

**UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA, CASA GRANDE 2017**

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

AUTORA:

VANESSA DEL PILAR SANDOVAL MAZA

ASESOR:

MGTR. WILLY VALLE SALVATIERRA

CHIMBOTE – PERÚ

2018

JURADO EVALUADOR DE TESIS

Mgtr. Erica Lucy Millones Alba

Presidente

Mgtr. Verónica Del Rosillo Salazar Roldan

Miembro

Mgtr. Verónica Adela Alvarez Silva

Miembro

Mgtr. Willy Valle Salvatierra

Asesor

AGRADECIMIENTO

A mis abuelos; Dora y Desiderio, por estar en el lugar y momento oportuno, asumiendo la responsabilidad de hacer de mí no sólo una persona mejor, sino por empujarme y motivarme a seguir con una formación profesional y estar dispuestos a afrontar los retos conmigo.

A mis tíos; Rogger, Rocío y Jhonny, por ser quiénes formaron parte de mi educación universitaria y haberme brindado el apoyo necesario para culminar mi carrera profesional.

A mi novia; Luisa, quién ha sido apoyo, roca, sostén. La lucha hecho persona, el motivo convertido en sonrisa, ella; quien ha sabido enseñarme a superar los obstáculos que la profesión y el trabajo de investigación han demandado.

A cada uno de mis docentes; quiénes con su educación, ejemplo y motivación, fueron un punto clave para transmitirme los conocimientos necesarios en mi formación académica e inculcarme el valor de la ética profesional.

A mi asesor, por brindarme la orientación necesaria con la finalidad de lograr la culminación de mi investigación.

A los alumnos, profesional de Psicología, profesores y director de la I.E N° 81516 Libertad, Casa Grande; por haber sido partícipes y brindar su colaboración en el estudio de la investigación.

DEDICATORIA

A mis padres:

Beatriz y Christian; por haberme dado
la oportunidad de crecer y realizarme
como persona y profesional.

A mi prima Nicole:

Por ser la hermana que la vida no me brindó,
por el cariño y amistad que nos ha mantenido juntas.

A mis mejores amigos:

Por haber siempre estado ahí para mí,
por sus consejos, empuje y por creer siempre
en mis capacidades para culminar la carrera profesional, y
que con su amistad se convirtieron en el soporte emocional
en los momentos difíciles.

RESUMEN

El presente trabajo de investigación, es de tipo descriptivo cuantitativo, con diseño no experimental, transeccional o transversal correlacional, el cual se realizó con el propósito de determinar la relación entre las variables autoestima y depresión, en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Casa Grande, 2017. El universo muestra estuvo constituido por 118 adolescentes de ambos sexos, de los grados; segundo, tercero, cuarto y quinto de nivel secundaria. Para la recolección de datos, se aplicaron los instrumentos: Test Autoestima A-25 adaptado por Cesar Ruiz Alva (2006) y el Inventario de Depresión de Beck (1961). Asimismo, para el análisis y procesamiento de datos se utilizó el programa SPSS versión 22, con el que se elaboraron tablas, gráficos simples y porcentuales. Los resultados hallados en la investigación demostraron que respecto a la variable autoestima el 22% presenta alta autoestima, seguido de un 29.7% con tendencia a alta autoestima y un 20.3% con autoestima en riesgo, mientras que el 8.5% y el 19.5% presentaron tendencia a baja autoestima y baja autoestima, respectivamente. Así mismo, en cuanto a la variable depresión; el 18.6% de los adolescentes presentaron depresión mínima, el 66.1% depresión leve, el 9.3% depresión moderada, y finalmente el 5.9% depresión grave. Para obtener la correlación del estudio, se utilizó la prueba estadística de Correlación de Pearson, demostrando que existe una correlación inversa significativa moderada $r = -.425^{**}$ entre las variables autoestima y depresión, concluyendo que a mayor autoestima menor depresión en los adolescentes.

Palabras clave: autoestima, depresión, adolescentes

ABSTRACT

The current investigation work it is of descriptive quantitative type, with not experimental, transactional, transversional or transverse correlational design, it was designed with the purpose of determining the relation between self-esteem and depression among the teenagers of the city of Casa Grande, 2017. The population sample was formed by 118 teenagers of both sexes belonging to the second, third, fourth and fifth grade of secondary school. For the compilation of information, were applied the following instruments: Test Auto estimates A-25 adapted by Cesar Ruiz Alva (2006) and Beck Depression Inventory (1961). The analysis and the processing of information were realized in the program SPSS, version 22, with that there were elaborated tables, simple and percentage graphs. The results given by the investigation demonstrate that regard to the variable of self-esteem, 22% of the population sample presents high self-esteem, following by a 29.7% tending to a high self-esteem, 20.3% of them have self-esteem in risk whereas 8.5% and 19.5% tending to low self-esteem and low-esteem. Likewise, as for the variable "depression", was obtained that 18.6% presented minimal depression, 66.1 % of slight depression whereas 9.3 % moderate depression and 5.9 % serious depression. To obtain the correlation of the study was used the statistical test of Pearson's Correlation, demonstrating that exists an inverse significant moderate correlation $r = -.425^*$ between the variables self-esteem and depression, concluding that where there's high self-esteem there's minor percentage of depression in teenagers.

Keywords: self-esteem, depression, teenagers

INDICE DE CONTENIDO

JURADO EVALUADOR DE TESIS	ii
AGRADECIMIENTO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
INDICE.....	1
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE FIGURAS	4
INTRODUCCIÓN.....	5
II. REVISIÓN DE LA LITERATURA	11
2.1. Antecedentes	12
2.2. Bases teóricas	14
2.2.1. Autoestima	14
2.2.1.1. Componentes de la autoestima.....	15
2.2.1.2. Tipos de autoestima.....	16
2.2.1.3. Dimensiones de la autoestima.....	17
2.2.1.4. Factores importantes en el desarrollo de la autoestima.....	17
2.2.1.5. Influencia de la autoestima en la conducta	19
2.2.1.6. Deficiencias en Autoestima como Factor de Vulnerabilidad para Otros Problemas	20
2.2.2. Depresión	21
2.2.2.1. Teorías de la depresión.....	22
2.2.2.2. Síntomas de la depresión.....	24
2.2.2.3. Depresión en la adolescencia	24
2.2.2.4. Depresión y familia	27
2.3. Hipótesis.....	29
2.3.1. Hipótesis generales	29
2.3.2. Hipótesis específicas.....	29
III. METODOLOGÍA	30
3.1. Tipo de investigación	31
3.2. Diseño de investigación	31
3.3. Población y muestra	32

3.3.1.	Población	32
3.3.2.	Muestra	32
3.3.3.	Criterios de selección.....	33
3.3.3.1.	Criterios de inclusión	33
3.3.3.2.	Criterios de exclusión.....	34
3.4.	Definición y Operacionalización de las variables	35
3.5.	Técnicas e instrumentos	36
3.5.1.	Técnicas	36
3.5.2.	Instrumentos.....	36
3.6.	Procedimiento de recolección de datos	38
3.7.	Plan de análisis.....	39
3.8.	Aspectos éticos.....	40
3.9.	Matriz de consistencia.....	41
IV.	RESULTADOS	43
4.1.	Tablas de Resultados.....	44
4.2.	Análisis de resultados.....	48
V.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	51
5.1.	Conclusiones	52
5.2.	Recomendaciones.....	53
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
	ANEXOS	58

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Correlación entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.....	44
Tabla 2. Niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.....	45
Tabla 3. Niveles de depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.....	47

ÍNDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1.</i> Diagrama de barras de los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.....	45
<i>Figura 2.</i> Diagrama de barra de los niveles de depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.....	47
<i>Figura 3.</i> Gráfico de barras de los niveles autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.....	63

INTRODUCCIÓN

En la vida, todo está en constante cambio, las situaciones que el ser humano enfrenta cotidianamente suelen ser distintas en lo que respecta al tiempo, asimismo, su forma de razonar, sentir y actuar; por lo cual es importante hallar la condición de estabilidad en una constante de tiempo con relación a múltiples situaciones. Considerándose así, a la autoestima en los adolescentes de vital importancia para sí mismos y para el desarrollo de un estado emocional saludable (Silva, 2015). Asimismo, es habitual presentar sensaciones de angustia, preocupación, molestia, etc., sin embargo, estos sentimientos se convierten en un inconveniente cuando invaden en las actividades de la vida cotidiana por tiempos prolongados, causando un malestar significativo (Alvarado, 2011).

Los adolescentes transitan por un proceso de crecimiento emocional, el cual va afianzándose a través de las distintas etapas del desarrollo humano, a medida que van experimentando y afrontando nuevos retos, como la culminación de la etapa de la escuela, el ingreso a la universidad, ambiente en el cual se relaciona con personas de diferentes estilos de vida, cultura, educación, costumbres y comunidades. Todo esto los hace sentirse distintos y en ocasiones no adaptados, evidenciando actitudes de indiferencia, pereza, rebeldía e incluso conductas suicidas (Micin y Bagladi, 2011).

Por ello, revisar la autoestima y la depresión adquiere mayor importancia en los adolescentes, ya que abarca cantidades significativas conformadas por estudiantes de secundaria, lo cual exige el desarrollo de sistemas de salud de atención primaria que involucren a las escuelas; puesto que se estima unos 270.915 casos de adolescentes que sufren trastornos psicopatológicos (Micin y Bagladi, 2011).

Debido a esto, en la actualidad, la autoestima es un factor crítico, que afecta al ajuste psicológico y social del individuo. Así, niveles bajos en la autoestima de los

jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos relacionados a episodios de ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, desesperanza y tendencias suicidas o ideas suicidas (Rolando, 2016).

Así mismo, la depresión es una enfermedad común a nivel mundial y se estima que aproximadamente 340 millones de personas la padecen. Estos datos son reportados por la Organización Mundial de la Salud (2015), la misma que indica que la depresión se convertirá en la primera causa de discapacidad mental en el mundo para el año 2020.

Cabe precisar, que una de las poblaciones más expuestas a este mal son las juventudes, pues hasta la actualidad son el grupo etario que presenta altas tasas de suicidios en diferentes partes del mundo. La adolescencia es el grupo etario con mayor población habitada en el Perú y el mundo. En relación a los trastornos mentales, son uno de los factores que contribuyen a la conducta suicida de este grupo; se estima que el trastorno depresivo es el factor de riesgo más relevante alcanzando el 69%, siendo más significativo en mujeres que varones (Ministerio de Salud, 2017).

En el Perú, la alta prevalencia y cronicidad de los trastornos neuropsiquiátricos representa la primera causa de carga de enfermedad. Dicho problema epidemiológico se agudiza cuando el 60% de individuos que experimentaron un primer episodio de depresión, volverán a experimentar un segundo episodio; el 70% de personas que experimentan un segundo episodio, experimentarán una recaída por tercera vez; y el 90% de pacientes con 3 episodios volverán a experimentar una cuarta crisis. Estos porcentajes se relacionan directamente con las pautas actuales del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, versión 5 (APA, 2013).

Por otro lado, una diversidad de estudios ha demostrado que la presencia de algún desorden mental puede contribuir tanto a la etiología como a la progresión de las enfermedades crónicas.

Un reporte emitido por el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado Hideyo Noguchi, indica que, de los 334 casos presentados en nuestro país en el año 2013, 80% estuvieron asociados a los trastornos del estado de ánimo los cuales tienen antecedentes en la vida infantil. De igual modo se indicó que de cada 20 adolescentes mayores de 15 años, uno se deprime al año, de cada 20 adolescentes con episodios depresivos, uno intenta suicidarse; y de cada 20 intentos suicidas, uno llega a concretarse.

En tal sentido, el presente trabajo se justifica por el aporte teórico que significa al suponer una revisión teórica de la depresión en la adolescencia y de cómo el desarrollo de factores protectores como la autoestima puede mediar un papel importante en la acción de intervención y prevención dentro de la salud mental. Además, logrará encaminar a diversos profesionales ante la escasez de investigaciones que vinculen ambas variables de estudio, buscando incrementar las investigaciones locales existentes, considerando también a la población objetivo. De la misma forma, a nivel social los resultados servirán para concientizar a la población sobre la importancia de la autoestima y la depresión, teniendo en cuenta el efecto en los diversos contextos de sus vidas de los adolescentes, bajo la siguiente premisa: a mayor autoestima, menor depresión (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

También, a nivel práctico a las instituciones encargadas del trabajo en problemáticas psicológicas con adolescentes; para la planificación y realización de programas preventivos, promocionales y terapéuticos otorgándoles la oportunidad de

incurrir de modo más adecuado y eficiente en el proceso de promoción del desarrollo humano. Finalmente, a nivel metodológico servirá para brindar datos válidos y confiables que permitan apreciar la autoestima y su efecto en la depresión en los adolescentes.

De este modo, se procede a compilar datos de otras investigaciones similares y previas a esta, lo que nos sirve como antecedentes para poder centrarnos en el desarrollo histórico de los alcances obtenidos.

Con base en la descripción general del problema sobre la autoestima y depresión, y con el objetivo de abarcarla científicamente, se planteó la siguiente pregunta: ¿Existe relación entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017?

Es por esta razón, que se estableció como objetivo general de investigación: Determinar la relación entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. Asimismo, se establecieron los objetivos específicos: Describir los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017 y describir los niveles de depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

En función a ello, también se ha recopilado bases científicas que sustentan el enfoque teórico con el que se aborda el desarrollo completo del estudio. De igual modo, para los fines prácticos se evaluó a 118 adolescentes con el Test de autoestima A-25 y el Inventario de depresión de Aaron Beck. Así mismo, se consideró el tipo de investigación descriptivo cuantitativo con un diseño no experimental transversal correlacional, y partir de ello se aplicó los procesos estadísticos en orden cronológico.

Los resultados de todo este proceso son presentados en tablas y gráficos según corresponda el apartado.

II. REVISIÓN DE LA LITERATURA

2.1. Antecedentes

Vera, Roselló y Toro (2010) realizaron el estudio Autoestima y Juventud Puertorriqueña: Eficacia de un Modelo de Intervención para Mejorar la Autoestima y Disminuir los Síntomas de Depresión, presentado en Santa Marta-Colombia, con un diseño de método mixto, experimental, correlacional. Con el objetivo de analizar la relación existente entre autoestima y sintomatología depresiva, en donde se evaluó una población de 70 participantes, de la cual se seleccionó por el método no aleatorio, una muestra de 35, con edades entre 16 y 29 años de edad, para verificar la correlación de las variables autoestima y depresión. Así mismo, se obtuvo una correlación inversa, fuerte y negativa entre las variables, con una puntuación de $r = - ,50^*$, concluyendo que la baja autoestima ayuda a explicar en un 25% la presencia de síntomas de depresión en los integrantes o viceversa, ya que esto no implica obligatoriamente causalidad ni direccionalidad.

Morello (2017) en su tesis Nivel de Autoestima en Adolescentes de Secundaria de la Institución Educativa Alborada Francesa en el Distrito de Comas-2015, presentada en Lima-Perú, realizó un estudio cuantitativo de carácter no experimental, de corte transversal y descriptivo. En la que trabajó con una población de 554 adolescentes que cursaban del primer al quinto grado de educación secundaria, con edades entre los 11 y 19 años, de la cual luego seleccionó su muestra de 227 adolescentes, mediante el muestreo probabilístico aleatorio; a quienes les aplicó la escala de Autoestima de Rosenberg con el objetivo determinar su nivel de autoestima. Los resultados obtenidos indicaron que el 42,28 % de los evaluados poseen un nivel de autoestima media, mientras que el 40,65% presenta una autoestima alta y el 17,07% un nivel de autoestima baja. Por lo cual se concluyó que la mayor parte de los

adolescentes no se consideraban superior a otros ni tampoco se aceptaban a sí mismos por completo, por tener un nivel de autoestima media. Además, en la menor parte de adolescentes se observó serias dificultades en su autoestima, lo cual podría traer graves consecuencias, tales como trastornos alimentarios, depresión, alcoholismo, drogadicción, actividades delincuenciales, entre otras.

Ceballos et al. (2015) en su estudio denominado Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta, presentado en Santa Marta-Colombia, con un diseño no experimental descriptivo, transversal de tipo correlacional, analizaron una población de 739 adolescentes de los grados noveno, décimo y undécimo, con edades entre 15 y 19 años, de la cual se seleccionó una muestra de 242 estudiantes por medio del muestreo aleatorio estratificado; a los que se les aplicó el Inventario de depresión de Beck, la Escala de Autoestima de Rosenberg, la Escala de Ideación Suicida de Beck y un cuestionario socio demográfico, con el objetivo de determinar la relación entre depresión, autoestima e ideación suicida. De esta forma, los resultados evidenciaron que el 84% presentó depresión mínima, seguido por un 5% con depresión leve. Así mismo, el 7% evidenciaron depresión moderada y el 4% depresión grave, concluyendo así que generalmente la adolescencia viene acompañada de factores de riesgo psicosociales, lo cual representa una etapa de vulnerabilidad que instaura diversos estados problemáticos. Por lo cual es importante evaluar y comprender el comportamiento de estas variables psicológicas en los adolescentes, para promover e implementar actividades de prevención y diseñar protocolos de atención basados en estos elementos de riesgo.

Riveros (2017) en su tesis de licenciatura Funcionamiento Familiar y Nivel de Autoestima en Adolescentes, Alto Moche-2017, presentada en Trujillo-Perú, realizó

una investigación de tipo descriptiva correlacional de corte transversal, con el objetivo de hallar la relación que existe entre el funcionamiento familiar y el nivel de autoestima en adolescentes de Alto Moche. Para esto, trabajó con una población de 440 adolescentes con edades entre los 14, 15 y 16 años, de la cual seleccionó una muestra de 163 adolescentes por medio del muestreo probabilístico aleatorio simple. Para la recolección de datos utilizó dos Test: Funcionamiento Familiar FF-SIL y Nivel de Autoestima. Finalmente, los resultados mostraron que el 68.7% de los evaluados presentaban familias moderadamente funcionales, el 18.4% familias funcionales y el 12.3% familias disfuncionales. Asimismo, el 65.6% presentaban un nivel medio de autoestima, el 30.1% un nivel alto de autoestima y el 4.3% un nivel bajo. Concluyendo que el funcionamiento familiar guarda relación significativa con el nivel de autoestima en los adolescentes, por lo que es importante implementar programas de prevención de problemas emocionales y conductuales relacionados a disfuncionalidad familiar.

2.2. Bases teóricas

2.2.1. Autoestima

Desde la perspectiva de la psicología, Rolando (2016) define la autoestima como el resultado del proceso de valoración que cada quien hace de sí mismo en todo momento, el cual puede ser negativo o positivo, y de la misma forma puede ser observable, dado que influye en todos nuestros comportamientos (pp. 16-27).

Además, considera distintos aspectos que influyen de manera evidente, como lo son la familia, la escuela, la comunidad y el entorno en general de cada adolescente, incluyendo la dependencia de la sensibilidad o susceptibilidad de cada sujeto (p.29).

2.2.1.1. Componentes de la autoestima

Roa (2013) lo divide en: componente cognitivo, componente emocional o afectivo y componente conductual (p.243).

Componente cognitivo: llamado también como autoconcepto, autoimagen, autopercepción y autoconocimiento. Esto significa que cada quien tiene una opinión sobre sí mismo y su personalidad. Es importante la consolidación de nuestra autoestima, basada en creencias sólidas y convencimientos propios, para poder superar conflictos evitando que nuestra autoestima disminuya.

Componente emocional (evaluativo): este componente es la unión de emociones, valores y sentimientos que resulta en el grado de aceptación, aprecio y valoración sobre sí mismo, el cual puede tener un matiz positivo o negativo según nuestra autoestima.

Componente conductual: este componente está relacionado con la decisión de realizar un proceso de manera coherente, es decir, la autoafirmación del propio yo, en busca de la correcta adaptación e interacción con su medio. La característica más importante de una persona con respecto a su conducta se plasma en una conducta responsable, autodirigido, autónomo, coherente, entre otras más.

También existen 5 componentes básicos de la autoestima según Franco Voli (como se citó en Sebastián, 2012, p.27).

– Seguridad: indica que es el componente que implica ser una persona segura de sí misma caracterizándose por su manera de actuar y la confianza. Una persona segura tiene muchos puntos a su favor como por ejemplo entablar una buena relación con los demás, se expresa, escucha y no se deja llevar por las represiones, y

sobre todo se siente cómoda asumiendo contratiempos, llegando a buscar alternativas de solución.

- Identidad: se conoce como la definición que se otorga a sí mismo.
- Integración: es el componente que implica el sentirse perteneciente a un grupo determinado, por ejemplo: formar parte de un grupo de amigos, estudio, familia etc. Además, permite desarrollar mejores características para la participación, la amistad, y la colaboración y contribución con los demás.
- Finalidad o motivación: es el componente en el cual el ser humano logra crear motivaciones para cambiar un comportamiento definido, la base de este componente es la fe y saber valorar hasta donde se puede llegar con esa determinación.
- Competencia: es el componente en el que el ser humano forja sus habilidades por completo en diferentes actividades, el cual depende del grado de autosuperación, que además varía de acuerdo a su autoestima.

2.2.1.2. Tipos de autoestima

Por otro lado, Rolando (2016) califica como tipos de autoestima a estos tres niveles:

- Autoestima alta: lo conforman la capacidad y el valor para enfrentarse a los inconvenientes de forma resolutiva, y estas derivan de una persona segura y confiada de sí misma.
- Autoestima relativa o media: se trata de una aceptación o no, de sentirse valioso o no; es una manera relativa en la que las personas pueden encontrarse. Por lo cual supone cierta inestabilidad en la percepción de sí misma.
- Autoestima baja: es cuando el ser humano se siente por debajo de los demás, caracterizándose por tener un sentimiento de inferioridad. Estas personas no

tienen claro sus objetivos, no han aprendido a valorarse, se sienten inseguros, indefensos, inadaptados y sin valor.

2.2.1.3. Dimensiones de la autoestima

Según Roa (2013) existen cinco dimensiones caracterizadas por su radio de acción y amplitud (p.244).

- Autoconcepto personal: se basa en la percepción de la propia identidad y el sentido de autocontrol, responsabilidad y autonomía de cada uno.

- Autoconcepto físico: es una autoevaluación que se tiene sobre la imagen y presencia física, como de sus habilidades y competencias para cualquier actividad física.

- Autoconcepto académico: es el conjunto de experiencias, logros, fracasos y percepciones con respecto al ámbito escolar, teniendo en cuenta la capacidad, productividad, dignidad e importancia en la cual uno emite una opinión sobre sí mismo.

- Autoconcepto familiar: es una autoevaluación en el ámbito familiar, con los miembros de la familia teniendo en cuenta la capacidad, productividad, dignidad e importancia en la cual uno emite una opinión sobre sí mismo.

- Autoconcepto social: es una autoevaluación en el ámbito social, consecuencia de las relaciones sociales, considerando la capacidad y las habilidades de solucionar problemas, de adaptación al medio y de la adaptación de los demás.

2.2.1.4. Factores importantes en el desarrollo de la autoestima

- **La resiliencia**

Cuando el ser humano tiene la capacidad de amoldarse y desarrollarse en la sociedad pese a situaciones adversas y bajo malos pronósticos. Por ejemplo; cuando el

adolescente vive bajo problemas de alcoholismo en casa, teniendo padres que sufren ese vicio, sin embargo, pese a ello el hijo confronta la situación y asimila no vivir bajo este problema, al contrario, evita ese estilo de vida y se vuelve “resiliente” bajo una situación negativa (Universidad de Guanajuato, 2014, p.13).

– **Valores**

Los valores aumentan el logro de propósitos determinados, mientras más nivel de conciencia se adquiera más coherente será lo que se piense. Este es un proceso que necesita ser desarrollado con autocontrol y autoconocimiento. Los valores forman parte importante del pensamiento por tanto el individuo es capaz de distinguir entre lo que está bien o no (Universidad de Guanajuato, 2014, p.14).

La disciplina que estudia los valores se llama axiología, la estructura de los valores se posiciona en la sociedad dependiendo de la etapa en la que el ser humano se desarrolla en el medio en que vive. La educación de valores es hablar de instrucción ética, esta puede convertirse en beneficio del hombre para saber desarrollarse de la mejor manera en la sociedad, adaptándose a esta, logrando conocer y cuestionar los aspectos de la realidad del día a día (Universidad de Guanajuato, 2014, p.14).

– **Tiempo libre**

En el proceso de crecimiento del ser humano en el transcurso de su vida, logra distinguir lo propio de lo ajeno, lo que realmente quiere para su vida y lo que los demás quieren para él. Cada persona tiene el derecho de gozar su tiempo libre como amerite sus necesidades, sin embargo, es común ver como nuestros deseos decaen ante la presión de los deseos de otros.

Vivir experiencias acompañadas de información continua, listas para ser explotadas es una fuente pura de tiempo libre. Por ello cada quien debe pensar sobre

lo que realmente quiere, desea y necesita en su vida sin ser arrastrados a pensar en función de otros (Universidad de Guanajuato, 2014, pp.14-15).

– **Proyecto de vida**

Muchas veces el ser humano no toma importancia sobre el concepto real de un proyecto de vida personal, debido a que muchos creen que su futuro ya está encaminado, por la economía, la realización familiar o alguna carencia afectiva, lo cual evita que planifique su vida.

En la adolescencia se realiza el proyecto de vida y este debe perdurar y acompañar al ser humano a lo largo de los años próximos. Por esta razón, es muy importante construir una vida de manera independiente, sin dejar de cuestionarse qué es lo que se desea para un futuro, por tanto, es esencial encontrar las respuestas en el proyecto de vida; ya que el ser humano tiene un papel importante en el mundo y es hacer algo por él mismo (Universidad de Guanajuato, 2014, p.15).

2.2.1.5. Influencia de la autoestima en la conducta

Roa (2013) refiere que el adolescente se desenvuelve en diversos contextos, en donde se va formando una imagen específica de sí mismo, es decir, logra establecer su personalidad, como resultado de la interacción con el ámbito familiar, escolar, social (p.248).

Como señala Rolando (2016) una alta autoestima permite al adolescente participar en un mundo de relaciones sociales recíprocas, en el que recibe y ofrece ayuda, pero sobre todo fortalece la interacción con el medio. Se menciona también que las personas con una elevada autoestima son más conscientes de los fenómenos del planeta, y toman una posición a favor de los necesitados. En consecuencia, podemos

deducir que la autoestima puede ejercer tanto un efecto directo como indirecto en el bienestar psicosocial de la persona (pp. 29-30).

También, la Universidad Católica de Pereira (2015) menciona que las personas con baja autoestima están predispuestas a experimentar situaciones de depresión, aislamiento y ansiedad, ya que se sienten débiles para vencer sus diferencias y carecen de herramientas internas para tolerar las situaciones difíciles (p.168).

Álvarez, Alonso y Guidorizzi (2010) por otro lado consideran que el individuo al presentar una baja autoestima, se convierte en un factor importante de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas o bebidas alcohólicas durante la adolescencia. Aunque los adolescentes se esfuerzan por mantener actitudes positivas, estas pueden verse amenazadas debido a los fracasos o por influencia social, entre otros factores. Además, señala que la autoestima es un recurso claro de protección, ya que contribuye a preservar el propio bienestar biológico, psicológico y social (p.636).

2.2.1.6. Deficiencias en Autoestima como Factor de Vulnerabilidad para Otros Problemas

La autoestima es un factor crítico, que afecta al ajuste psicológico y social del individuo. Así, niveles bajos en la autoestima de los jóvenes se han asociado con una serie de síntomas psicopatológicos relacionados a episodios de ansiedad, síntomas depresivos, insomnio, desesperanza y tendencias suicidas o ideas suicidas (Rolando, 2016, p. 29).

Álvarez et al. (2010) en sus hallazgos en torno a la relación entre autoestima y consumo, muestran que una autoestima baja en los contextos familiar, comunitario y escolar, y una autoestima alta en el contexto de relación con iguales, se asocian con un mayor consumo de alcohol en adolescentes. Además, la adicción a estas sustancias

frecuentemente inicia con el uso experimental y recreativo en edades tempranas (p.635).

Por otra parte, los jóvenes con baja autoestima se caracterizan también por presentar una inadecuada salud física. Algunas de estas actitudes y conductas se presentan por la insatisfacción de la imagen corporal, la cual puede provocar estrés, y terminar en distintos trastornos alimenticios como la anorexia y bulimia. Asimismo, los adolescentes son los que presentan mayor riesgo, sobre todo las mujeres, debido a que están en proceso de construcción de su identidad y aún no poseen los suficientes criterios y valores propios que les permitan evadir la presión establecida por la sociedad frente a los diferentes modelos estéticos (Cetraro, 2011, pp. 11-12).

2.2.2. Depresión

La Organización Mundial de la Salud (2015) define la depresión como un trastorno mental, que se caracteriza por sentirse triste, melancólico, infeliz, con sentimientos de culpa, falta de autoestima o trastornos del sueño, entre otros aspectos, los cuales pueden llegar a ser permanentes o temporales en quien la padece.

Con respecto a la depresión, Rolando (2016) la describe como el estado de ánimo negativo que se conforma por problemas somáticos, cognitivos y conductuales. Esta se presenta frecuentemente en los adolescentes, la cual se refleja en síntomas de tristeza excesiva, apatía, irritabilidad, autoestima baja, sentimientos de inutilidad o culpa, dificultades para concentrarse, entre otros. También, indica que hay muchos casos de depresión que se reflejan en los más altos índices a causa de motivos familiares, pérdidas emocionales o laborales, o la falta de capacidad para adaptarse a los cambios (pp. 21-22).

Este trastorno es de mucha importancia debido a sus grandes consecuencias como; desorganizar los patrones de sueño, comida y disminuir el impulso sexual. El ser humano se vuelve más vulnerable y pesimista sobre su vida misma, dudoso de sus decisiones y pierde el interés por su entorno (p.22).

Por último, menciona que muchos adolescentes presentan niveles altos de cierta hormona y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, los cuales pueden ser muy elevados por motivos hereditarios, es decir, ocasionados por las respectivas familias, las cuales en ocasiones les pueden ofrecer por medio de sus comportamientos una visión triste del mundo a los niños o un ambiente poco enriquecedor (p.21).

2.2.2.1. Teorías de la depresión

Según el Sistema Nacional de Salud (2014, p. 70) la depresión se puede trabajar desde los siguientes enfoques:

- Teorías psicoanalistas: es la idea de una serie de mecanismos inconscientes que dirigen las emociones y los pensamientos del ser humano. Según la teoría psicoanalítica la depresión es un resultado, por tanto, se le llama a la ausencia de interés por el resto de personas del mundo externo, que significa conducta inhibida en la persona.

- Teorías conductistas: es la teoría de la desesperanza aprendida o indefensión, cuando una persona vivió experiencias desagradables en su pasado que no supera y no pudo sobrellevar, y combate contra ese hecho irritante, indica que bajo esta manera de pensar de la persona ante alguna situación desagradable, no podrá convencerse a sí mismo de que puede salir de la situación, por el contrario, perderá el control del problema. Es allí donde aparecen, entonces, los sentimientos de

inseguridad, de temor por sí mismo, pesimismo sobre las circunstancias de la vida y desesperanza total sobre un futuro incierto.

– Teorías Cognitivo-Conductuales: la teoría cognitivo-conductual más sobresaliente es la teoría de Beck, que denomina a la depresión como una consecuencia de las alteraciones que el ser humano realiza al procesar una información de lo que le rodea. Según esta teoría, la persona tuvo que haber pasado experiencias desagradables y negativas que como resultado le hicieron elaborar un esquema pesimista en tres aspectos:

Concepto negativo, erróneo de sí mismo, de la sociedad que lo rodea y de su futuro. Ya que tiene un punto de vista diferente al de los demás siendo pesimista consigo mismo, sus pensamientos están alterados y no logra realizar una buena interpretación de las situaciones que se presentan en su vida, al contrario, tienden a equivocarse y distorsionar sus ideas y pensamientos llegando a la equivocación sobre los sucesos que se da en la vida diaria.

– La Teoría Cognitiva: se trata sobre la depresión desde una perspectiva cognitiva y de vulnerabilidad-estrés, esta vulnerabilidad depende de la presencia de esquemas cognitivos alterados que se expresa en actitudes negativas sobre temáticas de ausencia, incompatibilidad, fracaso, etc.; como por ejemplo creer en que la felicidad depende de lo que piensan los demás y la necesidad de ser aprobados por el resto, sumándole la búsqueda obstinada de perfección en sí mismos.

También se clasifica en cuanto a la severidad de los casos en tres niveles (Sistema Nacional de Salud, 2014, p. 208).

– Leve: se desarrollan síntomas que afectan poco la vida diaria, o lo hacen en algún aspecto específico.

- Moderado: se habla de un estado intermedio entre leve y grave, cuando los síntomas y las limitaciones no son tan específicos como en la primera, ni tan generalizados como en la segunda.
- Grave: la persona puede presentar diversos síntomas que pueden deteriorar o incapacitar varias áreas o aspectos de la vida cotidiana.

2.2.2.2. Síntomas de la depresión

Según el Sistema Nacional de Salud (2014, p. 210) entre los síntomas más frecuentes se encuentra:

- Suele aparecer o no en cortos periodos sin causa aparente, o bien, aparece como respuesta a diversas circunstancias que pueden accionar los sentimientos representativos de la depresión y pueden proceder como desencadenantes. Por ejemplo: haber sufrido depresión antes o tener antecedentes familiares con estas características, experimentar pérdidas importantes, sufrir situaciones conflictivas en el entorno o presentar abuso de sustancias psicoactivas, entre otras.
- Un síndrome con poca probabilidad de aparecer por una causa única, es decir, puede ser el resultado de muchos factores psicológicos, genéticos, bioquímicos y de la personalidad.
- Algunos de los síntomas más frecuentes que se presentan en el trastorno de depresión son: la ansiedad, irritabilidad, ganas de llorar sin motivo aparente, pérdida de energía o cansancio, dificultad para concentrarse, sentimientos de inutilidad o culpa, pensamientos negativos o de muerte.

2.2.2.3. Depresión en la adolescencia

La depresión se puede manifestar en cualquier edad, pero es muy frecuente que ocurra en la adolescencia o a principios de la adultez temprana. En los adultos, gran

parte de los trastornos comenzaron como niveles altos de ansiedad en la niñez, lo cual podría significar un riesgo de depresión a edades mayores (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015, p.4).

Según Rolando (2016, pp.18-26) se encuentran los siguientes factores que conllevan a los adolescentes a la depresión y a los problemas de conducta:

- Sentirse insatisfecho con su cuerpo, llegando a provocar problemas en la salud mental y a trastornos alimenticios; como la bulimia y anorexia en los adolescentes.
- Incierto sobre el futuro y miedo al fracaso, ya que el adolescente tiende a reflexionar sobre un todo negativamente, lo que trae como consecuencia una depresión.
- El ambiente familiar en el que se desarrolla el adolescente, ya que de aquí se generan las bases de su aprendizaje y habilidades para afrontar la vida.
- El estrés y la depresión pueden aparecer también por problemas amorosos u económicos de los padres, creando un ambiente conflictivo y confuso en el adolescente.
- Cuando el adolescente no es popular o no tiene grandes capacidades de socializar.
- Problemas en el ámbito académico en los adolescentes, entre los que destaca un bajo rendimiento y un sentimiento de incapacidad para afrontar exigencias académicas.

La depresión es característica en la adolescencia ya que es una etapa compleja, en la que se busca el desarrollo constante de la identidad, sexualidad y género, entre otros aspectos. Donde tienen que aprender a tomar decisiones de manera

independiente, lo que genera en ellos miedos, sobrevalorando sus dificultades y todos los aspectos que no son importantes (Instituto Nacional de Salud Mental, 2015, p.7).

Además, es importante reconocer que existe diferencia entre la tristeza normal y la depresión, ya que esta última hace referencia a un síntoma psiquiátrico.

Jiménez (2011, p.55) comenta que es importante reconocer y distinguir la presencia de una tristeza normal a un estado depresivo en la etapa de la adolescencia. Ya que este último fenómeno puede llegar a ser peligroso y conllevar a acciones autodestructivas:

- Como fenómeno transitorio, se refiere a un proceso temporal propio de la etapa de la adolescencia.
- Como enfermedad psiquiátrica, se refiere a un proceso por medio de acciones llenas de impulso, debido a los conflictos que posee.

La etapa de la adolescencia es solo una época complicada para algunos, ya que para muchos es una etapa gratificante llena de buenas experiencias.

Según el Sistema Nacional de Salud (2014, p.60) la depresión tiene repercusiones en tres órdenes:

- En el orden cognitivo: la depresión reprime el poder admitir las relaciones posibles entre la acción y las alteraciones de las circunstancias; generaliza sus experiencias, magnifica sus miedos y tiende a fijarse al juicio negativo.
- En el orden emotivo: el depresivo frente a situaciones de presión tiende a fallar, sintiéndose incapaz de poder solucionar algún problema, suele subestimarse considerándose inútil, incapaz y sin posibilidad de arreglo.

- En el orden comportamental: el depresivo es una persona pasiva, sin ganas de intentar algo nuevo; algún proyecto, pretendiendo renunciar ante las circunstancias.

2.2.2.4. Depresión y familia

Vargas (2014) menciona que la familia es un sistema que favorece la salud y el correcto desarrollo de la calidad de vida. Sin embargo, gracias a este gran factor de influencia que tiene, es común también encontrar adolescentes con problemas psicosociales donde está involucrada la familia.

Asimismo, el autor menciona que la estructura familiar se encuentra sujeta a un proceso dinámico que está sometido a diferentes cambios, los cuales, dependen de la etapa del ciclo vital en el que se encuentre o de la influencia que tienen las situaciones cotidianas que generan estrés. Por consiguiente, las etapas del ciclo de vida familiar se conforman por nuevos y diferentes roles, los cuales al no ser asumidos correctamente pueden originar conflictos y con el pasar del tiempo, convertirse en un problema de salud mental o un trastorno mental como la depresión (p.57).

Aquí, los conflictos más comunes de la estructura familiar son, según la Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras (2009, p. 3-4).

- Diferencias entre opiniones, pensamientos, acciones, propósitos, etc.
- Celos, rivalidades o mala convivencia entre hermanos.
- La distribución desequilibrada de los recursos económicos.
- Mala organización en las tareas familiares y la forma de asumir los roles destinados.
- Mala comunicación entre los integrantes de la familia.
- Diferencias de percepción e información respecto a un tema de interés.

Tizón (2005, p.220) refiere que las estructuras familiares juegan un papel importante en el desarrollo y la salud del adolescente, lo que implica cuatro aspectos importantes:

- La familia es quien establece la base principal de las ideologías y los modelos de comportamiento relacionados con la salud.
- Las dificultades que afronta la familia respecto a los diferentes cambios y etapas que atraviesa pueden influenciar en la salud de los hijos.
- La familia y sus demás integrantes pueden sufrir los efectos y sobrecargas de la convivencia con el adolescente depresivo, aumentando el riesgo de contribuir a sus propios síntomas.
- La familia es un factor de apoyo muy importante para el adecuado tratamiento de la enfermedad en el adolescente.

Además, el autor también expone que la familia es fundamental para desarrollar una adecuada recuperación del adolescente. Por lo que existe:

- La necesidad de conocer las razones, síntomas y características de la enfermedad.
- La necesidad de tener en cuenta las cosas que no se deben hacer, con el propósito de no alterar el proceso de recuperación.
- La necesidad de aprender a conceder apoyo, fortaleciendo el tratamiento.
- La necesidad de observar detenidamente la evolución psicológica y comportamental del adolescente.

Es de gran importancia el papel que desempeña la familia en la crianza de un niño, por lo cual es necesario presentar un ambiente familiar adecuado para el desarrollo y el dominio de nuevas habilidades, ya que de esto depende la calidad de

las interacciones entre padres e hijos. Por esta razón, las familias disfuncionales son uno de los principales factores de riesgo respecto a la generación de problemas conductuales, transformando la etapa de la adolescencia en quizás una de las peores de su vida, debido a los diferentes cambios que se da durante esta edad. Siendo común la presencia de la depresión reflejada en la tristeza, que sin ayuda profesional u orientación puede conllevar un problema mucho más grave (Rolando, 2016, p.18).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis generales

H_i: Existe una relación inversa significativa entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

H_o: No existe una relación inversa significativa entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

2.3.2. Hipótesis específicas

H_i: Existen mayores niveles de alta autoestima en lugar de baja autoestima, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

H_o: No existen mayores niveles de alta autoestima en lugar de baja autoestima, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

H_i: Existen mayores niveles de depresión mínima en lugar de depresión grave, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

H_o: No existen mayores niveles de depresión mínima en lugar de depresión grave, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

III. METODOLOGÍA

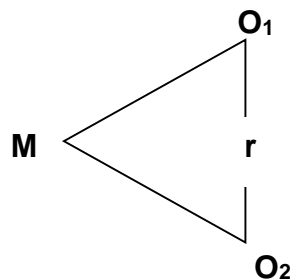
3.1. Tipo de investigación

Este estudio es de tipo descriptivo, puesto que se estableció perfiles de las variables autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Casa Grande en el año 2017. Así mismo es de tipo cuantitativo, dado que se utilizó la recolección y el análisis de datos para responder a la pregunta de investigación y probar las hipótesis establecidas, haciendo uso de la medición numérica (Hernández et al., 2014).

3.2. Diseño de investigación

Según, Hernández et al. (2014) el diseño que se utilizó para la investigación es no experimental, de tipo transeccional o transversal correlacional. No experimental, porque no existió manipulación de las variables; ya que se observó los fenómenos tal como se encontraban en su contexto natural para posteriormente ser analizados. Es de tipo transeccional o transversal, debido a que la recolección de datos se realizó en un solo momento o tiempo único, teniendo como objeto describir variables y analizar su relación en un momento dado. Así mismo es correlacional, puesto que se analizó la relación o grado de asociación entre las variables autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa de la ciudad de Casa Grande en el año 2017.

Siendo el diagrama que ilustra este tipo de diseño el siguiente:



En dónde:

M: Adolescentes de una institución educativa pública.

O1: Autoestima.

O2: Depresión.

r: Relación entre las variables estudiadas.

3.3. Población y muestra

3.3.1. Población

Se evaluó a 139 adolescentes de la institución educativa, donde 71 fueron varones y 68 mujeres.

3.3.2. Muestra

Para determinar la muestra de estudio se realizó el muestreo probabilístico, en el cual todos los elementos de la población presentaron la misma posibilidad de ser elegidos, los cuales se obtuvieron definiendo sus características y tamaño representativo correspondiente, mediante una selección aleatoria estratificada simple, que permitió dividir la población en grupos o subcategorías para seleccionar una muestra de cada una de ellas y aumentar así la precisión de la misma (Hernández et al., 2014).

Inicialmente se dividió la cantidad de adolescentes por grados donde se aplicó la siguiente fórmula para poblaciones finitas:

$$n = \frac{N z^2 P (1 - P)}{(N - 1) e^2 + Z^2 P (1 - P)}$$

En dónde:

Nivel de Confiabilidad : z : 1.96

Proporción de P : p : 0.5

Proporción de Q : q : 0.5
 Tamaño poblacional : N : 139
 Error de Muestreo : e : 0.036
 Tamaño de la Muestra : n

La cual nos indicó un total de 58 mujeres y 60 varones, obteniendo así una muestra de 118 adolescentes.

Así mismo, para determinar el tamaño de los estratos se hizo uso de la siguiente fórmula:

$$n_i = n \cdot \frac{\sigma_i N_i}{\sum_{j=1}^k \sigma_j N_j}$$

Sujetos a evaluar, por muestreo estratificado

GRADO	MUJER	VARÓN
SEGUNDO	18	15
TERCERO	17	14
CUARTO	18	20
QUINTO	5	11
TOTAL	118	

3.3.3. Criterios de selección

3.3.3.1. Criterios de inclusión

- Adolescentes comprendidos entre la edad de 13 y 17 años.
- Adolescentes de ambos sexos.
- Adolescentes que acepten participar en el estudio.

3.3.3.2. Criterios de exclusión

- Adolescentes menores de 13 años y mayores de 17 años.
- Adolescentes que no acepten participar en el estudio.
- Protocolos incompletos, con borraduras, o con más de una o dos alternativas marcadas de acuerdo a cada instrumento utilizado.

3.4. Definición y Operacionalización de las variables

VARIABLE ASOCIATIVA	DIMENSIONES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
AUTOESTIMA	FAMILIA	Alta Autoestima	Categorica
	IDENTIDAD	Tendencia a Alta	
	AUTONOMÍA	Autoestima	Politómica
	EMOCIONES	Autoestima en Riesgo	Ordinal
	MOTIVACIÓN	Tendencia a baja	
	SOCIALIZACIÓN	Autoestima	
			Baja Autoestima
VARIABLE DE SUPERVISIÓN	DIMENSIONES	VALOR FINAL	TIPO DE VARIABLE
DEPRESIÓN	ÁREA AFECTIVA	Depresión Mínima	Categorica
	ÁREA MOTIVACIONAL	Depresión Leve	
	ÁREA COGNITIVA	Depresión Moderada	Politómica
	ÁREA CONDUCTUAL	Depresión Grave	Ordinal
	ÁREA FÍSICA		

3.5. Técnicas e instrumentos

3.5.1. Técnicas

En la investigación se empleó la técnica encuesta, la cual está basada en un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación, por medio de los cuales, se obtiene y procesa una serie de datos de una muestra representativa, de la que se pretende describir, predecir o explicar un conjunto de características determinadas (García, Ibáñez y Alvira, 1993).

3.5.2. Instrumentos

Test Autoestima – 25

Adaptada en la ciudad de Lima por Cesar Ruiz Alva (Psicólogo y Docente Universitario), aplicándose individual y colectivamente. Su tiempo de duración es variable (promedio 15 minutos). Se puede aplicar desde los 8 años en adelante; en los niveles de primaria, secundaria, jóvenes y adultos.

Consta de 25 ítems, su calificación es manual y según su plantilla, se otorga 1 punto por respuesta que coincida con la clave. El total, se convierte al puntaje normativo general que evalúa el NIVEL de Autoestima, entendiéndose por autoestima al valor que el sujeto otorga a la imagen que tiene de sí mismo.

Es válido y confiable, pues en la ciudad de Trujillo fue sometido a un total de 480 sujetos y fue demostrada su confiabilidad con el Método de Consistencia Interna donde los coeficientes van de 0.88 a 0.94 que resultan siendo significativas al 0.001 de confianza y sometidos al Método de Test Retest, donde sus coeficientes van del 0.90 a 0.93 con lapsos de tiempo de dos meses entre prueba y re prueba, estimados también como significativos al 0.001 de confianza. Mientras que, para determinar la validez de este instrumento, se hizo uso de un nuevo test ya acreditado como es el de

Autoestima de Coopersmith, empleándose el método de Coeficiente de Correlación Producto Momento de Pearson, donde se obtuvieron resultados de correlación de grupos (100 casos por grupo, haciendo un total de 600 sujetos).

Inventario de Depresión de Aaron Beck

Este instrumento fue desarrollado inicialmente en 1961 por Aaron T. Beck, y ha experimentado diversos cambios desde su publicación hasta la actualidad. La segunda versión del instrumento (1979) fue conocida como BDIIA y la siguiente revisión de éste dio como resultado la producción del BDI-II, definida para los 13 años en adelante, con un promedio de 10 minutos. Existen dos traducciones al español del BDI-II; en donde una de ellas fue elaborada por Penley et al. (2003) de acuerdo a estudios en Estados Unidos con población latina, mientras que la segunda fue elaborada por Sanz, Navarro & Vásquez (2003) en España.

Es un instrumento que consta de 21 ítems. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, sumándose los 21 ítems, arrojando una puntuación total, en donde su puntuación máxima es de 63. Respecto a los niveles de depresión, las puntuaciones que van del 0 a 3 indica un nivel de depresión mínimo, puntajes entre 4 y 9 un nivel leve, puntuaciones de 10 a 19 un nivel moderado y de 20 a 28 un nivel de depresión grave. En caso de que el evaluado puntúe 0, este será interpretado como un nivel mínimo de depresión, así lo establecen los criterios del test, expuestos en líneas precedentes. En cambio, si la persona puntúa 63, dicho resultado será interpretado como la presencia de depresión grave y atención inmediata para el individuo, con la finalidad de evitar algún intento de suicidio.

Respecto a su confiabilidad, se analizó mediante su consistencia interna (Alfa Cronbach=0,91) y estabilidad temporal, presentando homogeneidad en los ítems de la

escala. Se identificó un puntaje de corte óptimo de 20 puntos para determinar la presencia de síndrome depresivo, sin embargo, se consideró que el puntaje de corte de 19 puntos propuesto por Beck posee una sensibilidad y especificidad prácticamente idéntica. Del mismo modo, se encontró una aceptable correlación test-retest ($r=0,66$) y se concluyó que el instrumento efectivamente discrimina adecuadamente entre sujetos con y sin sintomatología.

Así mismo, los 21 ítems de síntomas, corresponden a 5 áreas, las cuales son: Área Afectiva (4 ítems), Área Motivacional (2 ítems), Área Cognitiva (8 ítems), Área Conductual (3 ítems) y Área Física (4 ítems).

En cuanto, a la Validez del instrumento para población peruana se realizó con estudios de correlación con otros instrumentos, hallándose una correlación de 0.75, lo cual otorga una validez satisfactoria, útil para los propósitos de su elaboración. Finalmente, respecto a la confiabilidad, su estimación se sometió a evaluación de Consistencia Interna con el Coeficiente Alpha de Cronbach, obteniendo un coeficiente de 0.81, dotando al instrumento con una Confiabilidad bastante aceptable. En cuanto a la fiabilidad, del instrumento, también se evaluó mediante el coeficiente de validez ítem-test, obteniéndose correlaciones cuyos valores en los dieciocho ítems superan el mínimo requerido de 0.20. Es pertinente señalar que éste Test es uno de los 12 más usados a nivel mundial, teniendo una popularidad a nivel internacional en lo referente a la identificación certera de sujetos depresivos subclínicos en estudios de validación de modelos de depresión.

3.6. Procedimiento de recolección de datos

En primera instancia, se solicitó a la Escuela Profesional de Psicología el documento correspondiente para la realización de la investigación. Seguido a ello se

procedió a presentar el documento al director de la institución educativa en el distrito de Casa Grande, obteniendo la aceptación. Así mismo, se coordinó con el departamento de Psicología de la institución, con la finalidad de conocer las principales problemáticas de la población objetivo. Posterior a ello, se brindó el consentimiento informado a los y las adolescentes, en el cual se les dio a conocer que sus respuestas eran confidenciales y que podían asimismo retirarse del estudio. Finalmente, se procedió a evaluar a los participantes de los grados; segundo, tercero, cuarto y quinto de nivel secundaria, para ser ordenados en una base de datos y así proceder a utilizar la estadística y cumplir con los objetivos planteados.

3.7. Plan de análisis

Para el desarrollo de la investigación se aplicó; el Test de Autoestima A-25 y el Inventario de Depresión de Aaron Beck en los adolescentes de una institución educativa en la ciudad de Casa Grande, donde se realizó el estudio. Luego de la aplicación de ambos instrumentos, se codificaron los cuestionarios válidos mediante la asignación de respectivos números, digitalizados en el programa Microsoft Excel con la finalidad de darle un orden y organización a la información obtenida. Así mismo, fueron exportados al software estadístico SPSS versión 22 en donde se realizó el procesamiento de los datos, los cuales arrojaron tablas o figuras de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación. Posteriormente se aplicó la Prueba de Normalidad Kolmogorov Smirnov, con el objetivo de definir si los datos mostraban una distribución normal ($p > .05$), indicándonos el uso de las pruebas estadísticas paramétricas, o en caso contrario, donde el valor de significancia fuese inferior ($p < .05$), demostrando una distribución anormal, y señalando el uso de las pruebas no paramétricas.

De esta manera, los resultados indicaron el uso de la Correlación de Pearson por ser una distribución normal, para la cual se utilizó una significancia mayor ($p < .01$), con el objetivo de aumentar la precisión de los datos obtenidos. Así mismo, también se halló la confiabilidad de los instrumentos a través del Alpha de Cronbach.

3.8. Aspectos éticos

Para la administración de la prueba, primero se solicitó una autorización para realizar la correspondiente recolección de datos sobre la población de estudio, en una institución educativa de Casa Grande, 2017. Luego, se contemplaron los criterios necesarios sugeridos por el comité y el reglamento de ética de la Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, entre los cuales se encontraba el documento de consentimiento informado, que se aplicó con el fin de reservar la información y garantizar la confidencialidad de los y las participantes.

Así mismo, se recolectó la firma de los consentimientos de cada uno de los participantes, en donde se explicó el contexto de la misma, y se les reiteró que su participación era voluntaria y anónima. Finalmente, se les entregó el instrumento y se estuvo a su disposición para responder cualquier duda que pudiera surgir.

3.9. Matriz de consistencia

TITULO	PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
Autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017	¿Existe relación entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017?	OBJETIVO GENERAL	HIPÓTESIS GENERALES H _i : Existe una relación inversa significativa entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. H _o : No existe una relación inversa significativa entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS • Hi: Existen mayores niveles de alta autoestima en lugar de baja autoestima, en adolescentes de una institución educativa,	AUTOESTIMA	FAMILIA	<ul style="list-style-type: none"> Actitudes en el hogar. Presión familiar. Respeto de la familia. Necesidad de permanencia en el hogar. Sentimiento de comprensión en el hogar. Sentimiento de fastidio en el hogar. 	TIPO DE INVESTIGACIÓN
		OBJETIVOS ESPECÍFICOS			IDENTIDAD	<ul style="list-style-type: none"> Satisfacción de sí mismo. Aceptación personal. Percepción de la realidad vivida. Opinión de sí mismo. Opinión de la simpatía. 	DISEÑO DE INVESTIGACIÓN
		<ul style="list-style-type: none"> Describir los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. 			AUTONOMÍA	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad para tomar decisiones. Sensación de adaptabilidad Expresión de ideas. 	No experimental – Transeccional o transversal correlacional
		<ul style="list-style-type: none"> Describir los niveles de 			SOCIALIZACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> Capacidad de hablar en público. Sentimiento de aceptación social. Sensación de dependencia al entorno. 	POBLACIÓN Y MUESTRA
							Población: Se evaluó a los adolescentes de la institución educativa, sumando un total de

		<p>depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.</p>	<p>Casa Grande 2017.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ho: No existen mayores niveles de alta autoestima en lugar de baja autoestima, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. • Hi: Existen mayores niveles de depresión mínima en lugar de depresión grave, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. • Ho: No existen mayores niveles de depresión mínima en lugar de depresión grave, en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017. 	<p>DEPRESIÓN</p>	<p>ÁREA AFECTIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tristeza. • Sentimientos de culpa. • Predisposición para el llanto. • Irritabilidad. 	<p>139, donde 71 fueron varones y 68 mujeres.</p> <p>Muestra:</p> <p>Para determinar la muestra de estudio se realizó el muestreo probabilístico, en el cual todos los elementos de la población presentaron la misma posibilidad de ser elegido, los cuales se obtuvieron definiendo sus características y tamaño representativo correspondiente, mediante una selección aleatoria estratificada.</p>
<p>ÁREA MOTIVACIONAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción, • Ideas Suicidas. 						
<p>ÁREA COGNITIVA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesimismo frente al futuro. • Sensación de fracaso. • Expectativa de castigo. • Autodisgusto. • Indecisión. • Autoimagen deformada. • Preocupaciones Somáticas • Autoacusaciones. 						
<p>ÁREA CONDUCTUAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Alejamiento social. • Retardo para trabajar. • Fatigabilidad 						
<p>ÁREA FÍSICA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida de sueño. • Pérdida de apetito. • Pérdida de peso. • Pérdida del deseo sexual 						

IV. RESULTADOS

4.1. Tablas de Resultados

Tabla 1

Correlación entre autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

	Correlación de Pearson Depresión (r)	Sig. (p-valor)
Autoestima	- .425**	.000**

**p< .01

Fuente: Extraído de la base de datos, 2017.

Descripción: En la Tabla 1, se presenta el valor de la correlación obtenida entre las variables autoestima y depresión, mediante el estadístico paramétrico de Correlación de Pearson, el cuál indicó un valor de ($r = - .425^{**}$), estableciendo así una relación significativa moderada negativa. Por consiguiente, se tiene que entre estas variables existe una relación inversa, señalando que cuando una aumenta la otra disminuye. Además, para obtener resultados significativos y más precisos, se utilizó una significancia de ($p < .01$), la cual fue aprobada exitosamente con un valor de ($p = .000^{**}$), aceptando así con gran exactitud la existencia de una relación entre las variables.

Tabla 2

Niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

Niveles de Autoestima	n	%
Alta Autoestima	26	22.0
Tendencia a Alta Autoestima	35	29.7
Autoestima en Riesgo	24	20.3
Tendencia a baja Autoestima	10	8.5
Baja Autoestima	23	19.5
Total	118	100.0

Fuente: Extraído de la base de datos, 2017.

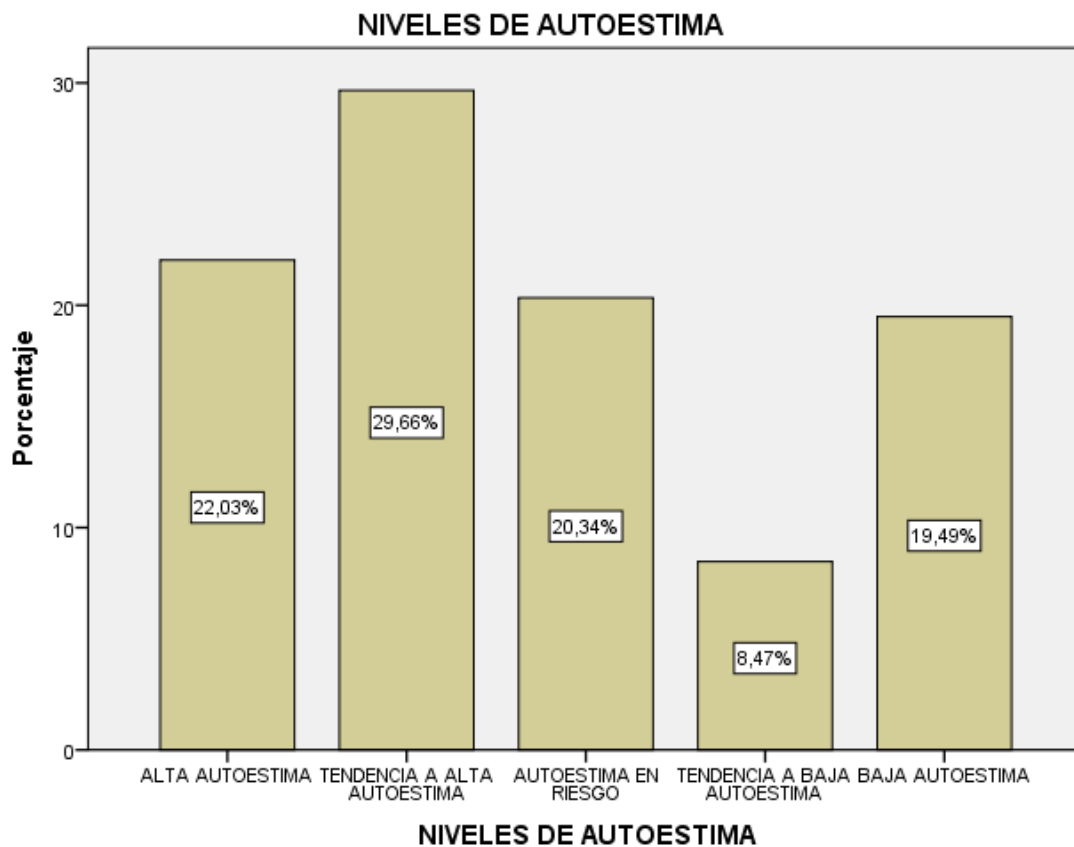


Figura 1. Diagrama de barras de los niveles de autoestima en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

Descripción: En la Tabla 2, se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de autoestima de los adolescentes evaluados. Donde se evidencia que el 22% tiene una alta autoestima, seguido por el 29.7% que presenta una tendencia a alta autoestima, mientras que el 20.3% muestra indicadores de autoestima en riesgo. Así mismo, podemos observar que el 8.5% y el 19.5% presentan una tendencia a baja autoestima y baja autoestima, respectivamente.

Tabla 3

Niveles de depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

Nivel de Depresión	n	%
Depresión Mínima	22	18.6
Depresión Leve	78	66.1
Depresión Moderada	11	9.3
Depresión Grave	7	5.9
Total	118	100.0

Fuente: Extraído de la base de datos, 2017.

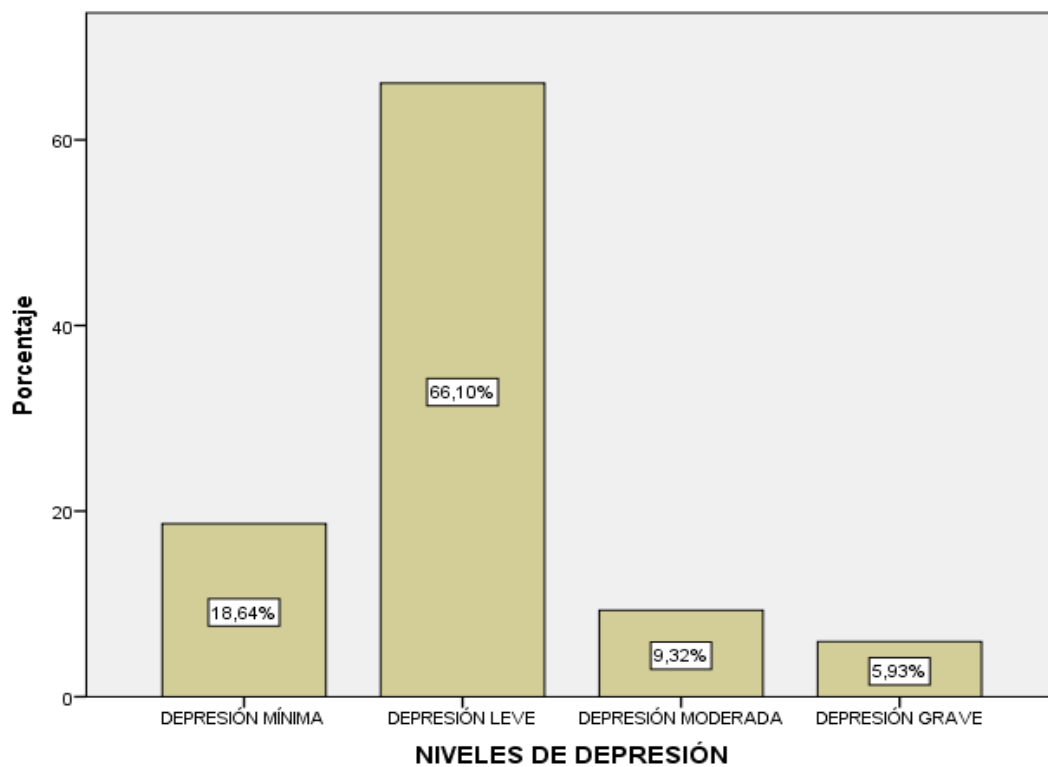


Figura 2. Diagrama de barra de los niveles de depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

Descripción: En la Tabla 3, se presentan las frecuencias y porcentajes de los niveles de depresión de los adolescentes evaluados. Donde se aprecia que el 18.6% presenta una depresión mínima, mientras que el 66.1% evidencia niveles de depresión leve. Así mismo, se puede observar que el 9.3% evidencia depresión moderada y el 5.9% grave.

4.2. Análisis de resultados

A partir de los datos encontrados en el estudio, se cumplió el objetivo general, así mismo aceptando la hipótesis de investigación general, en donde se establece una relación entre autoestima y depresión en los adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017, lo que se evidencia mediante el estadístico paramétrico de Correlación de Pearson (Tabla 1), el cual indicó un valor de ($r = - .425^{**}$), estableciendo así una relación significativa moderada negativa, es decir, que existe una relación inversa y por esta razón cuando una variable aumenta la otra disminuye.

Estos resultados guardan relación con lo que establece la Universidad Católica de Pereira (2015), donde menciona que las personas con baja autoestima aumentan la probabilidad de experimentar situaciones de depresión, aislamiento y ansiedad, ya que se sienten débiles para vencer sus diferencias y carecen de herramientas internas para tolerar las situaciones difíciles. (p.168)

De igual manera, en la investigación de Vera, Roselló y Toro (2010), en la que se obtuvo una correlación inversa, fuerte y negativa entre las variables, con una puntuación de $r = - .50^*$, concluyeron que la baja autoestima ayuda a explicar en un 25% la presencia de síntomas de depresión en los adolescentes o viceversa, ya que esto no implica obligatoriamente causalidad ni direccionalidad. Es decir, la depresión va de la mano con la baja autoestima por ende es esencial tener los componentes completos de una buena autoestima para no caer en este sentimiento de vacío, soledad y fracasos.

También, se llevó a cabo el objetivo específico que pretendía describir los niveles de autoestima (Tabla 2) de los evaluados, en el cual se halló que el 22%

presenta una alta autoestima, seguido por el 29.7% que presenta una tendencia a alta autoestima, mientras que el 20.3% muestra indicadores de autoestima en riesgo. Así mismo, podemos observar que el 8.5% y el 19.5% tienen una tendencia a baja autoestima y baja autoestima, respectivamente. Demostrando de esta manera, que gran parte de los adolescentes presentaron una alta autoestima, lo cual genera un efecto directo como indirecto en su bienestar psicosocial (Rolando, 2016).

Estos resultados, se asemejan con lo obtenido por Morello (2017), donde se concluyó que la mayor parte de los adolescentes no se consideraban superior a otros ni tampoco se aceptaban a sí mismos por completo. Además, en la menor parte de adolescentes se observó serias dificultades en su autoestima, lo cual podría traer graves consecuencias, tales como trastornos alimentarios, depresión, alcoholismo, drogadicción, actividades delincuenciales, entre otras.

Así mismo, se cumplió con el segundo objetivo específico que pretendía describir los niveles de depresión en los adolescentes evaluados (Tabla 3), donde se observó que el 18.6% presenta una depresión mínima, mientras que el 66.1% evidencia en mayor porcentaje depresión leve, en lo que respecta a ambos sexos. Del mismo modo se halló que el 9.3% evidencia depresión del tipo moderada y el 5.9% de los evaluados tienen depresión tipo grave, lo cual se expresa en números enteros, demostrando que sólo 1 varón y 6 mujeres de 118, si tuvieran la oportunidad de suicidarse lo harían. Explicándose de esta manera que la depresión o sintomatología depresiva puede aparecer o no en cortos periodos sin causa aparente, o bien, aparece como respuesta a diversas circunstancias que pueden accionar los sentimientos representativos de la depresión y pueden proceder como desencadenantes. Por ejemplo: haber sufrido depresión antes o tener antecedentes familiares con estas

características, experimentar pérdidas importantes, sufrir situaciones conflictivas en el entorno o presentar abuso de sustancias psicoactivas, entre otras (Sistema Nacional de Salud, 2014, p. 210).

Del mismo modo, lo mencionado anteriormente coincide con el estudio de Ceballos et al. (2015), el cual concluyó que generalmente la adolescencia representa una etapa de vulnerabilidad que instaura diversos estados problemáticos, como la depresión.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Según los resultados demostrados al calcular el coeficiente de Pearson, se da como conclusión que existe una correlación significativa negativa (- .425**) entre las variables autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017, lo que significa que una variable aumenta y la otra disminuye.
- Los resultados respecto a la variable autoestima, expresan que el 22% tiene una alta autoestima, seguido por el 29.7% que presenta una tendencia a alta autoestima, mientras que el 20.3% muestra indicadores de autoestima en riesgo. Así mismo, podemos observar que el 8.5% y el 19.5% presentan una tendencia a baja autoestima y baja autoestima, respectivamente.
- Los adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017, presentan frecuencias y porcentajes de depresión, donde un 18.6% presenta una depresión mínima, mientras que el 66.1% evidencia niveles de depresión leve. Así mismo, se puede observar que el 9.3% evidencia depresión moderada y el 5.9% grave. Demostrando que respecto al porcentaje de depresión grave, existen adolescentes que si tuvieran la oportunidad de suicidarse, lo harían.

5.2. Recomendaciones

- Realizar programas de tipo preventivo-promocional que tengan como objetivo promover la salud mental, priorizando las variables de estudio.
- Intervenir frente a los casos de depresión grave hallados en el estudio, para brindar consejería y orientación a los adolescentes que presentan ideas suicidas.
- Implementar talleres dirigidos a padres de familia y adolescentes, para trabajar lazos afectivos y la comunicación asertiva.
- Capacitar a los docentes y docentes tutores frente a temas relacionados a la autoestima, depresión u otros problemas psicológicos de suma relevancia, realizando un trabajo multidisciplinario.
- Promover el área del Departamento de Psicología con los adolescentes y padres de familia, con la finalidad de prevalecer y priorizar la salud mental.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvarado, R. (2011). Los problemas de salud mental en los adolescentes, el derecho a la salud en la actual política de salud. *Investigación en Imagen y Desarrollo*, 13 (4), 79-92.
- Álvarez, A., Alonso, M. y Guidorizzi., A. (2010) Consumo de alcohol y autoestima en adolescentes. *Rev. Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (6), 634-640.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: APA.
- Ceballos, G., Suarez, Y., Suescún, J., Gamarra, M., González, K, y Sotelo, A. (2015) Ideación suicida, depresión y autoestima en adolescentes escolares de Santa Marta. *Duazary*, 12 (1), 15-22.
- Cetraro, P. (2011). *Trastornos de alimentación, Imagen corporal y Autoestima en adolescentes* [Tesis de licenciatura]. Universidad Abierta Interamericana-Sede Regional Rosario, Lima.
- Cuervo, Á. (2010). Pautas de crianza y desarrollo socioafectivo en la infancia. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 6 (1), 111-121.
- Esparza, N. y Rodríguez, M. (2009). Factores contextuales del desarrollo infantil y su relación con los estados de ansiedad y depresión. *Diversitas. Perspectivas en psicología*, 5 (1), 47-64.
- Ferrel, F., Vélez, J. y Ferrel, L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Rev Encuentros*, 1 (2), 35-47.
- Fontela, N. (2017). *Depresión y Estrategias de Afrontamiento al estrés en estudiantes de una universidad nacional del distrito de Nuevo Chimbote* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Cesar Vallejo, Chimbote, Perú.
- Galicia, I., Sánchez, A. y Robles, F. (2009). Factores asociados a la depresión en adolescentes: Rendimiento escolar y dinámica familiar. *Anales de Psicología*, 25 (2), 227-240.

- García, M., Ibáñez, J. y Alvira, F. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, Madrid, España: Alianza Universidad.
- González, M. y López, M. (2006). Autoestima e Inteligencia emocional en los niños. Colombia: Gamma, S.A.
- González, J., Macuyama, T. y Silva, Z. (2013). Factores familiares que influyen en las manifestaciones depresivas en adolescentes del 1° al 5° de secundaria de un colegio nacional mixto. *Enfermería Herediana*, 6 (2), 66-77.
- Grisales, H., y Arbeláez, M. (2008). Perfil de las condiciones de vida de los adolescentes jóvenes, Zona Urbana, Ciudad de Medellín, 2006. *Investigaciones Andina*, 10 (16), 7-31.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México D.F., México: McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V.
- Instituto Nacional de la Salud Mental. (2015). *La depresión: Lo que usted debe saber* [Publicación de NIH Núm. SP 15-3561]. Bethesda, MD: U.S. Government Printing Office.
- Federación de Enseñanza de Comisiones Obreras. (2009). Los conflictos familiares en la E.S.O. *Rev digital para profesionales de la enseñanza*, 1 (4), 1-6.
- Jiménez, T. (2011). Autoestima de Riesgo y Protección: Una Mediación entre el Clima Familiar y el Consumo de Sustancias en Adolescentes. *Psychosocial Intervention*, 20 (1), 53-61.
- Jiménez, T., Murgui, S. y Musitu, G. (2007). Comunicación familiar y ánimo depresivo: el papel mediador de los recursos psicosociales del adolescente. *Rev. Mexicana de Psicología*, 24 (2), 259-271.
- Leyva, R., Hernández, A., Nava, G. y López, V. (2011). Depresión en adolescentes y funcionamiento familiar. *Rev. Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 45 (3), 225-232.

- Micin, S. y Bagladi, V. (2011). Salud Mental en Estudiantes Universitarios: Incidencia de Psicopatología y Antecedentes de Conducta Suicida en Población que Acude a un Servicio de Salud Estudiantil. *Terapia Psicológica*, 29 (1), 53-64.
- Ministerio de Salud (2017). *Situación de la salud de los adolescentes y jóvenes en el Perú* [Documento técnico]. Lima, Perú.
- Mojica, C., Sáenz, D. y Rey, C. (2009). Riesgo suicida, desesperanza y depresión en internos de un establecimiento carcelario colombiano. *Rev. Colombiana de Psiquiatría*, 38 (4), 681-692.
- Morello, M. (2017). *Nivel de Autoestima en Adolescentes de Secundaria de la Institución Educativa Alborada Francesa en el Distrito de Comas - 2015* [Tesis de Licenciatura]. Universidad de Ciencias y Humanidades, Lima, Perú.
- Nardi, B. (2014). La depresión adolescente. *Psicoperspectivas*, 3 (1), 95-126.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). *La salud mental*. Recuperado de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/es/index7.html
- Roa, A. (2013). La Educación Emocional, el Autoconcepto, la Autoestima y su Importancia en la Infancia. *EDETANIA*, 1 (44), 241-257.
- Rolando, B. (2016). *Relación del Rendimiento Académico y la Salud Mental de los Estudiantes de Enfermería de la Universidad Uniandes*, Universidad Regional Autónoma de los Andes, Ambato, Ecuador.
- Rodríguez, C. y Caño, A. (2012). Autoestima en la Adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12 (3), 389-403.
- Sebastián, V. (2015). Autoestima, adolescencia y pedagogía. *Phainomenon*, 11 (1), 23-34.
- Silva, I. (2015). Autoestima y autoconcepto docente. *Educare Electronic Journal*, 19 (1), 241-256.

- Sistema Nacional de Salud. (2014). *Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto* [Guía de prácticas]. Recuperado de http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_534_Depresion_Adulto_Avaliat_compl.pdf
- Tizón, J. (2005). Repercusiones en el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *FMC*, 12 (4), 220-235.
- Toro, A. y Cardona, M. (2010). *Depresión y su Relación con el Sexo en un Grupo de Adolescentes de la Localidad de Bosa* [Tesis de grado]. Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.
- Universidad Católica de Pereira. (2015). Facultad de ciencias humanas, sociales y de la educación. *Textos y Sentidos*, 6 (11), 1-179.
- Universidad de Guanajuato. (2014). *Autoestima*. Recuperado de <http://www.dcne.ugto.mx/Contenido/MaterialDidactico/amezquita/Lecturas/Autoestima.pdf>
- Vargas, H. (2014). Tipo de familia y ansiedad y depresión. *Med Hered*, 25 (2), 57-59.
- Velasco, D. (2014). *El suicidio del adolescente y el duelo en la familia*. [Tesis de maestría]. Universidad Nacional Autónoma de México, Distrito Federal, México.
- Vera, B., Roselló, J., y Toro, J. (2010). Autoestima y juventud puertorriqueña: Eficacia de un modelo de intervención para mejorar la autoestima y disminuir los síntomas de depresión. *Rev puertorriqueña de Psicología*, 21 (1), 35-61.
- Verduzco, M., Gómez, E., y Durán, C. (2014). La influencia de la autoestima en la percepción del estrés y el afrontamiento en niños de edad escolar. *Salud Mental*, 27 (4), 18-25.
- Villanueva, L., Prado, V., Gonzales, R., y Montoya, I. (2014). Conciencia emocional, estados de ánimo e indicadores de ajuste individual y social en niños de 8-12 años. *Anales de Psicología*, 30 (2), 35-50.

ANEXOS

Anexo 1

Prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov de los instrumentos aplicados en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
	TEST DE DEPRESIÓN	TEST DE AUTOESTIMA
N	118	118
Z de Kolmogorov-Smirnov	3,927	2,358
Sig. asintót. (bilateral)	.54	.92

a. La distribución de contraste es la Normal.

En el Anexo 1, se aprecia que los resultados de los instrumentos Test Autoestima-25 y el Inventario de Depresión de Aaron Beck, muestran una significación mayor a .05 de manera paramétrica, con valores de $p = .54$ y $p = .92$ respectivamente. Lo cual señaló la presencia de una distribución normal, y por lo tanto el uso del coeficiente de Pearson para hallar la respectiva correlación entre variables.

Anexo 2

Análisis de fiabilidad del Test Autoestima-25 en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

Estadístico de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.852	25

En el Anexo 2, se presenta el resultado del análisis de fiabilidad de consistencia interna, realizado al instrumento Test Autoestima-25, indicando un coeficiente alfa de .852, el cual corresponde a un grado bueno de confianza, dado que es $>.8$, corroborándose que los 25 ítems de la prueba miden un mismo constructo, tal como lo requiere el estadístico de Alfa de Cronbach.

Anexo 3

Percentiles del Test Autoestima-25 en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

N	Válidos	118
	Perdidos	0
	1	3,31
	5	11,00
	10	12,00
	15	13,00
	20	14,00
	25	14,00
	30	15,00
	35	15,00
	40	15,20
	45	16,00
	50	16,00
	55	16,00
	60	17,00
	65	17,00
	70	17,00
	75	17,75
	80	18,00
	85	18,00
	90	19,00
	95	19,00
	99	20,67

PERCENTILES

Pc	NIVEL DE AUTOESTIMA
90 a más	Alta Autoestima
60 – 85	Tendencia a Alta Autoestima
55 – 30	Autoestima en riesgo
15 – 25	Tendencia de Baja Autoestima
10 o menos	Baja Autoestima

En el Anexo 3, se evidencian los percentiles del instrumento Test Autoestima - 25, que se adaptaron a la muestra del estudio, determinando por consecuente los niveles de autoestima.

Anexo 4

Análisis de fiabilidad del Inventario de Depresión de Aaron Beck en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017

Estadístico de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
.860	21

En el Anexo 5, se presenta el resultado del análisis de fiabilidad de consistencia interna, realizado al instrumento Inventario de Depresión de Aaron Beck, indicando un coeficiente alfa de .860, el cual corresponde a un grado bueno de confianza, dado que es $>.8$, corroborándose que los 21 ítems de la prueba miden un mismo constructo, tal como lo requiere el estadístico de Alfa de Cronbach.

Anexo 5

Gráfico de barras

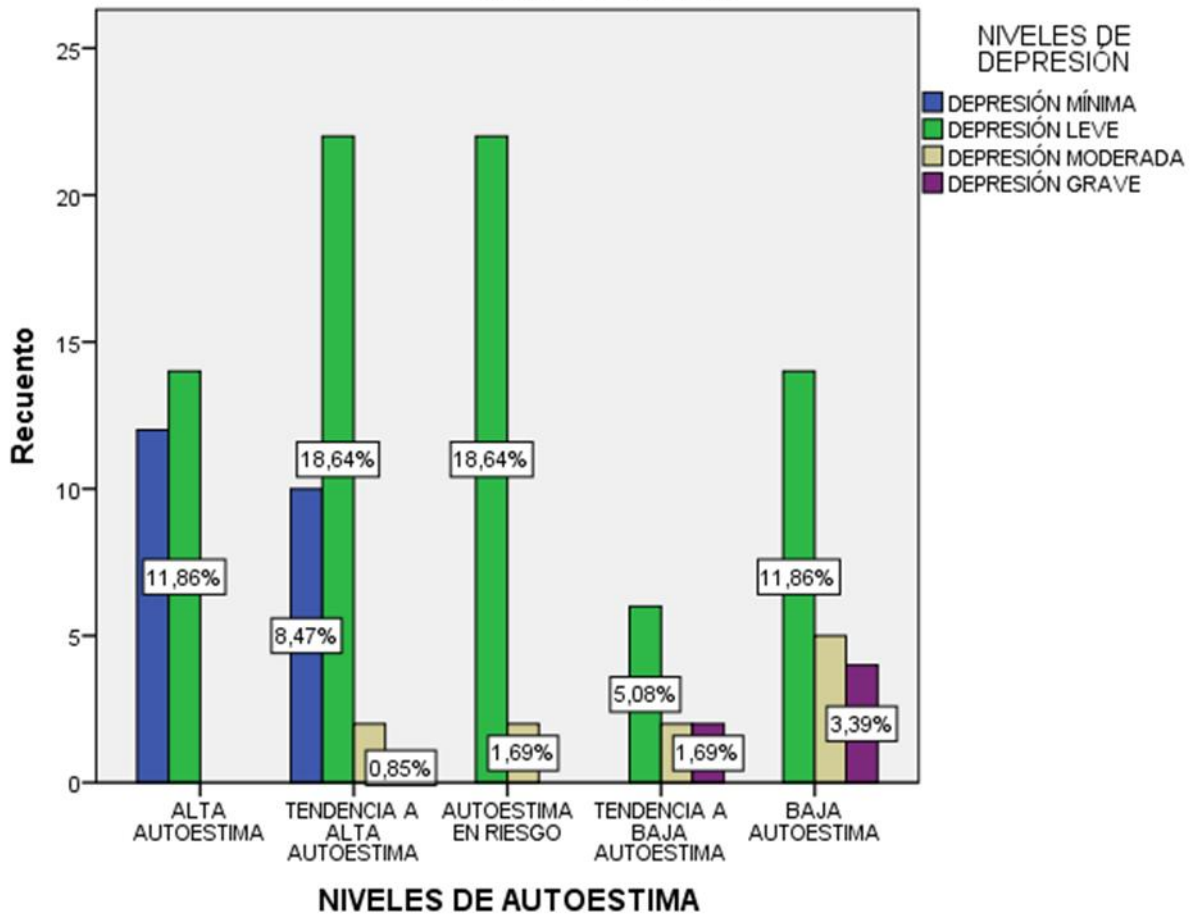


Figura 3. Gráfico de barras de los niveles autoestima y depresión en adolescentes de una institución educativa, Casa Grande 2017.

Anexo 6

Código:.....

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es conocer la salud mental en adolescentes, y lograr validar instrumentos que puedan ser usados en mi zona.

Me han indicado también que tendré que responder un total de 2 cuestionarios, lo cual tomará aproximadamente 10 minutos.

Reconozco que la información que yo brinde en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado que puedo hacer preguntas sobre la investigación en cualquier momento y que puedo retirarme de la misma cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que puedo pedir información sobre los resultados de esta investigación cuando ésta haya concluido. Para esto, puedo contactar a las investigadoras al correo anexo en la parte inferior.

Firma del Participante

Fecha

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de este documento es darle a una clara explicación de la naturaleza de, así como esta investigación de su rol en ella como participante.

La presente investigación es conducida por Vanessa Del Pilar Sandoval Maza; cuya meta es conocer la salud mental y riesgo suicida en adolescentes.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder unos cuestionarios. Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las respuestas, las pruebas se destruirán.

Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en ella. Igualmente, puede retirarse de la investigación en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante el cuestionario le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora.

Desde ya le agradecemos su participación.

Anexo 7

PRUEBA DE AUTOESTIMA – 25

(César Ruiz, Lima, 2006)



Nombre y Apellidos: Edad:

Instrucción:

Lee atentamente y marque con una “X” en la columna (SI/NO) según corresponda.

Sea sincero, trabaje con honestidad para que los resultados nos ayuden a conocerlo mejor.

PREGUNTAS DEL CUESTIONARIO	SI	NO
1. Me gustaría nacer de nuevo y ser diferente de como ahora soy.		
2. Me resulta muy difícil hablar frente a un grupo.		
3. Hay muchas cosas dentro de mí que cambiaría si pudiera hacerlo.		
4. Tomar decisiones es algo fácil para mí.		
5. Considero que soy una persona alegre y feliz.		
6. En mi casa me molesto cada rato.		
7. Me resulta difícil acostumbrarme a algo nuevo.		
8. Soy una persona popular entre la gente de mi edad.		
9. Mi familia me exige mucho/espera demasiado de mí.		
10. En mi casa se respeta bastante mis sentimientos.		
11. Con mucha facilidad hago lo que mis amigos me mandan a hacer.		
12. Muchas veces me tengo rabia/cólera a mí mismo.		
13. Pienso que mi vida es muy triste.		
14. Los demás me hacen caso y consideran mis ideas.		
15. Tengo muy mala opinión de mí mismo.		
16. Han habido muchas ocasiones en las que he deseado irme de mi casa.		
17. Con frecuencia me siento cansado de todo lo que hago.		
18. Pienso que soy una persona fea comparada con otros.		
19. Si tengo algo que decir a otros, voy sin temor y se lo digo.		
20. Pienso que en mi hogar me comprenden.		

21. Siento que le caigo muy mal a las demás personas.		
22. En mi casa me fastidian demasiado.		
23. Cuando intentó hacer algo, muy pronto me desanimo.		
24. Siento que tengo más problemas que otras personas.		
25. Creo que tengo más defectos que cualidades.		

Anexo 8

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK



Nombre y Apellidos: Edad:

Instrucción:

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

1)

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

2)

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

3)

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

4)

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

5)

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

6)

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

- 7) Siento que estoy siendo castigado.
- No estoy decepcionado de mí mismo.
Estoy decepcionado de mí mismo.
Me da vergüenza de mí mismo.
Me detesto.
- 8) No me considero peor que cualquier otro.
Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
Continuamente me culpo por mis faltas.
Me culpo por todo lo malo que sucede.
- 9) No tengo ningún pensamiento de suicidio.
A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
Desearía suicidarme.
Me suicidaría si tuviese la oportunidad.
- 10) No lloro más de lo que solía llorar.
Ahora lloro más que antes.
Lloro continuamente.
Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.
- 11) No estoy más irritado de lo normal en mí.
Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
Me siento irritado continuamente.
No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
- 12) No he perdido el interés por los demás.
Estoy menos interesado en los demás que antes.
He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
He perdido todo el interés por los demás.
- 13) Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
Evito tomar decisiones más que antes.
Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
Ya me es imposible tomar decisiones.
- 14) No creo tener peor aspecto que antes.
Me temo que ahora parezco más viejo o poco atractivo.
Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
Creo que tengo un aspecto horrible.

15)

Trabajo igual que antes.
Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
No puedo hacer nada en absoluto.

16)

Duermo tan bien como siempre.
No duermo tan bien como antes.
Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17)

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

18)

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

19)

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

20)

No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21)

No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
Estoy menos interesado por el sexo que antes.
Estoy mucho menos interesado por el sexo.
He perdido totalmente mi interés por el sexo.