



**UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA**

**TITULO**

**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE DOS  
INSTITUCIONES EDUCATIVAS ESTATALES  
DEL DISTRITO DE PARCONA- ICA**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**AUTOR:**

**MENDEZ HUAROTO, SCARLET YESSENIA**

**ICA-PERÚ**

**2017**

## DEDICATORIA

A mis padres, hermanos, por su apoyo incondicional, por ser un ejemplo de gente emprendedora, por estar en los buenos y malos momentos aconsejándome, motivándome cuando más lo necesité.

Y a mi hijo por ser fuente de inspiración de mí día a día

## AGRADECIMIENTO

A aquellas personas que contribuyeron enormemente en el desarrollo de mi trabajo; iniciando por las instituciones educativas *José María Arguedas* y *Víctor M. Maurtua*, quienes muy generosamente y de manera desinteresada contribuyeron en el desarrollo de mi investigación.

Un profundo agradecimiento a mi asesor de tesis, al Dr. Walter Cornejo Báez, por su permanente motivación y acompañamiento en esta recta final y orientarme con sus conocimientos profesionales.

## Resumen

La presente investigación tuvo por objetivo analizar la relación entre autoestima, y depresión en adolescentes de dos instituciones educativas del distrito de Parcona - Ica. Se contó una población total de 215 participantes adolescentes varones y mujeres, entre 13 y 19 años. Se aplicaron el Cuestionario de Evaluación de la Autoestima para Alumnos de Enseñanza Secundaria (CEAAES), elaborado por García (1995), y el Cuestionario de Depresión de Beck (CDB), elaborado Arón Beck (1996). Los resultados obtenidos muestran diferencias significativas según el sexo. Los adolescentes presentan mayor autoestima y menos depresión, siendo en su mayoría mujeres, con mayor estabilidad emocional. Así mismo, los resultados se asemejan en ambas instituciones educativas.

**Palabras clave:** Autoestima, adolescencia, depresión.

## Abstract

The present research aimed to analyze the relationship between self - esteem and depression in adolescents from two educational institutions in the district of Parcona - Ica. For this, a total population of 215 participants (adolescents) was counted, between 13 and 19 years. The Self-Esteem Assessment Questionnaire for Secondary School Students (CEAAES), prepared by García (1995), and the Beck Depression Questionnaire (CDB), prepared by Jesús Sanz and Carmelo Vázquez (2011), were applied. The results obtained show significant differences according to sex. Adolescents have higher self-esteem and less depression, being mostly women, with greater emotional stability. Likewise, the results are similar in both educational institutions, the adolescents population, has a better development of self-esteem and therefore the percentages of depression are minimal, which is relevant in this study since adolescents have a good emotional stability.

Key words: Self-esteem, adolescence, depression.

## INTRODUCCIÓN

El reconocer las consecuencias, de un manejo inadecuado de las emociones y el desarrollo de la autoestima producidas en los adolescentes, es hoy en día uno de los problemas más complejos que la sociedad moderna enfrenta. La mayoría de ellos tienen problemas en cuanto al rendimiento académico, problemas de socialización, dependencias emocionales, tristeza, bajo nivel de autoestima, etc.

Las personas que se encuentran bien consigo mismas suelen sentirse a gusto en la vida, son capaces de afrontar y resolver con seguridad los retos y las responsabilidades que ésta les plantea. Por el contrario, la baja autoestima es una fuente permanente de inseguridad e insatisfacción personal y se considera como un importante factor de riesgo para el desarrollo de numerosos problemas psicológicos tales como la depresión.

Muchas veces se señala que los problemas de autoestima y depresión en adolescentes se desarrollan principalmente por la necesidad de sobrevivir frente a una sociedad desigual, comportamientos habituales en sus instituciones educativas con bajos rendimientos académicos como lo mencionan Álvarez, Sandoval y Velásquez, (2007), inestabilidad emocional, disfunción familiar, estudios realizados por Perales y Loredo, (2015).

Este trabajo ofrece los siguientes capítulos: El capítulo I, brinda el planteamiento del problema, que describe la realidad problemática asociadas con las variables en estudio en los adolescentes de las dos instituciones educativas estatales, así mismo, esto conlleva a la formulación de la pregunta de investigación, y teniendo como objetivo establecer la relación entre autoestima y depresión; y la justificación respectiva.

En el capítulo II; se aborda el marco teórico relacionados con las variables, explicada desde varios puntos de vista por diferentes autores. De allí, la necesidad de

analizar las teorías sobre el autoestima y la depresión, lo cual es uno de los propósitos de esta investigación; así mismo, sus características y su desarrollo. Seguido por las bases teóricas de cada variable, tomando como marco referencial, para autoestima la teoría de Coopermist (1996) y para depresión la teoría Aron Beck (1995).

En el capítulo III; se describen las hipótesis y variables desde la definición conceptual y la definición operacional de dichas variables.

En el capítulo IV, se plantea el tipo de diseño de investigación asociativo comparativo, las técnicas de recolección de datos, proceso de recolección, técnicas de procesamiento, métodos de análisis de datos y los aspectos éticos que se toman en cuenta.

Por último, en el capítulo V, se discuten los resultados hallados con otras investigaciones y las explicaciones del caso que permitió verificar que los adolescentes presentan autoestima favorable y ausencia de depresión, es decir son personas emocionalmente estables como consecuencia tienen autoestima elevada. Los resultados señalados en la variable autoestima y depresión, son respaldados por investigadores en los contextos, internacional y nacional. Las cuales corroboran los resultados de esta investigación entre la relación de las variables mencionadas en adolescentes de ambas instituciones educativas del distrito de Parcona.

## ÍNDICE

Dedicatoria .....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
Introducción .....	vi

### **CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

1.1 Descripción de la realidad problemática.....	09
1.2 Formulación del problema.....	13
1.2.1 Problema principal	
1.2.2 Problemas secundarios	
1.3 Objetivos de la investigación.....	13
1.3.1. Objetivo General	
1.3.2. Objetivos específicos	
1.4. Justificación de la investigación.....	14
1.4.1. Importancia de la investigación	
1.4.2. Viabilidad de la investigación	
1.5. Limitaciones del estudio.....	15

### **CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO**

2.1 Antecedentes de la investigación.....	16
2.2 Marco conceptual.....	22
2.2.1 Autoestima	
2.2.2 Depresión	



2.3 Bases teóricas.....	34
-------------------------	----

### **CAPÍTULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES**

3.1 Hipótesis de la investigación.....	39
--	----

3.1.1 Hipótesis general

3.1.2 Hipótesis secundarias

3.2 Variables, dimensiones e indicadores.....	40
---	----

### **CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

4.1 Diseño metodológico.....	41
------------------------------	----

4.2 Diseño de muestra.....	42
----------------------------	----

4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	42
---	----

4.3.1 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos

4.3.1 Técnicas

4.3.2 Instrumentos

4.3.2.1. Cuestionario de enseñanza secundaria de autoestima

4.3.2.2. Cuestionario de depresión de Beck

4.4 Técnicas del procesamiento de información.....	44
--	----

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas para el análisis de la información.....	44
--	----

4.6 Aspectos éticos contemplados.....	44
---------------------------------------	----

### **CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN**

5.1. Análisis descriptivo de autoestima y depresión.....	46
--	----

5.1.1. Características de la autoestima y la depresión

5.1.2. Autoestima y depresión según variables sociodemográficas.

5.1.2.1. Según el sexo

5.1.2.2. Según la edad

5.1.2.3. Según el nivel de estudio

5.1.2.4. Según tipo de institución	
5.2. Análisis inferencial de autoestima y depresión.....	51
5.2.1. Correlación entre autoestima y depresión	
5.2.2 Correlación según el sexo	
5.2.3 Correlación según la edad	
5.2.3 Correlación según el nivel de estudio	
5.4. Discusión.....	59
5.5. Conclusiones.....	63
Anexos:	
1. Matriz de consistencia.....	65
2. Cuestionario de autoestima escolar.....	66
3. Inventario de Depresión Beck.....	68
Índice de tablas.....	72
Referencias.....	74

## **CAPITULO I            PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA**

### **1.1.Descripción de la realidad problemática**

La adolescencia, es una etapa de la vida donde se comienza a demostrar el perfil psicológico del ser humano, caracterizado por una situación crítica, que cada vez se hace más notable el escaso manejo de sus emociones; dichos cambios hacen al adolescente vulnerable, pues surge una crisis de identidad que los enfrenta a sí mismos, a demandas familiares, de la sociedad y de las instituciones donde estudian, produciéndoles rabia y confusión, sentimientos que en ocasiones, el adolescente no puede afrontar, debido a diferentes factores, como familiar, económico, el estrés cotidiano y la ausencia de redes de apoyo sociales y familiares, dichos factores favorecen la presencia de malestar emocional como la depresión, el cual pueden influir en comportamiento de riesgo, como son, consumo de drogas e intento de suicidio, que comprometen su integridad física y psicológica (Alcántara, 2009). En las últimas décadas el problema de la salud psicológica se incrementa en la población peruana, en especial en los niños/as y adolescentes por la influencia de diferentes aspectos de la vida cotidiana, como familia, escuela, sociedad,

trabajo, etc., sin embargo, en el Perú, los trastornos psicológicos son muy comunes. La depresión y la ansiedad, constituyen problemas serios de salud pública en todo el país. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2012) refiere que la depresión es un trastorno psicológico frecuente en todo el mundo, y se calcula que afecta a 350 millones de personas. Prevalece más en mujeres que en varones; en el peor de los casos puede llevar al suicidio.

Según la evaluación de la Dirección Regional de Salud (DIRESA) en el 2013, en Ica, 61% de la población presentó depresión y 29% ansiedad, y 2% intentó suicidarse. La Dirección General de Epidemiología (DGE) en el análisis de la situación de salud en el Perú (2012), concluye que las regiones con mayor vulnerabilidad, respecto a los problemas de salud psicológica (depresión, ansiedad, alcoholismo, esquizofrenia, etc.) son: Apurímac, Loreto, Pasco, Huancavelica, Ica, Amazonas, Ayacucho y Huánuco.

En el distrito de Parcona, Ica, la mayoría de los adolescentes suelen tener pobre control de sus emociones, notando escaso desarrollo de su autoestima, así mismo, en la recolección de datos en las instituciones educativas, se observó que los adolescentes se sienten preocupados, tristes, temeroso, desanimados el cual podría conllevar que ellos padezcan problemas como la depresión, afectando así su entorno social, familiar, académico y personal.

De acuerdo con esto, los adolescentes enfrentan diversas dificultades en esta etapa de su vida. Sin embargo, ellos no logran superar algunos de estos problemas como consecuencia del poco aprecio que sienten por sí mismos. Entre algunos de estos problemas se aprecia el bajo rendimiento escolar, como hace mención Álvarez, Sandoval y Velásquez (2007); además consumo de alcohol, consumo de drogas no legales (Estévez, 2013).

De allí, la importancia de confluir la psicología educativa y la psicología de la salud en un tema vigente en la vida de los adolescentes; ¿Cuál es la frecuencia de depresión en adolescentes?, ¿las mujeres se deprimen más que los varones? ¿La depresión y la autoestima alcanzan puntajes más altos en ciclos superiores? ¿Habrá alguna similitud de estos constructos entre las instituciones?

### **Formulación del problema**

#### 1.1.1. Problema principal:

¿Qué relación existe entre autoestima y depresión en adolescentes del distrito de Parcona durante el año 2017?

#### 1.2.2. Problemas secundarios:

¿De acuerdo con el problema principal, los adolescentes mostrarán semejanzas en relación con el sexo (masculino-femenino), la edad, año de estudio y el tipo de institución educativa?

### **1.3. Objetivos de la investigación**

#### 1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la autoestima y la depresión en los adolescentes de dos instituciones estatales del distrito de Parcona durante el año 2017.

#### 1.3.2. Objetivos específico

\* Identificar el vínculo entre autoestima y depresión en adolescentes con respecto a las variables sociodemográficas: sexo, edad y grado de estudio en las dos instituciones educativas estatales del distrito de Parcona, durante el año 2017.

\* Establecer la validez y confiabilidad de los instrumentos de medida.

### **1.4. Justificación de la investigación**

#### **1.4.1 Importancia de la investigación:**

La importancia de este estudio radica en conocer la relación entre autoestima y depresión en adolescentes. El nivel de autoestima que tiene un adolescente sobre sí mismo no es algo con lo que nace, sino que se hace en el ámbito familiar y social, los trastornos de depresión son problemas psicológicos y/o psicopatológicos que repercuten negativamente en el aspecto académico, social y familiar de los adolescentes; por tanto se quiere averiguar desde un punto de vista científico y metodológico las particularidades que denotan estas variables en el mundo de los adolescentes.

El impacto social que tendría este trabajo es dar a conocer la problemática que pasan los adolescentes de las instituciones educativas secundarias, teniendo como finalidad concientizar a la población estudiantil, acerca las consecuencias y riesgos que origina dificultades en el desarrollo de la autoestima y la aparición de la depresión; asimismo pretende difundir los aportes de esta investigación para que las autoridades, funcionarios, instituciones públicas y privadas del sector educativo, estatal y padres de familia, promuevan acciones de manera concertada y articulada en la promoción y protección de la salud psicológica y calidad educativa de la población adolescente.

#### **1.4.2 Viabilidad de la investigación**

Esta tesis es factible de ser realizada con recursos humanos: la ejecutora de la tesis en toda la fase de su desarrollo, el apoyo del asesor, los alumnos que participaron respondiendo de manera colaborativa a los instrumentos de la presente investigación; gracias a ellos fue factible recoger datos relevantes. En los recursos materiales se cuenta con una laptop portátil, materiales de oficina y un ambiente propicio para la redacción del documento. Cuenta con recursos financieros provenientes de fuente familiar. Con respecto al tiempo se distribuye equitativamente en el desempeño laboral en una empresa privada y el 50% destinado para el desarrollo de la tesis en sus diferentes fases.

Por otra parte, con base en el desarrollo tecnológico ahora es posible tener muchas ventajas con el acceso a la información científica en el ciberespacio y la búsqueda de conocimientos relacionados con la temática de la tesis. Esto facilita mucho para que en cualquier circunstancia el investigador recurra a las fuentes de información indispensables.

#### **1.4. Limitaciones del estudio**

En el trabajo de investigación se encontró una serie de limitaciones, entre ellas: Desde el punto de vista endógeno: el desconocimiento de la metodología estadística, recopilación de información en cuanto se refiere en adolescentes, seleccionar el tamaño de muestra ya que es indispensable para realizar la investigación y por último la falta de técnicas y metodologías necesarias para la interpretación de resultados.

Desde el punto de vista exógeno: el aspecto económico. No hay bibliotecas formales ya que carecen de información. De acuerdo con lo señalado, si existe mucha información virtual no obstante una limitación es la búsqueda necesaria y selecta de información, no es fácil acceder porque se ignoran las estrategias del caso.

## **CAPÍTULO II      MARCO TEÓRICO**

### **2.1. Antecedentes de la investigación:**

En este capítulo, se presenta una revisión de las fuentes de información pertinentes sobre los estudios previos que se dieron en los diferentes ámbitos.

González, Ramos, Caballero y Wagner (2003), tuvieron como objetivo el estudio de los correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes mexicanos en la que participaron 508 hombres y 428 mujeres, estudiantes en el Centro Histórico de la Ciudad de México, cuya edad promedio fue de 13 a 17 años. Aplicaron un cuadernillo que integraba los siguientes instrumentos: Escala de estrés cotidiano familiar elaborado por Gonzales (1992), escala de relación con la madre y con el padre elaborado por Rivera (1999), y la escala de impulsividad elaborado por Patton (1995). Los resultados indican que los estudiantes con depresión y/o ideación suicida, tienen más conflictos con padre/madre, reportan que sus padres discuten por problemas económicos, tienen menor autoestima, son impulsivos y usan respuestas de afrontamiento agresivas.

La prevalencia de intento suicida fue en hombres: 7% y mujeres: 17%., los y las estudiantes impulsivos presentan más riesgo con antecedente de intento suicida. En hombres, el afrontamiento agresivo también se asocia con un riesgo mayor, mientras que, en las mujeres, el tener conflictos con padre/madre presenta riesgo mayor, así como que



sus padres discutan por problemas económicos. Se concluye que esta investigación sólo describe las variables que indica, sin embargo, se revela a través de los resultados del cuestionario cierta asociación con la comunicación entre padres e hijos como parte de la disfuncionalidad familiar.

Álvarez; Sandoval y Velásquez, (2007) analizaron la autoestima con alto índice de vulnerabilidad escolar, cuyo objetivo fue identificar el nivel de autoestima del conjunto de alumnos de los primeros medios de los tres liceos más vulnerables de Valdivia, Chile. Aplicaron a 223 estudiantes de 15 a 19 años, la metodología fue de carácter cuantitativa y se aplicó el inventario para autoestima de Coopersmith (1996). Las conclusiones más significativas son que la mayoría de los estudiantes alcanzaron una autoestima media baja y no baja completamente; el ámbito más involucrado en la autoestima de estos estudiantes es el escolar y el hogar, que resultaron ser los más desmejorados y, por lo tanto, responsables de esta autoestima media baja. Los estudiantes presentaron un mejor resultado en el ámbito de la autoestima social, lo quiere decir que ellos se sienten conformes con las relaciones que establecen con sus compañeros y profesores.

Perales y Loredo, (2015), investigaron en México la posible relación entre dificultades de índole familiar y su influencia en trastornos afectivos como la depresión, en una población de 37 participantes, en un rango de 10 a 18 años de edad. Para evaluar el nivel de funcionalidad familiar se utilizó el instrumento de problemas familiares (IPF) elaborado por Gaya (2013) y en cuanto a depresión se utilizó la escala de suicidalidad de Okasha elaborado por Salvo, Melipillan y Castro (2009). Como resultados se obtuvo que la población muestra que la mayoría presentó riesgo de suicidalidad, y se concluye que los niveles de este constructo (depresión) se relacionan con los niveles de funcionalidad

familiar, ya que las personas que presentaron riesgo de suicidio, a su vez indicaron provenir de un hogar disfuncional.

Veyta, González, Andrade Palos y Oudhof, (2012), estudiaron en México; la asociación entre síntomas depresivos y estímulos estresantes; indagaron en una población de 2292 adolescentes, de 14 a 18 años, a quienes se les administró la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (2009). Como resultados de esta investigación se obtuvo que el 15.6% de la población presentó síntomas depresivos, a su vez el 21.3% de la población con depresión pertenece al género femenino y el 8.8% al género masculino. Se concluyó que la presencia de eventos estresantes en nivel escolar y familiar se relaciona con la aparición de síntomas depresivos en adolescentes.

Estévez et. al, (2008), en una investigación realizada en España en adolescentes, con el objetivo de analizar la relación entre el clima familiar, el clima escolar y determinados con factores de ajuste personal como la autoestima, la sintomatología depresiva y la satisfacción con la vida, con una población de 545 adolescentes, de 11 y 16 años de edad. Se utilizó el inventario de relaciones entre familia y su ámbito social, elaborado por Arias (1980) y para autoestima el cuestionario de Coopersmits (1995). Como resultado se obtuvo que el clima familiar positivo se relacionó directa como indirectamente con la satisfacción vital del adolescente, a través de su influencia en el grado de autoestima y sintomatología depresiva que éste experimenta. Sin embargo, ello implica que el ambiente familiar puede resultar más significativo para el adolescente en cuanto a su satisfacción vital, especialmente el grado de cohesión afectiva entre los miembros que constituyen el núcleo familiar poseyendo un buen nivel de autoestima.

Estévez (2013), estudió en Ecuador, teniendo como objetivo indicar si la depresión conlleva al consumo de sustancias psicoactivas, el tema se llevó a cabo en una población

140 estudiantes adolescentes de 16 a 20 años, quienes se les aplicó el test del PHQ elaborado por Kroenke et al. (2002), el cual permite evaluar depresión, se hallaron que 23% de la población presenta depresión mayor, se concluyó que la depresión es independiente al consumo de drogas no legales.

Otro estudio (Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005) realizado en Argentina, tuvo por objetivo señalar que los participantes con alta autoestima y auto concepto presentarían menos problemas de conducta y menos síntomas psicopatológicos. A partir de una muestra de 322 adolescentes de edades comprendidas entre 14 y 17 años, utilizaron el cuestionario de Rosenberg (1996) para autoestima e inventario de problemas conductuales elaborado por (Rodríguez, 2010). Constaron diferencias de género en algunas dimensiones del auto concepto y en la autoestima. En este caso, los adolescentes varones presentaron mayor autoestima, auto concepto emocional y físico, mientras que las adolescentes mujeres tienen puntuaciones superiores en auto concepto académico y familiar. Así mismo tendrían integración social, sentimientos de felicidad, tolerancia al estrés, bajo nivel de desajuste emocional y pocos sentimientos soledad, ansiedad y depresión; es decir, serían sociables, responsables y emocionalmente estables.

Cogollo, Gómez, De Arco, Ruiz y Campo (2009), en Colombia, indagaron la asociación entre disfunción familiar y síntomas de depresión en adolescentes en estudiantes secundarios, con edad promedio de 14 a 17 años, con una población de 253 adolescentes, quienes utilizaron el cuestionario de apgar familiar elaborado por Smilkstein (1978) y para síntomas depresivos, la escala de Zung (1965). Reportaron que los adolescentes solo presentan disfuncionalidad (59%) y solo (11%) tenía síntomas depresivos con importancia clínica. Es decir los adolescentes no mostraban síntomas depresivos, solo disfuncionalidad familiar.

Blazer, Kessler, McGonagle y Swartz, (1994), en Estados Unidos, con el objetivo de identificar la prevalencia de síntomas depresivos según género, en una población de 321 adolescentes, entre los 15 y 18 años. Se utilizó el cuestionario de Beck (1998), cuyos resultados muestran que la depresión tiende a presentarse con mayor frecuencia en las mujeres que en los hombres.

Otra investigación (Ficková & Korcová, 2000), en Eslovaquia revelo, la asociación entre los niveles de autoestima y la preferencia por estilos de afrontamiento en una población de 658 en un grupo de adolescentes entre 14 a 17 años .Los resultados del estudio mostraron que los varones obtendrían medias más altas en autoestima respecto a las mujeres, así como puntuaciones significativamente más altas en autoconcepto, autoestima global y apariencia. Además, se halló que los varones utilizan con más frecuencia la reinterpretación positiva seguida por la planificación, afrontamiento activo y la aceptación, en cambio las mujeres diferirían de ellos en cuanto una mayor preferencia por el apoyo instrumental, emocional y social, aceptación y expresión de emociones.

Arenas (2009), en un estudio en el distrito de El Agustino, Lima, con el objetivo de estudiar la relación entre la funcionalidad familiar y la depresión, efectuó en una muestra de 63 adolescentes, entre 12 y 17 años, varones y mujeres, administró el cuestionario tetradimensional de depresión (CET-DE) elaborado por Díaz (2000), para observar presencia o ausencia de depresión se utilizó el Beck (1998), y la escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar (FACES III) elaborado por Olson (1989), halló que la percepción de los niveles de funcionalidad familiar y su relación con la presencia o ausencia de depresión en adolescentes, no presenta relación significativa en la muestra estudiada, así mismo dichas variable no se diferencian significativamente según sexo. En cuanto a la relación entre la presencia o ausencia de depresión según el sexo, no se hallaron diferencias significativas.

Castañeda, (2013), en su investigación en Lima, tuvo por objetivo analizar la relación entre autoestima, claridad de auto concepto y salud psicologica en un grupo de 355 adolescentes (204 varones y 151 mujeres) entre 14 y 17 años. Para ello, aplicaron la escala de autoestima de Rosenberg (1996), la escala de claridad de auto concepto (SCCS) elaborado por Castañeda (2002) y el inventario de problemas conductuales (YSR) elaborado Rodríguez (2010). Reportaron diferencias significativas según sexo, siendo más notorio en varones que en mujeres, la autoestima resulta ser importante para trastornos de internalización, la claridad de autoconcepto mostró agrupaciones altas y significativas en cuanto a comportamientos inadecuadas. Razón por la cual la autoestima, muestra una asociación igualmente alta y significativa en los hombres para los problemas internalizados. Acerca de la claridad de autoconcepto para el grupo femenino, se evidencia un nexo alto y significativo con comportamientos en problemas globales, además de una relación moderada con problemas de carácter externalizado.

Acuña (2013) en una investigación realizada en Huacho, Perú, en la escuela académica de educación primaria y problemas de aprendizaje, analizaron los niveles de autoestima y rendimiento académico, con la participación de 24 estudiantes, del total, 16 fueron mujeres y 8 hombres, evaluados por el test de autoestima Coopersmith (1996), encontraron 1 estudiante con autoestima alta, 16 estudiantes con autoestima media y 7 estudiantes con autoestima baja. Luego de revisar los boletines de calificaciones obtenidos por los alumnos, 2 estudiantes tiene un rango excelente, 16 estudiantes tiene un rango bueno, 6 estudiantes tienen un rango aceptable y ninguno en insuficiente. Concluyó según esta descripción, asociación entre la autoestima y el rendimiento académico de los estudiantes.

Arias, (2013) tuvo por objetivo examinar la autoestima con problemas conductuales en una población de 342 adolescentes con edades de 16 y 19 años de Lima.

Señala que los participantes con alta autoestima y autoconcepto, presentan menos problemas conductuales, síntomas patológicos, además de mostrar mejor salud psicológica. Así mismo, estos no exhibían problemas familiares, es decir, divorcios, maltratos en el hogar, muerte de uno de los progenitores. Mientras que los adolescentes que si presentaban estos problemas, tienen una baja autoestima, lo cual presenta trastornos de la personalidad y síntomas psicopatológicos como ansiedad, depresión, obsesiones, entre otras.

Nicho (2013), investigó en el distrito de Huacho la relación entre autoestima y rendimiento académico. En una población de 150 adolescentes, utilizó el cuestionario de habilidades sociales (Gismero, 1998), y de autoestima (Coopersmith ,1996). Llegó a las siguientes conclusiones, el 60% de ellos tienen baja autoestima, y más de la mitad rendimiento académico regular o menos.

## **2.2. Bases teóricas**

### **2.2.1 Autoestima**

#### **2.2.1.1 Marco conceptual:**

Sobre autoestima, no existe un concepto único, pero se puede abordar desde distintas perspectivas:

La palabra autoestima está proviene del vocablo griego “autos” cuyo significado es “por sí mismo” y la palabra latina “estima” que significa valorar o evaluar. Esto implica que el concepto de autoestima puede traducirse como una valoración de uno mismo, que puede ser positiva o negativa, e indicara en todas las conductas del individuo en su forma de ver el mundo, de valorar a los demás, y en sus emociones.

La autoestima es la evaluación que la persona hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo, (Coopersmith, 1996; Burns, 2001; Barón 1997). El último autor añade que esta evaluación genera una actitud en la persona que varía a lo largo de una dimensión positiva- negativa.

Branden (2010) refiere que la autoestima es un conjunto de actitudes que hace a la persona amarse y valorarse, menciona que la confianza es principal para actuar y pensar en la vida, así se pueden vencer los desafíos que se pongan en el camino. Cada uno es capaz de proponerse metas, pero el reto es cumplirlas y ahí es donde se demuestra la capacidad que se tiene para lograrlas. No siempre habrá felicidad, también existirán momentos desagradables pero si la autoestima es adecuada las personas podrán sobresalir con valentía y prosperidad.

Vernieri (2006), manifiesta que la autoestima durante la etapa de la adolescencia comienza a tener importancia fundamental en el grupo. Lo más importante para los adolescentes es ser aceptados y reconocidos por sus pares, lo que suelen hacer cualquier cosa que estos les indiquen. Por otro lado, entran otros factores de riesgo que toman una importancia significativa, esos son el fácil acceso a las drogas en general y el alcohol en particular, y la pertenencia a barras y pandillas. La autoestima es el sentimiento valorativo del ser, de la manera de ser, de quien es uno, del conjunto de rasgos corporales, psicológicos y espirituales que forman la personalidad.

Ellis (1958), considera que la autoestima implica una autoevaluación o puntuación en una escala de valor que se origina a partir de nuestros éxitos o fracasos en relación con metas, ideales y las opiniones de otras personas sobre nosotros.

Estos autores destacan que la autoestima es la autovaloración de sí mismo, en términos de actitudes relacionado con metas y opiniones de otros.

### **Clasificación de la autoestima:**

Montoya y Sol (2001) Mencionan características de una persona clasificándolas como:

- a) Personas con autoestima alta: Son libres, nadie los amenaza, ni amenazan a los demás; dirigen su vida hacia donde creen conveniente. Es consciente de su cambio, adapta y acepta nuevos valores y rectifica caminos. Aprende y se actualiza para satisfacer las necesidades del presente. Se gusta a sí mismo y gusta de los demás. Se aprecia y se respeta y así a los demás.
- b) Personas con autoestima baja: En esta situación las personas careces de objetivos propios y suelen ser manipulados por sus propias emociones y sus propios prejuicios de él y de los demás.

Piaget (1985): menciona tres tipos de autoestima:

- a) Autoestima alta: Se caracteriza porque se acepta siempre tal como es, siempre tratando de superarse, esto lo lleva a ser una persona asertiva, es consciente de sus alcances pero también de sus limitaciones.
- b) Autoestima relativa: Oscila entre sentirse valioso o no, tales incoherencias se pueden encontrar en personas con autoestima confusa.
- c) Autoestima baja: Es un sentimiento de inferioridad y de incapacidad personal, de inseguridad, de dudas respecto a uno mismo, también de culpa, por miedo a vivir con plenitud.



Por su parte Coopersmith (1996), plantea que existen distintos niveles de autoestima las cuales son:

- a) Autoestima alta: Son personas expresivas, con éxito académico y social, confían en sus propias percepciones y esperan el éxito, consideran su trabajo de alta calidad y mantienen altas expectativas con respecto a trabajos futuros, manejan la creatividad, se sienten orgullosos de sí mismos, caminan hacia metas realistas.
- b) Autoestima media: Son personas expresivas, dependen de la aceptación social, igualmente tienen alto número de afirmaciones positivas hacia sí mismo.
- c) Autoestima baja: Son personas desanimados, aislados, consideran no poseer atractivo, son incapaces de expresarse y defenderse, se sienten débiles para vencer sus deficiencias, tienen miedo de provocar el enfado de los demás, su actitud hacia sí mismo es negativa.

### **Factores que inciden en el desarrollo de la autoestima**

Heuver (1957), los adolescentes y las personas en general, adquieren y modifican su autoestima en diversos factores:

- a) Factores emocionales: Una autoestima alta es uno de los elementos importantes para desarrollar un equilibrio psicológico y alcanzar la felicidad. Cuando un adolescente tiene una buena idea de sí mismo, generalmente confía en sus capacidades y en sus relaciones con sus padres y compañeros, además de abordar retos de mejor manera. En cambio, el adolescente que posee una idea negativa de sí mismo actúa temerosamente, se ampara bajo la sombra de otras personas, evita llamar la atención y prefieren estar en soledad que interactuando con otras personas.

b) Factores socio- culturales: La socialización es el proceso por el cual los menores aprenden el funcionamiento de su entorno, reconocen las normas, las costumbres y las conductas de su grupo cultural. Aunque la familia no es el único agente que interviene en el proceso de socialización y en el desarrollo de la autoestima; también están los compañeros, vecinos, profesores, sistemas de comunicación, entre otros.

c) Factores económicos: Desde el comienzo de la escolaridad, los adolescentes vulnerables están en grandes desventajas, muchas veces las instituciones que ellos asisten son en la mayoría de escasos recursos, suelen estar en mal estado físico, carentes de los medios y servicios esenciales como vestimenta y alimentación, así mismo se considera a las instituciones carentes de lugares para hacer deportes, talleres, laboratorios e, inclusive, sanitarios adecuados, y hasta carecen de los equipos y personal suficiente.

*Después de haber revisado las distintas definiciones, se considera que la más relevante es la propuesta Coopersmith (1996); donde sostiene que la autoestima es la evaluación que la persona hace con respecto a sí mismo y refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.*

#### **2.2.1.2. Bases teóricas**

Sobre esta variable, a partir de Coopersmith (1996), además de la teoría que él propone surgieron otras. Aquí se presenta una revisión de dichas teorías:

**1. Teoría de Coopersmith (1996);** en su teoría señala que el proceso de formación de la autoestima se inicia a los seis meses del nacimiento, cuando el individuo comienza a distinguir su cuerpo como un todo absoluto diferente del ambiente que lo rodea. Explica que en este momento se comienza a elaborar el concepto de objeto, iniciando su concepto de sí mismo, a través de las

experiencias y exploraciones de su cuerpo, del ambiente que le rodea y de las personas que están cerca de él. Señala que las personas presentan diversas formas y niveles perceptivos:

1. Autoestima personal: Consiste en la evaluación a sí mismo en relación con su imagen corporal y cualidades personales.

2. Autoestima en el área académica: Se refiere a la crítica que el adolescente hace con respecto a sí mismo en relación con su desempeño en el ámbito escolar, considerando su capacidad, productividad y expresado en actitudes hacia sí mismo.

3. Autoestima en el área familiar: Se basa en el desenvolvimiento en sus relaciones con los miembros del grupo familiar, expresado en actitudes hacia los integrantes de la familia.

4. Autoestima en el área social: consiste en la evaluación que la persona hace y habitualmente mantiene con respecto a sí mismo en relación con sus interacciones sociales.

**2. Teoría de Branden (2001)**, la autoestima es la confianza en nuestra capacidad de pensar, de enfrentarnos a los desafíos básicos de la vida. La confianza en nuestro derecho a triunfar y a ser felices; el sentimiento de ser respetables, de ser dignos y de tener derecho a afirmar nuestras necesidades y carencias, alcanzar nuestros principios morales y gozar del fruto de nuestros esfuerzos.

Por otro lado es contrario a la tradición que ve como modo de elevar la autoestima el conseguir la valoración de las personas significativas del entorno. Entiende que realmente no necesitamos la valoración de los demás sino más bien la de nuestro interior. Manifiesta que si nos desarrollamos de forma normal, transferimos la fuente de aprobación del mundo a nosotros mismos; pasamos de lo exterior a lo interior.

**3. Teoría de Rogers y Russell (2002)**, afirman que las familias que se forman y desarrollan con una autoestima sana, la funcionalidad de sus miembros tiene características particulares. En el contexto grupal, las reglas están claras, sus miembros las adoptan para transitar con certeza sus acciones de la vida, aunque se muestran dispuestos a revisarlas e incluso a modificarlas si acaso éstas llegan a quedar desactualizadas y dejan de guiarlos.

Estos autores explican que la comunicación es abierta, por lo que está permitido expresar los sentimientos directamente, sin el temor de parecer ridículos, cursis o de recibir una cruda represalia. La interacción se basa en el amor más que en el poder, por lo que emociones como la rabia, la tristeza o el miedo, tienen cabida y son respetadas siempre que se expresen adecuadamente con la intención de encontrar soluciones, y no de manera irresponsable.

**4. Teoría de autoestima de Rosemberg (1996)**, señala que la autoestima es una apreciación positiva o negativa hacia sí mismo, que se apoya en una base afectiva y cognitiva, puesto que el adolescente siente de una forma determinada a partir de lo que piensa sobre sí mismo. Plantea que la autoestima es esencial para el ser humano por las siguientes razones:

- a) Implica desarrollos de patrones conductuales.
- b) Define el establecimiento de comportamiento entre los individuos y la comprensión de quien es uno como persona basada en los resultados.

**4. Teoría: Escalera de autoestima de Rodríguez (1985)**. Concibe que la autoestima se divide en 6 escalones, siendo la base el autoconocimiento, luego el auto concepto, la autoevaluación, la autoaceptación, el autorrespeto y la autoestima como el nivel superior. Involucra los componentes de las actitudes (cognitivo, emocional y conductual).

**5. Teoría de Maslow** (1972), desarrolla dentro su la Teoría de la Motivación, una jerarquía de las necesidades que los hombres buscan satisfacer. Estas necesidades se representan en forma de pirámide, en la que la autoestima se encuentra en un nivel alto cercano a la autorrealización.



Necesidades de estima, Necesidad de Ego: Refiere a la valoración de uno mismo otorgada por otras personas.

Necesidades del ser, Necesidades de Autoestima: Es la necesidad instintiva de un ser humano de hacer lo máximo que pueden dar de sí sus habilidades únicas.

*Después de haber revisado las distintas teorías, se considera que la más relevante es la propuesta de Coopersmith (1996) quien sostiene que la autoestima se expresa a través de la actitud de aprobación o desaprobación que refleja el grado en el cual el individuo cree en sí mismo para ser capaz, productivo, importante y digno. Por tanto, la autoestima implica un juicio personal de la dignidad que es expresado en las actitudes que el individuo tiene hacia sí mismo.*

## **2.2.2. Depresión**

### **2.2.2.1. Marco conceptual:**

De acuerdo con su etimología la palabra “depresión” deriva del vocablo latín “depressio” cuya traducción literal es hundimiento, sensación bastante cercana a la que tiene los deprimidos de estar en el fondo de un pozo negro.

Trickett (2012), la depresión es una alteración del estado de ánimo en el que pueden darse sensación de vacío y desinterés general al contacto social, alteraciones del apetito y el sueño afectando a su mayoría a adolescentes con conflictos familiares. Va desde una reacción exagerada a la tristeza normal, pasando por un sentimiento de vacío gris en el que aún puedes continuar tu vida cotidiana, hasta una desesperación absoluta, falta de esperanza y postración. En la depresión grave, incluso las funciones corporales se ven afectadas y las manifestaciones físicas pueden incluir una gran variedad de síntomas como palpitaciones, dolores de cabeza y mareos. En la ansiedad, la actividad del cuerpo y de la mente se acelera. En la depresión, se hace más lenta. A menudo, la depresión sigue a la ansiedad, nos fuerza a descansar, ésta podría ser su función. Sí prosigue durante demasiado tiempo es necesario hacer algo para remediarlo.

Novoa (2002) menciona que la depresión es una de las enfermedades más comunes a la que están sujetas las personas. Puede ser un signo, síndrome o trastorno. Como signo la depresión se desarrolla en forma de aspecto triste (disforia) mientras que la depresión como síntoma es más intensa y prolongada e interfiere en la adaptación de la persona y algunos síntomas son el exceso en el dormir, el cambio en los hábitos alimenticios, incluso la conducta delictiva, pueden ser signos de depresión. Otro síntoma común de la depresión es una obsesión con la muerte, que puede tomar la forma ya sea de pensamientos suicidas o temores acerca de la muerte y del mismo hecho de morir.

Galli (1994), sugirió, de forma práctica, como sinónimos a la depresión endógena, melancolía o depresión mayor, mientras a la depresión psicológica la iguala a la depresión exógena, neurótica, distimia o depresión menor.

Por otra parte La OMS (1992) a través de su manual CIE - 10, refiere que en los episodios depresivos la persona llega a tener pérdida de la capacidad de interesarse y disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad y cansancio exagerado. Entre las principales manifestaciones encontramos:

- La disminución de los procesos cognitivos como la atención y concentración.
- La pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Las ideas de culpa y de ser inútil
- Una perspectiva negativa del futuro.
- Los pensamientos, actos suicidas o de autoagresiones.
- Los trastornos del sueño.
- La pérdida del apetito.

En ambos criterios diagnósticos la presentación clínica puede ser distinta en cada episodio y en cada persona. Sin embargo, en adolescentes suelen ser atípicas, siendo posible que en algunos casos la ansiedad, el malestar y la agitación psicomotriz predominen sobre la depresión. El diagnóstico de episodio depresivo requiere una duración estándar de al menos dos semanas, sin embargo, según la gravedad, el tiempo puede ser relativo.

### **Signos y síntomas de la depresión**

- Cansancio permanente y falta de energía
- Dificultad para la concentración
- Cambios en el apetito

- Irritabilidad
- Pérdida del interés por actividades que antes disfrutaba
- Sentimientos de desprecio hacia uno mismo y realización de comentarios auto despectivo
- Tristeza
- Pensamientos sobre la muerte o el suicidio
- Alteraciones en el sueño
- Disminución del rendimiento escolar y falta de concentración
- Distanciamiento del grupo de amigos
- Consumo de alcohol o drogas
- Peleas con otros compañeros
- Escapadas
- Pensamientos suicidas

### **Tipos de depresión**

**Trastorno depresivo grave:** Según el Instituto de la Salud Mental, (2010) el trastorno depresivo grave: La depresión grave incapacita a la persona y le impide desenvolverse con normalidad en sus actividades diarias las cuales ya le parecen algo ordinarias a comparación con el pasado.

**Trastorno distímico:** se caracteriza por sus síntomas de larga duración (dos años o más), aunque menos graves, pueden no incapacitar a una persona, pero sí impedirle desarrollar una vida normal o sentirse bien.

**Depresión psicótica:** Ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones, y delirios.



Depresión posparto: Se diagnostica si una mujer que ha dado a luz recientemente sufre un episodio de depresión grave dentro del primer mes después del parto. El posparto o también llamado puerperio, es el periodo después del parto en el cual el organismo se va recuperando, comprende las seis semanas siguientes al parto.

*Después de revisado las distintas postulaciones de diferentes autores, consideramos relevante y el cual nos sirve de marco teórico referencial, la postulación de Trickett (2012), donde hace mención que la depresión causa una alteración del estado de ánimo en el que pueden darse sensación de vacío y desinterés general al contacto social, alteraciones del apetito y el sueño afectando a su mayoría a adolescentes con conflictos familiares.*

#### **2.2.2.2. Bases teóricas**

Sobre esta variable, a partir de Beck, además de la teoría que él propone surgieron otras. Aquí se presenta una revisión de dichas teorías:

1. **Teoría de Beck (1995)**, sostiene que en los trastornos depresivos existe una distorsión en el procesamiento de la información. Tras un suceso que supone una pérdida o un fracaso, la ausencia temporal de todo estado emocional y conductual. Las personas depresivas valoran excesivamente los sucesos negativos, frecuentes e irreversibles, mostrando lo que se conoce como la tríada cognitiva negativa: una visión negativa del yo, de su propio mundo o experiencia personal y del futuro.

Entre todas las posibles causas distantes que pueden provocar ese procesamiento distorsionado, la teoría cognitiva de Beck afirma que la depresión tendría que ver con la interacción de tres factores:

a) La presencia de actitudes o creencias disfuncionales sobre el significado de ciertas clases de experiencias, actitudes que impregnan y condicionan la construcción de la realidad.

b) Una alta valoración subjetiva de la importancia de esas experiencias que resulta de la estructura de personalidad de la persona.

c) La ocurrencia de un estresor específico a los anteriores factores, es decir, un suceso considerado importante y que indique directamente sobre las actitudes disfuncionales de la persona.

**2. La Teoría de la desesperanza de Abramson, Metalsky y Alloy\_(1989)** postulan una nueva categoría de los trastornos depresivos, la depresión por desesperanza, definida principalmente por su causa, es decir, la expectativa negativa acerca de un suceso valorado como muy importante unida a sentimientos de debilidad sobre la posibilidad de cambiar la probabilidad de ese suceso. Aun siendo la debilidad un elemento necesario para desarrollar desesperanza, es ésta la clave causal de la depresión en el nuevo modelo explicativo, modelo que sólo se extendería a ciertos tipos de depresión, aquellos caracterizados precisamente por la desesperanza.

**3. Teoría del Autocontrol de Rehm (1977)**, menciona que la depresión puede concebirse, como un déficit en las conductas de autocontrol (factor de vulnerabilidad) interactúa con la pérdida o ausencia de reforzadores externos (factor de estrés) para desencadenar un episodio depresivo. Tal déficit, según Rehm, se concreta en cualquier combinación de las siguientes condiciones:

a) Déficit en las conductas de auto-observación: Las personas vulnerables a deprimirse tienen una tendencia a prestar mayor atención a los sucesos negativos que a los

positivos, lo que explicaría la visión negativa y pesimista que se manifiestan una vez deprimidos.

b) Déficit en las conductas de autoevaluación: Las personas que tienen criterios o estándares muy altos de autoevaluación son más vulnerables a deprimirse ya que, no pueden alcanzar tales criterios y, por tanto, se evalúan de una manera negativa.

c) Déficit en las conductas de auto reforzamiento: La persona deprimida se administra pocas recompensas o se administra excesivos castigos.

**4. Teoría de la Auto focalización de Lewinsohn (1985)**, postula que los factores ambientales son los responsables primarios de la depresión, aunque habría factores cognitivos que mediarían los efectos del ambiente. En particular, el principal efecto mediador es un aumento de la autoconciencia, es decir, un aumento temporal y situacional en la auto focalización o cantidad de atención que una persona dirige hacia sí mismo en lugar de dirigirla al ambiente.

Además, la teoría asume la existencia de características de predisposición que incrementan o reducen el riesgo de un episodio depresivo, no sólo en la probabilidad de un episodio depresivo sino también en la duración de este episodio. Enumera las siguientes características de vulnerabilidad:

1. Ser mujer
2. Tener 20- 40 años
3. Tener una historia previa de depresión
4. Tener pocas habilidades de afrontamiento
5. Tener una sensibilidad elevada a los sucesos aversivos
6. Ser pobre

7. Mostrar una alta tendencia a la autoconciencia
8. Tener baja autoestima
9. Tener un bajo umbral para la activación de auto esquemas depresógenos
- 10.** Mostrar dependencia interpersonal
- 11.** Tener niños menores de 7 años.

*Después de revisado las distintas postulaciones de diferentes autores, consideramos relevante y el cual nos sirve de marco teórico referencial, la postulación de Aron Beck (1995) quien hace mención que la depresión se origina porque la persona visualiza el mundo de una manera negativa y poco realista. La gente que se deprime posee cogniciones negativas en tres áreas, que es lo que se denomina triada cognitiva (el sí mismo, el mundo circundante y el futuro).*

### **2.3. Definición de términos básicos:**

**Conciencia en uno mismo:** es la capacidad de reconocer y entender en uno mismo las propias fortalezas, debilidades, estados de ánimo, emociones e impulsos, así como el efecto que éstos tienen sobre los demás y sobre el trabajo.

**Autorregulación o control de sí mismo:** es la habilidad de controlar nuestras propias emociones e impulsos para adecuarlos a un objetivo, de responsabilizarse de los propios actos, de pensar antes de actuar y de evitar los juicios prematuros.

**Automotivación:** es la habilidad de estar en un estado de continua búsqueda y persistencia en la consecución de los objetivos, haciendo frente a los problemas y encontrando soluciones.

**Empatía:** es la habilidad para entender las necesidades, sentimientos y problemas de los demás, poniéndose en su lugar, y responder correctamente a sus reacciones emocionales.

**Habilidades sociales:** es el talento en el manejo de las relaciones con los demás, en saber persuadir e influenciar a los demás. Quienes poseen habilidades sociales son excelentes negociadores, tienen una gran capacidad para liderar grupos y para dirigir cambios, y son capaces de trabajar colaborando en un equipo y creando sinergias grupales.

**Cólera:** enojo, mal genio, atropello, fastidio, molestia, furia, resentimiento, hostilidad, animadversión, impaciencia, indignación, ira, irritabilidad, violencia y odio patológico.

**Alegría:** disfrute, felicidad, alivio, capricho, extravagancia, deleite, dicha, diversión, estremecimiento, éxtasis, gratificación, orgullo, placer sensual, satisfacción y manía patológica.

**Miedo:** ansiedad, desconfianza, fobia, nerviosismo, inquietud, terror, preocupación, aprehensión, remordimiento, sospecha, pavor y pánico patológico.

**Aislamiento:** son sujetos que se aíslan de su medio familiar y social.

**Autodestrucción:** en ocasiones llegan a este estado como medio de escape a su realidad.

**Inestabilidad emocional:** cambian su estado de ánimo repentinamente.

**Inferioridad:** quien tiene baja autoestima pierde confianza en sí mismo, duda de sus habilidades, incluso de las ya demostradas, vive a la defensiva, si obtiene un logro no tiene certeza de continuar haciéndolo en el futuro, no se siente eficaz.

## **CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

### **3.1. Formulación de hipótesis**

#### **3.1.1 Hipótesis generales:**

Existe relación significativa indirecta entre autoestima y depresión en adolescentes de las 2 instituciones educativas, del distrito de Parcona, durante el año 2017.

#### **3.1.2 Hipótesis secundarias:**

De acuerdo con la hipótesis principal, los adolescentes del Distrito de Parcona presentarían, semejanzas en razón del sexo, edad, año de estudio.

### **3.2. Variables, dimensiones e indicadores:**

En la siguiente investigación describimos nuestras variables

Tabla 1: descripción de las variables autoestima y depresión

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES
AUTOESTIMA	<p><b>Autoestima:</b> Conoce, respeta y expresa sus sentimientos y permite que lo hagan los demás. Toma sus propias decisiones y goza con el éxito. Acepta que comete errores y aprende de ellos. (Figueiri, 2008)</p>	<p>Son los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de enseñanza secundaria (CEEAES) elaborado por García (1995)</p>	<p>Autoestima alta Autoestima media alta Autoestima media baja Autoestima media baja</p> <p>Autoestima baja</p>	<p>4,5,14 y 15 1,4,16,18 y 19 10,12 y 13 9,14 y 17</p> <p>2, 6 y 8</p>
Depresión	<p><b>Depresión</b> causa una alteración del estado de ánimo en el que pueden darse sensación de vacío y desinterés general al contacto social, alteraciones del apetito y el sueño afectando a su mayoría a adolescentes con conflictos familiares. Trickett (2012)</p>	<p>Son los puntajes obtenidos mediante el cuestionario de depresión BECK. Elaborado por Arón Beck (1998)</p>	<p>Depresión mínima Depresión leve Depresión grave</p> <p>Depresión moderada</p>	<p>14-19 20-28 29-63</p>

## CAPÍTULO IV METODOLOGÍA

### 4.1. Diseño metodológico:

El diseño seleccionado es el diseño asociativo comparativo (Ato, López & Benavente, 2013)

### 4.2. Diseño de muestra

El diseño aleatorio completamente al azar. Con una población de 1350 estudiantes, de las cuales por criterio estadístico se determinó un tamaño de muestra de 215 participantes de dos instituciones educativas del distrito de Parcona.

#### 4.2.1. Participantes:

De los 215 que integran el tamaño de muestra están distribuidos según el tipo de institución educativa, el sexo, la edad y el nivel de estudio.

4.2.2. Distribución de la muestra de adolescentes de Parcona: se presenta la distribución de la muestra en razón con el sexo, edad, nivel de estudio. (C.f. tabla 2)

Tabla 2: Distribución de variables sociodemográficas

Variable sociodemográficas	Tipo de Institución
	Sexo
	Edad
	Nivel de estudio



**Criterios de inclusión:** Los sujetos de estudio tuvieron que cumplir con los siguientes requisitos:

- Adolescentes que residen en el distrito de Parcona
- Adolescentes que estudien en las dos instituciones educativas
- Adolescentes con edades entre los 13 y 19 años
- Adolescentes que acepten participar en el estudio
- Adolescentes varones y mujeres
- Que acepte participar en el estudio

**Criterios de exclusión:**

- Personas adultas
- Adolescentes que no acepten colaborar con la investigación.
- Adolescentes menores de 12 y mayores de 20 años.

#### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Se utilizaron las siguientes técnicas para el tratamiento estadístico de los datos:

##### **Recolección de datos**

Se comenzó pidiendo permiso a los directores de las Instituciones Educativas, luego se ingresó a las aulas para proceder con las aplicaciones de las encuestas, antes se les explicó que los datos proporcionados por cada uno de ellos como como edad, sexo y grado de estudios y sus nombres, serían totalmente confidenciales.

##### **Instrumentos**

Se utiliza los siguientes instrumentos:

- *Cuestionario de autoestima de enseñanza secundaria CEEAES.* (Cf. Anexo 1)

El cuestionario para la evaluación de la autoestima es una forma reducida y adaptada, para alumnos adolescentes, de otro cuestionario original denominado CEEAES (Cuestionario de evaluación de la autoestima para alumnos de enseñanza secundaria), elaborado por

García (1995). El cuestionario para la evaluación de la autoestima consta de 19 ítems, 16 de los cuales se refieren a cualidades propias de la autoestima y 3 pertenecen a una escala de autocrítica.

La prueba arroja un coeficiente alpha de fiabilidad de 0.70. Mediante el procedimiento de las mitades, a través de la formulación ideada por Spearman Brown, también se obtiene un coeficiente de fiabilidad de 0,70.

- *El cuestionario de depresión **BECK*** (Cf. Anexo 2)

Proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas se corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV;

Las puntuaciones de la prueba presentaron una adecuada validez convergente: elevadas correlaciones (superiores a 0.50).

#### **4.3.3. Validez**

El cuestionario para la evaluación de la autoestima es una forma reducida y adaptada, para alumnos adolescentes, de otro cuestionario original denominado IAME, elaborado por García (1995), y editado en la editorial EOS, la puntuación de la prueba presentó una adecuada validez con un 0.70.

El cuestionario de BECK fue validado por anteriores investigadores, con un puntaje de validez de 0.50.

#### **4.3.4. Confiabilidad**

El instrumento que mide de la escala de autoestima se encuentra con la fiabilidad de 0.52, y el de depresión con una de confiabilidad superior de 0,88.

#### **4.4. Técnicas de procesamiento de información**

Una vez obtenidos los resultados se procedió a ordenarlos y codificarlos, se elaboró la base de datos donde se encuentran la frecuencia, moda y desviación estándar y posteriormente se realizó el procesamiento estadístico mediante el SPSS. Finalmente se aplicó la prueba de significancia mediante el Chi-cuadrado en el nivel del 0.50 de significación estadística.

#### **4.5. Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información**

Las técnicas estadísticas utilizadas son:

- Técnicas estadísticas para el tamaño de muestra
- Confiabilidad del instrumento mediante el Alfa de Cronbach
- Para la verificación de hipótesis, el estadígrafo de 0.05 de la prueba de chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) con un nivel de 0.01 de significación estadística.

#### **4.6. Aspectos éticos contemplados**

El estudio no causa daños físicos, psicológicos, ni morales a las personas; puesto que los datos se obtienen por medio del consentimiento informado y serán absolutamente confidenciales, se manejarán sin nombres personales, solo como datos estadísticos.

Se tiene en cuenta que el psicólogo está obligado a salvaguardar la información acerca de un grupo, que fuere obtenida en el curso de la investigación.

Así mismo, se está en la obligación de informar al participante de todas las características de la investigación que puedan influir en su decisión de participar, pues tiene obligación de proteger el bienestar y dignidad del participante.

Por lado, se debe respetar la libertad del individuo para declinar su participación o para que se retire de la investigación. Por último, después de recoger los datos, el investigador proporciona al participante información sobre la naturaleza del estudio, a fin de aclarar cualquier malentendido que pueda haber surgido.

## CAPÍTULO V ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

### 5.1. Análisis descriptivo, tablas de frecuencias y gráficos.

Tabla 03. Distribución de la autoestima en estudiantes de la muestra general.

		Frecuencia	Porcentaje
Niveles de autoestima	Autoestima baja	13	6,0
	Autoestima media baja	20	9,3
	Autoestima media alta	62	28,8
	Autoestima alta	120	55,8
	Total	215	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla muestra que la prevalencia de autoestima alta es de 55,8% en la muestra global; mientras que la autoestima baja en la muestra es de 6%, es decir, 6 de cada 100 estudiantes presentan autoestima baja.

Tabla 04. Distribución de la autoestima en estudiantes según edades.

			Niveles de autoestima				
			Autoestima	Autoestima	Autoestima	Autoestima	
			baja	media baja	media alta	alta	Total
Edades	13 a 15 años	f	6	9	38	66	119
		%	5,0%	7,6%	31,9%	55,5%	100,0%
	16 a 18 años	f	7	11	24	54	96
		%	7,3%	11,5%	25,0%	56,3%	100,0%
Total		f	13	20	62	120	215
		%	6,0%	9,3%	28,8%	55,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de 16 a 18 años presentan mayor proporción de autoestima baja (7.3%) que los estudiantes de 13 a 15 años de edad; asimismo, los estudiantes de 16 a 18 años presentan mayor proporción de autoestima alta (56,3%) que los estudiantes de 13 a 15 años de edad.

Tabla 05. Distribución de la autoestima en estudiantes según sexo.

			Niveles autoestima				
			Autoestima	Autoestima	Autoestima	Autoestima	
			baja	media baja	media alta	alta	Total
Sexo	Masculino	f	7	10	28	63	108
		%	6,5%	9,3%	25,9%	58,3%	100,0%
	Femenino	f	6	10	34	57	107
		%	5,6%	9,3%	31,8%	53,3%	100,0%
Total		f	13	20	62	120	215
		%	6,0%	9,3%	28,8%	55,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes varones presentan mayor proporción de autoestima baja (6.5%) que los estudiantes mujeres; mientras que los estudiantes varones presentan mayor proporción de autoestima alta (58,3%).

Tabla 06. Distribución de la autoestima en estudiantes según año de estudios.

			Niveles de autoestima				
			Autoestima baja	Autoestima media baja	Autoestima media alta	Autoestima alta	Total
Año de estudios	Tercer año	f	2	6	18	37	63
		%	3,2%	9,5%	28,6%	58,7%	100,0%
	Cuarto año	f	5	7	17	44	73
		%	6,8%	9,6%	23,3%	60,3%	100,0%
	Quinto año	f	6	7	27	39	79
		%	7,6%	8,9%	34,2%	49,4%	100,0%
Total		f	13	20	62	120	215
		%	6,0%	9,3%	28,8%	55,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de quinto año presentan mayor proporción de autoestima baja (7.6%) que los demás estudiantes; mientras que los estudiantes de tercer año presentan mayor proporción de autoestima alta (58,7%) que los demás estudiantes.

Tabla 07. Distribución de autoestima en estudiantes según Institución educativa.

			Niveles de autoestima				
			Autoestima baja	Autoestima media baja	Autoestima media alta	Autoestima alta	Total
Institución Educativa	A	f	9	10	27	65	111
		%	8,1%	9,0%	24,3%	58,6%	100,0%
	B	f	4	10	35	55	104
		%	3,8%	9,6%	33,7%	52,9%	100,0%
Total		f	13	20	62	120	215
		%	6,0%	9,3%	28,8%	55,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de la IE “A” presentan mayor proporción de autoestima baja (8.1%) que los estudiantes de la IE “B”; asimismo, los estudiantes de la IE “A” presentan mayor proporción de autoestima alta (58,6%) que los estudiantes de la IE “B”.

Tabla 08. Distribución de la depresión en estudiantes de la muestra general.

		Frecuencia	Porcentaje
Depresión	Depresión grave	11	5,1
	Depresión moderada	11	5,1
	Depresión leve	25	11,6
	Depresión mínima	168	78,1
Total		215	100,0

Fuente: Elaboración propia, 2017.

La tabla muestra que la prevalencia de depresión grave es de 5,1% en la muestra global, es decir, 5 de cada 100 estudiantes presentan depresión grave; mientras que la depresión mínima en la muestra es de 78,1%.

Tabla 9. Distribución de depresión en estudiantes según edades.

			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Edades	13 a 15 años	f	7	10	13	89	119
		%	5,9%	8,4%	10,9%	74,8%	100,0%
	16 a 18 años	f	4	1	12	79	96
		%	4,2%	1,0%	12,5%	82,3%	100,0%
Total		f	11	11	25	168	215
		%	5,1%	5,1%	11,6%	78,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de 13 a 15 años presentan mayor proporción de depresión grave (5.9%) que los estudiantes de 16 a 18 años; mientras que los estudiantes de 16 a 18 años presentan mayor proporción de depresión mínima (74,8%) que los estudiantes de 13 a 15 años.

Tabla 10. Distribución de depresión en adolescentes según sexo.

			Niveles de depresión				
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	Total
Sexo	Masculino	F	6	7	16	79	108
		%	5,6%	6,5%	14,8%	73,1%	100,0%
	Femenino	F	5	4	9	89	107
		%	4,7%	3,7%	8,4%	83,2%	100,0%
Total		F	11	11	25	168	215
		%	5,1%	5,1%	11,6%	78,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de sexo masculino presentan mayor proporción de depresión grave (5.6%) que los estudiantes de sexo femenino; mientras que los estudiantes de sexo femenino presentan mayor proporción de depresión mínima (83,2%) que los estudiantes de sexo masculino.

Tabla 11. Distribución de depresión en estudiantes según año de estudios.

			Niveles de depresión				
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	Total
Año	Tercer año	F	4	5	7	47	63
		%	6,3%	7,9%	11,1%	74,6%	100,0%
	Cuarto año	F	4	5	14	50	73
		%	5,5%	6,8%	19,2%	68,5%	100,0%
	Quinto año	F	3	1	4	71	79
		%	3,8%	1,3%	5,1%	89,9%	100,0%
Total		F	11	11	25	168	215
		%	5,1%	5,1%	11,6%	78,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de tercer año presentan mayor proporción de depresión grave (6.3%) que los demás estudiantes; mientras que los estudiantes de quinto año presentan mayor proporción de depresión mínima (89,9%) que los demás estudiantes.



Tabla 12. Distribución de depresión en estudiantes según institución educativa.

			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Institución educativa	A	f	4	6	12	89	111
		%	3,6%	5,4%	10,8%	80,2%	100,0%
	B	F	7	5	13	79	104
		%	6,7%	4,8%	12,5%	76,0%	100,0%
Total		F	11	11	25	168	215
		%	5,1%	5,1%	11,6%	78,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

Los estudiantes de la IE “B” presentan mayor proporción de depresión grave (6.7%) que los estudiantes de la IE “A”; mientras que los estudiantes de la IE “A” presentan mayor proporción de depresión mínima (80,2%) que los estudiantes de la IE “B”.

## 5.2. Análisis inferencial.

Tabla 13. Niveles de autoestima y depresión en la muestra general.

			Depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Autoestima	Autoestima baja	f	0	0	0	13	13
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	20	20
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	62	62
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	11	11	25	73	120
		%	9,2%	9,2%	20,8%	60,8%	100,0%
Total		f	11	11	25	168	215
		%	5,1%	5,1%	11,6%	78,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

(Chi2= 0,000)

Se observa que los estudiantes que presentan mayor proporción de autoestima alta (60,8%) presentan menor proporción de depresión mínima (60,8%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión grave, presentan menor proporción de autoestima alta (9,2%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 14. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de 13 a 15 años.

Edades			Niveles de depresión				Total
			Depresión n grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión n mínima	
13 a 15 años	Autoestima baja	f	0	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	9	9
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	38	38
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	7	10	13	36	66
		%	10,6%	15,2%	19,7%	54,5%	100,0%
	Total	f	7	10	13	89	119
		%	5,9%	8,4%	10,9%	74,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017.

(Chi2= 0,000)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión grave presentan menor proporción de autoestima alta (10,6%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión mínima, presentan mayor proporción de autoestima alta (54,5%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 15. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de 16 a 18 años.

Edades			Niveles de depresión				Total
			Depresión n grave	Depresión moderada	Depresión n leve	Depresión n mínima	
16 a 18 años	Autoestima baja	f	0	0	0	7	7
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	11	11
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	24	24
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	4	1	12	37	54
		%	7,4%	1,9%	22,2%	68,5%	100,0%
	Total	f	4	1	12	79	96
		%	4,2%	1,0%	12,5%	82,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi2= 0,065)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de autoestima alta presentan mayor proporción de depresión moderada (1,9%); mientras que los estudiantes que presentan mayor proporción de autoestima alta, presentan menor proporción de depresión mínima (68,5%); la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación entre estas variables.

Tabla 16. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de sexo masculino.

Sexo			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Masculino	Autoestima baja	f	0	0	0	7	7
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	10	10
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	28	28
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	6	7	16	34	63
		%	9,5%	11,1%	25,4%	54,0%	100,0%
	Total	f	6	7	16	79	108
		%	5,6%	6,5%	14,8%	73,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi2= 0,001)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de autoestima alta presentan mayor proporción de depresión grave (9,5%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión mínima, presentan mayor proporción de autoestima alta (54%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 17. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de sexo femenino.

Sexo			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Femenino	Autoestima baja	f	0	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	10	10
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	34	34
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	5	4	9	39	57
		%	8,8%	7,0%	15,8%	68,4%	100,0%
	Total	f	5	4	9	89	107
		%	4,7%	3,7%	8,4%	83,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi2= 0,025)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de autoestima alta presentan mayor proporción de depresión moderada (7%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión mínima, presentan mayor proporción de autoestima alta (68,4%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 18. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de tercer año.

Año			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Tercer año	Autoestima baja	f	0	0	0	2	2
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	18	18
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	4	5	7	21	37
		%	10,8%	13,5%	18,9%	56,8%	100,0%
	Total	f	4	5	7	47	63
		%	6,3%	7,9%	11,1%	74,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi2= 0,089)

Se observa que los estudiantes que presentan mayor proporción de depresión grave presentan menor proporción de autoestima alta (10,8%); mientras que los estudiantes que presentan mayor proporción de autoestima alta, presentan menor proporción de depresión mínima (56,8%); la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación entre estas variables.

Tabla 19. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de cuarto año.

Año			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Cuarto año	Autoestima baja	f	0	0	0	5	5
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	7	7
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	17	17
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	4	5	14	21	44
		%	9,1%	11,4%	31,8%	47,7%	100,0%
	Total	f	4	5	14	50	73
		%	5,5%	6,8%	19,2%	68,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi2= 0,008)

Se observa que los estudiantes que presentan mayor proporción de autoestima alta presentan menor proporción de depresión mínima (47,7%); mientras que los estudiantes que presentan mayor proporción de depresión grave, presentan menor proporción de autoestima alta (9,1%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 20. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de quinto año.

Año			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
Quinto año	Autoestima baja	f	0	0	0	6	6
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	f	0	0	0	7	7
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	f	0	0	0	27	27
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	f	3	1	4	31	39
		%	7,7%	2,6%	10,3%	79,5%	100,0%
	Total	f	3	1	4	71	79
		%	3,8%	1,3%	5,1%	89,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi<sup>2</sup>= 0,425)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de autoestima alta presentan mayor proporción de depresión moderada (2,6%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión mínima, presentan mayor proporción de autoestima alta (79,5%); la prueba chi cuadrado indica que no hay asociación entre estas variables.

Tabla 21. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de la IE “A”

IE			Niveles de depresión				Total
			Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
A	Autoestima baja	F	0	0	0	9	9
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	F	0	0	0	10	10
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	F	0	0	0	27	27
		%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	F	4	6	12	43	65
		%	6,2%	9,2%	18,5%	66,2%	100,0%
	Total	F	4	6	12	89	111
		%	3,6%	5,4%	10,8%	80,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi<sup>2</sup>= 0,022)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de autoestima alta presentan menor proporción de depresión grave (6,2%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión mínima, presentan mayor proporción de autoestima alta (66,2%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.

Tabla 22. Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de la IE “B”

IE				Niveles de depresión				Total
				Depresión grave	Depresión moderada	Depresión leve	Depresión mínima	
B	Autoestima baja	Autoestima	F	0	0	0	4	4
			%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media baja	Autoestima	F	0	0	0	10	10
			%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima media alta	Autoestima	F	0	0	0	35	35
			%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Autoestima alta	Autoestima	F	7	5	13	30	55
		%	12,7%	9,1%	23,6%	54,5%	100,0%	
Total			F	7	5	13	79	104
			%	6,7%	4,8%	12,5%	76,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2017. (Chi2= 0,001)

Se observa que los estudiantes que presentan menor proporción de autoestima alta presentan mayor proporción de depresión moderada (9,1%); mientras que los estudiantes que presentan menor proporción de depresión mínima, presentan mayor proporción de autoestima alta (9,2%); la prueba chi cuadrado indica que hay asociación entre estas variables.



## 5.4. DISCUSIÓN

En este capítulo se discutirán los principales hallazgos de la asociación entre autoestima y depresión en adolescentes de 2 instituciones educativas en el Distrito de Parcona.

En esta investigación se verifico que los adolescentes presentan autoestima favorable y ausencia de depresión, en otros términos, son personas emocionalmente estables como consecuencia tienen autoestima elevada.

Los resultados señalados en la variable autoestima y depresión, son respaldados por investigadores en los contextos, internacional y nacional (Vernieri, 2006; Estevez et.al, 2008; Arias, 2013; Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005; Ficková & Korcová, 2000; Heuver, 1957; Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994; Santacruz, Gómez, Posada & Viracachá, 1995; Cogollo, Gomez, De Arco, Ruiz & Campo (2009).

La siguiente investigación de Estévez et.al, 2008. Confirma que el clima familiar y escolar tiene relación directa con un buen desarrollo de autoestima o con su satisfacción vital de los adolescentes, así como se relaciona con los hallazgos de esta investigación.

Así mismo, como hace mención Vernieri (2006) al describir que para desarrollar un buen nivel de autoestima los adolescentes toman como principal factor el ser aceptados y reconocidos por el grupo, para poder desenvolverse y que estos le den confianza en sí mismo. Dicho trabajo corrobora el resultado de esta investigación, el cual muestra que los adolescentes poseen un buen nivel de autoestima. Por otro lado (Heuver, 1957) hace mención que el desarrollo de la autoestima y la ausencia de depresión está relacionado con otros factores, donde se ve involucrado la familia, vecinos, etc.

En estudio (Garaigordobil, Durá & Pérez, 2005), hacen referencia que los adolescentes varones presentarían mayor autoestima, mientras que las adolescentes tendrían puntuaciones superiores en autoconcepto académico y familiar. Afirmaciones que

respalda esta investigación al tener como resultados que los varones de ambas instituciones educativas poseen porcentajes elevados en autoestima alta y por ende ausencia de depresión.

En la variable depresión nuestro resultado muestra la ausencia de este, así mismo la investigación de (Cogollo, Gomez, De Arco, Ruiz & Campo, 2009), hacen mención en sus resultados que los adolescentes poseen un bajo nivel de depresión con importancia clínica, tal y como lo presentamos en esta investigación donde se evidencian que los adolescentes de ambas instituciones educativas no poseen síntomas depresivos y como consecuencia poseen porcentajes elevados en autoestima alta. Demostrando así su estabilidad emocional.

En cuanto al resultado de depresión en razón con el sexo se demostró que son los varones quienes poseen mayores porcentajes en ausencia de depresión, datos que son respaldados por el estudio de (Blazer, Kessler, McGonagle & Swartz, 1994), quienes en su investigación demostraron que son las mujeres quienes tienen mayor tendencia a padecer depresión.

Por otro lado una investigación demostró la importancia de la autoestima y como puede influir negativamente en los estudiantes y esto se reflejaría en la pérdida de confianza en sí mismo y conllevaría a un bajo rendimiento escolar (Álvarez, Sandoval & Velásquez 2017), contrariamente con dicho autor, los resultados de esta investigación muestran que los adolescentes reflejan un buen nivel de autoestima y por ende el rendimiento académico de ellos sería satisfactorio, probablemente el hecho de tener confianza en sí mismo hace que ellos se esfuercen por tener un buen rendimiento académico.

Veyta, Arratia y Oudhof, (2012), en la investigación que realizaron concluyen que los adolescentes de nivel escolar secundaria se obtuvo que la población con síntomas depresivos es prevalente en el sexo masculino, de los primeros ciclos fluctuantes entre los

17 y 19 años de edad, contradictoriamente con los resultados de esta investigación ya que muestra, que las mujeres de ambas instituciones son más vulnerables a padecer depresión, y los varones tienen porcentajes elevados a los niveles de autoestima alta con ausencia de depresión.

Así mismo, con respecto a las consecuencias de un mal desarrollo de la autoestima, existe muchos riesgos en los adolescentes que podría afectar como la depresión; y por ende arrastrar problemas de otras índoles, como el consumo de sustancias psicoactivas, como lo releva el estudio de Estévez, (2013), quien concluyo en su estudio de evaluar la depresión y consumo de sustancias psicoactiva, mostrando que la depresión tiene relación indirecta con el consumo de drogas no legales

Respecto a la confiabilidad de la prueba evaluada mediante el coeficiente de Alfa de Cronbach, se puede observar que alcanza un nivel aceptable (0.88). Este es un indicador que por la aplicación de los resultados se obtuvo resultados pertinentes y afianzan en el aspecto metodológico esta investigación.

Después de discutir los resultados es posible hacer las siguientes sugerencias:

- Hacer un programa de promoción tanto docentes como alumnos puedan fortalecer los niveles de autoestima, realizar autocontrol y evitar la presencia problemas de depresión; usando las técnicas que emplea la psicología positiva contemporáneo.
- Se recomienda la replicación de estos hallazgos en otros contextos y relacionar cada una de las variables con otros como, habilidades sociales, autoconcepto, resiliencia, etc.

#### **5.4.2. CONCLUSIÓN.**

1. Los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de depresión en la muestra general de estudiantes de las instituciones educativas participantes en el estudio.
2. Los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de depresión en la muestra de estudiantes de 13 a 15 años.
3. Los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de depresión en la muestra de estudiantes varones y mujeres.
4. Los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de depresión en la muestra de estudiantes de cuarto años de secundaria.
5. Los niveles de autoestima presentan asociación con los niveles de depresión en la muestra de estudiantes en ambas instituciones educativas.

## **ANEXOS**

Anexo	1	Matriz de consistencia
Anexo	2	(CEAAES)
Anexo	3	(CDB)

**Anexo 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA**  
**AUTOESTIMA Y DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES DE DOS I.E.P EN EL DISTRITO DE PARCONA - ICA**

OBJETIVO	FORMULACION DEL PROBLEMA	HIPOTESIS	METODOLOGIA	
			MUESTRA	DISEÑO
<p><b>Objetivo general:</b>  Determinar la relación entre la autoestima y la depresión en los adolescentes las 2 instituciones educativas del distrito de Parcona.</p> <p><b>Objetivos específicos:</b>  a) Identificar en vínculo entre autoestima y depresión en adolescentes del distrito de Parcona, en razón del sexo, edad y año de estudio.  b) establece el nivel de confiabilidad de los instrumentos de medida.</p>	<p><b>Problema principal:</b>  ¿Qué relación existe entre autoestima y depresión en adolescentes de las 2 I.E. en el distrito de Parcona durante el año 2016?</p> <p><b>Problemas secundarios:</b>  ¿De acuerdo con el problema principal, los adolescentes mostraran semejanzas en relación con el sexo (masculino - femenino) la edad y año de estudio?</p>	<p><b>1.Hipótesis general:</b>  Existe una relación entre la baja autoestima y la depresión en adolescentes de familias disfuncionales, en la IE “José María Arguedas” en el distrito de Parcona durante el año 2016.</p> <p><b>Hipótesis secundarias:</b>  De acuerdo con la hipótesis principal, los adolescentes del distrito de parcona presentarían, semejanzas en razón del sexo, edad y año de estudio.</p>	<p>El tamaño de muestra se componen de 525 participantes, de dos instituciones educativas estatales del Distrito de Parcona.</p> <p>Las instituciones involucradas son:  “Jose Maria Arguedas” y “Victor M. Maurtua”</p> <p>Varones y mujeres fluctuantes en edades de 13 a 19 años.</p> <p>Del 2do al 5to año de secundaria.</p>	<p>El diseño asociativo comparativo</p>

## Anexo 2

### CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA AUTOESTIMA PARA ALUMNOS DE ENSEÑANZA SECUNDARIA

#### (CEAAES)

Grado: \_\_\_\_\_

Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Grupo \_\_\_\_\_

Seguidamente encontraras una serie de frases en las cuales se hacen afirmaciones relacionadas con tu forma de ser y de sentirte, después de leer cada frase, rodeo con un círculo la opción de respuesta (A, B, C o D) que exprese mejor tu grado de acuerdo con lo que, en cada frase dice:

A=Muy de acuerdo

B=Algo de acuerdo

C=Algo en desacuerdo

D=Muy en desacuerdo

1. Hago muchas cosas mal	A	B	C	D
2. A menudo el profesor me llama la atención sin razón	A	B	C	D
3. Me enfado algunas veces	A	B	C	D
4. En conjunto me siento satisfecho conmigo mismo	A	B	C	D
5. Soy una chica/o guapa/o	A	B	C	D
6. Mis padres están contestos con mis notas.	A	B	C	D
7. Me gusta toda la gente que conozco	A	B	C	D
8. Mis padres me exigen demasiado en los estudios	A	B	C	D
9. Me pongo nervioso cuando tenemos examen.	A	B	C	D
10. pienso que soy una persona lista	A	B	C	D
11. A veces tengo ganas de decir palabrotas	A	B	C	D
12. Creo que tengo un buen número de buenas cualidades.	A	B	C	D

13. soy bueno para las matemáticas y el cálculo.	A	B	C	D
14. Me gustaría cambiar algunas partes de mi cuerpo	A	B	C	D
15. Creo que tengo un buen tipo	A	B	C	D
16. Muchos de mis compañeros dicen que soy torpes para los estudios	A	B	C	D
17. me pongo nervioso cuando me pregunta el profesor.	A	B	C	D
18. Me siento inclinado a pensar que soy un fracasado en todo.	A	B	C	D
19. Normalmente olvido lo que aprendo	A	B	C	D



### Anexo 3

## CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (CDB)

Grado.....Fecha.....  
Edad: .....

Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.  
Marque encerrando con un círculo la letra elegida.

1.    a. No me siento triste.  
      b. Me siento triste.  
      c. Me siento siempre triste y no Puedo salir de mi tristeza.  
      d. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
2.    a. No me siento especialmente desanimado ante el futuro.  
      b. Me siento desanimado con respecto al futuro.  
      c. Siento que no tengo nada que esperar.  
      d. Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
3.    a. No creo que sea un fracaso.  
      b. Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.  
      c. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.  
      d. Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4.    a. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.  
      b. No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.  
      c. Ya no tengo verdadero satisfacción de nada.  
      d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
5.    a. No me siento especialmente culpable.  
      b. No me siento culpable una buena parte del tiempo.  
      c. Me siento culpable casi siempre.  
      d. Me siento culpable siempre.
6.    a. No creo que este siendo castigado.  
      b. Creo que puedo ser castigado.

- c. Espero ser castigado.
  - d. Creo que estoy siendo castigado.
- 7.
- a. No me siento decepcionado de mí mismo.
  - b. Me he decepcionado a mí mismo.
  - c. Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d. Me odio.
- 8.
- a. No creo ser peor que los demás.
  - b. Me critico por mis debilidades o errores.
  - c. Me culpo siempre por mis errores.
  - d. Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.
- a. No pienso en matarme.
  - b. Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - c. Me gustaría matarme.
  - d. Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- a. No lloro más de lo de costumbre.
  - b. Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c. Ahora lloro todo el tiempo.
  - d. Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11
- a. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  - b. Las cosas me irritan más que de costumbre
  - c. Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  - d. Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a. No he perdido el interés por otras cosas.
  - b. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  - c. He perdido casi todo el interés por otras personas.
  - d. He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a. Tome decisiones casi siempre.
  - b. Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
  - c. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
  - d. Ya no puedo tomar decisiones.

14.
  - a. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
  - b. Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
  - c. Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
  - d. Creo que me veo feo.
15.
  - a. Puedo trabajar tan bien como antes.
  - b. Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
  - c. Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
  - d. No puedo trabajar en absoluto.
16.
  - a. Puedo dormir tan bien como antes.
  - b. No puedo dormir tan bien como solía.
  - c. Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
  - d. Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
17.
  - a. No me canso más que de costumbre.
  - b. Me canso más fácilmente que de costumbre.
  - c. Me canso sin hacer nada.
  - d. Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
18.
  - a. Mi apetito no es peor que de costumbre.
  - b. Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
  - c. Mi apetito esta mucho peor ahora.
  - d. Ya no tengo apetito.
19.
  - a. No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
  - b. He rebajado más de dos kilos y medio.
  - c. He rebajado más de cinco kilos.
  - d. He rebajado más de siete kilos y medio.
20.
  - a. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
  - b. Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.

- c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
  - d. Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a. No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
  - b. Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
  - c. Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
  - d. He perdido por completo el interés en el sexo.

Puntaje

## INDICE DE TABLAS

### **Tabla N°1:**

Descripción de las variables autoestima y depresión..... 40

### **Tabla N°2:**

Distribución de las variables sociodemográficos..... 41

### **Tabla N°3:**

Distribución de autoestima de la muestra general ..... 46

### **Tabla N° 4:**

Distribución de autoestima según edad..... 47

### **Tabla N°5:**

Distribución de autoestima en estudiantes según sexo..... 47

### **Tabla N°6:**

Distribución de autoestima en estudiantes según año de estudio..... 48

### **Tabla N°7:**

Distribución de autoestima en estudiantes según institución educativa..... 48

### **Tabla N°8:**

Distribución de la depresión en estudiantes de la muestra general..... 49

### **Tabla N°9:**

Distribución de la depresión en estudiantes según edades..... 49

### **Tabla N°10:**

Distribución de depresión en estudiantes según sexo..... 50

### **Tabla N°11:**

Distribución de depresión en estudiantes según año de estudio..... 50

### **Tabla N°12:**

Distribución de depresión en estudiantes según institución educativa.....	51
<b>Tabla N°13:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en la muestra general.....	51
<b>Tabla N°14:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes 13 a 15 años.....	52
<b>Tabla N°15:</b>	
Niveles de autoestima en estudiantes de 16 a 18 años.....	53
<b>Tabla N°16:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de sexo masculino.....	53
<b>Tabla N°17:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de sexo femenino.....	54
<b>Tabla N°18:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de tercer año.....	55
<b>Tabla N°19:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de cuarto año.....	55
<b>Tabla N°20:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de quinto año.....	56
<b>Tabla N°21:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de la IE “A”.....	57
<b>Tabla N°22:</b>	
Niveles de autoestima y depresión en estudiantes de la IE “B”.....	58

## REFERENCIAS

- Acuña, J. (2013). *Problemas de aprendizaje y autoestima*. Recuperado de: file:///C:/Users/Home/Downloads/TESIS%20MAESTRIA%20AUTOESTIMA%20Y%20RENDIMIENTO%20ACADEMICO.pdf
- Arias, W. (2013). *Agresión y violencia en la adolescencia: La importancia de la familia*. Recuperado de [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas_as.pdf)
- Ato, M., Lopez, J.J. y Benavente, A., (2013) Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Revista Anuales de psicología*, 29(3), 1038-1039. *Avances en Psicología*, 21(1), 23-34.
- Abramson, M., Metalsky, C. & Alloy, A. (1989). *Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression*. New York: Psychological Review.
- Álvarez, M. Sandoval, B. & Velásquez, L. (2007). *Autoestima en los alumnos de los 1º medios de los Liceos con alto índice de vulnerabilidad escolar de la ciudad de Valdivia* (Tesis de maestría) Universidad Austral. Chile
- Baron, R. (1997). *Fundamentos de la psicología*. México: Pearson educación.
- Branden, N. (2010). *La autoestima de la mujer*. España: Paidós Bérica.
- Beck, A.T., & Clark, D.A. (1988). *Anxiety and depression: An information processing perspective*. Anxiety Research
- Branden, N. (2001). *Los seis pilares de la autoestima*. Madrid: Temas de Hoy.
- Burns, D. (2001). *Autoestima en 10 días*. México: Paidós.
- Castañeda, A (2000). *Escala de claridad de auto concepto*. Recuperado de:

[http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas_as.pdf)

Castañeda, A. (2013). *Autoestima, claridad de auto concepto y salud mental en adolescentes de lima*. Recuperado: pdf: [file:///C:/Users/Home/Downloads/CASTANEDA\\_DIAZ\\_ANNA\\_AUTOESTIMA\\_ADOL ESCENTES.pdf](file:///C:/Users/Home/Downloads/CASTANEDA_DIAZ_ANNA_AUTOESTIMA_ADOL ESCENTES.pdf)

Cogollo, Z., Gómez, E., De Arco, O., Ruíz, I. y Campo-Arias, A. (2009) Asociación entre disfuncionalidad familiar y síntomas depresivos con importancia clínica en estudiantes de Cartagena- Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 38 (4), 637 – 344.

Coopersmith, S. (1995). *The Antecedents of Self Esteem Consulting*. USA: Psychologist Press

Estevez Luna, M. (2013). *Depresión y consumo de sustancias no legales*. Recuperado de <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/T-PUCE-%206141.pdf>

Estévez, E., Musitu, G., Murgui, S. & Moreno D. (2008). Clima Familiar, clima escolar y satisfacción con la vida en adolescentes. *Revista Mexicana de Psicología*. 25(1), 119-128.

Ellis, A. (1958). *Rational psychotherapy*. *Journal of General Psychology*. New York: Wilshire Books.

Ficková, E., & Korcová, N. (2000). Psychometric relations between self-esteem measures and coping with stress. *Studia Psychologica*, 42(3), 237-242.

Galli, E. (1994). La depresión: una enfermedad médica. *Revista Médica Herediana*. 5(2) 105 – 109.

Galicia, A. (1980). *Inventario de relaciones entre familia y el ámbito social*. Recuperado de: <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/>



- Garaigordobil, M., Durá, A. & Pérez, J.I. (2005). Síntomas psicopatológicos, problemas de conducta y auto concepto-autoestima: Un estudio con adolescentes de 14 a 17 años. *Revista del anuario de Psicología Clínica y de la Salud* (1) ,53-63.
- García Gómez (1998). *Programa para mejorar de las habilidades sociales y la autoestima*. México: Eos.
- Gismero, E. (1998). *Cuestionario de habilidades sociales*. Recuperado en <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventarios/buscar>
- González, C., Ramos, L., Caballero, M. & Wagner, F. (2003) *Correlatos psicosociales de depresión, ideación e intento suicida en adolescentes*. México: Naos
- González, M. (1992) *escala de estrés cotidiano familiar*. Recuperado en <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventarios/buscar>
- Kroenke K, Spitzer RL, Janet B, Williams W. (2002). *The PHQ-15*. Recuperado en <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventarios/buscar>
- Lewinsohn, L. (1985). *An integrative theory of depression*. Orlando, FL: Academic Press
- María Elena Rivera, M. E. (1999). *Escala de relación con la madre y con el padre*. Recuperado en <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventarios/buscar>
- Novoa, P. (2002). Estudio exploratorio de nivel de depresión en niños y adolescentes de 8 a 16 años con maltrato infantil en Lima sur. *Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades de la Universidad Femenina del Sagrado Corazón*. 7,115-144.
- Maslow, A. (1972). *Motivación y personalidad*. Recuperado en: <http://www.psicothema.com/pdf/1102.pdf>
- Montoya, M. & Sol, C. (2001). *Estrategias para vivir mejor con Organización Mundial de la Salud*. Madrid: Forma.

Olson, D. (1989). Escala de evaluación de cohesión y adaptabilidad familiar. Recuperado de: <http://www.familia.escalas.com/esc.php>

Organización Mundial de la Salud (1992) *Clasificación internacional de enfermedades (CIE- 10)*. Madrid: Técnicas Gráficas FORMA S.A.

Patton, R. (1995). *Elaborado por escala de impulsividad*. Recuperado en <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventarios/buscar>

Perales, F., Laurencia, C. & Loredó, A. (2015). *Disfunción familiar y suicidalidad en adolescentes con trastorno depresivo mayor*. Recuperado en <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/lil-759194>

Rehm, L.P. (1977). *A self-control model of depression*. Behavior Therapy.

Relación entre disfuncionalidad y la depresión estudios internacionales recuperada en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas_as.pdf).

Rodríguez, S. (2000). Inventario de problemas conductuales. Recuperado de: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas\\_as.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/2562/1/arenas_as.pdf)

Rogers, C. & Rusell, D. (2002). *The quiet revolutionary. An oral history*. Canada: Penmarin Books

Rosemberg, M. (1996). *Counseling the Self*. New York: Basic Book

Salvo, C., Melipillan, M. & Castro, S. (2009). *Escala de suicidalidad de okasha*. Recuperado en <http://planeacion.psicol.unam.mx/cake/inventarios/buscar>

Sánchez Carlessi, H. & Reyes Meza, C. (1986). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Lima. Talleres de Repro-offset.

Smilkstein, G. (1970). *Apgar familiar*. Recuperado de: <https://miespacioresiliente.wordpress.com/2015/01/15/apgar-familiar-evaluacion-de-la-funcionalidad-familiar/>

Trickett, S. (2012). *Supera la ansiedad y la depresión* (5<sup>ta</sup> edic.). Barcelona: hispano europea.

Vernieri, M. (2006). *Adolescencia y autoestima*. (2<sup>a</sup>. Edic.). Buenos Aires, argentina: Bonum.

Veyta, M., González, A., Andrade B. & Oudhof, C. (2012). *Depresión en adolescentes: El papel de los sucesos vitales estresantes*. Recuperado en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-3252012000100006](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-3252012000100006)

Zung, C. (1965). Escala auto aplicable de depresión Zung. Recuperado de:

[http://www.depresion.psicomag.com/esc\\_zung.php](http://www.depresion.psicomag.com/esc_zung.php)