



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA HUMANA

**NIVELES DE AUTOESTIMA Y DEPRESION EN ESTUDIANTES DE
SECUNDARIA DEL COLEGIO PARTICULAR LEE DE FOREST DE LIMA,**

2016

PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

ADRIANA RUIZ NOLORBE

LIMA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A mis padres, que son las personas que me ofrecen su amor incondicional en todo momento, al amor que me tengo y a mi fortaleza intrínseca, para seguir en mi propósito.

AGRADECIMIENTO

Me gustaría agradecer a Dios que me fortalece todos los días para poder llevar a cabo todo lo que me propongo.

RESUMEN

El presente trabajo es un estudio descriptivo sobre la autoestima y la depresión en estudiantes que conforman el centro educativo Lee de Forest. Esto tiene como objetivo el identificar los niveles de Autoestima que serán evaluados con el test Coopersmith y el de depresión con el inventario de Beck.

Muchas veces estos puntos no son tomados en cuenta y estos pueden ser determinantes en el proceso estudiantil. Ya que el bienestar del estudiante puede estar mencionado en el plan de trabajo de la institución mas no el verdadero abordaje en el proceso de

Los niveles de autoestima tuvieron diferencias con relación a la depresión en los estudiantes del centro educativo, con niveles de autoestima (promedio y media alta) a diferencia de los resultados obtenidos del inventario de beck que mide depresión (Ligero, clínico y moderado).

INTRODUCCION

Los diferentes estudios sobre autoestima y depresión en escolares indican que existe una relación entre ambas variables, que, a pesar de ser estudiadas por muchos, los aportes encontrados no se han tomado en cuenta como material de preocupación por las personas que velan por el bienestar de los estudiantes.

Las instituciones no siempre se preocupan, aunque lo ideal sería que se den recomendaciones pertinentes al respecto. Las variables relacionadas en el presente trabajo de investigación permitirán brindar un aporte a estos resultados obtenidos y revisados en la parte de antecedentes de este trabajo. Existen diferentes enfoques de cómo entender la autoestima y la depresión, siendo los conceptos más cotidianos.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Teniendo en cuenta que lo más importante en los centros educativos es que los estudiantes aprendan y que saquen buenas calificaciones; muchas veces no se cumplen con esta expectativa, pues por distintos factores psicológicos que obstaculizan su aprendizaje. Debemos reconocer y dar a conocer cuál es la situación que afectan al estudiante en su desarrollo académico, para de esta manera buscar soluciones y abordar el problema para la mejora del estudiante.

Se cree que un alumno que saca malas calificaciones porque no sabe; pero esas creencias tienen que cambiar, a lo largo de este trabajo se explicara algunas características que podrían tener estos alumnos como es la autoestima y la depresión; estos problemas psicológicos que afectan nuestras actividades diarias ya que muchas veces no son tomadas en cuenta por la falta de atención que se le dan a la parte emocional del estudiante. Así mismo la salud emocional de los alumnos es primordial para que así se pueda tener un buen desempeño en el proceso del aprendizaje en el que pueda aprender y así dar buenos resultados. Esta es la razón por la cual es que el desarrollo psicoeducativo es importante en los estudiantes para que ellos puedan tener un buen aprendizaje y lograr todo aquello que se espera en medida de sus posibilidades.

La importancia de la salud mental muchas veces no es tomada en cuenta y son factores muchas veces determinantes que pueden afectar de manera significativa a los estudiantes.

1.2 Formulación del problema.

1.2.1 Problema Principal

¿Qué Relación existe entre Autoestima y Depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo Particular Lee de Forest?

1.2.2 Problema secundario

¿Qué relación existe entre el factor Autoestima con el factor depresión en los estudiantes de secundaria del Centro educativo Lee de Forest, 2016?

¿Afecta la depresión y la autoestima en los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la autoestima y la depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo particular Lee de Forest, 2016.

1.3.2 Objetivos específicos

Identificar los niveles predominantes de autoestima en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016.

Identificar los niveles predominantes de depresión en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016.

Asociar los niveles de autoestima y depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016

Determinar la relación que existe entre autoestima y depresión en los estudiantes según género del centro educativo Lee de Forest 2016

1.4 Justificación de la investigación

La presente investigación servirá para poder saber cuál es el nivel de relación existente entre autoestima y depresión en los estudiantes del centro educativo Lee de Forrest. Debemos tomar en cuenta que este trabajo no es solo en beneficio personal sino también a quienes profundicen deseen conocer acerca del tema y también acerca de esta problemática. Ayudará no solo sirviendo como banco de conocimientos sino también para una posible creación de una intervención especializada para aquellos estudiantes que presenten una relación no adecuada entre ambas variables; los datos obtenidos también servirán como base para otros trabajos y también servirán para la creación de instrumentos necesarios para abordar ésta problemática de la mejor manera posible.

1.4.1 Importancia de la investigación

La investigación es importante porque busca reflexionar sobre la Depresión y Autoestima como un problema de la salud mental; mediante esta investigación; asimismo poder identificar los niveles de Autoestima y mediante los resultados hacer talleres de reconocimiento y ayuda para aquellas personas que tienen autoestima baja, trabajando desde sus orígenes para ayudarlos.

1.5 Delimitaciones del estudio

1.5.1 Delimitación temporal

El periodo en el cual se llevará a cabo la investigación comprenderá desde marzo del 2016 hasta diciembre del 2016

1.5.2 Delimitación Geográfica

La investigación se desarrollará en el centro educativo Particular Lee de Forest.

1.5.3 Delimitación Social

La investigación se realizará en adolescentes del centro educativo Particular Lee de Forest.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

La investigación explorara la relación que existe entre autoestima y depresión en los estudiantes y como es que influye en ellos. La muestra está constituida por los estudiantes de secundaria del centro educativo particular Lee de Forest. Los instrumentos que se utilizarán serán; el test de autoestima Coopersmith y el de depresión Beck.

2.1.1 Antecedentes Nacionales

Walter Castillo Martell. (2014) El director del Instituto Nacional de Salud Mental, explicó que las conductas suicidas están asociadas a la depresión y se forman desde la infancia. “Si uno deja que la depresión avance, en muchos casos va a llegar al suicidio, aunque no en todos”. Según las estadísticas de la institución, el 80% de los 334 casos de suicidios presentados en el país el año pasado tuvo su origen en problemas de ánimo y depresión. “De cada 20 personas mayores de 15 años, una se deprime al año; de cada 20 personas con episodio de depresión, una intenta suicidarse; y de cada 20 intentos de suicidio, uno llega a consumarse”, detalló Castillo.

Sagástegui Soto Abel. (2015). El Instituto Nacional de Salud Mental calcula que en el Perú se presentan entre 1 a 3 suicidios por día, pero un 8.9% de peruanos en algún momento de su vida ha tenido deseos de quitarse la vida. En el 95% de los casos esta

problemática se relaciona con un trastorno mental que nunca ha recibido atención médica. El psiquiatra, director de Adultos y Adultos Mayores del INSM, detalló que el 70% de casos corresponde a depresión, el 15% a esquizofrenia y el 10% a trastornos de personalidad o adicciones. “Del total de personas con depresión solo un 20% intenta un suicidio y más o menos uno de cada 10 intentos termina en la muerte. Asimismo, dos tercios de los pacientes tienen la idea de no continuar viviendo, pero no intentan suicidarse”, indicó. Tres Personas se suicidan al Día en el Perú y el 70% lo hace Por Depresión.

Magally de Garrido (1997). El objetivo fue determinar si existen diferencias en la autoestima de adolescentes con bajo rendimiento escolar comparados con los de un rendimiento promedio o superior. Los participantes fueron 60 adolescentes, entre 13 y 16 años, de ambos sexos, con un C.I. promedio o superior al promedio, de los cuales 30 presentaban un bajo rendimiento escolar (grupo de estudio) y 30 un buen rendimiento (grupo contraste). Se administró el WISC-R para determinar el C.I. y el Rorschach según el SC de Exner para evaluar la autoestima. Los resultados mostraron que el Rorschach es adecuado para evaluar la autoestima. Asimismo existe una diferencia significativa en la autoestima de adolescentes con bajo rendimiento como resultado de sus déficits afectivos, en comparación con los de alto rendimiento.

2.1.2 Antecedentes Internacionales

En España, Sánchez, Fernando Jiménez y Vicente Merino, 1997. Este estudio tiene como objetivo el análisis de la autoestima y del autoconcepto percibido por los adolescentes españoles a través del Millon Adolescent Personality Inventory. Los participantes fueron 342/364 adolescentes, entre 13 y 18 años, divididos en dos grupos

de edades (13-15 y 16-18 años), de ambos sexos, y que de una forma significativa, perciben su autoestima o autoconcepto poco gratificante para su desarrollo. Los resultados denotan que estos adolescentes se muestran incómodos socialmente, molestos con sus obligaciones escolares, inseguros, fastidiados con su imagen corporal, emocionalmente lábiles y con un inadecuado rendimiento académico.

En Chile, Aletia Alvarez Delgado, Gabriela Sandoval Vargas, Sandra Velásquez Salazar (2007). El presente trabajo es un estudio descriptivo sobre la autoestima de estudiantes que conforman los liceos vulnerables de la ciudad de Valdivia. Éste tiene como objetivo: Identificar, por medio del inventario de Coopersmith, el nivel de autoestima del conjunto de alumnos de los primeros medios de los tres liceos más vulnerables de Valdivia. La metodología utilizada en esta tesis es de carácter cuantitativa, los resultados del estudio se obtendrán por medio del Test de Coopersmith, instrumento que está compuesto por 56 preguntas divididas en distintos ámbitos: Autoestima General, Autoestima Social, Autoestima del Hogar, Autoestima Escolar y, además, cuenta con una escala de mentira . La población está compuesta por 223 estudiantes pertenecientes a los primeros medios de los liceos Técnico Profesional Helvecia, Polivalente Los Avellanos y Benjamín Vicuña Mackenna. Las conclusiones más significativas obtenidas de este estudio 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 de curso y sus profesores.

2.2 Bases Teóricas

2.2.1 Autoestima

La autoestima es la Valoración generalmente positiva de sí mismo. Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter. En resumen, es la percepción evaluativa de nosotros mismos. La importancia de la autoestima estriba en que concierne a nuestro ser, a nuestra manera de ser y al sentido de nuestra valía personal. Por lo tanto, puede afectar a nuestra manera de estar, de actuar en el mundo y de relacionarnos con los demás. Nada en nuestra manera de pensar, de sentir, de decidir y de actuar escapa a la influencia de la autoestima

➤ Bases teóricas

Carl Rogers (1967), definía la autoestima como la constitución del núcleo básico de la personalidad es la composición experiencial constituida por percepciones que se refieren al Yo, a las relaciones con los demás, con el medio y la vida en general, así como los valores que el sujeto concede a las mismas. Se puede apreciar en consecuencia que para este autor el concepto es netamente subjetivo, donde cada individuo va a poseer una experiencia individual, a su marco referencial.

Coopersmith (1976) la conceptualiza como la evaluación que el individuo hace de sí mismo expresando una actitud de aprobación o desaprobación e indica la extensión en la cual el individuo se cree capaz, significativo y exitoso. En este caso la autoestima es igualmente subjetiva, agregando que el sujeto puede aprobar o no, el resultado de dicha percepción.

Vonk y Smit (2011) plantean que la autoestima óptima descrita por Kernis y la autoestima verdadera propuesta por la teoría de la autodeterminación, se entenderían mejor si se considerasen formas de autoestima contingente-intrínseca, es decir, vinculada a las contingencias de autenticidad y de crecimiento personal, en vez de considerarlas como formas de autoestima incondicional.

➤ **Elementos que la conforman**

Autoimagen

La autoimagen es algo más que solo nuestra percepción física y como es que nos vemos por fuera; la autoimagen está constituida por cómo es que nos vemos como persona, tomando en cuenta los distintos factores que conforman parte de nosotros.

La autoimagen es el “retrato” que la persona tiene de sí misma. Esta capacidad de verse a sí mismo, considera un proceso de toma de conciencia de los deseos, sentimientos, debilidades, virtudes, etc., para obtener una autoimagen realista. Una de las principales causas de una autoestima inadecuada es la falta de claridad en el conocimiento de sí mismo, lo que provoca sentimientos de superioridad o inferioridad, además de la ignorancia acerca de los defectos y virtudes que se poseen. La palabra autoimagen es el concepto que se emplea en nuestro idioma para designar a aquella imagen que alguien dispone de sí mismo, o bien a la representación que surge en la mente sobre uno. Tal autoimagen que cada cual nos conformamos incluye no solamente el aspecto físico, o sea las características exteriores, sino también todas aquellas cuestiones vinculadas a nuestro interior: ideas, opiniones, sentimientos entre otras cuestiones, que van

determinándose con el correr de las situaciones, elecciones y decisiones que se toman o nos suceden en la vida. Ahora bien, la autoimagen debe dividirse en tres clases: la autoimagen que es el resultado de cómo nos vemos nosotros mismos, la autoimagen que resulta de la manera en que otros nos ven y finalmente la autoimagen que resulta de lo que percibimos que los demás piensan sobre nosotros.

Autovaloración

La autovaloración es el valor que te das, teniendo en cuenta lo importante que eres como persona. Cuando la persona tiene una buena autoimagen es porque valora positivamente lo que ve y cree. Por otro lado, si la persona no tiene una buena autoimagen afectará su autovaloración

Es importante saber que la autovaloración es un indicador de en qué concepto te tienes a ti mismo, no sólo como individuo, sino como parte de una sociedad.

Se sabe que las personas con alta autoestima, tienen una valoración favorable para a comparación de las personas con baja autoestima. Investigaciones recién nos muestran que las personas con autoestima alta tienen una mayor probabilidad de éxito en el mundo.

Teniendo en cuenta estos puntos, sabemos que la persona con autoestima alta tendrá un mayor bienestar, logrando así una mejor calidad de vida. Este tipo de análisis, nos muestra que una persona con baja autoestima, es decir persona que no se valora ni se aprecia a sí misma. Tiene cierta probabilidad de que sus capacidades sean nubladas por su baja autoestima ya que no saldrán a lucir como una persona que tiene buena autoestima.

Esto quiere decir que la persona hasta ahora se puede desarrollar dentro de sus capacidades, pero al pasar su vida y de no mejorar en ello, es probable que sus capacidades no destaquen por la falta de confianza.

Un destino en donde la realidad esté conformada por nuestros más grandes sueños y nuestras más profundas pasiones. Pero todo empieza por la manera en que nos calificamos a nosotros mismos. En otras palabras, todo empieza por la autovaloración. Dicha valoración puede ser positiva, neutral o negativa. Si es positiva, lo más probable es que generes en ti mismo un sentido de autoconfianza. Si es negativa, lo que crearás son dudas y desconfianza personal. Si es neutral, dependerás de otras personas y otro tipo de estímulos para sentirte motivado. En todos los casos, resulta obvio que lo mejor es tener una buena valoración de sí mismos.

Autoconfianza

La autoconfianza consiste en considerarse capaz de realizar diferentes cosas de manera correcta. Esta convicción interna permite al individuo sentirse tranquilo al momento de enfrentar retos y provoca cierta independencia frente a la presión que pueda ejercer un grupo.

Una persona que no confíe en sí misma es insegura y conformista, lo que se une a la impotencia e incapacidad para realizar tareas nuevas. es la capacidad para realizar una labor con seguridad y ánimo, gracias al conocimiento de las propias habilidades y a la actitud de confianza para afrontar circunstancias nuevas y retador herramienta indispensable para atraer la riqueza, no depende de la cantidad de dinero que tenemos, depende de la experiencia .No se nace con ella, se construye durante toda la vida y por eso no se adquiere de manera integral, por el contrario se va adquiriendo poco a poco, desarrollándose en los diferentes aspectos de nuestra vida. Es así como una persona

puede tener mucha confianza en su desempeño como ejecutivo de negocio, pero ninguna cuando se expresa en público.

➤ **Factores que inciden en el desarrollo de la Autoestima**

Las personas en general, adquieren y modifican su autoestima de acuerdo a la interacción con diversos factores.

Según el estudio de Coopersmith, estos son los factores determinantes:

El estilo de educación familiar es el factor que interviene primero en la autoestima. Este factor nos va a demostrar como la familia va a ser responsable de la autoestima del niño según su estilo democrático o no; el nivel de afecto y comunicación; las reglas ya sea permisivas, flexibles o autoritarias e indiferentes.

La relación con los iguales. Las relaciones con los compañeros son mas significativas que la propia familia y tienen gran influencia.

La relación con los profesores. Son el principal punto de referencia durante mucho tiempo del día. El afecto que el profesor le muestra al niño, sus palabras, su confianza, son un hilo importante en el desarrollo de la autoestima Porque indican en el afecto del niño, que necesita de los mayores y de su aprobación.

Ciriaco Moreno (2008) también toma en consideración los siguientes factores:

El grado de aspiración. El cual depende de las metas y logros que el niño tenga establecidos, su conducta ira encaminada a la consecución de tales objetivos, y su autoestima depende de dicha conducta.

La aprobación del mundo adulto. Donde los comentarios de los padres y de los maestros son una suma importancia a esta edad. Cualquier declaración, por incidentes que sea,

ejerce una fuerza influencia sobre el desarrollo y mantenimiento de la autoestima de los niños.

El grado de responsabilidad asignada. Ya que a los niños a quienes se le asignan tareas de importancia y responsabilidad en casas y en las escuelas, gozan de un mayor grado de autoestima. Se trata de una oportunidad para probarse a si mismos y verificar que puedan realizar lo que se les pide, y que los mayores confían en ellos.

El estilo de vida. Porque el cuidado físico, la recreación, la vestimenta, la alimentación vigorizante, así como los recursos humanos deportivos, facilitan el bienestar y estimulación el desarrollo general satisfactorio. Además esto favorece en la persona el aprecio a si mismo.

Así como también la inteligencia, la creatividad, la expresividad, el bienestar y la adaptación personal.

➤ **Tipos de Autoestima**

Según como se encuentre la autoestima, ésta será responsable de muchos fracasos o éxitos, ya que éstos están intrínsecamente ligados. Una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciará la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, así como también es la base de una salud mental y física adecuada, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Maslow, nos habla de la “Jerarquía de necesidades”. Ésta, además de considerar las evidentes necesidades que tenemos como seres humanos, tanto como es el agua, aire, comida y sexo, y son organizadas de la siguiente manera: las necesidades fisiológicas, necesidades de seguridad y reaseguramiento, la necesidad de amor y pertenencia,

necesidad de estima y la necesidad de actualizar el sí mismo. Dentro de la necesidad de estima comienza a haber aproximación con la autoestima. Maslow describió dos versiones de necesidades de estima, una baja y otra alta. La baja autoestima es la del respeto de los demás, la necesidad de estatus, fama, reconocimiento, atención, reputación, apreciación, dignidad e incluso dominio; en cierto sentido, es la autoestima que se genera por factores externos, por lo que las otras personas provocan en el individuo. La autoestima alta comprende las necesidades de respeto por si mismo, incluyendo sentimientos tales como confianza, competencia, logros, independencia y libertad, son aquellas que la persona las genera por si mismo.

La autoestima positiva o autoestima alta se desarrolla cuando la persona posee respeto y estimación de sí misma, a la vez que demuestra un sentimiento de superación a través del tiempo. No se considera mejor ni peor que el resto y, además, logra reconocer sus falencias.

La autoestima alta, según Plummer (1983) se relacionaba con la ejecución competente, porque las personas iniciaban conductas de búsqueda de ayuda y por esto podían completar satisfactoriamente las tareas encomendadas, a diferencia de los que poseían una autoestima baja. Una persona con autoestima positiva manifiesta sentimientos de autoconfianza, necesidad de ser útil, autonomía, fuerza y lo que conduce, de algún modo, a la felicidad y madurez.

Collarte (1990) la autoestima depende de los siguientes factores: *Sentido de seguridad* éste se forma poniendo límites realistas y fomentando la responsabilidad y el respeto. *Sentimiento de pertenencia* se desarrolla al fomentar la aceptación, la relación con las demás personas y entre las personas, la incorporación a trabajos colectivos y a la creación de ambientes adecuados y positivos. *Sentido del propósito* éste se obtiene

permitiendo la fijación de objetivos (metas) a través de la comunicación de las expectativas y el establecimiento de la confianza. *Sentido de competencia* se logra con la realización de opciones propias y la toma de decisiones, donde la autoevaluación y el reconocimiento de logros tienen un papel fundamental. Por lo tanto, de lo anterior se puede concluir que una persona con autoestima alta o un adolescente con autoestima positiva presentarán las siguientes actitudes. Un adolescente con autoestima sabrá elegir y decidir qué hacer con su tiempo, dinero, ropa y sus pertenencias, pues tendrá seguridad en sí mismo y asumirá con responsabilidad ciertas tareas o necesidades. Un adolescente con autoestima alta tendrá una mayor aceptación de sí mismo y de los demás. Le interesarán los desafíos, las tareas desconocidas, cosas y actividades nuevas que le permitan aprender o experimentar sensaciones nuevas, realizando esto con confianza tendrá confianza en las impresiones y en los efectos que él produce sobre los demás miembros de su familia y amigos, e incluso sobre personas con mayor autoridad que él. No tendrá temor para expresar sus emociones como el reír, llorar, reírse de sí mismo, o decir lo que piensa, pues confía en quién es y cuánto vale.

James (1980). Aunque Epstein (1987) señalaba que si el éxito está implicado en la autoestima, entonces la posibilidad del fracaso también está presente. Una autoestima alta puede derivar en dificultades para relacionarse con sus pares, principalmente en términos de sensibilidad hacia las necesidades o limitaciones. Lo importante, entonces, es que la persona tenga una autoestima equilibrada, para así desarrollarse plenamente, Por el contrario, la autoestima negativa o autoestima baja provoca carencia de respeto, insatisfacción personal y desprecio. Como la autoimagen es desagradable, el individuo desearía cambiarla, produciéndose una frustración personal, inclusive rabia, al no creerse capaz de convertirse en una persona mejor. Una baja autoestima produce relaciones negativas entre la persona y su medio afectivo y social.

Según Baumeister (1993) un individuo con esta característica será muy susceptible a sufrir algún daño de su entorno social; será como una herida abierta que al menor roce produce dolor y escozor. Esta situación puede derivar en provocar en el individuo una distorsión en cuanto a la percepción de sí mismo, siendo ésta negativa o bloqueando otras percepciones como los aspectos positivos de una situación, es decir, son muy sensibles a la información negativa de sí mismos. Una persona con baja autoestima suele ser insegura, desconfía de sus propias facultades y no quiere tomar decisiones por miedo a equivocarse. Constantemente está necesitando la aprobación de los demás, pues posee muchos complejos. Su percepción distorsionada de la realidad llega, incluso, a afectar su apreciación física. Todo le produce un sentimiento de inferioridad. Algunas de las actitudes de una persona con baja autoestima son:

Autocrítica dura y excesiva que mantiene a la persona en un estado de insatisfacción consigo misma.

2.2.2 Depresión

La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave, puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos y psicoterapia profesional. La depresión es un trastorno que se puede

diagnosticar de forma fiable y que puede ser tratado por no especialistas en el ámbito de la atención primaria.

La depresión mayor es un síndrome o agrupación de síntomas en el que predominan los síntomas afectivos (tristeza patológica, decaimiento, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia frente a las exigencias de la vida) aunque, en mayor o menor grado, también están presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo o incluso somático, por lo que podría hablarse de una afectación global de la vida psíquica, haciendo especial énfasis en la esfera afectiva. La base para distinguir estos cambios patológicos de cambios ordinarios, viene dada por la persistencia de la clínica, su gravedad, la presencia de otros síntomas y el grado de deterioro funcional y social que lo acompaña. Muchos casos de depresión son claramente apreciables en la práctica clínica, aunque raras veces resulta fácil establecer su autonomía diagnóstica respecto de otras entidades psicopatológicas. Así, por ejemplo, la asociación entre trastorno depresivo y de ansiedad es alta y con diversas combinaciones sintomáticas en sus manifestaciones. La depresión también puede concurrir con el abuso de alcohol u otros tóxicos, y con algunas enfermedades orgánicas cerebrales y sistémicas. Si bien las causas de la depresión no son conocidas, diferentes factores podrían intervenir en su génesis, como determinados factores genéticos, vivencias de la infancia y adversidades psicosociales actuales (contexto social y aspectos de la personalidad). También podrían jugar un papel importante como factores de riesgo en el desarrollo de una depresión, dificultades en las relaciones sociales, el género, el estatus socio-económico o disfunciones cognitivas, aunque lo más probable sea una interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales

Base teórica del Inventario de Depresión de Beck (BDI, BDI-II), creado por el psiquiatra, investigador y fundador de la Terapia Cognitiva, Aaron T. Beck, es un

cuestionario autoadministrado que consta de 21 preguntas de respuesta múltiple. Es uno de los instrumentos más comúnmente utilizados para medir la severidad de una depresión. Las versiones más actuales de este cuestionario pueden ser utilizadas en personas de a partir de 13 años de edad. Está compuesto por ítems relacionados con síntomas depresivos, como la desesperanza e irritabilidad, cogniciones como culpa o sentimientos como estar siendo castigado, así como síntomas físicos relacionados con la depresión (por ejemplo, fatiga, pérdida de peso y de apetito sexual). Existen tres versiones del BDI: la versión original, publicada en 1961, la revisión de 1971 bajo el título de BDI-1A; y el BDI-II, publicado en 1996. El BDI es bastante utilizado como herramienta de evaluación de la depresión por profesionales de la salud y por investigadores en diversas áreas. El resultado del BDI no es suficiente para realizar un diagnóstico de depresión, se necesitan evaluaciones complementarias (entrevista psicológica/psiquiátrica, valoración del contexto psicosocial, etc.), pero es una herramienta útil para despistaje o chequeo.

➤ **Bases Teóricas**

En la segunda mitad del siglo pasado surgió un nuevo modelo dentro de la Psicología como disciplina científica, el modelo Cognitivo, teniendo como personajes más ilustres a Albert Ellis y Aaron Beck, quienes a pesar que inicialmente fueron formados dentro del modelo psicodinámico empezaron a buscar otras alternativas que dieran tanto una explicación más objetiva y profunda, así como soluciones más rápidas y duraderas a los problemas psicológicos.

Aunque en un inicio Beck se encargó de estudiar la depresión, más adelante también se avocaría a otras patologías como los problemas de ansiedad.

El modelo cognitivo de la depresión de Beck busca dar una amplia explicación en cuanto al origen y mantenimiento, así como en la manera de abordar esta patología. Para tal efecto este modelo se vale de tres conceptos principales; los esquemas, los errores cognitivos y la triada cognitiva. A continuación revisemos brevemente cada uno de ellos. *Los esquemas* son entendidos como un conjunto de patrones cognitivos relativamente estables en el tiempo que se forman a lo largo de las diversas experiencias desde la infancia, es decir, no son producto de una única situación sino de la recurrencia de situaciones similares que por algún u otro motivo tienen un alto grado de significancia en la vida de una persona. Son el “filtro” a través del cual la persona localiza, diferencia y codifica los estímulos o situaciones con los que se enfrenta día a día. Dicho en otras palabras, a través de sus esquemas los hombres interpretan y dan un significado a las cosas, dándoles un significado particular y que obviamente varía de la interpretación que hacen los demás. Asimismo, debido a su relativa estabilidad en el tiempo, los esquemas son los responsables de que las personas tiendan la mayor parte del tiempo a interpretar situaciones similares de la misma forma.

De otro lado, es necesario recalcar que no todos los esquemas se encuentran activos todo el tiempo, pues de hecho hay muchos que permanecen en un estado inactivo incluso por varios años y son activados solamente cuando la persona atraviesa por situaciones iguales o similares a aquellas en las que dichos esquemas tuvieron origen. Por ejemplo, si un niño es abandonado por su madre y meses después su padre tiene que irse al extranjero por razones laborales, probablemente haya formado esquemas de pérdida determinados, los cuales serán activados en un futuro ante situaciones de pérdida similares como la muerte de un ser querido o la ruptura de una relación amorosa y no así ante situaciones de otra índole como problemas financieros o con compañeros de trabajo.

Cuando una persona que no padece depresión se enfrenta a una situación determinada, ésta activa un esquema adecuado a través del cual interpreta cada uno de los estímulos que conforman la situación, teniendo como resultado conclusiones objetivas y realistas. Sin embargo, cuando un depresivo se enfrenta a una situación, ésta activa un esquema idiosincrático que lleva a la persona a centrarse selectivamente en aquellos estímulos que guardan relación con el esquema activado, interpretando distorsionadamente las cosas en función de su historial de experiencias negativas sin detenerse a analizar que tan objetivas, realistas o probables sean esas nuevas conclusiones a las que acaba de llegar.

Errores en el procesamiento de la información

La intrusión de los esquemas idiosincráticos en el procesamiento de la información, es decir, en el emparejamiento ordenado de esquemas adecuados y situación, determinan los errores cognitivos, también llamados distorsiones cognitivas o pensamientos automáticos, que no son más que las conclusiones distorsionadas a las que la persona llega luego de analizar la situación.

Beck distingue 6 tipos distorsiones cognitivas:

- Inferencia arbitraria: sacar conclusiones anticipadas, sin tener evidencia para pensar de esa forma.
- Abstracción selectiva: centrarse sólo en determinados aspectos, en especial los negativos.
- Generalización Excesiva: establecer reglas generales en base a uno o pocos hechos aislados.
- Maximización y minimización: infravalorar o subestimar los hechos.
- Personalización: Atribuirse a sí mismo cualquier acto o palabra que los demás hagan y digan.

- Pensamiento absolutista o dicotómico: Interpretar las cosas en función a dos polos opuestos como puede ser; bueno o malo, sucio o limpio, etc.

La triada cognitiva implica un conjunto de esquemas que llevan al depresivo a evaluar de forma negativa y poco realista sus experiencias pasadas, sus experiencias futuras y a sí mismo, maximizando o prestando atención sólo a los aspectos negativos de una situación determinada y subestimando o ignorando los positivos. El depresivo usualmente considera no tener los recursos intelectuales ni emocionales para enfrentarse a la vida y si cree tenerlos está seguro que no son suficientes para triunfar y ser feliz, cree ser un incompetente, poco afortunado y lleno de defectos que lo llevan a cometer errores todo o casi todo el tiempo, por lo que tiende a valorar sus experiencias pasadas en términos de derrota y fracaso, criticándose y arrepintiéndose por sus actos y creyendo siempre que pudo haberlo hecho mejor o no tan mal. Además, debido a que piensa que su “mala suerte” continuará y que no existe solución para sus problemas, se prepara para perder y sufrir tanto en cuanto actividad nueva y compleja se incursione como en aquellas más rutinarias y sencillas, llegando a abandonar cualquier tarea que demande esfuerzo y perseverancia

➤ **Tipos de Depresión**

Trastorno depresivo mayor

El tono del humor se presenta deprimido la mayor parte del día especialmente en la mañana, con toda la jornada por delante casi todos los días, con marcada disminución de los intereses y el placer por todas las actividades, sentimientos de desvalorización o de culpa excesivos o inapropiados a la situación, reducida capacidad para pensar y concentrarse, indecisión, pensamientos de muerte recurrentes (con ideación suicida),

sensación de fatiga y de falta de energía, lentitud psicomotora o también agitación, inapetencia y significativa pérdida de peso o por el contrario, se observa un aumento, insomnio, frecuentemente lacunar, es decir, con despertar durante la noche o en la fase terminal, con despertar matutino precoz, mientras el insomnio de conciliación es típico de los trastornos ansiosos o fóbicos. Durante un tiempo se usó el término melancolía, introducido por Hipócrates en el siglo IV A.C.; este término indicaba la bilis negra, uno de los cuatro humores fundamentales del organismo, a cuyos excesos era atribuido este trastorno. Todavía hoy, la “melancolía” se refiere a las formas de trastorno depresivo mayor caracterizada por una marcada depresión del tono del humor, prevaleciente en las primeras horas de la mañana, por falta de reactividad a los estímulos ambientales, por intensos sentimientos de culpa, de agitación psicomotora, por delirios de ruina. En las descompensaciones depresivas se puede verificar, como ya se ha dicho, la aparición de temas delirantes; en estos casos se trata de “deliroides” o delirios secundarios a la depresión del humor: de ruina, de culpa, nihilista, con sentido ineludible y catastrófico de fin de mundo, de desgracias, de pobreza y de persecución merecida. Los trastornos depresivos mayores pueden manifestarse con un único episodio o con episodios repetidos en el tiempo (formas recurrentes). A veces, en algunos sujetos, se presenta un típico modo de proceder estacional, con aparición otoñal coincidente con el acercamiento del período invernal y con remisión primaveral

Trastorno Distimico

En esta forma los síntomas depresivos decaimiento del tono del humor, baja autoestima, sentimientos de desesperación, dificultad para concentrarse y tomar decisiones, poca energía o astenia, reducción del apetito o hiperfagia, insomnio o hipersomnias son menos

notorios, tienen un modo de proceder crónico de dos o más años y se asocian con frecuencia a irritabilidad “disforia”

Trastorno depresivo no específico

Los síntomas depresivos difieren de una persona a otra en intensidad, gravedad, envergadura y configuración. Sin embargo, cualquier revisión histórica sobre los intentos de denominación y clasificación de los síndromes depresivos no podrá pasar por alto el extenso debate abierto entre quienes piensan que la depresión es un trastorno único o unitario y quienes aceptan dos o más síndromes diferentes y bien definidos que comparten algunos signos y síntomas.

➤ La intervención Terapéutica

Para comprender los escenarios clínicos, o mejor dicho, el paradigma epistemológico en el cual se instala una intervención terapéutica post- racionalista, es oportuno tener presente lo que dice Vittorio Guidano, en el curso de uno de los tantos Seminarios llevados a cabo por él, sobre este tema (1989 en Nardi Ed., 2000). “Abandonado el criterio de objetividad, la relación terapéutica se puede definir no como un instrumento de persuasión (o un tema pedagógico) sino, simplemente, como un tipo de exploración en la cual los dos, terapeuta y paciente, se encuentran en el mismo plano. De hecho, si el terapeuta es un experto (digamos, de principios evidentes), el paciente es, por otra parte, el único experto de sí mismo, dado que es el único que tiene contacto con su material interno. Por lo tanto, la relación terapéutica es un instrumento de exploración que tiene la finalidad, no de modificar un comportamiento desadaptativo, no de hacer que el paciente piense mejor, sino la de hacer que el paciente conozca mejor su modo de funcionar, logrando una reorganización que le sea apropiada. Por ejemplo, un sujeto

puede tener un proceso de organización personal, con un nivel de conciencia que no le permite dar una forma adecuada a la tensión derivada del hecho que las emociones, que su estado actual de reorganización ha producido, han permanecido absolutamente incodificadas y, por lo tanto, incontrolables y fuente de perturbaciones dolorosas. Si el terapeuta abandona toda pretensión de objetividad y la relación terapéutica por parte del sujeto es vista como un instrumento de exploración, en esta relación cambia la actitud de fondo hacia las así llamadas emociones negativas. En la óptica cognoscitivista tradicional, el objetivo de la terapia es persuadir al paciente, en relación a las opiniones más estables, buscando, por lo tanto, retornar a lo que era el equilibrio anterior, utilizando variadas técnicas de autocontrol. En esta perspectiva de autocontrol, la persona es adiestrada para controlar mejor las propias emociones perturbantes diciéndose determinadas cosas, mientras que, generalmente, la actitud que el terapeuta posee hacia las emociones negativas, excusen la redundancia, es negativa, en cuanto a que no desea ni siquiera hablar de ellas. Si, por ejemplo, el paciente, se presenta angustiado en relación a una experiencia dada, el terapeuta actúa como si no experimentara ninguna emoción, más aún, aconseja al paciente que no les haga caso, y que en cuanto sienta un poco de angustia o de depresión, eliminarlas, repitiéndose las instrucciones sobre “el diálogo interno”, las que fueron acordadas antes; existe todo un adiestramiento al autocontrol, como una suerte de equilibrio circular, en el cual las emociones negativas no deben existir. Por lo tanto, en la óptica racionalista clásica, las emociones son como si no fueran reales, y, dado que existen, son controladas y mantenidas a distancia. No se recoge la idea que las emociones negativas son un vector de información fundamental y que, justamente, estudiando cómo están hechas las emociones negativas y los datos imaginativos relacionados con ellas, se obtienen las informaciones más útiles para comprenderlas, cual es el punto en el cual el paciente se

ha “trabado” en su trabajo de reorganización personal. En este sentido, es fundamental una actitud del terapeuta (obviamente, del terapeuta no ingenuo) que considere las emociones negativas no como algo absolutamente inútil y más aun dañino, sino, por el contrario, como un elemento fundamental sobre el que se debe atender en forma directa el elemento principal del cual recabar las informaciones básicas para entender cuál es el proceso en curso en el sujeto. Como lo destacaba Guidano, el adolescente, aún en la inestable precariedad de su ánimo es el único experto en sí mismo, aunque no sea completamente consciente y, aun más, perciba justamente lo contrario. Por lo tanto no es tarea del terapeuta el instruirlo y uniformizarlo en relación a modelos externos estándares considerados más funcionales, sino la de guiarlo en el descubrimiento de los procesos tácitos y explícitos a través de los cuales se ha desplegado el sufrimiento en el curso de su historia del desarrollo. Este recorrido requiere, a veces, un apoyo rápido con una elevada empatía, por la urgencia con la que el adolescente tiende a vivir todas sus experiencias y, mayoritariamente, aquellas percibidas como negativas y, por lo mismo, fuente de sufrimiento. Como se ha destacado, la reformulación del problema clínico presentado por el sujeto, y que ha estado en el origen del requerimiento de ayuda, constituye la primera fase de la terapia. En general corresponde a las primeras dos o tres sesiones y permite preparar el contexto para el posterior trabajo psicoterapéutico. Esta coincide con el encuadre diagnóstico y, en particular, con el reconocimiento de la organización de significado personal específica del sujeto. Mediante la reformulación, el problema, generalmente vivido y presentado con el carácter de externalidad como algo objetivamente determinado por eventos externos o internos: por ejemplo, no tener jamás un instante de tranquilidad, casi como si se tratara de una situación meteorológica es reconducido a la internalidad, es decir, al sentido de sí mismo, como un aspecto todavía no bien clarificado del propio modo de asimilar y de reordenar la experiencia. Por lo

tanto, no es el objetivo directo de la psicoterapia el de verificar la veracidad, la validez o la objetividad de los temas presentados, mientras que es de primaria importancia focalizar en qué sentido tiene para el sujeto referirse a la experiencia en una manera dada, en relación a su historia personal y a sus modalidades subjetivas de reordenar la experiencia. Ella consiste en el reordenamiento de la experiencia vivida como perturbadora y fuente de sufrimiento mediante el reconocimiento, la focalización y el reordenamiento de los eventos que se suceden, en el curso de las semanas de terapia. Estos últimos, son elegidos como significativos sobre la base de la reformulación del problema inicial. El sujeto es, de hecho, involucrado por el terapeuta en una “cooperación explorativa” que permite focalizar la atención desde las primeras sesiones sobre modalidades subjetivas mediante las cuales la experiencia inmediata es reordenada en términos de explicación y, por lo tanto, de convenciones personales. Utilizando una metodología de autoobservación, se seleccionan episodios críticos significativos y se procede a su reconstrucción en la “moviola”, focalizando en los elementos caracterizantes y las activaciones emocionales correspondiente, qué cosa ocurre antes, durante y después en el escenario considerado; actitudes del sujeto y de los otros protagonistas del episodio; escenarios imaginativos conectados con lo que ocurre; activaciones emotivas, etc. Como lo ha evidenciado Guidano (1987, 1991), en un sistema complejo como es el sistema cognoscitivo humano, el modo con el cual es explicada una emoción que irrumpe en la conciencia es, de hecho, un proceso destinado a hacer consonante la experiencia con el sentido de sí mismo que es captado en ese momento “autoderivación”, con el fin de darle coherencia y estabilidad. Las emociones más activantes son aquellas que se observan cuando un sujeto descubre que ha tenido un modo de funcionar diferente del que creía. Por lo tanto, el terapeuta pone al sujeto en la condición de no poder evitar autorreferirse las discrepancias experimentadas en su

propia confrontación, conociendo aspectos de sí mismo, hasta ahora no percibidos. Como lo ha evidenciado Reda (2003), los sujetos depresivos muestran a menudo una dificultad para focalizar, para reconocer, para autorreferirse y compartir sus propios sentimientos. Es necesario, por lo tanto, orientar el trabajo terapéutico hacia la reconstrucción de la narrativa emocional, de modo de permitir al adolescente reconocer sus propios estados emotivos, colocándolos en un relato más adaptativo, coherente con la propia historia evolutiva y el significado personal que se está construyendo. En lo demás, la psicoterapia utiliza de manera privilegiada las reacciones emotivas en curso, que han emergido de las perturbaciones estratégicamente orientadas, de manera de poder lograr reformulaciones que evidencien al sujeto su propio modo de funcionar. A este propósito, un aspecto esencial es el de llevar al sujeto a percibir el problema presentado no más como algo “objetivo” y externo a sí mismo, sino como su modo subjetivo de percibir y de referirse la experiencia, de acuerdo a la lectura habitual de sí mismo (p.e., estar seguros que en la jornada que se inicia “todo saldrá mal”, se actuará mal, sin ver ninguna solución, sólo se puede esperar que el tiempo pase rápido). En la focalización de las modalidades subjetivas de vivir la experiencia, en el curso de la terapia es importante hacer que el individuo comience a distinguir entre experiencia inmediata y la explicación racional que es común darse, entre el conocimiento tácito y explícito que deriva de esta articulación a dos niveles, entre el sí mismo protagonista que actúa de manera directa y el sí mismo narrador que se cuenta de acuerdo a una convención básica lo que le sucede. Paralelamente, debe comenzar a distinguir el mundo interno propio del de los otros, como perspectivas diferentes ligadas a las historias subjetivas de cada uno y no como aspectos objetivos iguales y válidos para todos. Mediante esta focalización, partiendo desde los aspectos emocionales, es posible conseguir gradualmente un conocimiento de sí mismo (como se percibe y como se

relata) y del mundo externo (como se perciben y se relatan los otros) más consciente e integrado. Por otra parte, como ya se ha destacado, el adolescente, por la heterogeneidad de los procesos de desarrollo, por la multiplicidad de los posibles recorridos evolutivos, por la inestabilidad de los esquemas ideo-afectivos, requiere más que el adulto una cuidadosa y dúctil, centrada sobre el problema propuesto. El setting terapéutico debe estar, por lo tanto, destinado a establecer una comunicación inmediatamente empática, utilizando un lenguaje compartido, si es necesario recurriendo a la jerga común; las modalidades del coloquio deben ser informales, accesibles y destinadas a establecer una alianza terapéutica. A veces, especialmente en situaciones agudas, es útil centrar más aún la atención sobre el problema clínico contingente, haciendo seguir, desde la primera sesión, a la reformulación del problema clínico depresivo, su focalización en la moviola en el ámbito del episodio más significativo en el cual se ha manifestado. La dinamicidad y la inestabilidad típica de la adolescencia, si bien por un lado, constituyen un problema, por el otro, pueden resultar una ventaja si son adecuadamente aprovechadas, dando al adolescente mediante la reformulación del problema clínico y la focalización en la moviola de cómo este estado es vivido en el plano de la experiencia inmediata y del nivel tácito de conocimiento – nuevos instrumentos de gestión de su mundo interno, en el ámbito de un, cada vez más complejo, nivel de conciencia. La focalización en la moviola de episodios recientes en los cuales el adolescente ha manifestado los síntomas depresivos es, por lo tanto, un instrumento particularmente útil para localizar el transcurso y la fase madurativa por la que el adolescente atraviesa, lo que permite al terapeuta coger algunos aspectos fundamentales: la focalización prevalentemente externa (“outward”) o interna (“inward”) y la dependencia o independencia del campo perceptivo derivados de los procesos de apego, la relación entre concreción y abstracción, la prevalencia de las tramas narrativas de emociones de base (tristeza, desesperación,

rabia, miedo , etc.) o de emociones autorreflexivas (vergüenza, culpa, etc.), las modalidades tácitas y explícitas mediante las cuales el sujeto se autorrefiere la experiencia asimilada en conformidad con su coherencia interna, obteniendo una lectura depresiva relativa a sí mismo y a su relación con el mundo. Es posible, de este modo captar cómo la depresión puede manifestarse en el ámbito de una percepción vaga e indefinida de sí mismo (“no sé, estoy confundido/a”) o mediante el impacto emotivo con la cual se manifiesta (“ me avergüenzo, no valgo nada, me siento ridículo/a, tengo miedo de salir de casa”); en otros casos, el trastorno del humor puede presentarse como un proceso de evolución lenta, percibido por el sujeto como “algo de lo que siempre he estado consciente” o como un evento imprevisto, que ha perturbado gravemente la propia vida, a consecuencia de una experiencia psicotraumática. En cada caso, la reformulación es realizada presentando al problema no en términos de “externalidad”, sino de “internalidad”, como algo que tiene que ver con el mundo interno y las modalidades mediante las cuales el adolescente se refiere subjetivamente la experiencia, a pesar del hecho que la experimente como algo “externo, objetivo y universalmente compartible.” La focalización del problema (“reframing”), utilizando secuencias recientes en las cuales ella se ha verificado, permite captar gradualmente la diferencia entre experimentar y explicar, es decir, entre el fluir continuo de la experiencia inmediata y las explicaciones que el sujeto se da mientras reordena la experiencia inmediata vivida, para mantener la coherencia, hasta donde le sea posible, el modo con el cual se ve y se cuenta en su trama narrativa. Al mismo tiempo, a las representaciones o imágenes mentales que constituyen la “película interna” (“The movie in the brain”), del episodio se le asocian las tonalidades emotivas correspondientes, las cuales están estrechamente ligadas con la organización de significado personal. Por ejemplo, en una organización DAP, en la cual el juicio de las figuras consideradas significativas juega

un rol central en el mantenimiento de la coherencia interna y del sentido de sí mismo, toda experiencia que es vivida a nivel inmediato como desconfirmante, activa tonalidades emotivas de inseguridad, vergüenza o inferioridad. A nivel explícito, estas emociones no son simplemente tomadas, puede emerger un sentido reactivo de rabia hacia la figura desconfirmante (de la cual no se sienten aceptados y comprendidos) o un genérico sentido de confusión, como si no se supiese más que otra cosa experimentar o qué cosa hacer. Para dar otro ejemplo, en una organización OSS, en la cual, por el contrario, la lectura interna de sí mismo prevalece por sobre la externa, toda experiencia significativa que comprenda la búsqueda de la perfección y de la certeza (percibida por el sujeto como una exigencia objetiva e indeclinable), activa una fase de inestabilidad en la cual las emociones son excluidas de la conciencia (y cuando eso no se logra, son vividas como expresión de un momento de debilidad), mientras a nivel explícito emergen sólo las explicaciones más o menos congruentes con lo acontecido. Por tanto, la focalización de un episodio significativo – trabajando como en una moviola cinematográfica, adelante y atrás sobre las secuencias más importantes – permite al sujeto descubrir aspectos de sí mismo que no conocía y de focalizarse en las categorías de experiencia a las cuales es más sensible, en relación a las activaciones emocionales ligadas a su organización de significado personal. El problema, de externo pasa de este modo a interno. El sujeto no es más un espectador inerte y resignado de lo que ocurre (“no soy capaz”, “no puedo hacer nada”), sino que descubre que es un activo constructor de cómo percibe y se refiere la experiencia perturbadora dada (“qué cosas me dice el problema a mí”): por ejemplo, tender a percibir lo que ocurre o el comportamiento de otro como un examen (DAP), ser perfecto a cualquier costo (OSS), a controlar un mundo amenazante salvaguardando la necesidad de libertad y de protección (FOB), a ver toda cosa como destinada al fracaso (DEP). Más aún, las

modalidades habituales de reconstruir y de atribuirse la experiencia comienzan a ser percibidas como una de las infinitas modalidades posibles y no como el único modo de enmarcarla (casi como si fuera una verdad absoluta, reconocible como tal por todos). El episodio es reconstruido como en una panorámica (“panning”) sobre la que se trabaja como en la sala de montaje. Los fotogramas que lo componen son reordenados en un sentido cronológico. La secuencia entera es, de este modo, recorrida hacia delante y hacia atrás, de manera de reordenarla, colocando en evidencia los aspectos hasta ahora perdidos o poco focalizados, llegando a reconstruir un conocimiento de sí mismo más consciente e integrado (“reframing”). El sujeto es invitado a volver a ver los fotogramas centrando la atención, ya sea en lo que ha experimentado (“zooming in”), o sea, en aquello que puede ser, por el contrario, el punto de vista de los otros protagonistas (“zooming out”). De este modo es posible captar en el problema clínico el procesamiento y la dinámica de las modalidades de construcción personal de las “tramas narrativas” subjetivas, individualizando un núcleo más o menos estructurado de esquemas emocionales y de construcciones cognitivas correlacionadas con ellos. El cambio terapéutico deriva de este proceso de reordenamiento de la interfase entre el conocimiento tácito y el conocimiento explícito, por un lado, y entre la invarianza ligada al propio cierre organizacional tácito y la variabilidad procesal permitida por las aperturas estructurales explícitas, por otro. Este proceso permite una mayor conciencia y, consecuentemente una gestión más adaptativa de las propias activaciones emocionales. Mediante el trabajo terapéutico se hace posible el mejoramiento de la “generatividad”, es decir, la búsqueda de caminos alternativos a los habituales, inicialmente vividos como “objetivamente” obligatorios y únicos, que pueden ser por lo tanto más “viables”, bajo un perfil adaptativo. Autorrefiriéndose todo lo que ha sucedido y adquiriendo progresivamente conciencia de los procesos tácitos con los

cuales la experiencia es asimilada y explicada, el sujeto comienza a reconocer qué cosa sucede cuando vive una activación emocional crítica. La focalización en la moviola (“reframing”) de los episodios significativos permite evidenciar, como ya se ha dicho, los mecanismos “tácitos” mediante los cuales es cogida la experiencia inmediata, así como las explicaciones de tal experiencia, que operan mediante trámites lógico-analíticos que llevan a referirse la experiencia vivida. De esta manera es posible cambiar la percepción de un problema crítico, desde aspectos de sí mismo vividos como objetivos e inmutables, a modalidades subjetivas de ordenar la experiencia. La toma de conciencia de estos aspectos personales, hasta ahora desconocidos, puede inicialmente turbar, originando una imagen negativa o frágil de sí mismo; sin embargo, en el curso del trabajo terapéutico puede ser, en general rápidamente superada. De este modo, la toma de conciencia no solo produce directamente una reducción de la activación emotiva en los momentos críticos, en los cuales las experiencias discrepantes reaparecen, sino que también pone en marcha la conciencia de poder comenzar a gestionar procesos y situaciones anteriormente no conocidos: estos ocurren, de hecho, en el dominio de la propia experiencia – no en un espacio externo, sobre el cual sería imposible operar y dependen de manera determinante de la modalidad de lectura subjetiva con la que se vive. En definitiva, las capacidades de integración del sí mismo en los adolescentes depresivos permiten una reestructuración adaptativa de las tramas narrativas personales, aún tomando en cuenta la fisiológica inestabilidad que caracteriza esta fase de la vida. Para obtener un éxito positivo es, sin embargo, indispensable poner en marcha intervenciones cada vez más empáticas, oportunas y cuidadosas, utilizando enfoques informales e involucrando, cuando es necesario, las figuras significativas (padres, etc.), las que son ayudadas para comprender el malestar del adolescente y no culpabilizarlos en relación a los elementos desadaptativos presentes en las relaciones de

apego. Más detalladamente, la modalidad de lectura del sí mismo ha resultado estrechamente conectada con la organización de significado personal y, por lo tanto, con la reformulación del problema presentado en términos de internalidad/externalidad, condición fundamental para el posterior desarrollo del trabajo terapéutico. Sobre la base de tal premisa, emerge en forma evidente que los eventos de descompensación no revisten un significado objetivo único y unívoco, válido para todos los sujetos depresivos, sino que en realidad adquieren valencias diversas en relación a la modalidad subjetiva de reordenamiento de la experiencia vivida. Tal modalidad subjetiva aparece claramente relacionada con los pattern de activación emocional que connotan las específicas organizaciones de significado personal de todo sujeto. A este propósito, la trama narrativa, que a nivel explícito emerge bajo la forma de explicaciones racionales enunciadas en el discurso según criterios de ordenamiento dialógico-deductivo, esconde una notable complejidad de la organización individual del sí mismo. De hecho, en una reconstrucción de las experiencias significativas que la connotan, como ocurre en el trabajo terapéutico, es posible alcanzar los componentes tácitos de ordenamiento de la experiencia y sus correspondientes activaciones emocionales. En lo que se refiere, finalmente, a la evolución de los principales aspectos clínicos, también ellos, estrechamente correlacionados con el tipo de depresión (por lo tanto, la subyacente organización de significado personal), es posible reconocer en general aspectos pronósticos positivos, en un alto grado, en el aumento de la flexibilidad, abstracción y complejidad. Obviamente, que la expresión de tales potencialidades, es decir, la de una modalidad más adaptativa para reordenar la experiencia vivida por el adolescente está subordinada a un adecuado trabajo terapéutico. La posibilidad de reconocer y de referir a sí mismo aspectos de las tonalidades emotivas totalmente (o en parte) ignoradas puede, por lo tanto, permitir un gradual cambio en la modalidad de percibir la propia

negatividad, pasando de una visión de sí mismo percibida como objetivamente dada e irreversiblemente determinada, a la focalización de las propias modalidades subjetivas (habituales, pero no únicas o irreversibles) de ordenar la propia experiencia, como una trama narrativa (Villegas, 1993, 1994), atribuyéndole de vez en cuando significados, como ya se ha dicho, de desconfirmación personal (depresión DAP), de no valor personal (depresión DEP), de desconfirmación/no valor (depresión DAP-DEP), de imperfección (depresión OSS), quizás enmascarada por somatizaciones o pánico (depresión FOB).

CAPITULO III

HIPOTESIS Y VARIABLES DE INVESTIGACION

3.1 Formulación de hipótesis principal y derivada

3.1.1 Hipótesis General

H1 Si existe relación entre la autoestima y la depresión en los estudiantes del Centro educativo Lee de Forest, 2016

H0 No existe relación entre la autoestima y la depresión en los estudiantes del Centro educativo Lee de Forest, 2016

3.1.2 Hipótesis Específica

- H1. Los niveles predominantes de autoestima en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016 son bajos.
H0. Los niveles predominantes de autoestima en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016 son altos.
- H2. Los niveles predominantes de depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016 son moderados.
H0. Los niveles predominantes de depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016 son bajos.
- H3. Los niveles de autoestima y depresión los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016 se asocian negativamente.

H0. No existe relación significativa entre los niveles de autoestima y depresión los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016.

- H4. No existe relación significativa entre los niveles de autoestima y depresión según genero en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016.
- H0. Si existe relación significativa entre los niveles de autoestima y depresión según genero en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016.

3.2 Variables, dimensiones e indicadores y definición conceptual y operacional.

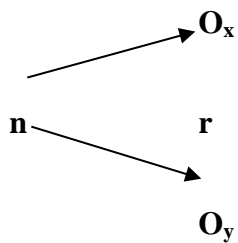
VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	INDICADORES	NIVELES DE MEDICION
V. Autoestima	Es un conjunto de percepciones, pensamientos, evaluaciones, sentimientos y tendencias de comportamiento dirigidas hacia nosotros mismos, hacia nuestra manera de ser y de comportarnos, y hacia los rasgos de nuestro cuerpo y nuestro carácter.	Puntajes obtenidos por el Test de Coopersmith <ul style="list-style-type: none"> ○ Sí mismo General (SM) ○ Pares (Soc) ○ Hogar Padres (H) ○ Escuela (Sch) 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Muy Baja ○ Media Baja ○ Promedio ○ Media Alta ○ Muy Alta
VD Depresión	Estado de ánimo donde aparecen sentimientos de dolor profundo, ira, frustración y soledad e impiden que la persona continúe con su vida ordinaria de forma normal durante un tiempo prolongado.	Puntajes obtenidos por el Test de Beck	<ul style="list-style-type: none"> ○ Leve ○ Moderada ○ Severa
Edad	Años del sujeto durante la etapa de la adolescencia	13,14,15,16,17, 18	Cuantitativa -Continua
Género	Grupo de individuos de acuerdo al sexo	*Masculino *Femenino	Cualitativa Nominal

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Diseño metodológico

El diseño de la investigación es no experimental, relacional transversal. (Hernández et al. 2010), el mismo que se representa en el siguiente diseño:



Donde:

n = Muestra.

O_x = Niveles de Autoestima

O_y = Depresión

r = Relación entre variables

4.2 Diseño muestral, matriz de consistencia

Se trabajó con toda la población 58 alumnos de edades de 11 a 18 años matriculados en el Colegio Lee de Forest en el periodo académico 2016.

Matriz de consistencia

NIVELES DE AUTOESTIMA Y DEPRESION EN ALUMNOS DEL QUINTO AÑO DE SECUNDARIA DEL COLEGIO

PARTICULAR LEE DE FOREST DE LIMA, 2016

PROBLEMA	OBJETIVOS GENERAL	HIPOTESIS GENERAL	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGIA
<p>¿Qué Relación existe entre Autoestima y Depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo Particular Lee de</p>	<p>Determinar la relación que existe entre la autoestima y la depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo particular Lee de</p>	<p>✓ Si existe relación inversa entre la autoestima y la depresión en los estudiantes del Centro educativo Lee de Forest,</p>	<p>Variable independiente: Niveles de Autoestima</p>	<p>58 estudiantes</p>		<p>Diseño de Investigación: Diseño no experimental. Tipo de</p>

Forest?	Forest, 2016.	2016				Investigación: Básica, de nivel correlacional.
PROBLEMA ESPECIFICO	OBEJTIVO ESPECIFICO	HIPOTESIS ESPECIFICA				INTRUMENTOS
✓ ¿Qué realización existe entre el factor Autoestima con el factor depresión en los estudiantes de secundaria del Centro	✓ Identificar los niveles predominantes de autoestima en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016. ✓ Identificar	- Los niveles predominantes de autoestima en los estudiantes de secundaria de centro educativo Lee de Forest, 2016 son bajos. - Los niveles predominantes de	Variable dependiente: Depresión			-Test Coopersmith -Inventario de Beck

<p>educativo Lee de Forest, 2016?</p> <p>¿Afecta la depresión y la autoestima en los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016?</p>	<p>los niveles predominantes de depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo de Lee de Forest, 2016.</p> <p>✓ Asociar los niveles de autoestima y depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo</p>	<p>depresión en los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016 son moderados.</p> <p>- Los niveles de autoestima y depresión los estudiantes de secundaria del centro educativo Lee de Forest, 2016 se asocian negativamente.</p>				
--	--	---	--	--	--	--

	<p>Lee de Forest, 2016</p> <p>✓ Determinar la relación que existe entre autoestima y depresión en los estudiantes del sexo femenino del centro educativo</p> <p>Lee de Forest 2016</p> <p>✓ Determinar la relación que existe entre autoestima y</p>					
--	--	--	--	--	--	--

	depresión en los estudiantes del sexo masculino del centro educativo Lee de Forest 2016					
--	---	--	--	--	--	--

4.3 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

➤ Inventario de Autoestima Coopersmith

Ficha Técnica

Nombre: Inventario de Autoestima de Stanley

Copersmith, (SEI) versión escolar.

Autor: Stanley Coopersmith

Administración: Individual y colectiva.

Duración: Aproximadamente 30 minutos.

Niveles de aplicación: a partir de 8 años

Finalidad: Medir las actitudes valorativas.

- La calificación se puede hacer siguiendo la clave de respuestas o mediante cinco plantillas perforadas. Cada reactivo resuelto adecuadamente es calificado por un punto y los reactivos mal resueltos se califican con 0.
- Cada Plantilla colocada sobre el protocolo de respuestas del examinado, coordinado cada respuesta.
- Cada Sub escala permite un puntaje parcial, para obtener así la puntuación total de: 50; que multiplicado por 2 da el Puntaje Máximo: 100. La Escala no se puntúa, la cual es dudable a partir de cinco respuestas dadas.
- La puntuación directa obtenida mediante la sumatoria de los aciertos que ha logrado el sujeto en la prueba son convertidos a un Baremo o Escalas, en Percentiles, Puntajes T, o Eneatipos.
- Obtenido el puntaje parcial de las sub escalas y el total se seguirá con la interpretación cualitativa.

Clave de Respuestas para las Plantillas

Sub escalas	Reactivo	Máximo Puntaje
Sí mismo General (SM)	1,3,4,7,10,12,13,15,18,19,24,25, 27,30,31,34,35,38,39,43,47,48,51, 55,56,57	26
Pares (Soc)	5,8,14,21,28,40,49,52	8
Hogar Padres (H)	6,9,11,16,20,22,29,44	8
Escuela (Sch)	2,17,23,33,37,42,46,54	8
TOTAL		50 x 2
Puntaje máximo		100
Escala de Mentiras (L)	26,32,36,41,45,50,53,58	8

Estandarización o Normalización del Inventario

Los sistemas de medida dan lugar a varias modalidades de normas, Baremos o escalas: considerando en nuestro estudio como más importante los percentiles, escalas T y Eneatipos o Estaninos.

Norma Percentilar

- La escala o Norma Percentilar constituye un recurso muy difundido y que goza de mucha popularidad, para la transformación de los puntajes originales. Una distribución de percentiles queda dividida en 99 puntos, entre los cuales se encuentran 100 segmentos, cada uno contiene un uno por ciento de los casos.
- La escala percentilar señala de posición de un individuo respecto a su grupo y es válido solamente para el grupo a merced al cual fue elaborada. El percentil 50 establece la media, el percentil 99 establece el límite superior, el percentil 1 establece el límite inferior del intervalo.
- La escala percentilar se calcula a través de la distribución de frecuencias acumuladas y porcentajes acumulados de cada grupo normativo.
- Se ha elaborado normas o baremos para la interpretación de los puntajes directos del Inventario de Autoestima forma Escolar Coopersmith, en la población estudiantil nos permite transformar los puntajes en norma percentil. Esta puntuación indica el tanto por ciento de sujetos examinados en la muestra tipificada que obtuvieron puntuaciones:

Muy Baja : Percentil = 1-5

Media Baja : Percentil = 10-25

Promedio : Percentil = 30-75

Media Alta : Percentil = 80-90

Muy Alta : Percentil = 95-99

➤ **Test Coopersmith**

Nombre y Apellido:

Instrucciones:

A continuación, encontrarás una lista de frases sobre sentimientos. Si una frase describe como generalmente sientes, maraca una X en la columna V (verdadero). Si la frase no describe generalmente sientes, marca una X en la columna F (falso).

No hay respuestas Correctas o incorrectas

V	F	
()	()	1. Las cosas mayormente no me preocupan.
()	()	2. Es muy difícil para mí, hablar frente a la clase.
()	()	3. Hay muchas cosas sobre mi mismo que cambiaría si pudiera.
()	()	4. Puedo tomar decisiones sin dificultades.
()	()	5. Soy una persona divertida.
()	()	6. En mi casa me molesto muy fácilmente.
()	()	7. Me toma bastante tiempo acostumbrarme a algo nuevo.
()	()	8. Soy conocido entre los chicos de mi edad.
()	()	9. Mis padres mayormente toman en cuenta mis sentimientos.
()	()	10. Me rindo fácilmente.
()	()	11. Mis padres esperan mucho de mí.
()	()	12. Es bastante difícil ser “yo mismo”.
()	()	13. Mi vida está llena de problemas.
()	()	14. Los chicos mayormente aceptan mis ideas.
()	()	15. Tengo una mala opinión acerca de mí mismo.
()	()	16. Muchas veces me gustaría irme de casa.
()	()	17. Mayormente me siento fastidiado en la escuela.
()	()	18. Físicamente no soy simpático como la mayoría de las personas.
()	()	19. Si tengo algo que decir, generalmente lo digo.
()	()	20. Mis padres me comprenden.

- () () 21. La mayoría de las personas caen mejor de lo que yo caigo.
- () () 22. Mayormente siento como si mis padres estuvieran
presionados.
- () () 23. Me siento demás en la escuela.
- () () 24. Desearía ser otra persona.
- () () 25. No se puede confiar en mí.
- () () 26. No me preocupo de nada.
- () () 27. Estoy seguro de mí mismo.
- () () 28. Me aceptan fácilmente en un grupo.
- () () 29. Mis padres y yo nos divertimos mucho juntos.
- () () 30. Paso bastante tiempo soñando despierto.
- () () 31. Desearía tener menos edad de la que tengo.
- () () 32. Siempre hago lo correcto.
- () () 33. Estoy orgulloso de mi rendimiento en la escuela.
- () () 34. Alguien siempre tiene que decirme lo que debo hacer.
- () () 35. Generalmente me arrepiento de las cosas que hago.
- () () 36. Nunca estoy contento.
- () () 37. Estoy haciendo lo mejor que puedo.
- () () 38. Generalmente puedo cuidarme sólo.
- () () 39. Soy bastante feliz.
- () () 40. Preferiría jugar con niños más pequeños que yo.
- () () 41. Me gustan todas las personas que conozco.
- () () 42. Me gusta cuando me llaman a la pizarra.
- () () 43. Me entiendo a mí mismo.
- () () 44. Nadie me presenta mucha atención en casa.
- () () 45. Nunca me resonbran.
- () () 46. No me está yendo bien en la escuela como yo quisiera.
- () () 47. Puedo tomar una decisión y mantenerla.
- () () 48. Realmente no me gusta ser un niño.
- () () 49. No me gusta estar con otras personas.
- () () 50. Nunca soy tímido.
- () () 51. Generalmente me avergüenzo de mí mismo.
- () () 52. Los chicos generalmente se la agarran conmigo.
- () () 53. Siempre digo la verdad.
- () () 54. Mis profesores me hacen sentir que no soy lo suficientemente
capaz.
- () () 55. No me importa lo que me pase.
- () () 56. Soy un fracaso.
- () () 57. Me fastidio fácilmente cuando me llaman la atención.
- () () 58. Siempre sé lo que debo decir a las personas.

➤ **Inventario de Depresión de Beck.**

Ficha Técnica

Autor: Aarón Beck

Administración: Individual y colectiva.

Duración: aproximadamente 20 minutos

Se utiliza en adultos, preferentemente de forma autoadministrada, siendo el tiempo promedio de realización 20 minutos. Puede aplicarse también a manera de entrevista (de hecho, su autor inicialmente lo concibió un instrumento heteroaplicado), lo que incrementa el rango de sujetos que pueden ser evaluados. Con esta modalidad se ha aplicado con éxito en pacientes ancianos con deterioro cognitivo leve, enfermos crónicos, pacientes quirúrgicos, etc.

Los psicometristas con experiencias en la aplicación del BDI reportan que, de manera heteroaplicada, puede licitar reacciones emocionales intensas (llanto, tristeza) en personas que aunque no necesariamente tengan una depresión clínica, están confrontando situaciones estresantes o pérdidas.

Corrección e Interpretación: Cada una de las 21 proposiciones tiene varias alternativas de respuesta, a seleccionar una de ellas por el sujeto. De acuerdo a la alternativa seleccionada, este obtendrá una anotación que fluctúa entre 0 y 3 puntos. Se suma, además, la anotación alcanzada en cada una de las 21 categorías para obtener una anotación total. La misma, permite determinar el grado de la depresión: leve, moderada y severo.

La versión de 21 ítems no tiene puntos de corte establecidos. Las puntuaciones medias correspondientes a las distintas gravedades de la depresión son:

➤ **Test Beck**

Nombre y Apellido:

Pregunta 1

- 0 puntos – No me siento triste.
- 1 punto – Me siento triste.
- 2 puntos – Me siento triste siempre.
- 3 puntos – Estoy tan triste que no puedo soportarlo.

Pregunta 2

- 0 puntos – No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- 1 punto – Me siento desanimado de cara al futuro.
- 2 puntos – Siento que no tengo nada que esperar.
- 3 puntos – En el futuro no hay esperanza y las cosas no pueden mejorar.

Pregunta 3

- 0 puntos – No creo que sea un fracaso.
- 1 punto – He fracasado más que una persona normal.
- 2 puntos – Al recordar mi vida, todo son fracasos.
- 3 puntos – Creo que soy un fracaso absoluto como persona.

Pregunta 4

- 0 puntos – Me satisfacen las cosas como antes.

- 1 punto – No disfruto como antes.
- 2 puntos – Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
- 3 puntos – Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

Pregunta 5

- 0 puntos – No me siento especialmente culpable.
- 1 punto – Me siento culpable una buena parte del tiempo.
- 2 puntos – Me siento culpable casi siempre.
- 3 puntos – Me siento culpable siempre.

Pregunta 6

- 0 puntos – No creo que esté siendo castigado.
- 1 punto – Creo que puedo ser castigado.
- 2 puntos – Espero ser castigado.
- 3 puntos – Creo que estoy siendo castigado.

Pregunta 7

- 0 puntos – No me siento decepcionado de mí mismo.
- 1 punto – Me siento decepcionado de mí mismo.
- 2 puntos – Estoy disgustado conmigo mismo.
- 3 puntos – Me odio.

Pregunta 8

- 0 puntos – No creo ser peor que los demás.
- 1 punto – Me critico por mis errores.

- 2 puntos – Me culpo siempre de mis errores.
- 3 puntos – Me culpo de todo lo malo que me sucede.

Pregunta 9

- 0 puntos – No pienso en matarme.
- 1 punto – Pienso en matarme pero no lo haré.
- 2 puntos – Me gustaría matarme.
- 3 puntos – Me mataría si tuviera una oportunidad.

Pregunta 10

- 0 puntos – No lloro más que de costumbre.
- 1 punto – Lloro más de lo que solía hacer.
- 2 puntos – Ahora lloro todo el tiempo.
- 3 puntos – Ahora no puedo llorar, aunque quiera.

Pregunta 11

- 0 puntos – No me irrito más que antes.
- 1 punto – Me irrito un poco más que antes.
- 2 puntos – Estoy bastante irritado una buena parte del tiempo.
- 3 puntos – Ahora me siento irritado todo el tiempo.

Pregunta 12

- 0 puntos – No he perdido el interés por otras personas.
- 1 punto – Estoy menos interesado que de costumbre.
- 2 puntos – He perdido casi todo mi interés por otras personas.

- 3 puntos – He perdido mi interés por otras personas.

Pregunta 13

- 0 puntos – Tomo decisiones como casi siempre.
- 1 punto – Postergo la toma de decisiones.
- 2 puntos – Tengo más dificultad que antes para tomar decisiones.
- 3 puntos – Ya no puedo tomar decisiones.

Pregunta 14

- 0 puntos – No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
- 1 punto – Me preocupa el hecho de parecer viejo o sin atractivo.
- 2 puntos – Me parece que ha habido cambios que me hacen menos atractivo.
- 3 puntos – Me veo feo.

Pregunta 15

- 0 puntos – Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1 punto – Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2 puntos – Tengo que obligarme para hacer algo.
- 3 puntos – No puedo trabajar en absoluto.

Pregunta 16

- 0 puntos – Puedo dormir como siempre.
- 1 punto – No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2 puntos – Me despierto una o dos horas antes de lo habitual.
- 3 puntos – Me despierto más de dos horas antes de lo habitual.

Pregunta 17

- 0 puntos – No me canso más de lo habitual.
- 1 punto – Me canso más fácilmente que habitualmente.
- 2 puntos – Me canso sin hacer nada.
- 3 puntos – Estoy demasiado cansado para hacer algo.

Pregunta 18

- 0 puntos – Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1 punto – Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2 puntos – Mi apetito está mucho peor ahora que antes.
- 3 puntos – Ya no tengo apetito.

Pregunta 19

- 0 puntos – No he perdido peso.
- 1 punto – He perdido más de dos kilos y medio.
- 2 puntos – He perdido más de cinco kilos.
- 3 puntos – He perdido más de siete Kilos.

Pregunta 20

- 0 puntos – No me preocupa mi salud más de lo habitual.
- 1 punto – Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias de estómago...
- 2 puntos – Estoy muy preocupado y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3 puntos – Estoy tan preocupado que no puedo pensar en otra cosa.

Pregunta 21

- 0 puntos – No he notado ningún cambio en mi interés por el sexo.
- 1 punto – Estoy menos interesado de lo que solía estar.
- 2 puntos – Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
- 3 puntos – He perdido por completo el interés por el sexo

4.4 Técnicas del procesamiento de la información

La presente investigación es cuantitativa, no experimental y transversal. Es cuantitativa ya que los datos son productos de medición que se presentan mediante números, que se deben analizar a través de métodos estadísticos; no experimental puesto que el investigador no tiene control sobre las variables independientes por que ya ocurrieron los hechos o porque son intrínsecamente manipulables; y es el transversal, ya que la investigación de los hechos se realizara en un momentos determinado del tiempo.

4.5 Técnicas estadísticas utilizadas en el análisis de la información

Para la selección del grupo representativo se utilizara la técnica estadística probabilística.

Los instrumentos serán procesados por análisis psicométricos de confiabilidad mediante técnicas de correlación con el estadígrafo alfa de Crombach. Los dos instrumentos serán aplicados (con la participación de los estudiantes) de manera colectiva y los datos obtenidos, se calificaran eh ingresaran a una base de datos para posteriormente ser evaluados y analizados a través de la prueba de Chi cuadro.

4.6 Aspectos Éticos contemplados

Principios básicos de Helsinki (1999) los aspectos éticos con los cuales se realizó la presente investigación:

- No Maleficiencia: En toda investigación se tiene que minimizar los riesgos a los que es sometido el paciente y maximizar los beneficios.
- Justicia: La selección de pacientes debe ser equitativa, prohíbe poner a un grupo de personas en riesgo para beneficiar a otro.
- Principio de autonomía : se aplica a través del consentimiento informado+
- Principio de beneficencia:

CAPÍTULO V

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 Análisis descriptivo, tablas de frecuencia, gráficos,

TABLA N° 1: Distribución de la muestra de Género

GENERO		f	%
	Masculino	29	50,0
	Femenino	29	50,0
	Total	58	100,0

En la presente Tabla 1 podemos observar que 50% (29) de personas son del género Masculino y el 50% (29) de personas son del género Femenino.

GRAFICO N° 1: Distribución de la muestra de Género

Distribución de Género

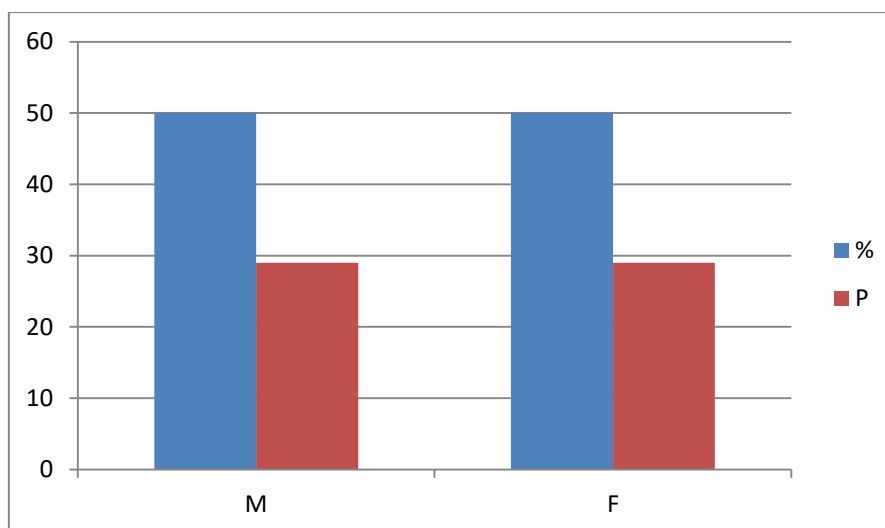


TABLA N° 2: Distribución de la muestra de Edad

EDAD	F	M
13	10	17,2
14	13	22,4
15	13	22,4
16	15	25,9
17	5	8,6
18	2	3,4
Total	58	100,0

En la presente Tabla 2 podemos observar que 17.2% (10) de personas son de 13 años, 22.4% (13) son de 14 y 15 años, 25.9% (15) son de 16 años, 8.6% (5) son de 17 años y finalmente 3.4% (2) son de 18 años.

GRAFICO N° 2: Distribución de la muestra por edad

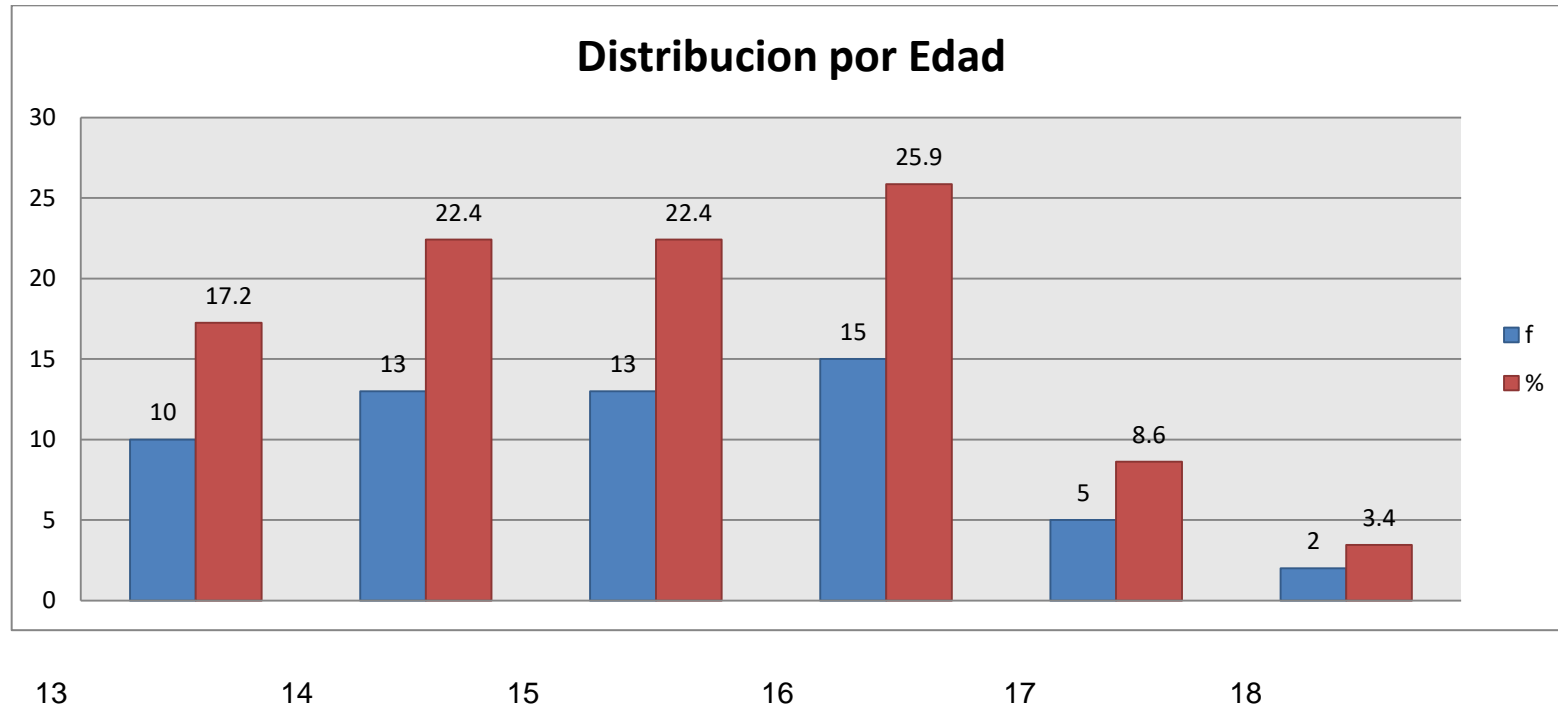


TABLA N° 3: Distribución de los niveles de Autoestima

NIVEL DE AUTOESTIMA		F	%
	Media Alta	42	72,4
	Promedio	16	27,6
	Total	58	100,0

En la presente Tabla 3 podemos observar que 72.4% (42) de las personas tienen Nivel Medio Alto de Autoestima mientras que el 27.6% (16) tienen nivel Promedio de Autoestima.

GRAFICO N° 3: Distribución de los niveles de Autoestima

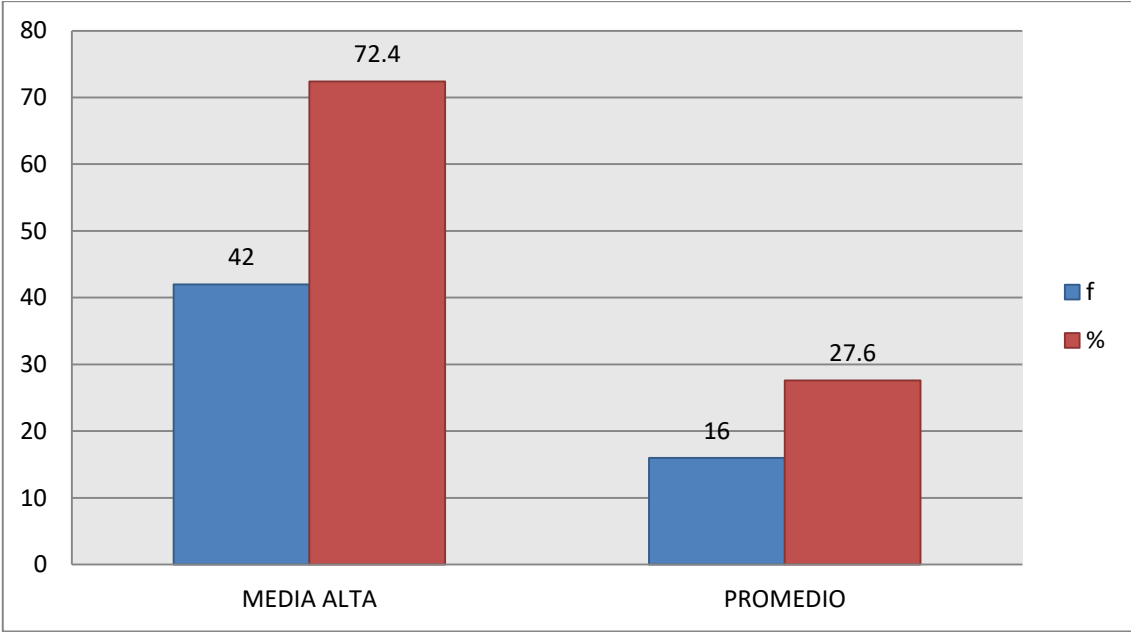
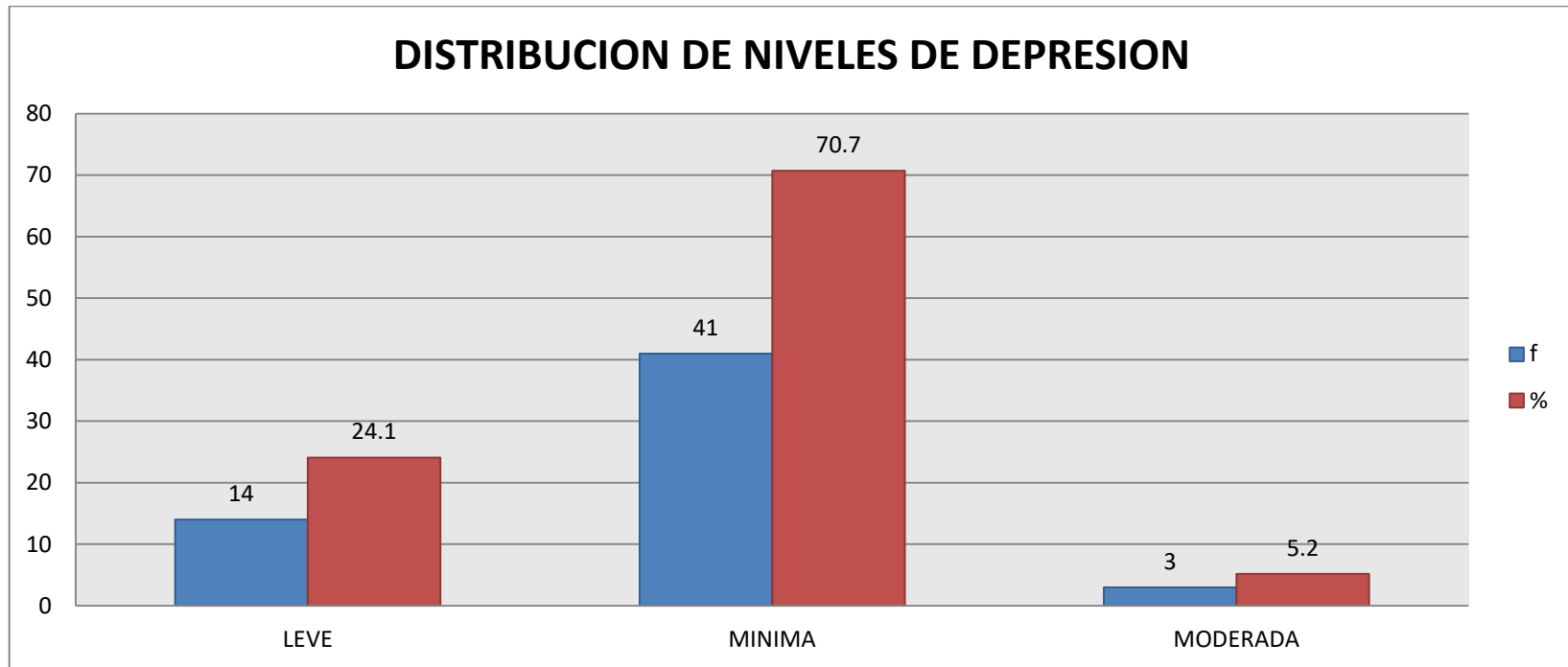


TABLA N° 4: Distribución de los niveles de Depresión

NIVEL DE DEPRESION		f	%
	leve	14	24,1
	mínima	41	70,7
	moderada	3	5,2
	Total	58	100,0

En la presente Tabla 4 podemos observar que 24.1% (14) de las personas tienen Nivel Leve de Depresión, el 70.7% (41) tienen nivel Mínimo mientras que el 5.2% (3) tienen nivel Moderado de Depresión.

GRAFICO N° 4: Distribución de los niveles de Depresión



5.2 Análisis Inferencial pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.

TABLA N° 5: RELACION ENTRE AUTOESTIMA Y DEPRESION

	CORRELACION	DEPRESION
AUTOESTIMA	r	.028
	p	.442

En la presente Tabla 5 podemos observar que el coeficiente de correlación rho de Spearman (-0.103) entre las variables Autoestima y Depresión no es significativo al nivel $p < 0.05$. Por lo tanto no existe relación entre dichas variables.

GRAFICO Nº 5: RELACION ENTRE AUTOESTIMA Y DEPRESION

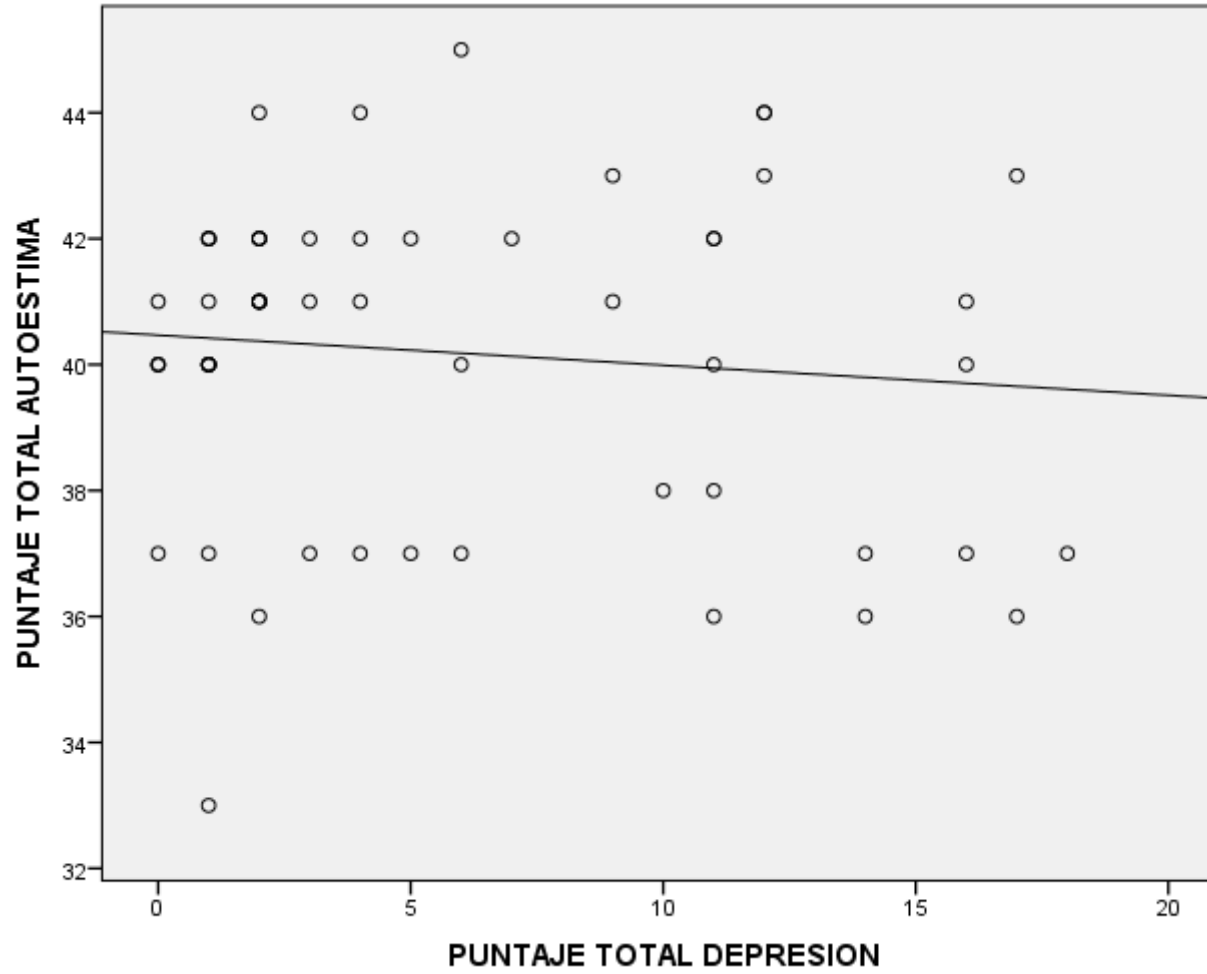
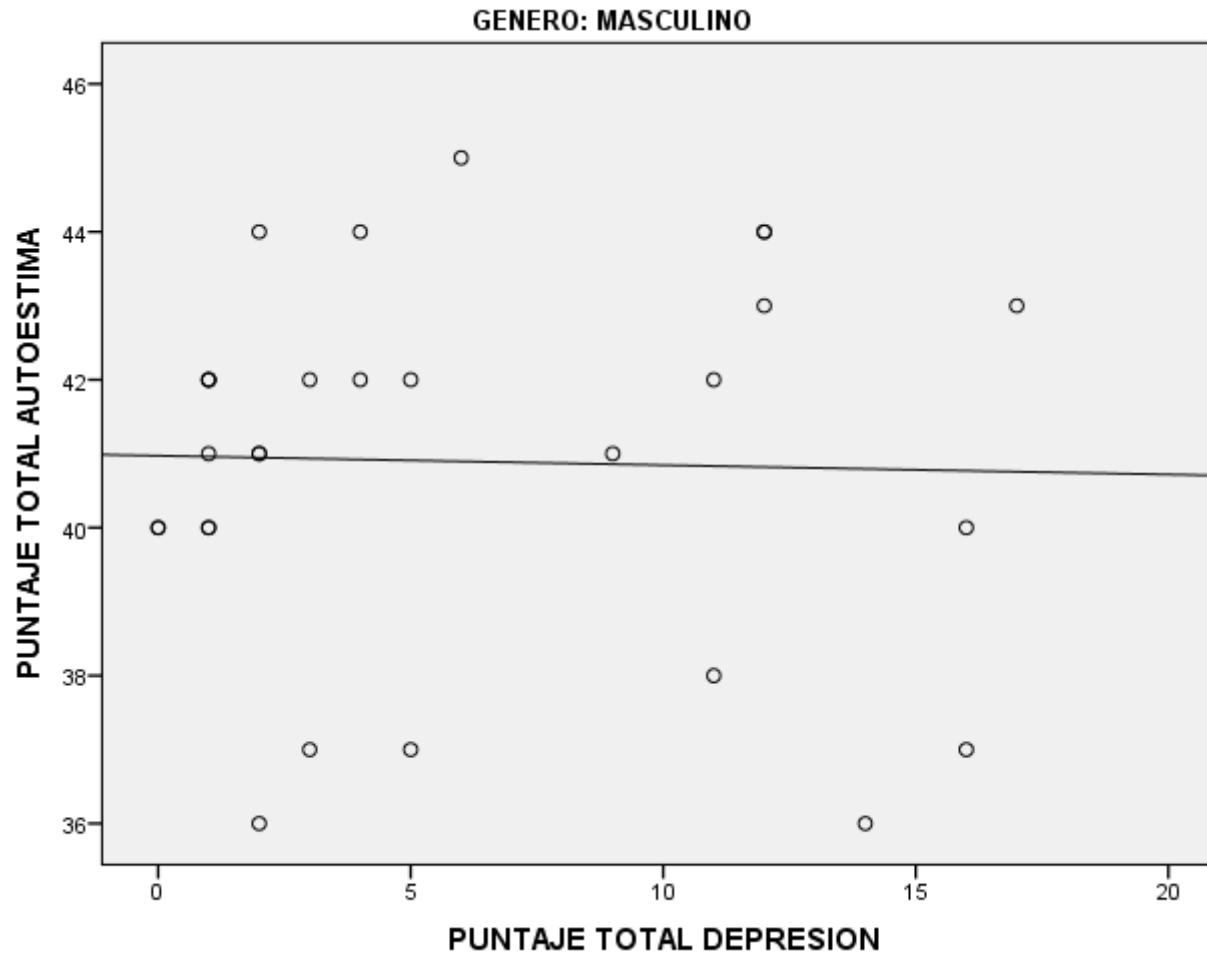


TABLA N° 6: RELACION ENTRE AUTOESTIMA Y DEPRESION SEGÚN GENERO

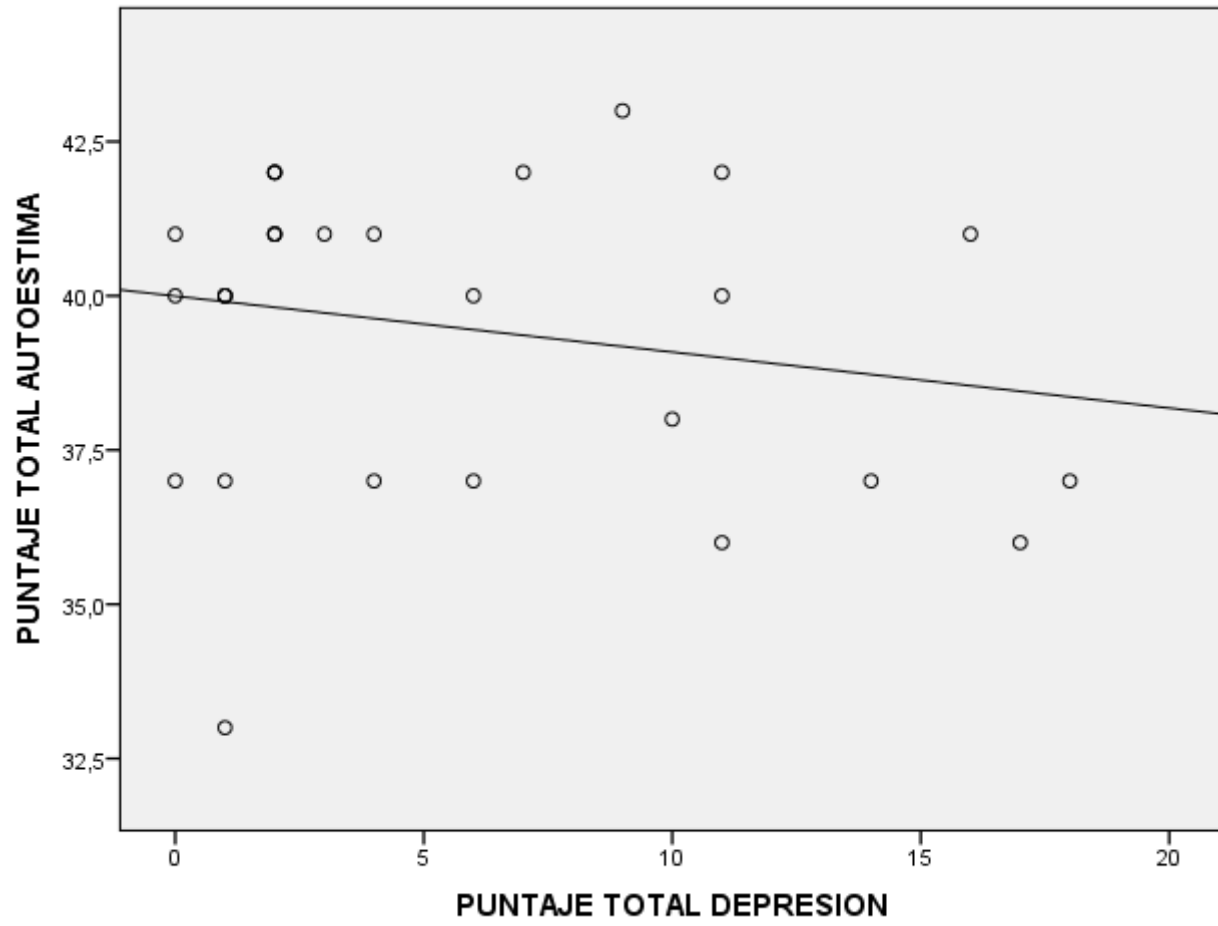
GENERO		DEPRESION	
MASCULINO	AUTOESTIMA	rho	-,028
		Sig. (bilateral)	,886
		N	29
FEMENINO	AUTOESTIMA	rho	-,207
		Sig. (bilateral)	,281
		N	29

En la presente Tabla 6 podemos observar que en las personas de Género Masculino el coeficiente de correlación rho de Spearman (-0.028) entre las variables Autoestima y Depresión no es significativo al nivel $p < 0.05$. Por lo tanto no existe relación entre dichas variables. De igual manera en las personas de Género Femenino el coeficiente de correlación rho de Spearman (-0.207) entre las variables Autoestima y Depresión no es significativo al nivel $p < 0.05$. Por lo tanto no existe relación entre dichas variables.

GRAFICO Nº 6: RELACION ENTRE AUTOESTIMA Y DEPRESION por GENERO



GENERO: FEMENINO



5.3. Comprobación de Hipótesis, técnicas estadísticas empleadas

PRUEBA DE HIPOTESIS

**TABLA N° 7: PRUEBA DE NORMALIDAD DE LA DISTRIBUCION DE LAS
VARIABLES**

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra		
	PUNTAJE TOTAL AUTOESTIMA	PUNTAJE TOTAL DEPRESION
N	58	58
Estadístico de prueba	,195	,204
Sig. asintótica (bilateral)	,000	,000

En la presente Tabla 7 podemos observar que el Estadístico K-S es significativo ($p \geq 0.005$), por lo tanto los puntajes de las Variables Autoestima y Depresión no tienen una distribución normal.

5.4 Discusión y Conclusiones

Discusión

1. Existen distintos niveles predominantes de autoestima y lo que se muestra en la investigación se pudo observar que 72.4% de los adolescente presentan un nivel Medio Alto de Autoestima mientras que el 27.6% tienen nivel Promedio de Autoestima. Maslow en 1943 postuló que cada individuo tiene unas necesidades jerárquicas en la que nos propone un crecimiento de un ser sano, en el cual lo más importante son cubrir las necesidades.
2. La depresión tiene básicamente la influencia de ciertas hormonas que tienen componentes hormonales que determinan nuestro estado de ánimo. La población joven está en un periodo de cambios tanto físicos como mentales que los muestra vulnerables a las situaciones actuales tanto cercanas como ajenas a él. En nuestra investigación la depresión fue evaluada por el Test de Depresión de Beck, los resultados fueron un 24.1% ligero, 70.7% clínica y 5.2% moderado. El Instituto Nacional de Salud Mental calcula que en el Perú se presentan entre 1 a 3 suicidios por día, pero un 8.9% de peruanos en algún momento de su vida ha tenido deseos de quitarse la vida. En el 95% de los casos esta problemática se relaciona con un trastorno mental que nunca ha recibido atención médica. Debemos actuar en base a los resultados obtenidos como un proceso de prevención y cambio para mejor en los estudiantes. Asimismo, diferentes investigaciones han encontrado diferencias en la evolución de la depresión por edad en los niños. Twenge & Nolen-Hoeksema (2002) en un meta-análisis de 310 muestras con niños entre 8

y 16 años analizaron la evolución por edad en las niñas y en los varones. Encontraron que entre los 8 y los 11 años las puntuaciones son estables en las mujeres y se incrementan entre los 12-13 y 16 años, mientras que los niños presentan puntuaciones estables excepto una elevación a los 12 años.

3. Con respecto a la relación entre las variables Autoestima y Depresión no existe relación entre dichas variables. A diferencia de la investigación por Jeannette Rosselló y Mayra N. Berríos Hernández en Puerto Rico (2004) donde se encontró que los análisis estadísticos revelaron una relación significativa entre Depresión y Autovaloración en la que se discutieron las implicaciones de estos resultados para la prevención, tratamiento y futuros estudios. Nuestro estudiantes obtuvieron niveles de autoestima media alta no relacionándose con la depresión a ello podemos inferir que de acuerdo a lo referido por Coopersmith (1967) en un estudio realizado se analizó las relaciones entre sentimientos de felicidad y autoestima que revelan que la autoestima es una variable predictor de la felicidad, teniendo una relación negativa con la depresión, así mismo concluyo que las personas autoestima alta eran más felices que los tenían baja autoestima.

Conclusiones

- ✓ Es importante el tener una autoestima formada desde niños, para tener una proyección futura adecuada en el desarrollo escolar. La figura del profesor y su forma de interactuar son decisivas para la formación de la autoestima del estudiante, por tanto es una herramienta importante para su desarrollo. Es por ello que nuestros resultados no evidencian niveles bajos de autoestima.

- ✓ Respecto a los niveles de autoestima que perciben los adolescentes de ambos géneros no se hallaron diferencias estadísticamente significativas, ya que la mayoría de los evaluados, independiente del género, provienen de un nivel socioeconómico medio alto.

- ✓ No sé entre relación entre las variables de autoestima y depresión, debido a que las familias de nuestros estudiantes ofrecen un soporte adecuado para ellos.

ANEXOS

Inventario de Autoestima – Coopersmith

HOJA DE RESPUESTAS

Nombre:.....

Fecha de nacimiento:..... Edad:

Centro o Colegio:.....

Curso:..... Fecha:

Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)	Pregunta	Igual que Yo (A)	Distinto a Mi (B)
1			30		
2			31		
3			32		
4			33		
5			34		
6			35		
7			36		
8			37		
9			38		
10			39		
11			40		
12			41		
13			42		
14			43		
15			44		
16			45		
17			46		
18			47		
19			48		
20			49		
21			50		
22			51		
23			52		
24			53		
25			54		
26			55		
27			56		
28			57		
29			58		

HOJA DE RESPUESTA. BECK

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

RESPUESTAS:

1.	A	B	C	D	E	
2.	A	B	C			
3.	A	B	C	D	E	
4.	A	B	C	D	E	
5.	A	B	C	D	E	
6.	A	B	C	D	E	
7.	A	B	C	D	E	
8.	A	B	C	D		
9.	A	B	C	D	E	F
10.	A	B	C	D		
11.	A	B	C	D		
12.	A	B	C	D		
13.	A	B	C	D		
14.	A	B	C	D		
15.	A	B	C	D	E	
16.	A	B	C	D		
17.	A	B	C	D		
18.	A	B	C	D		
19.	A	B	C	D		
20.	A	B	C	D		
21.	A	B	C	D		

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ✓ Morris, Maisto.(2009) Psicología. Mexico: Pearson
- ✓ Craig Grace, Baucum Don.(2009) desarrollo Psicologico. Mexico: Novena Edicion
- ✓ Jhon J Shaugnessy, Eugene B Zechmeister. (2007)Metodos de investigación en Psicología. México. Séptima Edicion.
- ✓ Jeannette Rosselló y Mayra N. Berríos Hernández (2004) Ideación Suicida, Depresión, Actitudes Disfuncionales, Eventos de Vida Estresantes y Autoestima en una Muestra de Adolescentes<http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03831.pdf>
- ✓ Yapura Melani (2015) Estudio sobre la indidencia de la baja autoestima en el rendimiento académico
<http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC118097.pdf>