mismo.

El factor de búsqueda de apoyo en la familia (BAF) tiene que ver con recurrir a la intervención pasiva o activa de los familiares para solucionar el problema y obtener apoyo emocional. El factor 5, denominado evitativo pasivo (EP), describe estrategias que representan la negación y represión del problema, las cuales se reflejan en actitudes y acciones que llevan a la inmovilidad o retirada, es decir, no se realiza esfuerzo alguno en dar solución al problema.

El factor 6, búsqueda de apoyo con el grupo de pares (BAP), permite evaluar el uso de recur-

sos sociales, como herramientas para la solución del problema, apoyo emocional o un medio de escape cognitivo o conductual del problema. Finalmente, el factor 7, religión (R), implica recurrir a creencias religiosas para aminorar el malestar generado por una situación estresante o problemática. Es importante señalar que aunque este factor está integrado por dos reactivos se consideró importante incluirlo, pues contribuyó en conjunto con los demás factores a una mejor explicación del constructo.

En cuanto a los factores de segundo orden, se concluye que agrupan congruentemente estrategias de afrontamiento que se reducen a dos factores de segundo orden: funcional y disfuncional. Esto resulta congruente desde la perspectiva teórica, por lo descrito por Seiffge-Krenke (2011). Por tanto, dichas dimensiones de segundo orden quedaron conformadas por factores de primer orden que a su vez agrupan reactivos que pertenecen a categorías conductuales representativas del afrontamiento; permitiendo así la separación e identificación de dos grandes tipos de estrategias.

Los modelos obtenidos por medio del análisis factorial confirmatorio de primer y segundo orden presentaron, en general, indicadores de un ajuste adecuado (Byrne, 2010; Gelabert *et al.*, 2011). Aunque el valor de chi cuadrado resultó significativo en el caso del modelo de segundo orden, debe considerarse que de acuerdo a lo descrito por Hu y Bentler (1999) y por Lévy y Mallou (2006) esto tiende a suceder cuando las muestras son grandes, como en el caso del presente estudio, por lo que el indicador de CFI resulta más estable.

Por otro lado, en cuanto a la consistencia interna del instrumento, se observó que en general los indicadores de la confiabilidad fueron adecuados (Nunnally & Bernstein, 1995), salvo en el caso del factor de primer orden denominado evitativo pasivo (EP), que obtuvo un índice por debajo de los estándares establecidos para considerarse con buena confiabilidad. Por ello se

considera importante que en futuros estudios se revisen algunos de sus componentes a fin de aumentar los niveles de consistencia interna de este factor. Posiblemente otra recomendación estaría enfocada en aumentar el número de reactivos en el factor de religión, dada la aportación que demostró tener para el ajuste general del modelo, así como la relevancia teórica que tiene este tipo de comportamientos para afrontar situaciones estresantes (Seiffge-Krenke, 2011).

También será relevante analizar el funcionamiento de la escala incluyendo otro tipo de muestras de diferentes contextos y llevar a cabo otros estudios que examinen, por ejemplo, su validez discriminante o su validez concurrente, así como su consistencia a través del tiempo. Los resultados obtenidos en este trabajo sugieren que la EA-A puede considerarse un instrumento viable para ser empleado a nivel clínico en la evaluación psicológica del afrontamiento en adolescentes mexicanos, así como en la investigación de dicho constructo y las relaciones que guarda con algunos tipos de psicopatología en diversas poblaciones de adolescentes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2014), con el objetivo de apoyar en la evaluación e intervención temprana orientadas a la promoción de la salud.

Es importante agregar que la mayoría de los instrumentos que se han adaptado en México son de alrededor de 1985-1995; y el contexto actual del adolescente ha variado, por lo que se considera que este cuestionario es novedoso al tomar en cuenta no sólo aspectos teóricos sino las palabras y las estrategias que usan los adolescentes para enfrentar el estrés, tal como ellos las describen.

REFERENCIAS

- Amirkhan, J., & Auyeung, B. (2007). Coping with stress across the life span: absolute vs. relative changes in strategy. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 28(4), 298-317. DOI: 10.1016/j.appdev.2007.04.002.
- Antoniazzi, A. S., Souza, L. K., & Hutz, C. S. (2009). Situa-

- tional coping, subjective well-being and self-esteem in adolescents. *Revista Interinstitucional de Psicología*, 2(1), 34-42. Disponible en <http://www.fafich.ufmg.br/gerais/index.php/gerais/article/view/33/44>.
- Arbuckle, J. R. (2012). *AMOS users guide version 21.0*. Chicago, USA: Marketing Department, SPSS Incorporated.
- Auerbach, P., Abela, J., Zhu, X., & Yao, Sh. (2010). Understanding the role of coping in the development of depressive symptoms: Symptom specificity, gender differences, and cross-cultural applicability. *British Journal of Clinical Psychology*, 49, 547-561. DOI:10.1348/014466509X479681.
- Benjet, C. (2008). La salud mental de la niñez y la adolescencia en América Latina y el Caribe. En J.J. Rodríguez, R. Kohn, & S. Aguilar-Gaxiola (Eds.), *Epidemiología de las enfermedades mentales en América Latina y el Caribe* (pp. 234-242). Washington: OPS.
- Benjet, C., Borges, G., Medina-Mora, M. E., Méndez, E., Fleiz, C., Rojas, E., et al. (2009). Diferencias de sexo en la prevalencia y severidad de trastornos psiquiátricos en adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Mental*, 32(2), 155-163. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58212275008>.
- Beutler, L., & Moos, R. (2003). Coping and coping styles in personality and treatment planning: Introduction to the special series. *Journal of Clinical Psychology*, 59(10), 1045-1057. DOI: org/10.1002/jclp.10196.
- Brown, T. A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Nueva York, Londres: The Guilford Press.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming*. Nueva York: Routledge.
- Coleman, J., & Hagell, A. (2007). The nature of risk and resilience in adolescence. En J. Coleman & A. Hagell (Eds.), *Adolescence, risk and resilience: Against the odds*. Vol 3. (pp. 2-16). Nueva York: John Wiley & Sons.
- Compas, B. E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101(3), 393-403. DOI: org/10.1037/0033-2909.101.3.393.
- Compas, B. E., Orosan, P. G., & Grant, K. E. (1993). Adolescent stress and coping: Implications for psychopathology during adolescence. *Journal of adolescence*, 16(3), 331-349. Disponible en <http://vk.mc.vanderbilt.edu/stressandcoping/wp-content/uploads/2014/11/Compas-et-al-1993-J-of-Adol.pdf>.
- Connor-Smith, J., & Compas, B. (2004). Coping as a moderator of relation between reactivity to interpersonal stress, health status and internalizing problems. *Cognitive and Therapy Research*, 28(3), 347-368. DOI: 10.1023/B:COTR.0000031806.25021.d5.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (2000). Teaching coping to adolescents: When and to whom? *American Educational Research Journal*, 37(3), 727-745. Disponible en <http://aer.sagepub.com/content/37/3/727.full.pdf+html>.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1999). The adolescent coping scale: Construct validity and what the instrument tells us. *Australian Journal of Guidance Counselling*, 9, 19-36.
- Frydenberg, E. (2008). *Adolescent coping: advances in theory, research and practice*. Nueva York: Routledge.
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A. & Subirà, S., (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139. Disponible en <http://www.psicothema.com/pdf/3861.pdf>.
- Gelhaar, T., Seiffge-Krenke, I., Borge, A., Cicognani, E., Cunha, M., Loncaric, et al. (2007). Adolescent coping with everyday stressors: A seven-nation study of youth from central, eastern, southern, and northern Europe. *European Journal of Developmental Psychology*, 4(2), 129-156. DOI: 10.1080/17405620600831564.
- González-Forteza, C. F. (1992). *Estrés psicosocial y respuestas de enfrentamiento: impacto sobre el estado emocional en adolescentes*. Tesis de maestría inédita, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Gómez, R., & McLaren, S. (2006). The association of avoidance coping style, and perceived mother and father support with anxiety/depression among late adolescents: Applicability of resiliency models. *Personality and Individual Differences*, 40(6), 1165-1176. DOI:10.1016/j.paid.2005.11.009.
- Hu, L., & Bentler, P. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling*, 6(1), 1-55. DOI: 10.1080/10705519909540118.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review Psychological*, 44, 1-21. DOI: 0066-4308/93/0201-0001.
- Lévy, J. P., & Mallou, J. (2006). *Modelización con estructuras de covarianzas en ciencias sociales*. España: Gesbiblo, S. L.
- López, V. (1999). *Estilos de enfrentamiento y percepción de riesgo*

- hacia el sida en adolescentes. Tesis de maestría inédita, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- López, C., Reyes-Lagunes, I., & Rivera, S. (1998). Estrategias de enfrentamiento: Desarrollo y validación del inventario. En *La Psicología Social en México*: Vol. 7 (pp. 91-96). Estado de México: AMEPSO-FACICO.
- Lucio, E., Durán, C., Barcelata, B., & Hernández, Q. (2007). *Datos sociodemográficos. Cuadernillo de preguntas del proyecto MP6-11: Prevención y apoyo para estudiantes de bachillerato de la UNAM (Macroproyecto UNAM 2007-2009): versión para investigación*. México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Lucio, E., Durán, C., Heredia, C., & Villarruel (2014). *Escala de afrontamiento para adolescentes (EA-A)*. Manuscrito inédito. Universidad Nacional Autónoma de México.
- Maupone, S. V., & Sotelo, A. C. (1999). *Traducción y estandarización del Cuestionario Modos de Afrontamiento al Estrés de Lazarus y Folkman, para una población de adolescentes mexicanos*. (Tesis inédita de Licenciatura). México: UNAM, Facultad de Psicología.
- Moos, R., & Holahan, Ch. (2003). Dispositional and contextual perspectives on coping: toward an integrative framework. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1387-1403. DOI: 10.1002/jclp.10229.
- Nolen-Hoeksema, S., Stice, E., Wade, E., & Bohon, C. (2007). Reciprocal relations between rumination and bulimic, substance abuse, and depressive symptoms in female adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(1), 198. DOI: 10.1037/0021-843X.116.1.198.
- Nunnally, J. C., & Bernstein, I. J. (1995). *Teoría psicométrica* (3a. ed.). Ciudad de México: McGraw-Hill Latinamericana.
- Pike, B. (2001). Gender differences and similarities in adolescents' ways of coping. *The Psychological Record*, 51, 223-235. Disponible en <http://opensiuc.lib.siu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1307&context=tp>.
- Swanson, J., Valiente, C., Lemery-Chalfant, K., & O'Brien, T. C. (2011). Predicting early adolescents' academic achievement, social competence, and physical health from parenting, ego resilience, and engagement coping. *The Journal of Early Adolescence*, 31(4), 548-576. DOI: 10.1177/0272431610366249.
- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health. A developmental perspective*. Nueva Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (2011). Coping with relationship stressors: A decade review. *Journal of Research Adolescence*, 21(1), 196-210. DOI: 10.1111/j.1532-7795.2010.00723.x.
- Seiffge-Krenke, I., Aunola, K., & Nurmi, J. E. (2009). Changes in stress perception and coping during adolescence: the role of situational and personal factors. *Child Development*, 80(1), 259-279. DOI:10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x.
- Seiffge-Krenke, I., Molinar, R., Ciarano, S., Menna, P., Michel, G., Hoareau, E., et al. (2010). Competence in coping with future-related stress in adolescents from France, Italy, Great Britain, and Germany. *Journal of Happiness Studies*, 11(6), 703-720. DOI: 10.1007/s10902-009-9157-2.
- Ullman, J. B. (2001). Structural equation modeling. En B. G. Tabachnick & L. S. Fidell, *Using multivariate statistics* (4a. ed., pp. 653-771). Needham Heights, MA: Allyn & Bacon.
- Wadsworth, M., & Compas, B. (2002). Coping with family conflict and economic strain: the adolescent perspective. *Journal of Research on Adolescence*, 12(2), 243-247. DOI: 10.1111/1532-7795.00033.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2011). Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. DOI: 10.1177/0165025410384923.
- Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2014). The development of coping: Implications for psychopathology and resilience. En D. Cicchetti (Ed.), *Developmental psychopathology*. Nueva York: Wiley. Disponible en [http://www.pdx.edu/psy/sites/www.pdx.edu/psy/files/2014-Zimmer-Gembeck%26Skinner-DP-FINAL%20copy%20\(2\)%20\(1\).pdf](http://www.pdx.edu/psy/sites/www.pdx.edu/psy/files/2014-Zimmer-Gembeck%26Skinner-DP-FINAL%20copy%20(2)%20(1).pdf).

Recibido el 13 de agosto de 2015

Revisión final 5 de mayo de 2016

Aceptado el 16 de mayo de 2016