

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS
“SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y
AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DE NIVEL
SECUNDARIO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE
LIMA - 2020”

Para optar : El Título Profesional de Psicóloga

Autores : Cahuana Zapata, Maria Angelica
Monterrey Moran, Mariana Dorian

Asesor : Lic. Felipe Sanchez Pretto

Línea de investigación : Salud y Gestión de la Salud

Fecha de inicio y termino: : Octubre 2020 – Septiembre 2022

Lima – Perú 2022

DEDICATORIA:

A nuestra constancia, paciencia y
dedicación para culminar nuestra tesis.

Angélica
Mariana

AGRADECIMIENTO:

A todas las personas que nos dedicaron tiempo de su vida, nos escucharon, aconsejaron y dieron un poco de sí para que podamos concretar esta investigación que representa una meta importante en nuestra vida académica. Les estaremos siempre agradecidas.

-Angélica
-Mariana



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional"

CONSTANCIA

DE SIMILITUD DE TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN POR EL SOFTWARE DE PREVENCIÓN DE PLAGIO TURNITIN

La Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, hace constar por la presente, que el Informe Final titulado:

SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA DE LIMA – 2020

Cuyo autor (es) : CAHUANA ZAPATA MARIA ANGELICA
 MONTERREY MORAN MARIANA DORIAN
 Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD
 Escuela Profesional : PSICOLOGÍA
 Asesor (a) : LIC. SÁNCHEZ PRETTO FELIPE

Que fue presentado con fecha: 07/11/2022 y después de realizado el análisis correspondiente en el software de prevención de plagio Turnitin con fecha 15/11/2022, con la siguiente configuración del software de prevención de plagio Turnitin:

- Excluye bibliografía
- Excluye citas
- Excluye cadenas menores a 20 palabras
- Otro criterio (especificar)

Dicho documento presenta un porcentaje de similitud de 19%.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el Artículo N° 11 del Reglamento de uso de software de prevención de plagio, el cual indica que no se debe superar el 30%. Se declara, que el trabajo de investigación: si contiene un porcentaje aceptable de similitud.

Observaciones: Se analizó con el software una sola vez.

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 15 de noviembre de 2022



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
 Facultad de Ciencias de la Salud

Edith Ancocogomez
 M.D. EDITH ANCOGOMEZ
 DIRECTORA DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

CONSTANCIA N° 455 – DUI – FCS – UPLA/2022

c.e.: Archivo
 EAG-ydhp

INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una de las etapas de transición más importante para el ser humano; es una etapa de la vida que se caracteriza por la transición de la vida del niño a una vida adulta, si pudiéramos definir con una palabra esta etapa sería “cambios” ya que eso es lo que experimentan tanto a nivel cognitivo, biológico y en los procesos psicológicos. Es por lo que la presente investigación se centra en esta etapa llena de retos, tanto para la sociedad como para la salud pública y uno de los principales problemas que afecta a esta población es la depresión, por lo que es necesario remarcar que la Organización Mundial de la Salud (2017) reporta esta enfermedad como la mayor causa de discapacidad en este periodo de vida.

Frente a este panorama, es de importancia valorar aspectos positivos en el adolescente para surcar por los diferentes retos que encontrará en su desarrollo, de esta manera, cobra relevancia el identificar como el autoconcepto interviene en la vida del adolescente, definiendo el autoconcepto como un proceso en constante construcción, resultado de la relación entre sujeto y medio. Esta no dicta mecánicamente la conducta, sino que influye en ésta a través de dos procesos, el afecto y la motivación (Ascurra, 2018).

Esta investigación está motivada por el interés de encontrar nuevas perspectivas para la prevención de la depresión en los adolescentes, es por ello por lo que se eligió el autoconcepto, ya que en esta etapa el concepto que pueda tener cada uno sobre sí mismo, no solo depende de su propia experiencia; debido a que es una construcción en donde el medio en el que se crece es vital para su formación personal y determinante en su vida. Por esta razón se plantea como objetivo determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto en adolescentes de una institución educativa de Lima Metropolitana 2020.

La metodología de esta investigación general se realizó en base al método científico y como método de investigación específica responde al método cuantitativo, el cual es deductivo, ya que la hipótesis se contrasta con la realidad para aceptar o rechazar dentro de un contexto determinado (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

La investigación se desarrolló en cinco capítulos. En el capítulo I está orientado a delimitar y exponer la problemática, así como exponer los objetivos tanto generales y específicos que se plantea alcanzar. Como la justificación social, teórica y metodológica. En el capítulo II se presenta el marco teórico, donde se encuentra la definición de las variables, así como los antecedentes y algunas referencias que van a permitir dar relación con nuestra población. En el capítulo III se encuentran las hipótesis tanto generales y específicas y la definición de las variables. En el capítulo IV se presenta el método de investigación, el tipo, nivel y diseño de investigación, así mismo, la población – muestra, criterios de inclusión y exclusión. Las técnicas e instrumentos de recolección de datos, técnica de procesamiento y análisis de datos, junto a los aspectos éticos.

En el capítulo V se encuentran los resultados, la descripción y análisis descriptivo e inferencial, así como su interpretación. En el capítulo VI está el análisis y discusión de los resultados. Finalmente se encuentra la conclusión, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos en los que presentamos la matriz de consistencia, la matriz de operacionalidad, los instrumentos, consentimiento informado, documentos como la carta de presentación y carta de aceptación hacia la institución educativa y el criterio de jueces

CONTENIDO

DEDICATORIA:	ii
AGRADECIMIENTO:	iii
INTRODUCCIÓN	v
CONTENIDO	vii
CONTENIDO DE TABLAS	xi
CONTENIDO DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN	xiv
ABSTRACT.....	xv
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	16
1.1. Descripción de la realidad problemática	16
1.2. Delimitación del problema:	19
1.3. Formulación del problema	19
1.3.1. Problema general	19
1.3.2. Problemas específicos.....	19
1.4. Justificación	20
1.4.1. Social.....	20
1.4.2. Teórica	20
1.4.3. Metodológica	21
1.5. Objetivos	21

1.5.1. Objetivo general.....	21
1.5.2. Objetivos Específicos.....	21
CAPÍTULO I MARCO TEORICO	22
2.1. Antecedentes	22
Antecedentes Nacionales	25
2.3. Bases Teóricas	28
2.3.1. Sintomatología Depresiva.....	28
Definición de depresión	35
2.2. Autoconcepto	42
2.3. Marco conceptual de las variables	49
2.3.1. Sintomatología depresiva.....	50
2.3.2. Autoconcepto	50
CAPÍTULO III HIPÓTESIS Y VARIABLES	51
3.1. Hipótesis	51
3.1.1 Hipótesis General.....	51
3.1.2 Hipótesis Específicas	51
3.2. Variables	52
3.2.1 Sintomatología depresiva.....	52
3.2.2 Autoconcepto.....	53
CAPITULO IV METODOLOGÍA.....	54

4.1. Método de Investigación.....	54
4.2. Tipo de Investigación.....	54
4.3. Nivel de Investigación	54
4.4 Diseño de la Investigación	55
4.5. Población y Muestra	55
4.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	57
4.7. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos	63
4.8. Aspectos Éticos de la Investigación.....	64
CAPÍTULO V RESULTADOS	67
5.1. Descripción de resultados	67
5.2. Contrastación de hipótesis	71
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	79
CONCLUSIONES	85
RECOMENDACIONES.....	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87
ANEXOS	97
Anexo 1: Matriz de consistencia.....	98
Anexo 2: Matriz de operacionalización de las variables	99
Anexo 3: Matriz de operacionalización del instrumento	101
Anexo 4: Instrumentos de investigación.....	102

Constancia de Aplicación	107
Anexo 5: Confiabilidad y Validez del Instrumento	108
Anexo 6: Confiabilidad.....	116
Anexo 7: Validación por Criterio de Jueces	120
Anexo 8: Data de Procesamiento de Datos.....	134
Anexo 9: Baremos.....	140
Anexo 10: Asentimiento informado.....	141
Anexo 11: Fotos de Aplicación del Instrumento	142

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1	31
<i>Síntomas de la depresión en la adolescencia</i>	31
Tabla 2 <i>Criterios diagnósticos para la depresión según el DSM-V</i>	33
Tabla 3 <i>Distribución de la muestra (n=138)</i>	56
Tabla 4 <i>Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck</i>	61
Tabla 5 <i>Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Autoconcepto de Garley</i>	62
Tabla 6	67
Tabla 7 <i>Nivel de prevalencia de la sintomatología depresiva</i>	68
Tabla 8 <i>Nivel de prevalencia del autoconcepto</i>	69
Tabla 9 <i>Relación entre la dimensión somático-motivacional y percepción del autoconcepto</i>	70
Tabla 10 <i>Relación de la dimensión cognitivo-afectivo y percepción del autoconcepto</i>	71
Tabla 11 <i>Relación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto</i>	72
Tabla 12 <i>Interpretación del coeficiente de correlación Rho de Spearman</i>	72
Tabla 13 <i>Relación entre la sintomatología somático-motivacional y autoconcepto</i>	75
Tabla 14 <i>Relación entre la sintomatología cognitivo-afectiva y autoconcepto</i>	77

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1. Niveles prevalentes de sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario	68
Figura 2. Niveles prevalentes de autoconcepto en estudiantes del nivel secundario.....	69

RESUMEN

El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre los síntomas de la depresión y autoconcepto en adolescentes escolarizados de nivel secundario, ya que según la Organización Mundial de la Salud reporta que la depresión es la causa principal de los problemas de salud mental en personas mayores a 12 años y entendiendo que la adolescencia es un periodo de cambios y de la resignificación del autoconcepto nos vimos en la necesidad de profundizar en esta problemática realizando un estudio con diseño no experimental, transversal y correlacional. La población estuvo conformada por 138 estudiantes de nivel secundario de una institución educativa de Lima Metropolitana entre las edades de 13 a 17 años. Los instrumentos utilizados para los fines del presente estudio fueron el Cuestionario de Autoconcepto de Garley y el Inventario de Depresión de Beck Adaptado BDI – II, ambos instrumentos adaptados al contexto peruano. Los resultados ante nuestra primera hipótesis donde planteamos la relación entre sintomatología depresiva y autoconcepto reportan que existe una relación estadísticamente significativa ($Rho = -0.804$; $p < 0.01$) evidenciando que los indicadores asociados a la sintomatología depresiva merman el autoconcepto de los adolescentes. En base a los resultados se recomienda a las autoridades incluir en su plan institucional despistaje preventivos y la publicación del presente estudio para tener como un antecedente que ayude a la planificación de diferentes actividades preventivas – promocionales de la salud de los estudiantes y la comunidad.

Palabras claves: Depresión, autoconcepto, adolescencia, salud mental.

ABSTRACT

The objective of this research is to determine the relationship between the symptoms of depression and self-concept in secondary school adolescents, since according to the World Health Organization reports that depression is the main cause of mental health problems in older people. At 12 years old and understanding that adolescence is a period of change and the resignification of the self-concept, we saw the need to delve into this problem by conducting a study with a non-experimental, cross-sectional, and correlational design.

The population consisted of 138 high school students from an educational institution in Metropolitan Lima between the ages of 13 and 17 years. The instruments used for the purposes of this study were the Garley Self-Concept Questionnaire and the Beck Depression Inventory Adapted BDI - II, both instruments adapted to the Peruvian context. The results before our first hypothesis where we propose the relationship between depressive symptomatology and self-concept report that there is a statistically significant relationship ($Rho = -0.804$; $p < 0.01$) showing that the indicators associated with depressive symptomatology reduce the self-concept of adolescents. Based on the results, it is recommended that the authorities include preventive screening in their institutional plan and the publication of this study to have as a background that helps the planning of different preventive activities - promotional of the health of the students and the community.

Keywords: Depression, self-concept, adolescence, mental health

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.Descripción de la realidad problemática

En los últimos años ha crecido el interés por el estudio de diversas dificultades de adaptación social y emocional en niños y adolescentes, entre ellas, la depresión, que afecta el funcionamiento psicológico, social y académico (Sánchez, 2020). La depresión en la infancia y adolescencia es una de las enfermedades mentales más prevalentes, que además conlleva una gran afectación a nivel funcional. Se estima que hasta un 20% de los adolescentes menores de 18 años habrá sufrido en su vida al menos un episodio depresivo clínicamente relevante. Bernaras et al. (2019).

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 2017) manifiesta que la depresión es un trastorno del ánimo que afecta al 4% de la población mundial, con más de 300 millones de personas que lo padecen, siendo la segunda causa de discapacidad mundial. Asimismo, refiere que la población adolescente carga con el 16% del total de trastornos mentales en el mundo, la mitad de estos empieza a los 14 años, pero casi ninguno es tratado a tiempo. De esta manera, la depresión viene siendo la enfermedad que causa más discapacidad entre los adolescentes, siendo una de sus consecuencias más fatales el suicidio, el cual es la tercera causa de muerte a nivel mundial en esta población (Rynn et al., 2015).

En América Latina, la prevalencia de la depresión grave es de 14.5% a lo largo de la vida (OMS, 2018) y se estima que, a diferencia del 2005, 17% más de la población, entre ellos adolescentes, viven con depresión en la región, trayendo consigo nuevos casos de suicidios. En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (2020) refiere que se calcula que un 7% de los suicidios en América Latina corresponde a la etapa de vida comprendida entre los 10 y 19 años.

En el Perú, según el Ministerio de Salud (MINSA, 2018) la depresión es la enfermedad que genera la mayor carga en problemas de salud mental, lo que ocasiona que las personas puedan perder 7,5 años saludables de su vida y según el Instituto Nacional de Salud Mental (2012), se evidencia que el episodio depresivo, es el trastorno clínico que se presenta con mayor frecuencia en adolescentes, de esta forma, se conoce que un 8.6% de adolescentes mayores de 12 años han presentado un episodio depresivo en algún momento de su vida, En Lima y Callao (INSM -2012) se reporta que hay una prevalencia del 10,3% de adolescentes en 11 y 18 años que presenta un Episodio depresivo mayor, así como el 5,1% de ellos presenta un Trastorno depresivo recurrente y el 3,7% fue desencadenado por problemas de Autoimagen, el 32,5% por problemas con los padres, el 12,3% por problemas con amigos(as); del total de la población el 18,5% en algún momento ha presentado deseos de morir.

Frente a este escenario surge el interés por estudiar el autoconcepto, por motivo que deriva de la idea en como los adolescentes se perciben de manera positiva, miran el mundo de manera más favorable, a diferencia de una persona afectada por la depresión. Por tal motivo, al hablar de autoconcepto, se hace énfasis a las conductas del sujeto, pues todas ellas giran con relación al plano personal, social, afectivo e intelectual. Bartra et. al (2016)

El autoconcepto no es heredado, es más bien el resultado de la acumulación de autopercepciones obtenidas a partir de las experiencias vividas por la persona en su interrelación con el ambiente en el que se desarrolla (Esnaola, 2008) y es a partir de este postulado que se entiende la importancia del desarrollo durante la adolescencia, más aún frente al contexto de riesgo de salud mental en el cual se encuentra este grupo etario (Sánchez, 2020). Es por ello por lo que es de vital importancia entender que, si mejoramos el sistema de salud mental, en promoción y prevención de trastornos, los adolescentes tendrán mejores oportunidades para poder seguir desarrollando un autoconcepto positivo impactando directamente en su desarrollo y su estado emocional.

A nivel local, en la Institución Educativa donde se desarrollará la presente investigación, el departamento de psicología indica alumnos que pasaron de educación primaria empiezan a presentar sintomatología depresiva (sentimientos de tristeza o desvalorización, rabia y bajo desempeño académico) así como la identificación de 15 casos de cutting en el nivel secundario, casos que fueron derivados oportunamente por este departamento a consulta clínica en salvaguarda de la integridad de los adolescentes.

Por lo expuesto anteriormente, en el presente estudio se plantea determinar la relación entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto en la población de estudiantes de nivel secundaria de una institución educativa, teniendo como finalidad generar un clima de prevención y promoción de la salud mental controlando la sintomatología depresiva, que puedan presentar los estudiantes, para un adecuado desarrollo del autoconcepto.

1.2.Delimitación del problema:

Delimitación teórica:

En la presente investigación abordamos el análisis teórico, aceptando la teoría de la depresión de la triada cognitiva de Beck (Beck et al.,1983) y de autoconcepto la teoría de concepción jerárquica y multidimensional de Shavelson et al. (1976).

Delimitación temporal:

En cuanto al tiempo que se realizó el presente estudio se inició con la elaboración del proyecto de investigación en mayo del 2019, aplicándose en diciembre del 2020 en una institución educativa de Lima.

Delimitación espacial:

La población y muestra del presente estudio estuvo conformada por adolescentes de 12 a 17 años a quienes se les aplicó el Inventario de Depresión de Beck -BDI II y el Cuestionario de Autoconcepto Garley-CAG para comprobar la relación entre estas variables.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020?
- ¿Cuál es la prevalencia del autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020?

- ¿Cuál es la relación entre los síntomas somáticos- motivacionales y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020?
- ¿Cuál es la relación entre los síntomas cognitivo - afectivo y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

La presente investigación y sus aportes beneficiarán a la comunidad educativa, quienes están conformados por los alumnos de educación secundaria, docentes y autoridades, ya que esta investigación servirá como referencia para diferentes programas sociales, talleres que puedan servir de forma preventiva para casos de depresión, ya sea dentro de la institución o en la comunidad estudiantil de Lima. En base a la información obtenida se puede mejorar la manera de intervención y apoyo hacia los adolescentes.

1.4.2. Teórica

La presente investigación nos permite conocer la relación entre la variable sintomatología depresiva, donde se utilizó el modelo teórico de Beck (donde la persona presenta una visión negativa de sí mismo, del entorno y del futuro) y el autoconcepto bajo el modelo teórico de la concepción jerárquica y multidimensional de Shavelson (se basa en la concepción de las percepciones que cada persona tiene de sí misma, y dichas concepciones forman un todo inseparable, global y unitario) permitiendo el aporte de información científica para el incremento de conocimiento de las variables mencionadas; brindando datos actualizados y permitiendo tener

una referencia y base a futuras investigaciones científicas vinculadas al tema, así como también, brindar una importante referencia bibliográfica con respecto a las variables.

1.4.3. Metodológica

Metodológicamente, se emplearon instrumentos como el Inventario de depresión de Beck y el Cuestionario de autoconcepto de Garley, que cumplen con los estándares de validez y confiabilidad. Además, son instrumentos utilizados en el área clínica y educativa. Su empleo apoyará el proceso de recolección de datos, con la finalidad de conocer la correlación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en los adolescentes de la institución educativa de Lima.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Reportar la prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020
- Reportar la prevalencia del autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020
- Establecer la relación entre la sintomatología somático - motivacional y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.
- Establecer la relación existente entre sintomatología cognitivo – afectivo y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

CAPÍTULO I

MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

Datos Santos (2020) *“Autoeficacia, constructos relacionados y depresión en adolescentes” Brasil. Donde se desarrolló un estudio enfocado en la identificación de la relación entre autoeficacia y depresión en adolescentes, cuyo propósito fue identificar el grado de correspondencia entre las variables de estudio; para ello se revisaron tres estudios vinculados al tema. El diseño del estudio fue empírico, de revisión narrativa-sistemática. Los resultados reportaron que existe una alta relación negativa entre la auto valoración para la resolución de problemas y creencia en sus capacidades con la depresión en estudiantes adolescentes. El estudio concluye la importancia de seguir investigando variables predictivas que sean factores protectores de la alta prevalencia de depresión infanto-juvenil.*

Calle y Gutiérrez (2021). *“Autoconcepto en adolescentes de bachillerato de la unidad educativa Dr. Camilo Gallegos Domínguez y unidad educativa José Benigno Iglesias del Canton Biblian” en el periodo 2020 – 2021.* Su objetivo fue describir el autoconcepto en adolescentes de bachillerato de dos unidades educativas de Ecuador que iban en congruencia con las características sociodemográficas. La investigación tiene un enfoque transversal, cuantitativo, con un tipo de diseño no experimental, un alcance descriptivo y un muestreo no probabilístico. La muestra estuvo

constituida por 147 estudiantes de las dos unidades educativas. Los instrumentos que se utilizaron para la recolección fue a través Google Forms - Manual Autoconcepto Forma (AF5) de García y Musito (2014) y una ficha sociodemográfica. Los resultados obtenidos concluyen que los participantes presentan un autoconcepto académico y físico alto, mientras que las dimensiones social, emocional y familiar muestran resultados medios y bajos. En relación con las variables sociodemográficas, se encontró que los estudiantes que conviven con sus padres y hermanos tienen un autoconcepto alto en las dimensiones predominantes, de la igual forma, los estudiantes cuyos representantes emplean entre 31 a 40 horas semanales a su empleo y los estudiantes solteros, puntúan con autoconcepto alto en las dimensiones predominantes.

Arboleda (2019). *“Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca”*. El objetivo general de esta investigación fue describir los niveles de insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. La investigación fue cuantitativo, no experimental, de corte transversal y con un alcance inicialmente descriptivo. La muestra estuvo constituida por 222 estudiantes ecuatorianos de 12 a 15 años. Se aplicaron para la recopilación de datos el Cuestionario de Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal (Solano y Cano, 2010) y el Inventario de Depresión Infantil en su versión en español (Del Barrio y Carrasco, 2004), además de la ficha sociodemográfica. Los resultados concluyeron que la sintomatología depresiva se manifestó en un reducido número de adolescentes; de la misma forma, en mayor proporción en los hombres. Se encontró una correlación positiva media entre la insatisfacción con la imagen corporal y la sintomatología depresiva. Se concluye que la aparición de estas dos variables puede explicarse por la confluencia de elementos cognitivo-conductuales negativos, tales como: pensamientos,

percepciones, emociones y comportamientos; mismos que obstaculizan el adecuado desenvolvimiento psicosocial del adolescente.

Medina y Verdugo (2018). “*Autoconcepto y sexting en adolescentes de 15 a 18 años en la ciudad de Cuenca*”. Tuvieron como objetivo determinar el nivel de autoconcepto que presentan los adolescentes de 15 a 18 años que practican sexting. Tiene un enfoque cuantitativo y alcance descriptivo, se seleccionó una muestra de 463 estudiantes ecuatorianos, a quienes se les aplicó dos instrumentos, entre ellos la Encuesta Sexting que fue traducida y adaptada por Cajamarca (2016) y el Test Autoconcepto Forma 5 (AF5) de García y Musito (2014). En base a los resultados encontrados se concluyó que los adolescentes tenían prácticas de sexting. Con respecto al autoconcepto se evidencia que dentro de las dimensiones físicas y académicas existe un mejor autoconcepto en comparación a las dimensiones familiar, social y emocional. Con relación al objetivo general se pudo determinar que no existe diferencia significativa en autoconcepto entre aquellos que practican y no sexting.

Giménez (2017). “*El bullying y el autoconcepto en adolescentes escolarizados de 12 a 15 años de la ciudad de Paraná*” La investigación es de tipo descriptivo, correlacional y transversal, tuvo como objetivo describir y analizar la relación entre la victimización y el autoconcepto en una muestra de 217 adolescentes de 12 a 15 años de la ciudad de Paraná. Los instrumentos que emplearon fueron el Cuestionario Revisado de Agresores/Víctimas y el Perfil de Autopercepción de para Adolescentes. En lo que se refiere a los niveles de autoconcepto, se encontró puntajes altos en los siguientes apartados: aceptación social (2,84), amistad íntima (2,85) y buen comportamiento (2,82). En otro orden de las cosas, los puntajes más bajos en autoconcepto fueron: atractivo amoroso (2,44), competencia laboral (2,42) y competencia escolar (2,39). De la misma forma, se hallaron correlaciones estadísticamente significativas en los dominios de apariencia física (-0,142),

aceptación social (-0.15; $p < 0.001$), buen comportamiento (-0.17; $p < 0.001$), competencia deportiva (-0.15; $p < 0.001$) y competencia laboral (-0.14; $p < 0.001$). Se concluye que los adolescentes victimizados presentaban un bajo autoconcepto, especialmente en los valores promedios de los siguientes dominios: apariencia física (2.23), atractivo amoroso (2.22), competencia laboral (2.24), competencia escolar (2.28).

Antecedentes Nacionales

Reymundo (2019) “*Sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú*” El objetivo principal de esta investigación fue comparar la diferencia de la sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de la costa, sierra y selva del Perú. El tipo de investigación fue básico, nivel descriptivo, y diseño de investigación: no experimental transversal-descriptivo-comparativo. Se trabajó con una muestra conformada por 243 adolescentes de 11 a 18 años. Los datos fueron reunidos por medio del Inventario de Depresión de Beck- II. En los resultados se concluyó que no existen diferencias significativas en la sintomatología depresiva de los estudiantes de secundaria de la costa, sierra y selva.

Cabello y Córdor (2016) *Autoconcepto y depresión en estudiantes de segundo y tercero de secundaria en la Institución Educativa Micaela Bastidas El Tambo, Huancayo-2019*. Universidad Peruana los Andes, Perú. El objetivo del presente estudio fue determinar la relación que existe entre autoconcepto y niveles de depresión en estudiantes de 2do y 3ro año de secundaria en la cual se aplicó el método científico, es un estudio de tipo básico, nivel correlacional, no experimental y de diseño trasversal, la muestra estuvo constituida por 211 estudiantes que fueron elegidas por muestreo censal; así mismo se utilizó los instrumentos de Autoconcepto forma 5 (AF5) adaptado por Pantoja y el inventario de depresión infantil (Kovacs). A nivel descriptivo se encontró que el

93% no reportó sintomatología depresiva, mientras que el 7% lo reportó en algún grado de severidad; así también se observó que el 68.2% presentó un nivel de autoconcepto alto, del mismo modo en el análisis cruzado se observó que aquellos participantes alcanzaron un alto nivel de autoconcepto no reportaron algún indicador de sintomatología depresiva (67.3%) y solo el 1.4% manifestó sintomatología severa tuvo un bajo nivel de autoconcepto. A nivel inferencial hubo correlación negativa y moderada ($r = -.359^{**}$). El estudio concluyó que existe relación entre las variables en el grupo de estudiantes de secundaria.

Novoa (2019). “*Fusión cognitiva y Sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*” Este estudio tuvo como objetivo determinar si existe relación entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva en estudiantes de una universidad privada de Lima Metropolitana. La muestra estuvo formada por 229 estudiantes pertenecientes a los 3 primeros ciclos académicos del programa de estudios básicos de una universidad privada, de los cuales 95 (41.5%) eran hombres y 134 (58.5%) mujeres de edades entre los 16 a 26 años. Para realizar la medición de la fusión cognitiva se empleó la versión colombiana del Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ), mientras que para la medición de la sintomatología depresiva se utilizó el Inventario de depresión de Beck (BDI-II). Los resultados señalan una correlación positiva y altamente significativa entre la fusión cognitiva y la sintomatología depresiva. Solo se encontraron diferencias significativas en la sintomatología depresiva al considerar el sexo de los participantes

D’Acunha (2019) “*Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico*” Lima-Perú. Su objetivo principal fue analizar la posible relación entre sintomatología depresiva y ansiosa con la regulación emocional, en una muestra de 116 adultos de ambos sexos entre 18 y 61 años. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Regulación Cognitiva de las Emociones (CERQ), Cuestionario de Regulación Emocional y el Inventario de

Depresión de Beck II (BDI – II) y el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI). En los resultados de la investigación se halló que el 82.21% de los participantes reportó una sintomatología depresiva mínima, hubo presencia de otros indicadores de sintomatología depresiva leve y moderada (13.79%) y de forma que se concluyó que no existe una relación significativa entre la sintomatología depresiva con la regulación emocional, sin embargo, fomentar emociones positivas favorece el uso e incremento de estrategias de regulación adaptativa

Ascurra (2018) *“Autoconcepto y la insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes de educación secundaria en la Institución Educativa María Mazzarello en el distrito del Rímac – Lima”*. Su objetivo fue establecer la relación entre el autoconcepto y la insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes de educación secundaria de la ciudad de Lima. La muestra fue de 83 estudiantes, de ambos sexos. Los instrumentos empleados fueron el cuestionario de Autoconcepto Garley y el Cuestionario de Imagen Evaluación de la Insatisfacción con la Imagen Corporal. En los resultados se encontró una relación inversa significativa entre el autoconcepto y la insatisfacción con la imagen corporal. De la misma forma, se reportó con relación al autoconcepto que el 77.95% de los participantes presentaron un nivel promedio, el 11.81% reporta un nivel alto y el 10.24% se encuentran en un nivel bajo.

Quispe Caballero (2021) *“Resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso. Perú – 2021”*. La investigación se desarrolló bajo el método hipotético deductivo bajo un enfoque cuantitativo; de alcance descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal. La muestra fue de 122 adolescentes y jóvenes, evaluados con la escala de resiliencia de Wagnild y Young, y con el inventario de depresión de Beck II - adaptado (BDI-IIA). Los resultados mostraron que la resiliencia y la sintomatología depresiva se correlacionan de manera muy significativa evidenciándose la

importancia de promover el desarrollo de la resiliencia en los niños y en las personas a fin de prevenir el desarrollo de posibles sintomatologías depresivas. Reportando que el 77% reporto un nivel mínimo, un 16,4% nivel leve, un 4,9% nivel moderado y un 1.6% en el nivel severo en el factor somático- motivacional. Asu ves, en el factor cognitivo-afectivo se reporta un 77.9% en el nivel mínimo, u 17,2 en el nivel leve, un 2,5 en moderado y un 2,5 en el nivel severo. Concluyendo que la sintomatología depresiva, general y la dimensión somático-motivacional se muestran significativamente diferentes según la religión y la etapa de formación.

Tacca, Cuarez y Quispe (2020) “Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria” El objetivo principal de la investigación fue conocer la relación entre las habilidades sociales, el autoconcepto y la autoestima en estudiantes peruanos de educación secundaria. Fue cuantitativa, correlacional y no experimental transversal. Tuvo una muestra de 324 estudiantes adolescentes de los dos últimos años de educación secundaria de distintos colegios de Lima, Perú. En los resultados obtenidos se evidencio una relación positiva y mediana entre las habilidades sociales y el autoconcepto, siendo el autoconcepto físico, social, personal y de sensación de control los que presentan mayor índice de correlación. También se encontró una relación positiva y mediana entre las habilidades sociales y la autoestima, por otra parte, la relación entre autoconcepto y autoestima resultó ser grande y positiva. La evidencia muestra que los varones obtienen mayor puntaje en las tres variables. No se encontraron diferencias según la edad de los participantes.

2.3. Bases Teóricas

2.3.1. Sintomatología Depresiva

Beck et al. (2002) define la sintomatología como un conjunto de esquemas que son el resultado de la distorsión de la información, la misma que reúne síntomas relacionadas a las

dimensiones persona y ambiental, creando una visión negativa de sí mismos y del mundo. Los signos y síntomas que presentan los individuos, incluso se pueden subdividir o identificarse en afectivos, conductuales, cognitivos, somáticos y motivacionales. Beck et al. (1967) Weber (2009) indica que la sintomatología depresiva se define como aquellos trastornos leves del estado de ánimo, de una duración más corta y que no ha sido diagnosticado formalmente.

Sintomatología depresiva en adolescentes

Para entender cuáles son las manifestaciones más evidentes en la depresión en esta etapa de la vida, es importante comprender cómo es esta transición de la niñez a la vida adulta, es este marco la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) define la adolescencia como es una transición de la niñez a la adultez y ocurre entre los 10 y 19 años, entendiendo que la adolescencia es una etapa de preparación para la vida adulta durante el cual se experimentan diferentes vivencias en el desarrollo de suma importancia. Más allá de la maduración física y sexual, esas experiencias ayudan al adolescente a transicionar hacia la independencia económica y social, el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones de adulto y asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Papalia et. al (1995).

Aunque la adolescencia es igual a un crecimiento excepcional y gran potencial, es también una etapa de riesgos considerables, durante la cual el contexto social puede tener una influencia determinante, según la OMS (2020).

La adolescencia es una transición del desarrollo que involucra cambios físicos, cognitivos, emocionales y sociales, y que asume diversas formas en diferentes entornos sociales, culturales y económicos, tratando de crear sus propios criterios, socialmente ansia dejar de relacionarse y de ser relacionado con los niños, pero aún no es aceptado completamente por los adolescentes, desarrollando en él una desadaptación social, incluso esto puede suceder dentro de la familia, lo

cual establece un factor importante, ya que puede ocasionar alteraciones emocionales como depresión y ansiedad, que influyen en la conducta, contribuyendo a que el adolescente se aisle, según Papalia et al. (2010).

Aberastury y Knobel (1971) consideran que la adolescencia será la edad más apta para sufrir los impactos de una realidad frustrante. Ellos infieren que la adolescencia plantea cambios de vital importancia. Partiendo de la base biológica existirán cambios drásticos en la pérdida del cuerpo infantil, casi como mudar de piel, situación que se vivencia como un espectador y frente a la cual no se puede hacer nada; perdiendo su rol y también su identidad infantil, que le obligan a renunciar a la dependencia y a asumir las nuevas responsabilidades del mundo adulto; y debe aceptarse la pérdida de los padres de la infancia, con la protección y el refugio que ellos encarnan.

Es de suma importancia que en este periodo se pueda realizar un adecuado seguimiento emocional, social y biológico; de la manera más respetuosa posible, comprendiendo que él o la adolescente está en la búsqueda de su propia identidad e independencia tal como lo plantea Erickson (1968), el objetivo principal del adolescente es enfrentar la crisis de identidad versus la confusión de identidad e indica que este problema se va resolviendo mientras se atiendan tres cuestiones principales: la elección de una ocupación, la adopción de los valores que crean necesarios para su vida y el desarrollo de su identidad sexual.

Sin embargo, dentro de la realidad peruana encontramos diferentes variantes que pueden afectar esta transición desencadenando como ya la evidencia nos indica, un cuadro depresivo. Vale precisar que la depresión en el Perú es la causa principal de los suicidios y que la población mayor de 12 años ya padece algún tipo de trastorno mental según el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado” (2012).

Entendiendo todos los cambios por los que pasan los adolescentes comprendemos que la sintomatología no será igual en toda su dimensión a la planteada para los adultos. La depresión en los adolescentes no aparece como tristeza exclusivamente, sino como irritabilidad, aburrimiento o incapacidad para experimentar placer, razón por la cual se necesita tomar con seriedad un cuadro depresivo, el cual puede constituir un peligro de suicidio Brent et. al (2002). En la siguiente tabla se podrá apreciar la sintomatología en adolescentes Amonte (2012):

Tabla 1

Síntomas de la depresión en la adolescencia

Edad	Ánimo disfórico (Debe estar presente)	Conducta disfuncional (Al menos 4 deben estar presentes)
9-12	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incompetencia o incapacidad e irritabilidad	Trastornos somáticos. Falta de placer en actividades. Inquietud a letargo. Fobia o problemas de separación. Conducta antisocial. Conducta de alto riesgo, pensamientos mórbidos. Cambios de apetito o peso. Trastorno del sueño. Disminución en capacidad de concentración. Excesiva culpa y auto depreciación.
13-18	Apariencia triste, apatía, sentimiento de incapacidad o irritabilidad	Trastorno somático: anorexia nerviosa, colitis ulcerativa, dolores abdominales, reacción de conversión. Pérdida de placer en actividades. Fobias y/o problemas de separación. Conducta antisocial. Pensamiento recurrente sobre muerte o suicidio. Cambios de apetito o peso. Trastorno del sueño. Disminución en la capacidad de la concentración. Excesiva culpa o autodesprecio

Nota. Amonte (2012).

Por otro lado, Mojarro (2008) afirma que la depresión en la adolescencia está presente, pero enmascarada por otras conductas denominadas equivalentes depresivos, los cuales incluyen síntomas del área externalizante (hiperactividad, delincuencia, agresividad, irritabilidad), quejas somáticas (dolores de cabeza, dolores de estómago y enuresis) y problemas escolares (fobia escolar, pobre desarrollo académico) afirmando también que son manifestaciones tempranas prodrómicas en sujetos predispuestos, los cuales son vulnerables por la edad y estructura de personalidad del niño y adolescente.

Criterios diagnósticos de la depresión en la adolescencia

Dentro de la teoría cognitiva de la depresión, específicamente en la adolescencia, esta presenta características similares con la depresión en adultos según la Asociación Americana de Psiquiatría – APA (2014) y la Organización Mundial de la Salud (2000). Exceptuando por el criterio, en donde menciona que, en los adolescentes, el ánimo suele ser más irritable y triste, así como también que el paciente debe presentar al menos cuatro síntomas adicionales, ya sea en el apetito, peso, actividades psicomotoras, baja energía, sentirse inutilidad o culpa, menor concentración, pensamientos recurrentes asociados a la muerte: ideación suicida, planes o intentos de suicidio.

Esta sintomatología debe por lo menos estar presente la mayor parte del día, de manera diaria, o al menos durante varias semanas continuas (APA, 2014). Es importante recalcar que la APA (2014) indica que los trastornos depresivos mayores suelen aparecer por primera vez a cualquier edad, pero la probabilidad de que se inicie en la pubertad se incrementa notablemente.

La clasificación que sustenta el APA (2014) en el Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-V) considera los mismos criterios diagnósticos, salvo dos síntomas que se especificaran en la siguiente tabla:

Tabla 2

Criterios diagnósticos para la depresión según el DSM-V

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS	
A.	Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y presentan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido o (2) pérdida de interés o placer.
	Nota: No incluir síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
	1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej., se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por otras personas (p. ej., se le ve lloroso). (Nota: En niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable).
	2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
	3. Pérdida importante de peso, sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de una más de 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
	4. Insomnio o hipersomnia casi todo el día.
	5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
	6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
	7. Sentimientos de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autor reproche o culpa por estar enfermo).
	8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
	9. Pensamientos de muerte recurrentes (no solo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
B.	Los síntomas causan malestar clínicamente significativo deterioro en los social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento,
C.	El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de unas sustancias o de otra afección médica.

Nota: Los criterios A –C constituyen un episodio de depresión mayor.

Nota: Las respuestas a una pérdida significativa (p. ej., duelo, ruina económica, pérdidas debidas a un desastre natural, una enfermedad o discapacidad grave) pueden incluir el sentimiento de tristeza intensa, rumiación acerca de la pérdida, insomnio, pérdida de apetito y pérdida de apetito que figuran en el criterio A, y pueden simular un episodio depresivo. Aunque estos síntomas pueden ser comprensibles o considerarse apropiados a la pérdida, también se debería pensar atentamente en un episodio depresivo mayor además de la respuesta normal a una pérdida significativa. Esta decisión requiere inevitablemente el criterio clínico basado en la historia del individuo y en las normas culturales para la expresión del malestar en el contexto de la pérdida.

D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor que por un trastorno esquizoactivo, esquizofrenia, y otros trastornos psicóticos.

E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

Nota: Esta exclusión no se aplica si todos los episodios de tipo maniaco o hipomaniaco son inducidos por sustancias o se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de otra elección médica.

Nota. Asociación Americana de Psiquiatría (2014, p. 160-161).

La Organización Mundial de la Salud (2000) en el CIE-10 reconoce que los episodios depresivos recurrentes que son leves, moderados o graves, cuando el paciente manifiesta un estado de ánimo bajo presentado decaimiento de la energía en sus actividades diarias. La capacidad de interés, concentración y disfrute se ve seriamente afectada. Durante esta etapa se ve reducido el apetito y el sueño. La confianza y la autoestima se ven afectada por pensamientos de inutilidad o culpa. Presentar un estado anímico bajo varía poco de un día a otro, en algunos casos no hay respuesta a circunstancias externas y puede acompañarse de los denominados síntomas somáticos, como son: pérdida de peso, capacidad de disfrutar, variaciones en el sueño como el despertar varias horas antes de la hora habitual, humor depresivo, manifestar un lento movimiento psicomotor, pérdida del apetito, agitación, y disminución de la libido.

En función a lo mencionado anteriormente un episodio depresivo puede especificarse como leve, moderado o grave. Cabe resaltar que el CIE 10, no especifica ningún criterio que se delimite a la edad solo define su aparición en esta fase de la vida como precoz.

Definición de depresión

La Organización Mundial de la Salud. (s.f.). define a la depresión como una enfermedad común, pero que interfiere en la vida de las personas de manera significativa, ya que afecta la capacidad para trabajar, dormir, estudiar, comer y disfrutar de la vida, siendo las principales causas de su aparición los factores genéticos, biológicos, ambientales y psicológicos, aunque algunos tipos de depresión pueden ocurrir en personas sin antecedentes familiares, de la misma forma no todas las personas presentan la misma sintomatología, es decir la gravedad. Frecuencia y duración de los síntomas varían dependiendo de la persona, su contexto y su enfermedad.

Beck et.al (1976) indica que la persona con un estado anímico depresivo manifiesta esquemas distorsionados de la realidad, que generalmente se activan ante acontecimientos estresantes, generando pensamientos negativos sobre sí mismo, afectando su autoconcepto y su propia perspectiva en el futuro con el logro de metas.

Por otro lado, Hornstein et. al (2006) indica que si bien la bioquímica puede aliviar la depresión. Sin embargo, la depresión es producto de una alteración de la autoestima en el contexto de los vínculos y los logros que pueda estar viviendo la persona. Lo infantil es reactivado. Las depresiones ejemplifican la íntima relación entre la intersubjetividad, la historia infantil, la realidad, lo corporal y los valores, así como también, la bioquímica.

A su vez Zarragoitía (2011) formula a la depresión como un trastorno que genera una perturbación en el estado de ánimo, pensamiento y conducta de la persona exponiendo una tristeza patológica sin ninguna razón aparente que difiere de la tristeza simple que en ocasiones se manifiesta por un duelo.

Quintana et. al (2016) considera la depresión como un conjunto de estados del ánimo irritables, deprimidos y de baja magnitud teniendo como rasgo esencial y común la alteración en

el estado de ánimo asociado a diversos problemas cognitivos, psicomotores, interpersonales y psicofisiológicos, acompañadas muchas veces de otras patologías.

Modelos Teóricos de la Depresión

Desde el modelo cognitivo, Beck et al. (1983), proponen tres conceptos específicos para definir la depresión:

La Triada Cognitiva:

La cual la expone como tres patrones que impulsan a la persona a considerarse a sí mismos, su futuro, experiencias sin valor o sin motivación del sujeto para continuar. Siendo el primer elemento la visión negativa que puede tener el paciente de sí mismo. El segundo elemento se refiere a la percepción pesimista que tiene la persona para valorar sus experiencias, calificándolas como exageradas o con obstáculos difíciles de superar. El tercer elemento indica que la persona tiene una visión negativa acerca de su futuro, siendo el fracaso el futuro que le espera, pues se encuentra desesperanzado con referencia a este.

Organización estructural del pensamiento depresivo:

Hace referencia a una conceptualización distorsionada de la situación, esta generará un esquema inadecuado prepotente, mientras estos esquemas se usen con mayor frecuencia, mantendrá una escasa relación lógica. Generalmente las personas pueden visualizar sus pensamientos negativos con cierta objetividad, pero mientras la depresión se complique, tendrá un pensamiento dominado por ideas negativas, aunque la lógica no forme parte de ellas, hasta que estos producen distorsiones en la realidad y por consecuencia errores sistemáticos y viéndose cada vez más incapacitado para darse cuenta de que sus ideas negativas serán falsas o que no concuerden con la realidad.

Errores en el procesamiento de la información:

- Errores sistemáticos en el pensamiento depresivo, persistiendo la creencia en la autenticidad de los conceptos negativos.
- Interferencia arbitraria: presentándose alusión a la respuesta, donde se adelanta una conclusión ante una supuesta falta de evidencia, contraria a la evidencia real que pueda existir.
- Abstracción selectiva: (correspondiente al estímulo) cuando el individuo se centra en detalles extraídos fuera de contexto.
- Generalización excesiva: (correspondiente a la respuesta) genera conclusiones en base a hechos aislados o inconexas.
- Maximización y minimización: (correspondiente a las respuestas) Presentan cuando hay graves errores al identificar o maximizar un evento, un error.
- Personalización: (Correspondiente a la respuesta) Suele atribuirse a sí mismo con mucha facilidad situaciones externas que puedan suceder, aun cuando no hay pruebas firmes que lo validen.
- Pensamiento dicotómico y absolutista: (correspondiente a la respuesta) surge cuando el paciente tiende a elegir las características en extremo negativo.

Beck et al. (1983) manifiestan que la forma más leve de la depresión, la persona por lo general tiene la capacidad de contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. Conforme la depresión empeora, su pensamiento es dominado por ideas negativas, aunque estas no tengan una relación lógica con la realidad y las interpretaciones que realiza son negativas, en los casos donde la depresión se agrava los pensamientos pueden estar sometido por los esquemas idiosincráticos: está totalmente absorto en pensamientos negativos, repetitivos, perseverantes y

puede que su capacidad para concentrarse de vea afectada ya que le será muy difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer o responder preguntas) o iniciar actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos). En tales casos, Beck et al. (1985) refieren que la organización cognitiva del depresivo puede llegar a ser tan independiente de la estimulación externa que el individuo no responde a los cambios que se producen en su entorno inmediato.

El enfoque de Beck, es el que utilizaremos ya que a nuestra percepción es el más completo porque su teoría está sustentada en evidencia, así como responde a que la depresión es un proceso tras la visión distorsionada del sujeto.

Lewinson et al. (1974) propone dentro del modelo conductual la teoría de “Disminución del refuerzo positivo” desde esta perspectiva la depresión es una respuesta a la pérdida de los refuerzos positivos contingente a la conducta, aumentando el estado de ánimo deprimido y a un descenso en el número de actividades, afectando el autoestima y apareciendo el sentimiento de desesperanza; como consecuencias hay un descenso en las actividades cotidiana, que puede deberse a los siguientes factores, aislados o en combinación:

- Falta de habilidades sociales por lo cual no percibiría reforzamientos positivos de su ambiente
- Incapacidad para disfrutar de los refuerzos positivos
- Un ambiente que no facilita el reforzamiento suficiente

Años más tarde Lewinson et al. (1974) presenta una teoría donde integra su postulado de teoría conducta, con la teoría cognitiva, proponiendo que, si bien los factores ambientales donde se desarrolla son los responsables primarios de la depresión, los pensamientos medianan estos factores. Especialmente la variable mediadora sería la autoconciencia, que es el proceso

donde la persona se focaliza en sí misma y no en los estímulos del medio ambiente, como consecuencia a distintos eventos estresantes que le ocurren.

Lewinson et al. Indica que existe una cadena de sucesos que anticipan un episodio depresivo, empezando por un acontecimiento "estresor (A) interrumpiendo patrones adaptativos de la conducta del individuo, y no pudiendo crear nuevos patrones que puedan remplazar a los anteriores (B), El nivel de depresión dependerá del impacto del factor estresor y el nivel de interrupción de la conducta cotidiana. El malestar emocional que causa la interrupción genera un desequilibrio negativo en la calidad de las interacciones, del sujeto con el ambiente, concluyendo, como postulaba en su teoría anterior en una reducción del reforzamiento positivo y en un aumento de las experiencias aversivas (C). Ante estos procesos, la "autoconciencia" proceso cognitivo que es la mediadora de los efectos de la reducción de los reforzadores positivos, conduciendo a múltiples distorsiones cognitivas, conductuales e intensificando las reacciones emocionales negativas (D) permitiendo destruir la autopercepción que ayuda a que la persona pueda tener una adecuada autoestima, aumentando la intensidad de las emociones negativas (E). Todos estos cambios encierran en un círculo vicioso al sujeto que sesga todas las experiencias negativas que vivió y vive, aumentando su estado deprimido que impacta en su autoconcepto y la reducción de conductas sociales(F).

De la misma forma propone que hay ciertos factores que pueden predisponer a sufrir un episodio depresivo (G): 1) Ser del sexo femenino; 2) Tener 20-40años; 3) Tener antecedentes depresivos; 4) Tener pocas habilidades de afrontamiento; 5) Tener sensibilidad antes sucesos adversos; 6) Ser pobre; 7) Tener una marcada tendencia a la autoconciencia; 8) Baja autoestima; 9) Tener un bajo umbral de autoesquemas depresógenos; 10) Dependencia interpersonal; 11) tener niños de 7 años. Lewinson propone también factores de protección 1) Auto percibirse como

alguien que tiene una alta competencia social; 2) experimentar muchos sucesos positivos y 3) contar con una persona íntima en la que pueda confiar

Por otro lado, la teoría de la desesperanza o teoría de la depresión por desesperanza, propuesta por Abramson et. al (1989) indica lo siguiente:

Las personas que tienen estilos inferenciales negativos (vulnerabilidad cognitiva) son más vulnerables por desarrollar síntomas depresivos (más específicamente los síntomas del subtipo "depresión por desesperanza") cuando viven sucesos vitales negativos en comparación a las personas que no tienen estos estilos. Estudiando la hipótesis de vulnerabilidad y de mediación causal de la teoría de desesperanza de la depresión. Se analizan (1) resultados retrospectivos y prospectivos referidos al Eje I (trastornos depresivos, incluido el subtipo de depresión por desesperanza), (2) la vulnerabilidad cognitiva y los trastornos de personalidad concurrentes (Eje II), (3) los mecanismos a través de los cuales hacen que la vulnerabilidad se incremente, y (4) la violencia infantil tanto física como psicológica es un factor para la vulnerabilidad ante la depresión. (p 211)

Modelo psicodinámico

Freud (1908) menciona que la melancolía estaba fuertemente relacionada con el autoerotismo, así como al placer y al displacer. Freud (1915) luego de revisar los textos de Karl Abraham quien fue su discípulo y también estudio ampliamente la depresión de quien veremos más adelante sus postulados, explica a la melancolía como una desazón profundamente dolida, una cancelación del interés del mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar, la inhibición de toda productividad y una rebaja en el sentimiento de sí que se exterioriza en autor reproches y auto denigraciones , puede ser provocada como una reacción a la pérdida del objeto amado, el objeto no está realmente muerto, pero se perdió como objeto de amor. La melancolía tiene como

ocasionadora la perdida, cuando él sabe a quién perdió, pero no lo que perdió en él. En el manuscrito G de Freud (1950) define a la melancolía como:

"La melancolía es un duelo provocado por una pérdida de libido; mientras que los sujetos fuertes son fácilmente atacados por neurosis de angustia, los débiles son accesibles a la melancolía"

Karl Abram (1911) realiza un esfuerzo para encajar el concepto de la depresión dentro de la teoría psicodinámica, valiéndose de los principales conceptos psicoanalíticos; Represión y Proyección y postula que la depresión aparece cuando el sujeto renuncia a la esperanza de satisfacer sus tendencias libidinales, apareciendo la capacidad para sentirse amado, ni capaz de amar generándole desesperación el no llegar a la intimidad emocional, desde esta perspectiva la búsqueda del amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, sentimientos que están reprimidos por la incapacidad del individuo de reconocer su hostilidad al mundo, el cual viene seguida de una proyección: "Las personas no me aman, me odian" esta formulación vendría de los deseos destructivos que pertenecen al inconsciente.

Karl Abram (1916) basándose en los Tres ensayos sobre una teoría sexual de Freud, manifiesta que la depresión puede ser entendida como la regresión a la fase oral, primera fase psicosexual, exacerbando el placer de forma oral, intensificando sus necesidades y como consecuencia aumentando sus frustraciones relacionadas con los actos de chupar, beber, comer, besar. etc. Entonces cuando las personas depresivas van experimentando de forma constante frustraciones que tiene relación con los deseos libidinales, que inician en la fase preedípica relacionada a uno de los padres y la rivalidad con el otro y cuando se repiten estas frustraciones, la persona depresiva vuelve su cólera al objeto amado y al haber una fijación con la fase oral, busca destruir el objeto interiorizándolo, con lo que la cólera se dirige en última instancia hacia el yo.

2.2. Autoconcepto

Definición de Autoconcepto

El autoconcepto según García (2001), es definido como “la valoración subjetiva del propio individuo desde el interior” (p.5). Asimismo, es conceptualizado como la característica de una estructura psicología donde dependemos de la observación, el juicio y crítica de los demás individuos de nuestro entorno para la creación de un concepto de nosotros mismos (García y Misuto, 2014). Así también, García (2015) lo define como “el conjunto de ideas, actitudes y cogniciones que mantenemos sobre los distintos aspectos de nuestra personalidad y de nuestras aptitudes” (p.34).

Shavelson et al. (1976), manifiestan que este constructo se ha determinado como las percepciones del sujeto sobre sí mismo, las cuales se fundamentan en sus vivencias con los otros y en las atribuciones que él mismo hace de su propia conducta. (p.430-441)

Secord y Backman (1976) refieren que el autoconcepto es el conjunto de opiniones, cogniciones y valoraciones que se mantiene sobre uno mismo, considerándose las actitudes bajo tres aspectos: cognición, afectividad y de comportamiento. Por su parte, Branden (1993) sostiene que el autoconcepto no es un fácil y simple concepto, sino una mezcla de imágenes y perspectivas abstractas con relación a diferentes aspectos y características ya sean reales o imaginarias. Debido a esto, Branden (2010) “el autoconcepto es más extenso que la autoestima, el autoconcepto contiene la autoestima” p.3.

Por otro lado, Amador (1995), hace referencia que el autoconcepto, es la imagen que un sujeto posee de sí mismo, de sus atributos, sus limitaciones y su capacidad potencial de interacción con los demás. Según Rosenberg (1979) el concepto de sí mismo es producto de una acción reflexiva, es el concepto de que el individuo se ve a sí mismo como una existencia física, social y

espiritual, es la totalidad de pensamientos y sentimientos que un individuo hace referencia a sí mismo como un objeto.

Ahora ya que los autores mencionan que el autoconcepto puede variar según la interacción con sus semejantes y medio social, el concepto de sí mismo no es en absoluto estático, sino que cambia constantemente debido a nuestras experiencias y los cambios en los diferentes procesos de pensamiento, los mismos que se transforman o modifican con el pasar de los años y etapas de desarrollo del ser humano (Asci et al., 1999).

La autopercepción se desarrolla en el entorno social, lo que significa que el autoconcepto y sus funciones específicas están relacionados con el entorno actual; de esta manera, el desarrollo del concepto de sí mismo se observa desde un enfoque interaccionista: el entorno permite elaborar algunas experiencias según las posibilidades evolutivas. En consecuencia, las autopercepciones de cada individuo a su medio son importante para la creación del autoconcepto y como lo menciona Durá y Garaigordobil (2006), el autoconcepto es importante en la formación de la personalidad y está relacionado con el bienestar del individuo en general.

Modelos teóricos del autoconcepto

El modelo teórico más aceptado por diferentes autores es la Teoría de concepción jerárquica y multidimensional de Shavelson, la cual se basaba en la concepción de las percepciones que cada persona tiene de sí misma, y dichas concepciones forman un todo inseparable, global y unitario. Para poder lograr una interpretación del autoconcepto es necesario evaluar esa visión general. Debido a que aborda el autoconcepto desde el modelo multidimensional de factores jerárquicos, la cual consiste en la organización de las dimensiones por jerarquía, en donde la dimensión global es el encabezado, seguido de otras dimensiones. En los adolescentes se divide en autoconcepto cognitivo que aborda los aspectos verbal y matemático y no cognitivo, que

engloba a la dimensión físico, emocional y social. Esto ha sido útil para la elaboración de instrumentos multidimensionales conservando un solo aspecto de la dimensión cognitiva según el modelo de (Shavelson et al. 1976).

Por otro lado, Rodríguez (2008) que realizó una revisión teórica menciona a James en 1890 finales del siglo XIX, el primer psicólogo que realizó la teoría sobre el autoconcepto, estableciendo el inicio de la concepción jerárquica y multidimensional. Brindándole una composición jerárquica donde el yo-espiritual ocuparía el ápice de la composición, por abajo de él se encontraría el yo-social, y en la parte más inferior de la jerarquía se situaría el yo-material.

En el psicoanálisis, Cazalla y Molero (2013), hacen alusión que Freud (1923) es el iniciador de la teoría sobre la formación del autoconcepto. plantea que encontramos el 'yo' real (cómo soy), el 'yo ideal' (cómo querría ser), el yo que debería ser, el yo potencial y el Yo futuro. La base de nuestro autoconcepto sería el 'yo real'. La teoría de la auto complejidad argumenta que la identidad depende los rasgos centrales de la personalidad, la actividad profesional, la manera en cómo nos relacionamos con el entorno y con otras personas y de los roles sociales que vamos adquiriendo. La auto complejidad se clasificaría por niveles y a mayor nivel, mayor será la capacidad de resiliencia de una persona.

En la corriente humanista, Rogers (1965) es quien toma al, sí-mismo, como el constructo central dentro de la personalidad, y se enfoca en la madurez emocional, que se alcanzaría cuando la persona logra aceptarse sin el uso de los mecanismos de defensa. Esto solo se lograría cuando la persona alcance un equilibrio de ajuste psicológico gracias a la experiencia y la autopercepción.

Por su parte, Bandura (1969) con la teoría del aprendizaje social, propone dos nuevas variables para el estudio del autoconcepto, la autorrecompensa y el autocastigo, como parte del

autorrefuerzo, que, a comparación con el conductismo, ya que toma en consideración los procesos internos del individuo, aunque lo importante sea la conducta observable.

En la presente investigación, el desarrollo del autoconcepto consideramos como un proceso evolutivo que con la edad sobrelleva y trae a consecuencia, diferentes cambios cualitativos y cuantitativos en su composición cognitiva mediante la asimilación de esas situaciones para las que se tienen esquemas, ignorando lo demás. Optamos como teoría principal la de Shavelson por su modelo multidimensional del autoconcepto, considerando que García (2001), toma como fundamento de la base teórica del autoconcepto el aporte del modelo multidimensional del autoconcepto propuesto por Shavelson, Hubner y Stanton

Estructura del autoconcepto

El autoconcepto ha sido base de estudio en diferentes campos; filosófico, sociológico y psicológico. Una de las características psicológicas más relevantes para la persona es el autoconcepto, ya que para realizar el retrato psicológico de alguien además de describir su conducta, se necesita conocer la opinión se si mismo de la persona (García, 2015). Las referencias históricas para el estudio de esta estructura del autoconcepto comenzaron con James en el año 1890 (citado en González, 2011) en el libro Principios de psicología, en el cual se indica que el “yo” consiste en la suma de lo que las personas piensan de sí mismas (autoconcepto) y le da a esta variable cuatro componentes:

yo-material, constituido por el cuerpo y aquellas propiedades materiales que entendemos como propias.

yo-social, compuesto por las percepciones interiorizadas obtenidas de las interacciones interpersonales con los de su entorno.

yo-espiritual, que hace referencia al conjunto de capacidades, rasgos, impulsos y motivaciones propias.

yo-puro (corporal), semejante a un sentimiento que, además de unir, provee de identidad a las emociones y comportamientos desarrollados a lo largo del ciclo vital de la persona.

Además de describir las diversas partes que componen el autoconcepto, este método también establece una estructura jerárquica entre ellas, en la que el yo material está en la parte inferior de la jerarquía, el yo social está en la parte superior de la jerarquía y el yo espiritual está en la parte superior de la estructura (González, 2011).

Fitts (1965 citado en García y Misuto, 2014) es uno de los primeros autores que hace una descripción del autoconcepto de manera empírica y como un constructo multidimensional, quien le asigna tres componentes internos, entre ellos encontramos: identidad, autosatisfacción y conducta. Asimismo, cinco componentes externos, entre los que encontramos: físico, moral, personal, familiar y social. Sin embargo, el modelo que ha obtenido mayor aceptación es el de Shavelson, Hubner y Stanton (1976 citado en García y Misuto, 2014), en el cual el autoconcepto se adopta como una concepción jerárquica y multidimensional, en donde se plantea que el autoconcepto del adolescente puede dividirse en: autoconcepto académico y autoconcepto no-académico en el que se consideran los componentes emocionales.

Por su parte, García (2001), dentro de su base teórica propone el modelo multidimensional del autoconcepto propuesto por Shavelson et al. (1976). El modelo multidimensional del autoconcepto se inicia con la distribución del autoconcepto académico, físico, social y personal. De esta manera, nos brindan siete características básicas del autoconcepto:

Organizado: se refiere a la variedad y complejidad de los acontecimientos por lo que pasa un individuo los va a categorizar en simple o compleja. Esto se realiza en cada individuo para organizarlas las experiencias y darles un significado.

Multifacético: Se refleja al sistema de categorización que ha adoptado un individuo y su grupo. Incluye las áreas de escucha, aceptación social, atractivo físico y habilidades sociales.

Jerárquico: las situaciones vividas están categorizadas en una jerarquía, desde las situaciones particulares en la base de la jerarquía y las situaciones generales en la punta de esta.

Estable: el autoconcepto vendría a ser estable cuando se encuentra en el lugar que le corresponde según la determinación de la jerarquía del individuo, esta se ve afectada cuando esta situación desciende en la jerarquía, volviéndose inestable.

Experimental: las situaciones y su jerarquía están basadas en las experiencias del individuo, en el momento en que se van integrando las partes del autoconcepto con la madurez del individuo, este autoconcepto se vuelve multifacético y estructurado.

Evaluativo: no se basa en la descripción de sí mismo en una situación específica, las valoraciones podrían compararse con patrones al ideal que se quiere llegar o la comparación con patrones relativos, esta varía por la importancia y el significado que posee para los individuos según las situaciones.

Diferenciable: es diferenciable con otros constructos con lo que está relacionado teóricamente.

Cabe resaltar, que existen otros estudios que han descrito modelos diferentes multidimensionales. En ese sentido, García y Musito (2014) mencionan a varios autores que investigan y validan la investigación de Shavelson, Hubner y Stanton (1976), entre ellos tenemos a Zorich y Reynolds, Martonell, Flores, Condesa y Silva 1988, 1992, y 1993 respectivamente.

Dimensiones del autoconcepto

En el Cuestionario de Autoconcepto de Garley, García (2001), determina seis dimensiones para el autoconcepto:

Física: Esta dimensión se evalúa la forma en la que se percibe el sujeto, acorde a su apariencia física. Esta dimensión se ve afectada por la valoración que se ha hecho del sujeto en su núcleo familiar, principalmente en las primeras etapas evolutivas del ser humano como individuo, en las primeras etapas esta valoración viene por parte de la figura materna. También hay una variable por los fenómenos de identificación, factores neuróticos y pse-psicóticos.

Social: Es la percepción que recibe el individuo respecto a su habilidad para relacionarse con otros individuos de su misma edad y de su medio, ser aceptado y tener amigos. Durante la adolescencia esta habilidad sirve para predecir el ajuste personal y la salud psíquica.

Intelectual: Es la forma en cómo se evalúa el sujeto respecto a sus capacidades intelectuales y su rendimiento académico en su centro de estudio.

Familiar: Es la relación que el sujeto mantiene con los miembros de su familia y su grado de satisfacción con las mismas, debido a que esto afectaría su forma de ser.

Sensación de control: Es el valor que le da el sujeto a los objetos, personas y pensamientos, así mismo el grado que considera que controla esa realidad.

Personal: Es la valoración global como persona, es la valoración que se da a uno mismo de carácter abstracto.

Autoconcepto y adolescencia

Papalia y Wendkos (1995) mencionan que conforme el adolescente se empieza a desarrollar, también comienza a definirse a sí mismo y empieza el desarrollo del autoconcepto que pasa por diferentes etapas. Iniciando este proceso de autorreconocimiento y autodefinición a la

edad de 18 meses. Alcaide (2009) considera que la adolescencia se diferencia de otros periodos evolutivos por su característica crisis de identidad; debido a la serie de cuestionamientos internos que mantiene el adolescente respecto a los cambios de roles al salir de la etapa de niñez a adolescente, el descubrimiento de preferencias y la constante búsqueda de independencia familiar.

Rosenberg (1965) señalaba que la influencia de la opinión de otros sobre uno mismo dependía del nivel de autoconcepto que este poseía. Y a su vez, que la autopercepción por parte del adolescente está ligado a su actitud y conducta y estas chocan con las normas culturales en los esfuerzos del adolescente por el desarrollo de un autoconcepto positivo.

De esta manera, se desprende la idea que diferentes vivencias de cada persona están relacionadas con las etapas evolutivas del ser humano, en cada etapa desde la infancia hasta la senectud, no solo los conceptos generales pasan a ser abstractos, sino también el autoconcepto en cada etapa es diferente, y las percepciones que le ocurre al adolescente están relacionadas con sus conductas y reacciones, y el tratar de desarrollar un autoconcepto claro y positivo (Alcántara, 2007). La importancia de un autoconcepto radica en que es la base en la que el individuo construirá su percepción sobre sí mismo y la formación de su personalidad (Berzonsky, 1990).

La presente investigación está basada en adolescentes, por lo que es importante saber qué tipo de autoconcepto van creando de ellos mismos para poder afrontar de una forma correcta y acertada los diferentes problemas propios de la edad y de la sociedad en la que radican. Es por ello por lo que se revisaron diferentes modelos teóricos de la variable de autoconcepto, para una mejor comprensión de la naturaleza y formación de este.

2.3. Marco conceptual de las variables

2.3.1. Sintomatología depresiva

Beck et al. (2002) define la sintomatología como un conjunto de esquemas que son el resultado de la distorsión de la información, la misma que reúne síntomas relacionadas a las dimensiones persona y ambiental, creando una visión negativa de sí mismos y del mundo. Propone dos dimensiones: Cognitivo-Afectivo y Somático- Motivacional.

2.3.2. Autoconcepto

García (2015) define el autoconcepto como el conjunto de ideas, actitudes y cogniciones que mantenemos sobre los distintos aspectos de nuestra personalidad y de nuestras aptitudes” (p.34). Cuyas dimensiones son: Física, Social, Intelectual, Familiar, Sensación de control y Persona.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis

3.1.1 Hipótesis General

H0 No existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

H1 Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

3.1.2 Hipótesis Específicas

H0₁ No existe prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

He₁ Existe prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

H0₂ No existe prevalencia del autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020

He₂ Existe prevalencia del autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020

H0₃ No existe relación significativa entre la sintomatología somáticos- motivacionales y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima - 2020.

He₃ Existe relación significativa entre la sintomatología somáticos- motivacionales y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

H0₄ No existe relación significativa entre sintomatología cognitivo afectivo y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

He₄ Existe relación significativa entre sintomatología cognitivo afectivo y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

3.2. Variables

3.2.1 Sintomatología depresiva

Definición Conceptual: Beck et al. (2002) define la sintomatología como una distorsión de la información, la misma que reúne síntomas relacionadas a las dimensiones persona y ambiental, es decir, un conjunto de esquemas como resultado de la distorsión de la información, creando una visión negativa del mundo y de si mismo. Teniendo como consecuencia la activación de patrones cognitivos negativos, en donde la tristeza es reflejada con una disminución del

sentimiento de valor personal, disminución de actividad mental motriz y orgánica. Beck et. al (1985)

Definición Operacional: Los puntajes del Inventario de depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA), en donde se valora los síntomas depresivos, por medio de las siguientes dimensiones: somático-motivacional y cognitivo-afectivo, el cual proporciona resultados por niveles en adolescentes (mínimo= 0 a 6, leve= 7 a 11, moderado= 12 a 16 y severo= 17 a 63).

3.2.2 Autoconcepto

Definición Conceptual: El Autoconcepto según García (2001), es “la valoración subjetiva del propio individuo desde el interior” (p.5). Asu vez, lo define como la característica de una estructura psicología donde dependemos de la observación, el juicio y critica de los demás individuos de nuestro entorno para la creación de un concepto de nosotros mismos. Así mismo, García (2015) lo define como “el conjunto de ideas, actitudes y cogniciones que mantenemos sobre los distintos aspectos de nuestra personalidad y de nuestras aptitudes” (p.34).

Definición Operacional: Los puntajes del cuestionario de Autoconcepto de Garley (CGA), evalúa el autoconcepto, estando constituida por seis dimensiones: física, social, intelectual, familiar, sensación de control, personal, el cual proporciona resultados por niveles (alto = 173 a 240, medio = 135 a 172, y bajo = 48 a 134).

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

Se aplicó el método científico como método de investigación general, ya que se sigue pasos de reglas determinadas, en la que nos permite alcanzar un resultado para llegar a una meta. (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

El método cuantitativo es el método de investigación específica, el cual es deductivo ya que la hipótesis se contrasta con la realidad para aceptar o rechazar un contexto determinado. (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

4.2. Tipo de Investigación

El tipo de investigación según su finalidad es básico, por que busca el mejor conocimiento y comprensión de los fenómenos sociales y es el fundamento de toda investigación (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

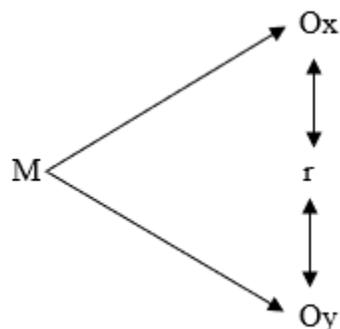
4.3. Nivel de Investigación

Es nivel de investigación es descriptivo-relacional, ya que describe un fenómeno en una circunstancia temporal determinada, y relacional porque demuestra dependencia probabilística entre eventos, por ello se utiliza coeficientes de correlación, que son medidas que permiten reconocer el grado de asociación entre las variables (Supo, 2012).

4.4 Diseño de la Investigación

En la presente investigación se utilizó el método no experimental – transversal, debido a que no se manipularon las variables de estudio y se observan en un ambiente natural, midiéndose con instrumentos psicológicos.

Es transversal, debido a que las variables se miden en un momento determinado (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).



Dónde:

M = Muestra

Ox = Sintomatología depresivo

r = Relación

Oy = Autoconcepto

4.5. Población y Muestra

La población y muestra de la presente investigación estuvo conformada por alumnos del nivel secundario, en la que las edades fluctúan entre 13 a 17 años, en la Institución Educativa Privada de Lima Metropolitana, los cuales ascienden a un total de 138 estudiantes. El tipo de muestreo fue censal (Ramírez, 1997), ya que para la muestra se seleccionó el 100% de la población.

Tabla 3
Distribución de la muestra (n=138)

NIVEL	1ER	2DO	3ER		4TO		5TO Grado		TOTAL
	Grado	Grado							
SECCIONES	A	A	A	B	A	B	A	B	
SECUNDARIA	20	18	15	15	14	15	20	21	138

Nota: n = Cantidad de estudiantes de la Institución educativa en la que se aplicó los instrumentos.

Criterios de Inclusión:

- Estudiantes de edad: 13 a 17 años.
- Nivel de estudio: Secundaria
- Perteneciente a la institución educativa elegida.
- Consentimiento informado: firmado.
- Respuesta a los cuestionarios: Cuestionario correctamente llenado.
- Asistencia a la evaluación: Presentes al momento de la evaluación.

Criterios de Exclusión

- Edad: menor de 13 años – mayor de 17 años.
- No perteneciente a la institución educativa elegida.
- Consentimiento informado: no firmado.
- Respuesta a los cuestionarios: Cuestionario llenado incorrectamente.
- Asistencia a la evaluación: No estar presente el día programado para la evaluación.

4.6 Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Técnicas

Arias (2016) define a la técnica de recopilación como la forma de obtener datos o información. Mientras que el instrumento es cualquier recurso, dispositivo o formato (en papel o digital), que se utiliza para obtener, almacenar y registrar información.

Como técnica se utilizó la encuesta, en la que se aplicó dos instrumentos psicológicos para recolectar los datos de las variables: el Inventario de Depresión de Beck BDI – II y el Cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG).

Instrumentos

Son escalas de medición que comprenden un conjunto ítems, dichos ítems permiten identificar distintos niveles de las variables teóricas que no son directamente observables. Estos instrumentos de medición refuerzan la corroboración de la teoría, debido a que se busca explicar que existen fenómenos y no son visibles, pero que influyen en la conducta humana. De esta manera, si con el comportamiento no se logra explicar el fenómeno, se realiza la evaluación con constructos mediante escalas que fueron cuidadosamente diseñada y validada (DeVellis. 1991)

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI- II)

Ficha técnica:

Nombre de la prueba original:	Inventario de Depresión de Beck (BDI-II).
Año:	2006.
Autor(es) de la prueba original:	Beck, A., Steer, R., y Brown. G.
Autor(es) de la adaptación peruana:	Renzo Carranza.
Institución:	Universidad Peruana Unión.
Año de la adaptación peruana:	2012.

Ámbito:	Clínico.
Administración:	Individual o colectiva.
Duración:	20 minutos aprox.
Aplicación:	Adultos y adolescentes mayores de 13 años.
Significación:	Valorización de la sintomatología depresiva.
Dimensiones:	Cognitivo-Afectivo. Somático–Motivacional.

Descripción del instrumento

El Inventario de Depresión de Beck Adaptado - BDI-IIA (Carranza, 2015) es un instrumento de 21 ítems, que mide la sintomatología de depresión en adultos y adolescentes mayores de 13 años. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3, al final se suman dando un total que puede estar entre 0 y 63. El tiempo de resolución es de aproximada 10 minutos. En la adaptación peruana (Carranza, 2015) halló dos dimensiones: cognitivo-afectivo y somático–motivacional. En relación con los niveles se tiene las siguientes categorías: mínimo= 0 a 6, leve= 7 a 11, moderado= 12 a 16 y severo= 17 a 63.

Confiabilidad del Instrumento

El inventario de depresión de Beck Adaptado (BDI- IIA) para la población adolescente peruana, se realizó en Lima (Carranza, 2015) presentando una confiabilidad en su modalidad de consistencia interna por medio del coeficiente Alfa de Cronbach, para la escala total un valor de 0.878, por lo que se puede concluir que el instrumento permite obtener puntajes confiables.

Validez del Instrumento:

En consideración a lo señalado, es necesario indicar que el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) para nuestra realidad (Carranza, 2015), siendo un instrumento válido;

la fuente de evidencia interna se obtuvo al analizar su contenido (validez de contenido por criterio de jueces) encontrándose que dichos valores se encuentran en el nivel superior de 1 ($p < 0.01$). Asimismo, con relación a la validez de constructo, se reportó una consistencia de estructura interna del instrumento estimada mediante las correlaciones de los ítems con el test, hallándose dos dimensiones por medio del Análisis Factorial Exploratorio (AFE): somático-motivacional (6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21) y cognitivo afectivo (1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 y 10). Para los fines de la presente investigación se realizó baremos en donde en relación con los niveles se tiene las siguientes categorías: somático motivacional: bajo= 0 a 3, medio= 4 a 15 y alto= 7 a 29; cognitivo afectivo: bajo= 0 a 1, medio= 5 a 21 y alto= 7 a 29; por último, sintomatología depresiva (escala global): bajo= 0 a 4, medio= 5 a 21 y alto= 22 a 56. (Anexo 7).

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY (CGA)

Ficha técnica del instrumento

Nombre de la prueba original:	Cuestionario de Autoconcepto Garley (CAG)		
Año:	2001		
Autor(es) de la prueba original:	Belén	García	Torres
Institución de origen:	Instituto de Orientación Psicológica EOS, España.		
Autor(es) de la adaptación peruana:	Alicia Rioja León		
Año de la adaptación peruana:	2016		
Ámbito:	Educativo		
Administración:	Individual o colectiva		
Duración:	15-20	minutos	aprox.
Aplicación:	Niños y adolescentes que pueden leer con		

	fluidez (7-8 años) hasta el final de la escolarización (17-18 años).
Significación:	Evaluación del autoconcepto, tomando en cuenta seis dimensiones.
Dimensión(es):	<ul style="list-style-type: none"> - Física. - Social. - Intelectual. - Familiar. - Sensación de control. - Personal.

Descripción del Instrumento de Medición

Consta de 48 afirmaciones, ocho afirmaciones por dimensión, se presentan seis dimensiones, las cuales poseen cinco opciones de respuesta que va desde el 1 (nunca) hasta el 5 (siempre), con un total de 240 puntos. La puntuación final se obtiene como resultado de la sumatoria de los puntajes obtenidos de todas las dimensiones. Con relación a los niveles se tiene las siguientes categorías: alto= 173 a 240, medio= 135 a 172 y bajo= 48 a 134.

Confiabilidad del Instrumento:

La adaptación peruana, Rioja (2016), para población adolescente, que realizó en el Porvenir, donde reporta una consistencia interna por medio del coeficiente de alfa de Cronbach, 0.90 para la escala total que corresponde a una fiabilidad alta. En relación con las dimensiones se obtuvieron los siguientes valores: 0.72 en la escala de autoconcepto físico, ubicándose en grado respetable, 0.75 en asentimiento Social y autoconcepto familiar, colocando en grado bastante

respetable, 0.77 en autoconcepto Intelectual, ubicándose en grado bastante respetable y al final se obtuvo 0.70 en el autoconcepto personal y sensación de control, encontrándose en grado respetable, denotando ser una herramienta confiable.

Validez del Instrumento

La adaptación peruana, Rioja (2016) en el distrito del Porvenir con una población de 464 alumnos de ambos sexos, del nivel secundario. especificando que en el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) se obtuvo una estructura interna de seis dimensiones propuesto originalmente, distribuyéndose de la siguiente manera: física (1, 7, 13, 19, 25, 31 y 37), social (2, 8, 14, 20, 26,32, 38 y44), intelectual (4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 46), familiar (3, 9, 15, 21, 27, 33, 39 y 45), sensación de control (6, 12, 18, 24, 30, 36, 42 y 48) y personal (5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 y 47). Con relación a los niveles se tiene las siguientes categorías: bajo= 8 a 18, medio= 19 a 29 y alto= 30 a 40.

Confiabilidad de los Instrumentos en el Presente Estudio

Confiabilidad del Inventario de Beck

El Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA) se realizó mediante una recolección de datos para realizar una prueba piloto con 20 adolescentes de la Institución Educativa y se utilizó el estadígrafo el alfa de Cronbach.

Tabla 4

Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Inventario de Depresión de Beck

A	N°
0.925	21

Nota: α = Alfa de Cronbach; N° = número de preguntas.

En la tabla 4 se muestra un Alfa de Cronbach de 0.925. Por lo cual el instrumento de la variable sintomatología depresiva posee una confiabilidad excelente (George y Mallery, 2003).

Cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG)

Tabla 5

Confiabilidad de Alfa de Cronbach del Cuestionario de Autoconcepto de Garley

A	N°
0.942	48

Nota: α = Alfa de Cronbach; N° = número de preguntas.

En la tabla 5 se muestra un Alfa de Cronbach de 0.942. Por lo cual el instrumento de la variable autoconcepto posee una confiabilidad excelente (George y Mallery, 2003).

Validez de los Instrumentos para el presente estudio

- **Inventario de depresión de Beck (BDI-IIA)**

Para los propósitos de la presente investigación y determinar la validez de contenido, se realizó la validez por aplicación de jueces expertos, para lo que se solicitó la aprobación o desaprobación de la inclusión de un ítem por parte de varios jueces. Se contó con la validación de 5 psicólogos del área clínica. Además, se utilizó la V de Aiken, la cual por medio de la fórmula se tomó como válido los reactivos que presentaron valores iguales o mayores a 0.80 (Escrura, 1988), de esta manera los puntajes de los ítems no fueron menores a 0.92, reteniéndose de esta manera todos los ítems de ambas pruebas (anexo N°6). Al observar que las puntuaciones arrojadas por el juicio de expertos mediante el coeficiente V de Aiken sobrepasan el 90% lo que representa una óptima validez de contenido dentro de lo permitido.

- Cuestionario de Autoconcepto de Garley

Para determinar la validez del contenido para los propósitos de la presente investigación, se realizó por medio de la aplicación de jueces expertos, se solicitó la aprobación o desaprobación de la inclusión de un ítem por parte de varios jueces. Para ello se contó con la validación de 5 psicólogos del área clínica. Además, se utilizó la V de Aiken, la cual por medio de la fórmula se tomó como válido los reactivos que presentaron valores iguales o mayores a 0.80 (Escrura, 1988), de esta manera los puntajes de los ítems no fueron menores a 0.96, reteniéndose de esta manera todos los ítems de ambas pruebas (anexo N°7). Al observar que las puntuaciones arrojadas por el juicio de expertos mediante el coeficiente V de Aiken sobrepasan el 90% lo que representa una óptima validez de contenido dentro de lo permitido.

4.7. Técnica de Procesamiento y Análisis de Datos

Se empleó el programa Excel – 2016 para ordenar las respuestas de los encuestados. De manera que coincidan con cada pregunta realizada. A su vez se realizó la suma de las respuestas para que se las pueda convertir a puntuaciones estandarizadas según los respectivos varemos de cada variable. Posteriormente se empleó el programa Jamovi. Stats Open Now versión 2.2.5 para realizar el procesamiento descriptivo (media, desviación estándar, asimétrica, curtosis, así como figuras para la presentación de los niveles e identificación de prevalencias en cada variable analizada).

Posteriormente se efectuó la constatación de hipótesis. Para ello, se realizó el contraste de normalidad, mediante la prueba de Shapiro-Wilk, para la verificación del tipo de distribución (en el caso del estudio, el resultado fue no paramétrico) y la elección del tipo de estadístico para la contratación de hipótesis, el cual fue el coeficiente de correlación por rangos de Spearman (rs). Finalmente se estimó el tamaño del efecto (TE) mediante el coeficiente de determinación, elevando

al cuadrado el valor de la correlación calculada entre las variables analizadas. Lo cual permitió indicar si había relación o no, con relación a las hipótesis planteadas.

4.8. Aspectos Éticos de la Investigación

El **código de Nuremberg** fue publicado en 1946 y traducido por Gonzalo Herranz (2007) que plantean diez directrices que nos permitan realizar investigaciones que generen un provecho a la sociedad y que vaya en coherencia con los conceptos morales, éticos y legales. Ya que está regido por el consentimiento voluntario de la persona para el desarrollo de los cuestionarios de la presente investigación.

Sus principios básicos son los siguientes:

- Consentimiento voluntario del sujeto.
- El experimento debe ser útil para el bien de la sociedad.
- El experimento debe ser diseñado de manera que los resultados justifiquen su desarrollo.
- El experimento debe ser ejecutado de tal manera que evite todo sufrimiento físico, mental y daño innecesario.
- No debe ser realizado si existen razones para creer que pueda haber un fallecimiento o daño grave, a excepción donde los médicos investigadores sirven como sujetos de investigación.
- El grado de riesgo no debe exceder el nivel de importancia humanitaria del problema para ser resuelto.
- Se debe establecer adecuadas condiciones para proteger al sujeto experimental de cualquier daño.

- El experimento debe ser conducido por personas científicamente calificadas, al igual que todas las personas que ejecutan o colaboran dicho experimento.
- El sujeto humano participante del experimento debe tener libertad para poner fin a su participación si ha alcanzado el estado físico y mental en la que no puede continuar durante el desarrollo del experimento.
- El científico a cargo debe estar preparado para terminar el experimento si considera que puede terminar en daño, incapacidad o muerte del sujeto humano participante del experimento.

A su vez, se aplicó el código de ética profesional de **Colegio de Psicólogos del Perú**, el cual está basado en respetar la dignidad y proteger los derechos humanos; enfatizando el art.20 que establece “el psicólogo está obligado a salvaguardar información acerca de un individuo o grupo que fuera obtenida en el curso de su práctica, enseñanza o investigación” (Código de ética del colegio de psicólogos del Perú).

Así mismo, se tomó como base el **reglamento de investigación de la Universidad Peruana los Andes**, con énfasis en el artículo N°27, en el que se resguardan a los participantes, respeto a la etnia, nivel sociocultural, la entrega del consentimiento o asentimiento informado, cuidado del ecosistema y biodiversidad, responsabilidad en impactos a nivel personal, organizacional y social; emitir actos sinceros en todo el proceso de realización de la investigación.

De igual manera, el artículo N° 28 donde nos mencionan las normas de conductas éticas tiene coherencia con las líneas de investigación de la UPLA; elegir métodos referenciales, técnicas fiables, anonimato de participantes, comunicar conocimientos sin fines de lucro personal, y publicarse sin cometer errores deontológicos.

De acuerdo con lo antes mencionado se explicó a los alumnos los objetivos de la investigación y la importancia que tendrá su participación en el proceso y la importancia que posee la veracidad de la información, la participación y colaboración del porque recolectará las encuestas anónimas. La protección de la persona, su dignidad humana, identidad, diversidad, libertad y el derecho a la autodeterminación informativa, la confiabilidad y la privacidad de los estudiantes, docentes e Institución Educativa mediante el Asentimiento Informado se contó con la manifestación de la voluntad de los participantes de forma libre, inequívoca y específica. Lo que permitió asegurarnos del bienestar e integridad de las personas involucradas. Durante toda la investigación se mantuvo el respeto por las participantes, así como por la veracidad de su contenido en todas las etapas del proceso, desde la formulación del problema hasta la interpretación y los resultados y se mantuvo el comportamiento ético por parte de quienes investigan.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

A continuación, se detallarán los resultados descriptivos e inferenciales que permitirán contrastar las hipótesis planteadas para el presente estudio.

5.1. Descripción de resultados

Objetivo general

Tabla 6

Relación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto.

Variables	Niveles	Autoconcepto							
		Bajo		Promedio		Alto		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Sintomatología depresiva	Bajo	0	0	4	10.5	34	89.5	38	100
	Promedio	3	4.7	31	48.4	30	46.9	64	100
	Alto	19	52.8	15	41.7	2	5.5	36	100

Nota: Evaluación de estudiantes de nivel secundario de una institución educativa de lima 2022.

En la tabla 6, se presenta el análisis de la sintomatología depresiva y la percepción del autoconcepto en los participantes, se reportó que hubo una tendencia que quienes tuvieron menores indicadores de sintomatología depresiva reportaron elevados indicadores de autoconcepto (89.5%), notándose de forma contraria que quienes reportaron un nivel alto de sintomatología depresiva reportaron niveles de autoconcepto bajo (0%) o promedio (4.7%).

Objetivo específico 1

Tabla 7

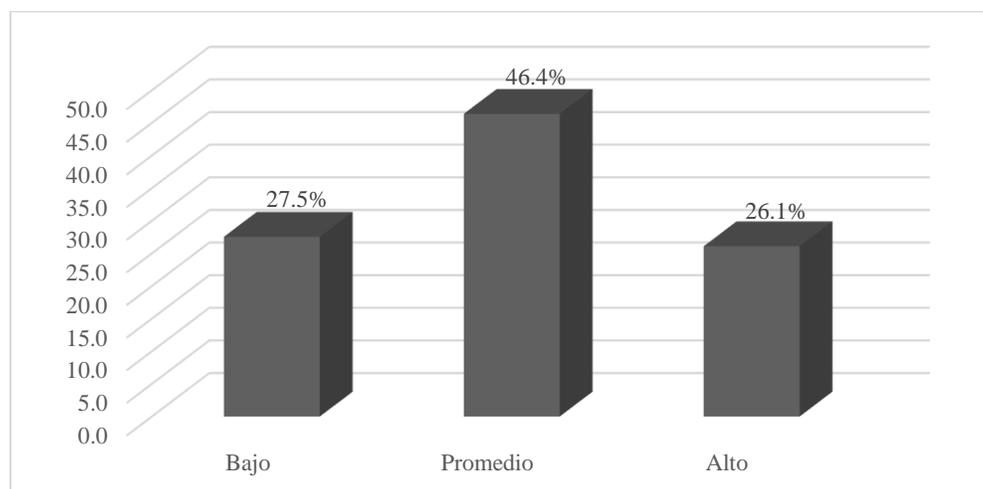
Nivel de prevalencia de la sintomatología depresiva

Nivel	F	%
Bajo	38	27.5
Promedio	64	46.4
Alto	36	26.1
Total	138	100.0

Nota: f = Frecuencia; %= Porcentaje

Figura 1.

Niveles prevalentes de sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario



En la tabla 7 y figura 1, se observa de 138 adolescentes de una institución educativa particular de Lima, el 46.4% de los estudiantes encuestados presentan un nivel promedio de sintomatología depresiva que sería la respuesta de 64 adolescentes que participaron en el presente estudio. Asimismo, el 26.1% presentan un nivel alto de sintomatología depresiva, que sería 36 la respuesta de adolescentes; mientras que el 27.5% presentan un nivel bajo pertenecientes a 38 adolescentes del presente estudio llevado en el 2020.

Objetivo específico 2

Tabla 8

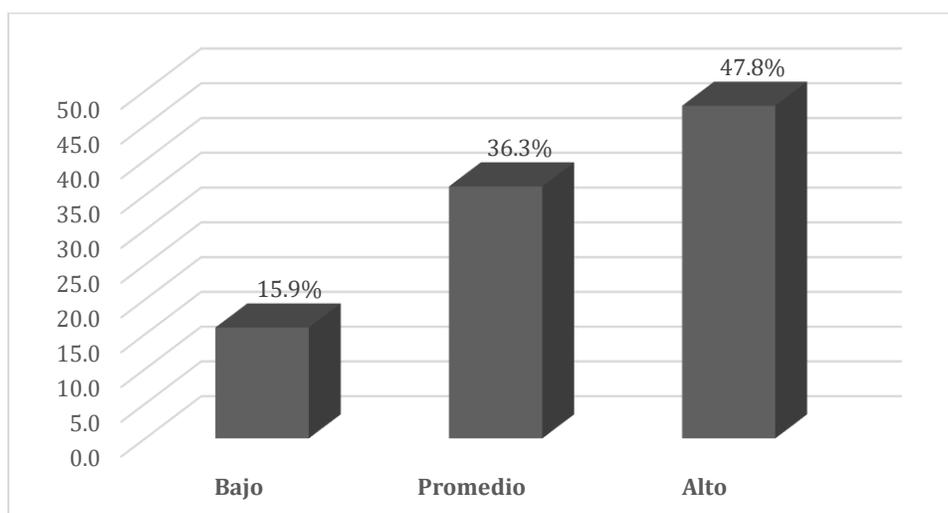
Nivel de prevalencia del autoconcepto.

Nivel	F	%
Bajo	22	15.9
Promedio	50	36.3
Alto	66	47.8
Total	138	100.0

Nota: f = Frecuencia; %= Porcentaje

Figura 2.

Niveles prevalentes de autoconcepto en estudiantes del nivel secundario



En la tabla 8 y figura 2, se observa que en el 47.8% de los estudiantes encuestados presentan un nivel alto de autoconcepto, respuestas correspondientes a 66 adolescentes de 136 participantes en total de una institución educativa el 2020. Asimismo, el 36.3% presentan un nivel promedio de autoconcepto, respuesta que vendría ser de 55 adolescentes de la población en total; mientras que el 15.9% presentan un nivel bajo, respuesta perteneciente a 22 participantes.

Objetivo específico 3

Tabla 9

Relación entre la dimensión somático-motivacional y percepción del autoconcepto.

Variables	Niveles	Autoconcepto							
		Bajo		Promedio		Alto		Total	
		N	%	n	%	n	%	n	%
Somático- motivacional	Bajo	0	0	6	13.6	38	86.4	44	100
	Promedio	3	5.1	30	50.8	26	44.1	59	100
	Alto	19	54.3	14	40	2	5.7	35	100

Nota: Evaluación de estudiantes de nivel secundario de una institución educativa de Lima 2022.

En la tabla 9, se presenta el análisis de la dimensión somático-motivacional y la percepción del autoconcepto en los participantes, se reportó que hubo una tendencia que quienes tuvieron menores indicadores en la dimensión somático-motivacional reportaron elevados indicadores de autoconcepto (86.4%), notándose de forma contraria que quienes reportaron un nivel alto en la dimensión somático-motivacional reportaron niveles de autoconcepto bajo (0%) o promedio (5.1%).

Objetivo específico 4

Tabla 10

Relación de la dimensión cognitivo-afectivo y percepción del autoconcepto.

Variables	Niveles	Autoconcepto							
		Bajo		Promedio		Alto		Total	
		N	%	n	%	N	%	n	%
Cognitivo-afectivo	Bajo	0	0	6	11.8	45	88.2	51	100%
	Promedio	3	6.4	24	51.1	20	42.5	47	100%
	Alto	19	47.5	20	50	1	2.5	40	100%

Nota: Evaluación de estudiantes de nivel secundario de una institución educativa de Lima 2022.

En la tabla 10, se presenta el análisis de la dimensión cognitivo-afectivo y la percepción del autoconcepto en los participantes, se reportó que hubo una tendencia que quienes tuvieron menores indicadores en la dimensión cognitivo-afectivo reportaron elevados indicadores de autoconcepto (88.2%), notándose de forma contraria que quienes reportaron un nivel alto en la dimensión cognitivo-afectivo reportaron niveles de autoconcepto bajo (0%) o promedio (6.4%).

5.2. Contrastación de hipótesis

Hipótesis General

Ho: No existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020

H1: Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020

Tabla 11*Relación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto*

	Autoconcepto		
	r_s	P	r_s^2
Sintomatología Depresiva	-.804***	< .001	.646

Nota. r_s : coeficiente por rangos de Spearman, p: coeficiente de significancia < .05 = estadísticamente significativo; r_s^2 : coeficiente de determinación, $r_s^2 = .20$ (pequeño), $r_s^2 = .50$ (moderado), $r_s^2 = .80$ (grande).

Tabla 12*Interpretación del coeficiente de correlación Rho de Spearman*

Coeficientes de correlación	Interpretaciones
-0,50 a -1,00	Negativa fuerte
-0,30 a -0,50	Negativa moderada
-0,10 a -0,30	Negativa débil
-0,10 a 0,10	Nula
0,10 a 0,30	Positiva débil
0,30 a 0,50	Positiva moderado
0,50 a 1,00	Positiva fuerte

Nota: Cohen (1988).

a) Nivel de significancia

0,05.

b) Estadígrafo de prueba

Rho de Spearman, por tener variables cuantitativas, que no tienen distribución normal

c) Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna si el $p < 0,05$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna si el $p > 0,05$

d) Lectura del P valor

$$P_v = 0.001$$

e) Decisión estadística

Tras los conocer que el $P_v=0.001$ entonces $0.001 < 0.05$ por lo cual se procedió a rechazar la hipótesis nula (H_0), aseverando que existe relación estadísticamente significativa entre las variables contrastadas.

f) Conclusión estadística:

Según la estimación de la tabla 9, donde la $r_s = -.804^{***}$ reporta una correlación negativa fuerte (En coherencia con la tabla 12) y con significancia estadística entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto, evidenciando que los indicadores asociados a la sintomatología depresiva mermarán la percepción que la persona puede construir sobre si, afectando de forma potencialmente moderada ($r_s^2 = .646$) entre sí. Se concluyó relación estadística entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto (Castillo, 2014; Domínguez-Lara, 2017).

Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1

H_{01} : No existe prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

H_1 : Existe prevalencia de la sintomatología depresiva en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

Elección de prueba estadística

Por tratarse de una prueba estadística, para la prueba de estadística se recurrió a la tabla de frecuencias para análisis de la variable sintomatología depresiva.

Interpretación

Según la tabla 7 y figura 1, el 46.4% de los estudiantes encuestados presentan un nivel promedio de sintomatología depresiva. Asimismo, el 26.1% presentan un nivel alto de sintomatología depresiva, mientras que el 27.5% presentan un nivel bajo.

Conclusión estadística

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, ya que se observó que existe una prevalencia con tendencia moderada (46.4 %) con relación a la variable de sintomatología depresiva.

Hipótesis específica 2

H₀₂: No existe prevalencia del autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020.

H₂: Existe prevalencia del autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020.

Elección de prueba estadística

Por tratarse de una prueba estadística, para la prueba de estadística se recurrió a la tabla de frecuencias para análisis de la variable sintomatología depresiva.

Interpretación

En la tabla 8 y figura 2, se observa que en el 47.8% presentan un nivel alto de autoconcepto. Asimismo, el 36.2% presentan un nivel promedio de autoconcepto, mientras que el 15.9% presentan un nivel bajo.

Conclusión estadística

Se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, ya que se observó que existe una prevalencia con tendencia de nivel alto (47.8 %) con relación a la variable de autoconcepto.

Hipótesis específica 3

Ho₃: No existe relación significativa entre la sintomatología somático-motivacional y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

He₃: Existe relación significativa entre la sintomatología somático-motivacional y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020

Tabla 13

Relación entre la sintomatología somático-motivacional y autoconcepto

	Autoconcepto		
	r _s	P	r _s ²
Sintomatología somático-motivacional	-.785***	< .001	.616

Nota. r_s: coeficiente por rangos de Spearman, p: coeficiente de significancia < .05 = estadísticamente significativo; r_s²: coeficiente de determinación, r_s² = .20 (pequeño), r_s² = .50 (moderado), r_s² = .80 (grande).

a) Nivel de significancia

0,05.

b) Estadígrafo de prueba

Rho de Spearman, por tener variables cuantitativas, que no tienen distribución normal

c) Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna si el $p < 0,05$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna si el $p > 0,05$

d) Lectura del P valor

$$P_v = 0.001$$

e) Decisión estadística

Tras los conocer que el $P_v=0.001$ entonces $0.001 < 0.05$ por lo cual se procedió a rechazar la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a). Afirmado que existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología somático-motivacional y autoconcepto en los participantes de la investigación.

f) Conclusión estadística:

La Rho de Spearman = -785 reportando una correlación negativa fuerte, en coherencia con la tabla 13 y con significancia estadística entre la sintomatología somático-motivacional y el autoconcepto, evidenciando que los indicadores asociados a la sintomatología depresiva de tipo somático-motivacional mermarán la percepción que la persona puede construir sobre su esquema personal, afectando de forma potencialmente moderada ($r_s^2 = .616$) entre sí. Se concluyó relación estadística entre la sintomatología somático-motivacional y el autoconcepto (Castillo, 2014; Domínguez-Lara, 2017).

Hipótesis específica 4

H_{04} : No existe relación significativa entre la sintomatología cognitivo-afectiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

H_{e4} : Existe relación significativa entre la sintomatología cognitivo-afectiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.

Tabla 14*Relación entre la sintomatología cognitivo-afectiva y autoconcepto*

	Autoconcepto		
	r_s	P	r_s^2
Sintomatología cognitivo-afectiva	-.696***	< .001	.478

Nota; r_s : coeficiente por rangos de Spearman, p: coeficiente de significancia < .05 = estadísticamente significativo; r_s^2 : coeficiente de determinación, $r_s^2 = .20$ (pequeño), $r_s^2 = .50$ (moderado), $r_s^2 = .80$ (grande).

a) Nivel de significancia

0,05.

b) Estadígrafo de prueba

Rho de Spearman, por tener variables cuantitativas, que no tienen distribución normal

c) Criterio de decisión

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna si el $p < 0,05$

Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna si el $p > 0,05$

d) Lectura del P valor

$P_v = 0.001$

e) Decisión estadística

Tras los conocer que el $P_v=0.001$ entonces $0.001 < 0.05$ por lo cual se procedió a rechazar la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_a). Afirmado que existe relación estadísticamente significativa entre la sintomatología cognitivo-afectiva y autoconcepto en los estudiantes que participaron en el estudio.

f) Conclusión estadística:

La estimación de la tabla 14 reportó correlación negativa, fuerte ya que la Rho de Spearman es = -696 (Según se puede constatar en la tabla 10) y con significancia

estadística entre la sintomatología cognitivo-afectiva y el autoconcepto, precisándose que los indicadores asociados a la sintomatología depresiva de tipo cognitivo-afectiva impactarán sobre la percepción que la persona puede construir sobre la percepción de sus capacidades a nivel global, afectando de forma potencialmente moderada ($r_s^2 = .478$) entre sí. Se concluyó relación estadística entre la sintomatología depresiva de tipo cognitivo-afectiva y el autoconcepto (Castillo, 2014; Domínguez-Lara, 2017).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La adolescencia es una etapa de transición-cambios a nivel cognitivo, biológico y psicológico que acaecen en el ser humano, en este sentido se hace evidente la vulnerabilidad susceptible hacia diferentes factores internos y externos (OMS, 2017); en esa línea el propósito del estudio se enmarcó de reportar indicadores sintomatológicos compatibles con la depresión y la percepción que se representa sobre sí, así como la relación entre ellos (Ascurra, 2018).

En este sentido el propósito central se enmarcó en la identificación de relación entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto en los escolares participantes. Se encontró que quienes tuvieron menores indicadores de sintomatología depresiva reportaron elevados indicadores de autoconcepto (89.5%), notándose de forma contraria que quienes reportaron un nivel alto de sintomatología depresiva indicaron niveles de autoconcepto bajo (0%) o promedio (4.7%), señalando que los escolares encuestados con una valoración personal adecuada no presentarían síntomas asociados a la depresión, como la autocrítica, pérdida del placer, dificultad de concentración e indecisión; así mismo a nivel inferencial se observó una correlación estadística fuerte, negativa y estadísticamente significativa ($r_s = -.804^{***}$; $p = < .001$). coincidiendo empíricamente con lo señalado por Cabello y Córdor (2016) quienes encontraron este mismo comportamiento en el contexto escolar, aunque con una intensidad menor ($r_s = -.359^{***}$; $p = < .001$)

Los resultados descriptivos se encontraron coincidentes con lo mencionado por Cabello y Condor (2016) quienes en su estudio encontraron que el 68.2% reportó alto nivel de autoconcepto, de la misma forma en el análisis cruzado se apreció que los participantes,

cuyo nivel de autoconcepto fue elevado, no reportaron indicadores de sintomatología depresiva (67.3%), mientras que en el análisis inverso solo el 1.4% manifestó sintomatología severa tuvo un bajo nivel de autoconcepto. Así también en el estudio de revisión y narrativa presentada por Santos (2020) se encontró que en el análisis de tres estudios en adolescentes el autoconcepto juega un papel predictivo y protector respecto a la depresión, denotando en cada una de las investigaciones correlaciones negativas importantes.

A nivel teórico estos resultados observados concuerdan con lo manifiesto por Beck (1976) quien refiere que un paciente con presencia de signos clínicos depresivos mostrará distorsión de la realidad y una valoración negativa a nivel de la representación cognitiva, manifestándose patrones negativos evidentes en su conducta, del mismo modo se reafirma en el sustento señalado por Berzonsky (1990) quien precisa que la autopercepción está estrechamente ligado a la construcción personalidad, infiriéndose que un sistema de personalidad clínicamente afectado (presencia de sintomatología depresiva) conducirá a una valoración poco ajustada de la persona. Por su parte García (2001) añade que este autoconcepto, al ser una valoración subjetiva (pensamientos), se fundamentará en el grado en que haya logrado estabilidad, generando habilidades para hacer frente a las demandas externas del ambiente. En este sentido, tal y como mencionan Lewinson et al. (1986), al ser importante los pensamientos, para la explicación primaria de una respuesta depresiva, es fundamental que esta construcción mental en el individuo haya alcanzado un nivel de estabilidad, con el fin enfrentarse de forma vulnerable a los eventos externos. Finalmente, tal y como lo menciona la evidencia teórico-empírica, se demuestra que la construcción mental (valoración personal) es un factor protector importante para que los escolares

puedan hacer frente a eventos demandantes externos que pueden desencadenar respuestas disfuncionales que conlleve a manifestar sintomatología depresiva, sin dejar de considerar (desde el punto de vista profesional) a los factores biológicos, los cuales son también aspectos explicativos de esta respuesta.

A nivel específico, se planteó como primer objetivo describir la prevalencia de la sintomatología depresiva, se encontró que el 46,4% de los estudiantes del nivel secundario posee depresión promedio. Le continúa el 25,7% que presenta depresión baja, y el 26% tiene depresión alta. Estos hallazgos guardan relación con D'Acunha (2019) quien reportó en su investigación una sintomatología depresiva mínima en el 82.21% de la población estudiada, a su vez leve y moderada (13.79%). Esto se sustenta con evidencia teórica en donde se precisa que la presencia principal de una depresión mínima indica que la mayor parte de estudiantes tienden a contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. Pero si la depresión se agrava, sus pensamientos se orientan hacia ideas negativas (Beck, 1983).

A nivel específico, se planteó como segundo objetivo describir la prevalencia del autoconcepto se halló que el 47,8% de los estudiantes del nivel secundario posee nivel alto de autoconcepto, seguido de cerca, por el 36,2% que tiene nivel autoconcepto de nivel medio, y el 15,9% presenta bajo autoconcepto. Esto guarda relación con Ascurra (2018) que manifestó que el 77.95% de los participantes presentaron un nivel promedio, mientras que el 11.81% un nivel alto. Esto se sustenta con lo dicho por Garley (2001) quien propone que los adolescentes toman consideración media hacia la propia apariencia física, a la percepción de ser aceptado por otros, a la valoración de sus propias capacidades intelectuales y académicas; y al control de la realidad, indicando que si tienden a tener un

entorno que los apoye podrán tener una valoración alta, mientras que sí están expuestos a variables adversas la autovaloración será baja.

A nivel específico, se planteó como tercer objetivo establecer la relación entre la sintomatología somático - motivacional y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario, en donde se encontró que quienes tuvieron menores indicadores en la dimensión somático-motivacional reportaron elevados indicadores de autoconcepto (86.4%), notándose de forma contraria que quienes reportaron un nivel alto en la dimensión somático-motivacional reportaron niveles de autoconcepto bajo (0%) o promedio (5.1%). Encontrándose una correlación fuerte, negativa y estadística aceptable ($r_s = -.785^{***}$; $p = < .001$).

Estos resultados descriptivos se encontraron coincidentes con lo mencionado por Quispe (2021), quien en su investigación reporta que el 77% reportó un nivel mínimo en el factor somático- motivacional. Así también en el estudio de revisión y narrativa presentada por Tacca, Cuarez y Quispe (2020) se encontró una correlación positiva respecto a la importancia del autoconcepto como factor protector. En la misma línea se planteó identificar la relación existente entre la sintomatología somático-motivacional donde se concuerda con lo manifiesto por Arboleda (2019) quien encontró la sintomatología depresiva provocará una imagen negativa a nivel de la valoración físico-corporal, generando insatisfacción, desmotivación hacia las actividades, desencadenando percepciones, emociones y comportamientos desajustados ($r_s = 0.020^{**}$; $p = 0.070$).

A nivel teórico estos concuerdan con que la sintomatología depresiva merma el interés por incluirse a grupos sociales, así como desvirtúa la percepción en relación a la capacidad que

la persona tiene en el análisis de sus habilidades de relación social (Beck, 1976; Beck et al., 1983; Berzonsky, 1990). Esta postura se afianza con lo mencionado por Abramson et al. (1989) quienes sostienen que los estilos de vulnerabilidad cognitiva de la persona depresiva generarán una mayor prevalencia de indicadores asociados a la depresión, siendo esta construcción de la desesperanza una consecuencia de las representaciones mentales (autoconcepto) que el individuo puede hacer sobre las demandas externas y sus propias capacidades.

Finalmente, se planteó como cuarto objetivo identificar la relación entre la sintomatología cognitivo-afectiva y el autoconcepto. Se encontró que quienes tuvieron menores indicadores en la dimensión cognitivo-afectivo reportaron elevados indicadores de autoconcepto (88.2%), notándose de forma contraria que quienes reportaron un nivel alto en la dimensión cognitivo-afectivo reportaron niveles de autoconcepto bajo (0%) o promedio (6.4%), demostrando que los estudiantes con un adecuado nivel de autoconcepto no presentarían indicios de tristeza, pesimismo, fracaso, sentimientos de culpa, pensamientos y deseos suicidas, así como tendencia al llanto, encontrándose una relación negativa, fuerte y significativa ($r_s = -.696^{***}$; $p = < .001$).

Lo que tiene coincidencia con los resultados descriptivos por Quispe (2021) donde los participantes reportan una sintomatología depresiva, en la dimensión Cognitivo Afectivo en un nivel mínimo (77.9%), de forma leve (17.2%) y moderado- severo (5%). Mientras que los resultados cuantitativos expresados por Novoa (2019), quien en su estudio reportó elevada puntuación de la fusión cognitiva asociada a la depresión (.563***), precisándose que el presentar merma cognitivo-afectivo impactará sobre la valoración personal; del mismo modo fue coincidente con lo manifiesto por D'Acunha (2019) quien encontró que

la sintomatología depresiva de tipo cognitivo-afectiva genera autoculpabilidad, catastrofización y rumiación, generando impacto en la percepción ajustada que tendrá de si y la realidad.

Estos resultados de adhieren a la propuesta teórica ya que la sintomatología depresiva merma el interés por incluirse a grupos sociales, así como desvirtúa la percepción en relación con la capacidad que la persona tiene en el análisis de sus habilidades de relación social (Beck, 1976; Beck et al., 1983; Berzonsky, 1990). Esta postura se afianza con lo mencionado por Abramson et al. (1989) quienes sostienen que los estilos de vulnerabilidad cognitiva de la persona depresiva generarán una mayor prevalencia de indicadores asociados a la depresión, siendo esta construcción de la desesperanza una consecuencia de las representaciones mentales (autoconcepto) que el individuo puede hacer sobre las demandas externas y sus propias capacidades.

CONCLUSIONES

En base a los resultados y contrastes teóricos reportados en la investigación, el estudio concluye lo siguiente:

Se apreció una correlación negativa, fuerte y estadísticamente significativa ($r_s = -.804^{***}$) en la relación entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto en el análisis de estudiantes del nivel secundaria de una institución educativa de Lima-2020.

El nivel de prevalencia de la sintomatología depresiva en el 46.4% es promedio, de la misma forma el 26.1% presentan un nivel alto de sintomatología depresiva, mientras que el 27.5% presentan un nivel bajo.

El nivel de prevalencia del autoconcepto reporta que el 47.8% es alto, mientras que el 36.2% es promedio y le 15.9% presenta un nivel bajo.

Se observó una correlación negativa, fuerte y estadísticamente significativa ($r_s = -.785^{***}$) en la relación del facto somático-motivacional y el autoconcepto en el grupo de estudiantes participantes de la investigación.

Se reportó una correlación estadísticamente significativa, fuerte y negativa ($r_s = -.696^{***}$) en el análisis del factor cognitivo-afectivo y el autoconcepto y en grupo de escolares participantes de la investigación.

RECOMENDACIONES

En base a los resultados se propone las siguientes acciones teórico-profesionales:

Realizar intervención preventivo promocional, fundamentado en una propuesta cognitivo-conductual, que permitan desarrollar habilidades en los escolares para hacer frente a situaciones de vulnerabilidad que podrían desembocar en depresión: Debate cognitivo, pensamiento encadenado, reestructuración cognitiva, modelamiento-moldeamiento, imaginación racional-emotiva, entre otras.

Dentro del plan anual institucional, realizar despistajes preventivos de forma semestral, con el fin de identificar posibles casos de vulnerabilidad frente a la depresión, con el fin de desarrollar programas de prevención.

Realizar psi coeducación sobre la sintomatología depresiva, importancia de la detección, factores desencadenantes, factores protectores y centros de ayuda temprana, con el fin de generar conciencia en la comunidad escolar.

Promover programas para el desarrollo del autoconcepto, sobre todo en los tres primeros años de secundaria, ya que en esta etapa (12-15 años) la comunidad se encuentra en mayor vulnerabilidad emocional y construcción de la valoración-representación personal.

Se recomienda la publicación de los resultados obtenidos, a fin de tener el presente estudio como antecedente a las variables estudiadas en beneficio de los estudiantes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, K. (1911). Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maniaco-depresiva y condiciones asociadas. En *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé.
- Abraham, K. (1916). La primera etapa pregenital de la libido. En K. Abraham, *Contribuciones a la teoría de la libido*. Buenos Aires: Hormé.
- Abramson, L. (1989). *Teoría de la depresión por desesperanza*. Revista de psicopatología y psicología clínica. VOL 2, NUMERO 3. Recuperado: <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.2.num.3.1997.3845>
- Aberastury, A. & Knobel, M. (1971). *La adolescencia normal: un enfoque psicoanalítico*. Buenos Aires: Paidós.
- Amador, J. A. (1995) *Autoestima. Cómo mejorar la propia imagen*. Barcelona: Colimbo Ediciones.
- Amonte, C. (2012). *Psicopatología infantil y del adolescente*. Santiago de Chile: Editorial Mediterráneo Ltda.
- Alcaide, M. (2009). Influencia del rendimiento y autoconcepto en hombres y mujeres. *Revista electrónica de Investigación y Docencia*, 2, 27-44. Recuperado de: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/reid/article/download/1105/930/3580>
- Alcántara, J. A. (2007) *Educación la autoestima: Métodos, técnicas y actividades*. Barcelona: Ceac.
- Asci, F. H., Asci, A. & Zorba, E. (1999). Cross-cultural validity and reliability of Physical Self-Perception Profile. *International Journal of Sport Psychology*, 30, 399-406.
- Asociación Americana de Psiquiatría (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5°)*, 5° Ed. Arlington.

- Arboleda, A. (2019). *Insatisfacción con la imagen corporal y sintomatología depresiva en adolescentes de una unidad educativa de Cuenca*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/33580/1/Trabajo%20de%20Titulaci%c3%b3n.pdf>
- Arias, J (2016). *Técnicas e instrumentos de investigación científica*. Enfoques Consulting EIRL. Arequipa – Perú.
- Ascurra, A (2018) *Autoconcepto y la insatisfacción con la imagen corporal en adolescentes de educación secundaria en la Institución Educativa María Mazzarello en el distrito del Rímac*. (Tesis de Licenciatura) Universidad Peruana los Andes, Lima. Recuperado de: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/413>
- Bartra, A., Guerra, E. & Carranza, E. (2016). Autoconcepto y depresión en estudiantes universitarios de una universidad privada. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 12(2), 53-68. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4676/467647511004.pdf>
- Bandura, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2002). *Terapia cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée De Brouwer.
- Beck, A.T., Emery, G., y Greenberg, R.L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. Nueva York: Basic Books.
- Beck, A. T., Epstein, N. & Harrison, R. (1983). Dimensiones de cogniciones, actitudes y personalidad en la depresión. *Revista británica de psicoterapia cognitiva*, 1 (1), 1-16.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.

- Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Nueva York: International Universities Press.
- Berzonsky, M. (1990). Self-construction on the life- span: A process perspectiva on identity formation. En G. Neiyemer (Eds): *Advances in personal construct psychology*. Greenwich, CT: JAI Press.
- Brent, D. A. & Birmaher, B. (2002). *Adolescent Depression*. The New England: Journal of Medicine.
- Branden, N. (2010). *Cómo mejorar su autoestima*. Barcelona: Paidós.
- Branden, N. (1993). *El respeto hacia uno mismo*. Barcelona: Paidós.
- Bernaras E., Jaureguizar, J. & Garaigordobil, M. (2019). Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments. *Front Psychol*, 10, 543. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6435492/>
- Bologna, E. (2013). *Estadística para psicología y educación (3^{ed} ampliada)*. Editorial Brujas.
- Cabello y Córdor (2016) *Autoconcepto y depresión en estudiantes de segundo y tercero de secundaria en la Institución Educativa Micaela Bastidas El Tambo, Huancayo-2019*. Universidad Peruana los Andes, Perú.
- Cabello y Córdor (2016) *Autoconcepto y depresión en estudiantes de segundo y tercero de secundaria en la Institución Educativa Micaela Bastidas El Tambo, Huancayo-2019*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana los Andes, Perú. Recuperado de: <https://hdl.handle.net/20.500.12848/1036>
- Calle, L. & Gutiérrez, A. (2021). *Autoconcepto en adolescentes de bachillerato de la unidad educativa Dr. Camilo Gallegos Domínguez y Unidad Educativa José Benigno Iglesias del*

- Cantón Biblián, en el periodo 2020 – 2021.* (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/36398/1/Trabajo-de-Titulacion.pdf>
- Cazalla, N & Molero, D. (2013). Revisión teoría sobre el autoconcepto y su importancia en la adolescencia. *Revista Electrónica de Investigación y Docencia*, 10, 43-64. Recuperado de: <http://www.revistareid.net/revista/n10/REID10art3.pdf>
- Carranza, R. (2015). Propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck universitarios de Lima. *Revista de Psicología*, 15 (2), 170-182. Recuperado de: http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/R_PSI/article/view/219/128
- Castillo-Blanco, R. (2014). Reporte del tamaño del efecto en los artículos de tres revistas de psicología peruanas en los años 2008 al 2012 [Tesis de licenciatura]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- D'Acunha, D. (2019). *Sintomatología depresiva y ansiosa y regulación emocional en adultos que realizan ejercicio físico.* (Tesis licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/>
- Domínguez-Lara S (2017). Magnitud del efecto en comparaciones entre dos o más grupos. *Rev Calid Asist* 2017; 32(2); 121 – 2. doi: 10.1016/j.cali.2016.04.002
- Durá, A. & Garaigordobil, M. (2006). Relaciones del autoconcepto y la autoestima con la sociabilidad, estabilidad emocional y responsabilidad en adolescentes de 14 a 17 años. *Análisis y Modificación de conducta*, 32 (141), 37-64.
- Escorra, L. (1988). Cuantificación de la validez de contenido por criterio de jueces. Recuperado de: Recuperado de <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/psicologia/article/view/4555/4534>

- Esnaola, I. (2008). El autoconcepto físico durante el ciclo de vital. *Anales de psicología*, 24(1), 1-8. Recuperado de: Recuperado de http://www.um.es/analesps/v24/v24_1/01-24_1.pdf
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: Youth and Crisis*. W.W. Norton & Company: New York.
- Freud (1908). Obras completas de Sigmund Freud. Volumen 18. (1920-22)
- Freud, S. (1915) Tres ensayos sobre una teoría sexual. En Obras Completas (13 Vols.). Madrid: Biblioteca Nueva, 1968.
- Freud, S. (1917). Duelo y Melancolía. [1915], Ibid. Pags. 2091-2100.
- García, B. (2015). *Análisis y delimitación del constructo autoestima*. (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España.
- García, F. & Misuto, G. (2014). *Autoconcepto Forma 5, AF-5*. Madrid: TEA Ediciones.
- García, B. (2001). *Cuestionario de Autoconcepto GARLEY CAG. Versión 1.0*. Madrid: Instituto de Orientación Psicológica EOS.
- George, D., & Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- Gonzales, O. (2011). *La presión cultural percibida sobre el autoconcepto físico: naturaleza, medida y variabilidad*. (Tesis doctoral). Universidad de Vasco, Euskal Herriko Unibertsitatea, España.
- Giménez, D. (2017). *El bullying y el autoconcepto en adolescentes escolarizados de 12 a 15 años de la ciudad de Paraná*. (Tesis de pregrado) Universidad Católica Argentina, Argentina. Recuperado de: <https://repositorio.uca.edu.ar/handle/123456789/571>
- Herranz, G (2007)., La Bioética en la Investigación del ser humano. *MEDICINA Y ÉTICA*, 1994; 3: 315-333.

- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mc Graw Hill Education. ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714 p.
- Hornstein, L, (2006). *La depresión Afectos y Humores del Buen Vivir* Editorial Paidós - Buenos Aires, Argentina.
- Instituto Nacional de Salud Mental (2012). *Anales de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental de niños y adolescentes de Lima Metropolitana y Callao 2007*. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental. Recuperado: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2007-asm-eesm-nya.pdf>
- Lewinsohn, P. M. (1974). A behavioral approach to depression. In R. J. Friedman & M. M. Katz (Eds.), *The psychology of depression: Contemporary theory and research*. John Wiley & Sons. (pp. 157-178).
- Lewinsohn, P. M., Antonuccio, D. O., Breckenridge, J. y Teri, L. (1984). *The Coping with Depression Course: A psychoeducational intervention for unipolar depression*. Eugene, OR: Castalia.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A. & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30 (3). 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- Medina, M. & Verdugo, C. (2018). *Autoconcepto y sexting en adolescentes de 15 a 18 años en la ciudad de Cuenca*. (Tesis de pregrado). Universidad de Cuenca, Ecuador. Recuperado de: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/30624/1/Trabajo%20de%20Titulaci%C3%B3n.pdf>

- Mojarro, M. (2008). Depresión y suicidio. *Pediatric Integral*, 12(10), 937-946.
- Mwenge, J. (2017). *Depresión, Afectividad Y Satisfacción Con La Vida. Estudio Con Adolescentes De Camerú*. (Tesis doctoral) Universidad Pontificia de Salamanca, España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=220682>
- Novoa, A. (2019). *Fusión cognitiva y sintomatología depresiva en estudiantes universitarios de Lima Metropolitana*. Universidad Ricardo Palma, Perú. Recuperado de: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3297/Tesis%20Final%20%28Turnitin%29-2019.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud. (2020) (s.f.). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/depression#:~:text=La%20depresi%C3%B3n%20es%20una%20enfermedad%20que%20se%20caracteriza%20por%20una,durante%20al%20menos%20dos%20semanas>.
- Organización Mundial de la Salud (2017). *"Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad*. Recuperado de: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es
- Organización Panamericana de la Salud (2020). *Depresión*. Recuperado de: <https://www.paho.org/es/temas/depression>
- Papalia, D.E. & Wendkos, S. (1995). *Psicología del desarrollo. De la infancia a la adolescencia*. México: Mc Graw Hill
- Papalia, D., Olds, S., Feldman, R. (2010). *Desarrollo Humano (10a. ed.)* México: McGraw-Hill/Interamericana Editores, S.A. de C.V

- Purisaca, J. & Cajahuanca, A. (2017). *Depresión y afrontamiento en escolares de nivel secundario de una institución educativa estatal de la provincia constitucional del Callao*. (Tesis de Licenciatura). Universidad Católica Sedes Sapientiae, Lima. Recuperado de: <http://repositorio.ucss.edu.pe/handle/UCSS/215>
- Quintana, L. & Maldonado, E. (2016). Sintomatología de depresión en niños que han sido testigos de violencia en la calle que viven en ciudad Juárez. *Revista Científica Electrónica de Psicología*, 19 (3), 1015-1026. Recuperado de: <https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol19num3/Vol19No3Art9.pdf>
- Quispe Caballero (2021) “Resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso. Perú – 2021” (Tesis de Licenciatura) Universidad Privada Norbert Wiener, Lima. Recuperado de: http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/5859/T061_45747769_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez, T. (1997). *Cómo hacer un proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Panapo.
- Rioja, A. (2016). Propiedades psicométricas del cuestionario de autoconcepto Garley en alumnos de nivel secundaria de El Porvenir. *Revista de Psicología*, 4 (2), 1-25. Recuperado de: <http://revistas.ucv.edu.pe/index.php/JANG/article/view/669/521>
- Reymundo, A. (2019). *Sintomatología depresiva en adolescentes de Instituciones Educativas Secundarias de Costa, Sierra y Selva del Perú*. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana de los Andes. Recuperado de: <https://repositorio.upla.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12848/1625/TESIS%20FINAL%20REYMUNDO%20GARCIA.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

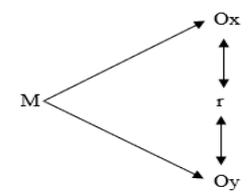
- Rodríguez, A. (2008). *El autoconcepto físico y el bienestar/malestar psicológico en la adolescencia*. San Sebastián: Universidad del País Vasco.
- Rogers, C. (1965). *La relación terapéutica: Investigación y teoría recientes*. En *Desarrollo del potencial humano*. México: Trillas
- Rosenberg, M. (1979). *Conceiving the Self*. Basic Books.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: University Press.
- Rynn, M., Walkup, J., Compton, S., Sakosky, D., Sherrill, J., Shen, S., et al. (2015). Child/adolescent anxiety multimodal study: evaluating safety. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 54(3), 180-190. Recuperado de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25721183/>
- Santos, D. (2020). Autoeficácia, construtos correlatos e depressão em adolescentes (Tesis de Posgrado). Universidade Federal de Sergipe. Recuperado de: <http://ri.ufs.br/jspui/handle/riufs/16107>
- Shavelson, R. J., Hubner, J.J., Stanton, J.C. (1976). Self-concept: validation of construct interpretations. Stanford University. *Review of Educational Research*, vol. 46 (3), pp.407-441. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/269462101_SelfConcept_Validation_of_Construct_Interpretations
- Sánchez, D. (2020). Ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia*, 8(1), 16-28. Recuperado de: <https://www.adolescenciasema.org/ficheros/REVISTA%20ADOLESCERE/vol8num1-2020/2%20Tema%20de%20revision%20-%20Ansiedad%20y%20depression%20en%20ninos%20y%20adolescentes.pdf>

- Secord, P. & Backman, C. (1976). *Psicología Social*. México: Mc Graw-Hil
- Supo, J. (2014). Seminario de investigación científica. Arequipa: Bioestadístico EIRL
- Tacca, Cuarez y Quispe (2020) “Habilidades sociales, autoconcepto y autoestima en adolescentes peruanos de educación secundaria”. *RISE – International Journal of Sociology of Education* Vol.9 No.3 October 2020 293-324. Recuperado de: <https://redined.educacion.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/224816/Tacca.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Ventura-León, J. & Caycho-Rodríguez, T. (2017). Coeficiente omega: un método alternativo para la estimación de la confiabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 15 (1), 625-627. <https://www.researchgate.net/publication/313623697>
- Weber, S. (2009) Depressive illness in Teens and Preteens and effectiveness of the RADS – 2 as a first - stage assessment. Part 1: Descriptive paper. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 22(3), 120 – 125.
- World Health Organization (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- De Vellis. (Ed.). (1991-2021). *Scale development: Theory and applications* (Vols. 1-5). Sage Publications, Inc.
- Zarragoitia, A. I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana: Ciencias Médicas.

ANEXOS

Anexo 1: Matriz de consistencia

Formulación del Problema	Objetivos	Formulación de Hipótesis	Tipo, nivel y diseño de Investigación	Variable de Investigación	Método
Problema	Objetivo General	Hipótesis General	Tipo de Investigación	Variables	Población y Muestra
¿Qué relación existe entre la sintomatología depresiva y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución de Lima-2020?	Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020	Existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.	El tipo de investigación según su finalidad es básico. (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).	Sintomatología depresiva <i>Dimensiones:</i> -Cognitivo afectivo -Somático motivacional.	Población: 138 alumnos del nivel secundario Muestra: 138 alumnos del nivel secundario
	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas	Nivel de Investigación	Autoconcepto <i>Dimensiones:</i> -Física -Social -Intelectual -Familiar -Sensación de control -Personal	Técnica de Recolección de Datos La técnica usada fue la encuesta en la cual se aplicará dos instrumentos psicológicos: - Cuestionario de Autoconcepto de Garley (CAG) - Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)
	- Describir la prevalencia entre los síntomas somáticos-motivacionales y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima 2020. -Describir la prevalencia entre los síntomas cognitivo - afectivo y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima 2020. -Describir la prevalencia entre sintomatología depresiva y autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima 2020. -Establecer la relación entre la sintomatología somático - motivacional y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020. -Establecer la relación existente entre sintomatología cognitivo – afectivo y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.	- Existe relación significativa entre la sintomatología somáticos- motivacionales y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020. - Existe relación significativa entre sintomatología cognitivo afectivo y el autoconcepto en estudiantes del nivel secundario de una institución educativa de Lima-2020.	Nivel de investigación es descriptivo-relacional (Supo, 2012).		Procesamiento de datos Se utilizó el programa Excel para ordenar la respuesta y Jamovi. Stats Open Now versión 2.2.5 para realizar el procesamiento descriptivo.
			Diseño de Investigación No experimental-transversal – transversal (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).		



Dónde:
M = Muestra
Ox = Sintomatología depresivo
r = Relación
Oy = Autoconcepto

Anexo 2: Matriz de operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instru- mento
: Sintomatología Depresiva	Beck et al. (2002) define la sintomatología como un conjunto de esquemas que son el resultado de la distorsión de la información, la misma que reúne síntomas relacionadas a las dimensiones persona y ambiental, creando una visión negativa de sí mismos y del mundo.	La puntuación que se obtiene a través del Inventario de depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA), el cual valora los síntomas depresivos proporciona resultados directos. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3.	Cognitivo afectivo	– Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas y llanto.	1. Tristeza 2. Pesimismo 3. Fracaso 4. Pérdida de placer 5. Sentimiento de culpa 8. Autocrítica 9. Pensamientos o deseos suicidas 10. Llanto	Inventari o de depresión de Beck. - BDI II
			Somático motivacional	– Sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, irritabilidad	6. Sentimiento de castigo 7. Disconformidad con uno mismo 11. Agitación 12. Pérdida de interés 13. Indecisión 14. Desvalorización 15. Pérdida de energía 16. Cambios de sueño 17. Irritabilidad 18. Cambios en el apetito 19. Dificultad de concentración 20. Cansancio o fatiga 21. Pérdida de interés en el sexo	
Autoconcepto	García (2001) define el auto concepto como: la opinión que esa persona tiene sobre sí misma. La valoración subjetiva del propio individuo desde el interior.	Puntuación obtenida a través del cuestionario de Autoconcepto de Garley (CGA), evalúa el autoconcepto, estando constituida por seis dimensiones y brinda la puntuación mediante las cinco opciones de respuesta que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre).	Física	Grado de aceptación o satisfacción con el propio aspecto o apariencia física.	1- Tengo una cara agradable. 7. Tengo los ojos bonitos. 13. Tengo el pelo bonito. 19. Soy guapo. 25. Tengo un buen cuerpo. 31. Me gusta mi cuerpo tal como es. 37. Me siento bien con el aspecto que tengo. 43. Soy fuerte.	Cuest ionario de Autoconcepto de Garley (CGA),
			Social	Percepción de la propia habilidad para ser aceptado por otros y tener amigos.	2. Tengo muchos amigos. 8. Mis compañeros se burlan de mí. 14. Me parece fácil encontrar amigos. 20. Me resulta difícil encontrar amigos. 26. Soy popular entre mis compañeros. 32. Me gusta la gente. 38. Tengo todos los amigos que quiero. 44. Soy popular entre la gente de tu edad.	
			Intelectual	Evaluación respecto a sus capacidades intelectuales y rendimiento académico	4. Soy lista (o listo). 10. Hago bien mi trabajo intelectual. 16. Soy lento haciendo mi trabajo escolar. 22. Soy un buen lector.	

			28. Puedo recordar fácilmente las cosas. 34. Respondo bien en clase. 40. Termino rápidamente mi trabajo escolar. 46. Creo que soy inteligente.
Familiar	Relación y grado de satisfacción con su situación familiar.		3. Creo problemas a mi familia. 9. Soy un miembro importante de mi familia. 15. Mis padres y yo nos divertimos juntos muchas veces. 21. En casa me hacen mucho caso. 27. Mis padres me comprenden bien. 33. Muchas veces desearía marcharme de casa. 39. En casa me enfado fácilmente. 45. En casa abusan de mí.
Sensación de control	de Valoración del grado en el que el sujeto cree que controla la realidad (objetos, personas y pensamiento)		6. Siento que, en general, controlo lo que me pasa. 12. Suelo tener mis cosas en orden. 18. Soy capaz de controlarme cuando me provocan. 24. Cuando todo sale mal encuentro formas de no sentirme tan desgraciado. 30. Si no consigo algo a la primera, busco otros medios para conseguirlo. 36. Puedo conseguir que otros hagan lo que yo quiero. 42. Suelo tener todo bajo control. 48. Me siento como “una pluma al viento” manejada por otras personas.
Personal	Valoración global como persona (escala de autoestima).		5. Soy una persona feliz. 11. Estoy triste muchas veces. 17. Soy tímido. 23. Me gusta ser como soy. 35. Soy una buena persona. 41. Creo que en conjunto soy un desastre. 47. Me entiendo bien a mí mismo.

Anexo 3: Matriz de operacionalización del instrumento

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Instrumentos	Escala de medición
Variable 1: Depresión	Desde el modelo cognitivo, Beck (1983) define la depresión como un desorden del pensamiento, en la que el depresivo distorsiona la realidad viéndose de forma negativa.	Cognitivo – afectivo	Tristeza, pesimismo, fracaso, pérdida de placer, sentimientos de culpa, autocrítica, pensamientos o deseos suicidas y llanto.	1, 2, 3, 4, 5, 8, 9 y 10	Inventario de depresión de Beck. Cada ítem se califica en una escala de 4 puntos que va desde el 0 hasta el 3.	Ordinal
		Somático – motivacional.	Sentimientos de castigo, disconformidad con uno mismo, agitación, pérdida de interés, indecisión, desvalorización, pérdida de energía, irritabilidad, cambios de apetito, etc.	6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 y 21		
Variable 2: Autoconcepto	García (2001) define el auto concepto como: la opinión que esa persona tiene sobre sí misma. La valoración subjetiva del propio individuo desde el interior.	Física	Grado de aceptación o satisfacción con el propio aspecto o apariencia física.	1, 7, 13, 19, 25, 31, 37 y 43	Cuestionario e Autoconcepto de Garley. Tiene cinco opciones de respuesta que va desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre).	Ordinal
		Social	Percepción de la propia habilidad para ser aceptado por otros y tener amigos.	2, 8, 14, 20, 26, 32, 38 y 44		
		Intelectual	Evaluación respecto a sus capacidades intelectuales y rendimiento académico.	4, 10, 16, 22, 28, 34, 40 y 46.		
		Familiar	Relación y grado de satisfacción con su situación familiar.	3, 9, 15, 21, 27, 33, 39 y 45.		
		Sensación de control	Valoración del grado en el que el sujeto cree que controla la realidad (objetos, personas y pensamiento)	6, 12, 18, 24, 30, 36, 42 y 48.		
Personal	Valoración global como persona (escala de autoestima).	5, 11, 17, 23, 29, 35, 41 y 47.				

Anexo 4: Instrumentos de investigación

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Nombre.....Edad.....Sexo....

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de afirmaciones. Por favor, lea con cuidado cada una de ellas. Después elija la opción que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido.

a. Tristeza

- 0 No me siento triste.
- 1 Me siento triste gran parte del tiempo.
- 2 me siento triste todo el tiempo.
- 3 me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.

b. Pesimismo

- 0 No estoy desalentado respecto del mi futuro.
- 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo.
- 2 no espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.

c. Fracaso

- 0 No me siento como un fracasado.
- 1 He fracasado más de lo que hubiera debido.
- 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos.
- 3 Siento que como persona soy un fracaso total.

d. Pérdida de Placer

- 0 Siempre obtengo placer como por las cosas de las que disfruto.
- 1 No disfruto de las cosas como solía hacerlo.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.

e. Sentimientos de Culpa

- 0 No me siento particularmente culpable.
- 1 Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho.
- 2 Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo.
- 3 Me siento culpable todo el tiempo.

f. Sentimientos de Castigo

- 0 No siento que este siendo castigado
- 1 Siento que tal vez pueda ser castigado.
- 2 Espero ser castigado.
- 3 Siento que estoy siendo castigado.

g. Disconformidad con uno mismo.

- 0 Siento acerca de mi lo mismo que siempre.
- 1 He perdido la confianza en mí mismo.

2Estoy decepcionado conmigo mismo.

3No me gusta a mí mismo.

h. Autocrítica

0No me critico ni me culpo más de lo habitual

1Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo.

2 Me critico por todos mis errores

3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.

i. Pensamientos o Deseos Suicidas

0No tengo ningún pensamiento de matarme.

1He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría.

2 Querría matarme

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

j. Llanto

0 No lloro más de lo que solía hacerlo.

1 Lloro más de lo que solía hacerlo

2Lloro por cualquier pequeñez.

3Siento ganas de llorar, pero no puedo.

k. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso de lo habitual.

1 Me siento más inquieto o tenso de lo habitual.

2Estoy tan inquieto o agitado que me es muy difícil quedarme quieto

3Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o realizando algo.

l. Pérdida de Interés

0No he perdido el interés en otras actividades o personas.

1Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.

2 He perdido casi todo el interés en otras personas o situaciones.

3.Me es difícil interesarme por algo.

m. Indecisión

0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.

1Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones

2Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.

3Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

n. Desvalorización

0No siento que yo no sea valioso

1No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otras personas.

3Siento que no valgo nada.

o. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1Tengo menos energía que la que solía tener.

2No tengo suficiente energía para hacer demasiado

3No tengo energía suficiente para hacer nada.

p. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No experimenté ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1^a Duermo un poco más que lo habitual.

1b. Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b. Duermo mucho menos que lo habitual.

3^a. Duermo la mayor parte del día

3b. Me despierto de una a dos horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

q. Irritabilidad

0 No estoy tan irritable que lo habitual.

1 Estoy más irritable que lo habitual.

2 Estoy mucho más irritable que lo habitual.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

r. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1^a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual.

1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual.

2a. Mi apetito es mucho menor que antes.

2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual

3^a. No tengo apetito en absoluto.

3b. Quiero comer todo el día.

s. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente

2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo.

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

t. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual.

2 Estoy muy cansado para realizar muchas de las cosas que solía hacer.

3 Estoy muy cansado para realizar la mayoría de las cosas que solía hacer.

U. Pérdida de Interés en el Sexo

0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.

1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo.

2 Estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo

CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO (CAG)

Apellidos.....Nombres.....Sexo: F M
 Edad..... Centro Educativo.....
 Fecha.....

INSTRUCCIONES:

A continuación, te presentamos una serie de afirmaciones para que des tu respuesta, poniendo una X en la casilla que mejor representa lo que a ti te ocurre o lo que tú piensas de ti, teniendo en cuenta que en estos aspectos no existen respuestas correctas o incorrectas.

No pienses excesivamente las respuestas y responde con sinceridad. Hagamos un ejemplo para comprender mejor la forma de responder.

SOY UNA PERSONA ALEGRE

NUNCA

POCAS

NO SABRÍA

MUCHAS

SIEMPRE

		Nunc a	Pocas Veces	No Sabría decir	Mucha s Veces	Siempre
1	Tengo una cara agradable.					
2	Tengo muchos amigos.					
3	Yo le creo problemas a mi familia.					
4	Considero que soy hábil.					
5	Soy una persona feliz.					
6	Siento que, en general, controlo lo que me pasa.					
7	Tengo los ojos bonitos.					
8	Mis compañeros se burlan de mí.					
9	Soy un miembro importante de mi familia.					
10	Hago bien mi trabajo intelectual.					
11	Soy una persona triste					
12	Suelo tener mis cosas en orden.					
13	Tengo el pelo bonito.					
14	Me parece fácil encontrar amigos.					
15	Mis padres y yo nos divertimos juntos.					
16	Me demoro haciendo mi trabajo escolar.					
17	Soy tímido (o tímida).					
18	Soy capaz de controlarme cuando me provocan.					
19	Pienso que soy simpático (o simpática)					
20	Me resulta difícil encontrar amigos.					
21	En casa me hacen caso.					
22	Soy un buen lector (o buena lectora).					
23	Me gusta ser como soy.					
24	Cuando todo sale mal encuentro formas de no sentirme tan desdichado					
25	Tengo un buen aspecto (buena presencia)					
26	Soy popular entre mis compañeros.					
27	Considero que mis padres me comprenden.					
28	Puedo recordar fácilmente las cosas.					
29	Estoy satisfecho conmigo mismo (o satisfecha conmigo misma).					

30	Si no consigo algo a la primera, busco otros medios para conseguirlo.					
31	Me gusta mi cuerpo tal como es.					
32	Me gusta la gente.					
33	Desearía marcharme de mi casa.					
34	Respondo bien en clase.					
35	Soy una buena persona.					
36	Puedo conseguir que otros hagan lo que yo quiero.					
37	Me siento feliz con el aspecto que tengo.					
38	Tengo todos los amigos que quiero.					
39	En casa me molesto fácilmente.					
40	Termino rápidamente mi trabajo escolar.					
41	Comparado con otros creo que soy un desastre.					
42	Suelo tenerlo todo bajo control.					
43	Soy fuerte.					
44	Soy popular entre la gente de mi edad.					
45	En casa abusan de mí.					
46	Creo que soy inteligente.					
47	Me entiendo bien a mí mismo (o a mí misma).					
48	Me siento como una pluma al viento manejado por otras personas.					

Constancia de Aplicación



La Molina, 07 de Diciembre del 2020

SEÑOR
MG. MARCO ANTONIO MEZA FARFAN
Vicepresidente Académico UPLA - FILIAL LIMA

Presente -

De mi mayor consideración:

Es grato dirigirme a Usted para saludarlo e informarle respecto a la carta **No. 001-2020/CC-VP.ACA/UPLA/FILIAL-LIMA**, se otorga el permiso para realizar la aplicación del proyecto de investigación denominado: **"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UN COLEGIO DE LIMA"**, asimismo se le brindará todas las facilidades a la Srta. Cahuana Zapata María Angelica para la realización de dicha evaluación.

Agradeciéndole la gentil atención a la presente me despido.

Atentamente,



Mg. Jessica Guzmán Maldonado
Directora

Anexo 5: Confiabilidad y Validez del Instrumento

FICHA DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS - BDI-II

Datos

- Nombres y Apellidos: Cahuana Zapata, María Angélica
Monterrey Morán, Mariana Dorian
- Institución: Universidad Peruana los Andes
- Año: 2020
- Instrumento: Inventario de depresión de Beck (BDI-II)

ÍTE MS	Juez 1					Juez 2					Juez 3					Juez 4					Juez 5					Aci erto	V de AIK EN	Inter preta ción	IC 95%	
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				Infer ior	Supe rior
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID O	0,85	1,00
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	23	0,9 2	VÁLID O	0,73	0,98
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID O	0,85	1,00
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	0,9 6	VÁLID O	0,78	0,99
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID O	0,85	1,00
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	0,9 6	VÁLID O	0,78	0,99
Ítem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	0,9	VÁLID O	0,78	0,99

FICHA DE EVALUACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS – CAG

Datos:

- Nombres y Apellidos: Cahuana Zapata, María Angelica
Monterrey Morán, Mariana Dorian
- Institución: Universidad Peruana los Andes
- Año: 2020
- Instrumento: Cuestionario de = 135 de Garley-CAG

ÍTE MS	Juez 1					Juez 2					Juez 3					Juez 4					Juez 5					A ci er to	V de AI KE N	Interp retaci ón	IC 95%						
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5				Inf eri or	Su per ior					
Ítem 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID DO	0,9 3	1,0 0
Ítem 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID DO	0,9 3	1,0 0
Ítem 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID DO	0,9 3	1,0 0
Ítem 4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID DO	0,9 3	1,0 0
Ítem 5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID DO	0,9 3	1,0 0
Ítem 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	25	1	VÁLID DO	0,9 3	1,0 0
Ítem	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	24	0,96	VÁLID DO	0,8	0,9

Anexo 6: Confiabilidad

CONFIABILIDAD SEGÚN EL PILOTO

Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,925	21

Estadísticas de total de elemento

		Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlació n total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
I_1	BD	10,75	86,934	0,694	0,919
I_2	BD	10,75	88,513	0,865	0,917
I_3	BD	10,65	86,555	0,823	0,916
I_4	BD	10,70	93,695	0,435	0,924
I_5	BD	10,55	92,576	0,518	0,923
I_6	BD	10,80	90,379	0,845	0,918
I_7	BD	10,80	91,221	0,656	0,921
I_8	BD	10,55	86,471	0,829	0,916
I_9	BD	10,90	93,779	0,747	0,921
I_10	BD	10,60	93,937	0,328	0,927

I_11	BD	10,70	97,695	0,155	0,928
I_12	BD	10,60	91,937	0,566	0,922
I_13	BD	10,30	85,800	0,663	0,921
I_14	BD	10,65	88,555	0,753	0,918
I_15	BD	10,45	93,734	0,511	0,923
I_16	BD	9,85	91,818	0,494	0,924
I_17	BD	10,90	98,305	0,126	0,928
I_18	BD	10,20	92,063	0,399	0,926
I_19	BD	10,25	91,566	0,492	0,924
I_20	BD	10,35	88,555	0,724	0,919
I_21	BD	10,70	85,589	0,828	0,916

		N	%
Casos	Válido	20	100,0
	Excluido ^a	0	0,0
	Total	20	100,0

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,942	48

Estadísticas de total de elemento

		Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
GA_1	C	172,85	634,029	0,674	0,940
GA_2	C	172,85	626,766	0,669	0,939
GA_3	C	171,80	646,063	0,517	0,941
GA_4	C	172,55	634,050	0,617	0,940
GA_5	C	172,35	628,345	0,780	0,939
GA_6	C	172,65	641,397	0,429	0,941
GA_7	C	172,60	622,358	0,630	0,939
GA_8	C	171,65	656,555	0,232	0,942
GA_9	C	171,85	645,503	0,442	0,941
GA_10	C	172,35	640,871	0,464	0,941
GA_11	C	172,20	633,116	0,566	0,940
GA_12	C	173,05	644,576	0,295	0,942
GA_13	C	173,05	641,945	0,338	0,942
GA_14	C	172,80	623,537	0,664	0,939

GA_15	C	172,45	629,103	0,571	0,940
GA_16	C	172,60	649,832	0,187	0,943
GA_17	C	172,55	653,103	0,167	0,943
GA_18	C	172,80	637,537	0,462	0,941
GA_19	C	172,80	619,537	0,841	0,938
GA_20	C	172,40	640,253	0,500	0,940
GA_21	C	172,90	631,884	0,528	0,940
GA_22	C	172,35	666,134	-0,059	0,944
GA_23	C	171,70	650,221	0,314	0,941
GA_24	C	172,90	648,832	0,207	0,943
GA_25	C	172,85	626,029	0,683	0,939
GA_26	C	173,45	647,208	0,399	0,941
GA_27	C	172,40	630,042	0,613	0,940
GA_28	C	173,00	636,737	0,501	0,940
GA_29	C	171,90	625,042	0,648	0,939
GA_30	C	172,20	626,800	0,628	0,939
GA_31	C	172,15	618,871	0,787	0,938
GA_32	C	172,75	636,408	0,406	0,941
GA_33	C	172,05	651,418	0,212	0,942
GA_34	C	172,60	631,305	0,634	0,940
GA_35	C	172,10	636,200	0,568	0,940
GA_36	C	173,40	646,042	0,329	0,941
GA_37	C	171,90	638,516	0,579	0,940
GA_38	C	172,25	631,039	0,594	0,940
GA_39	C	172,80	652,484	0,188	0,943
GA_40	C	172,75	639,461	0,424	0,941
GA_41	C	172,05	629,839	0,649	0,939
GA_42	C	172,70	637,695	0,573	0,940

GA_43	C	172,45	620,682	0,691	0,939
GA_44	C	173,60	631,937	0,659	0,939
GA_45	C	171,35	656,661	0,225	0,942
GA_46	C	172,60	618,463	0,778	0,938
GA_47	C	171,90	635,358	0,540	0,940
GA_48	C	171,80	652,168	0,251	0,942

Anexo 7: Validación por Criterio de Jueces

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : Max Ronald Cruz Ayala

TITULO PROFESIONAL : Psicólogo

ESPECIALIDAD :

AÑOS DE EXPERIENCIA : 3 años

INSTITUCION EN LA QUE LABORA : Consultorio Queswachaca- Psiconeuroeducadores

POST GRADO : Maestría en Psicología Clínica

AÑO : 2020

TRABAJOS PUBLICADOS :

OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

Generalizar de padres a apoderadas, las estructuras familiares pueden variar.

.....

.....

.....

.....

CONSTANCIA

Juicio de expertos

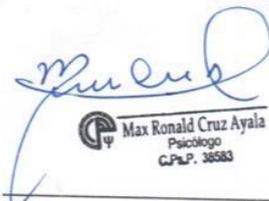
Yo, Max Ronald Cruz Ayala, con documento nacional de identidad N° 42336398, certifico que realice el juicio de expertos del instrumento:

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA - 2020"

Lima, 07 de octubre 2020



Max Ronald Cruz Ayala
Psicólogo
C.P.S.P. 38583

Nombre y apellidos: Max Ronald Cruz AyalaDNI: 42336398

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : Carol Yndira Vargas Agreda
 TÍTULO PROFESIONAL : Licenciada en Psicología Clínica
 ESPECIALIDAD : Psicóloga Clínica
 AÑOS DE EXPERIENCIA : 4 años
 INSTITUCION EN LA QUE LABORA : AHT Consultores- Proyectos Mineros
 POST GRADO : Maestría en psicología clínica con Mención en
 terapia infantil y adolescente
 AÑO : 2019- 2020
 TRABAJOS PUBLICADOS : Apoyo Social y Bienestar psicológico en adultos
 mayores que asisten a los CIAM de Lima
 Metropolitana
 OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

.....

Lima, 14 de octubre 2020.


 Carol Yndira Vargas Agreda
 PSICÓLOGA
 C.P.S. 21862

Nombre y apellidos: Carol Yndira Vargas Agreda

DNI: 46766464

CONSTANCIA

Juicio de expertos

Yo, Carol Yndira Vargas Agreda, con documento nacional de identidad N° 46766464 certifico que realice el juicio de expertos del instrumento:

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA – 2020”

Lima, 14 de octubre 2020.



Carol Yndira Vargas Agreda
PSICÓLOGA
C.P.S. 11881

Nombre y apellidos: Carol Yndira Vargas Agreda
DNI: 46766464

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : Fiorella Mora Flores
TITULO PROFESIONAL : Lic. Psicología Clínica
ESPECIALIDAD : Psicología clínica
AÑOS DE EXPERIENCIA : 6 años
INSTITUCION EN LA QUE LABORA : Centro de Arteterapia y Gestalt en Perú
POST GRADO :-
AÑO :-
TRABAJOS PUBLICADOS :-
OTROS MERITOS :-

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1

MEDIANAMENTE ADECUADO 2

INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

Instrumentos adecuados, adecuar algunas palabras a la muestra


 **Fiorella Mora Flores**
PSICÓLOGA
C.Ps.P. N° 34432

CONSTANCIA

Juicio de expertos

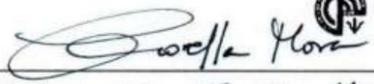
Yo, Fiorella Flores Mora, con documento nacional de identidad N° 44429996 certifico que realice el juicio de expertos del instrumentos:

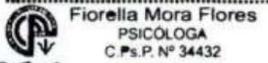
- INVENTARIO DE DEPRESION DE BECK (BDI-11)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA - 2020"

Lima, 07 de Octubre del 2020


Nombre y apellidos: *Fiorella Mora Flores*
DNI: *44429996*



CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : *Iret Coronado Illanes*
 TITULO PROFESIONAL : *Psicóloga*
 ESPECIALIDAD :
 AÑOS DE EXPERIENCIA : *6 años*
 INSTITUCION EN LA QUE LABORA : *Hospital de Apoyo Iquitos*
 POST GRADO :
 AÑO :
 TRABAJOS PUBLICADOS :
 OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1

MEDIANAMENTE ADECUADO 2

INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

Instrumento adecuado para la variable que se está midiendo en la investigación.


 Iret D. Coronado Illanes
 PSICOLOGA
 C. Ps. P. 25339

Nombre y apellidos: *Iret Coronado Illanes*

DNI: *45027321*

CONSTANCIA

Juicio de expertos

Yo, Ivet Coronado Illanes, con documento nacional de identidad N° 45027321, certifico que realice el juicio de expertos del instrumento:

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA – 2020”

Lima, 07 de octubre 2020


Ivet D. Coronado Illanes
PSICOLOGA
C.Ps.P. 25339

Nombre y apellidos: Ivet Coronado IllanesDNI: 45027321

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : GLADYS GARCIA PEREDA
 TITULO PROFESIONAL : PSICOLOGA
 ESPECIALIDAD : EDUCATIVA
 AÑOS DE EXPERIENCIA : 28 años
 INSTITUCION EN LA QUE LABORA : I.E. TRILCE ROMA
 POST GRADO : _____
 AÑO : _____
 TRABAJOS PUBLICADOS : _____
 OTROS MERITOS : _____

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

.....

 *Glady P.*
 Gladys Garcia Pereda
 DNI: 06589476

CONSTANCIA

Juicio de expertos

Yo, GLADYS HAYDÉE GARCÍA PEREDA, con documento nacional de identidad N° 06589476 certifico que realice el juicio de expertos del instrumento:

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA – 2020"

Lima, 08 de Junio 2020.



GLADYS GARCÍA PEREDA
Nombre y apellidos:

DNI: 06589476

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : David Enrique Ramos Meza
 TITULO PROFESIONAL : Licenciada
 ESPECIALIDAD : Clínica
 AÑOS DE EXPERIENCIA : 6 meses
 INSTITUCION EN LA QUE LABORA : -
 POST GRADO : -
 AÑO : -
 TRABAJOS PUBLICADOS : 1
 OTROS MERITOS : -

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1

MEDIANAMENTE ADECUADO 2

INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

En el inventario de depresión de Beck, la primera opción del ítem 7 debería estar más especificada.

En el cuestionario de autoconcepto, recomiendo que la palabra "pelo" sea cambiada por "cabello" (ítem 13).

CONSTANCIA

Juicio de expertos

Yo, David Enrique Ramos Meza, con documento nacional de identidad N° 48148557 certifico que realice el juicio de expertos del instrumento:

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

"SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA – 2020"

Lima, 16 de Junio 2020.

David E. Ramos Meza
PSICOLOGO
C.Ps.P. N° 43534


Nombre y apellidos: David E. Ramos Meza
DNI: 48148557

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDO DEL EXPERTO : Carlos Alberto Cajo Coencho
 TÍTULO PROFESIONAL : Psicólogo
 ESPECIALIDAD : Terapia Cognitivo Conductual
 AÑOS DE EXPERIENCIA : 30 años
 INSTITUCION EN LA QUE LABORA : Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé"
 POST GRADO : 2da Especialidad en Terapia Cognitivo Conductual
 AÑO : 2017
 TRABAJOS PUBLICADOS : Intervención cognitivo conductual aplicado en mujer adulta con baja autoestima
 OTROS MERITOS :

EN RESUMEN, CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO:

ADECUADO 1

MEDIANAMENTE ADECUADO 2

INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

El instrumento de Autoconcepto presenta su utilidad en el poder de predecir la conducta y valorar la salud psicológica para la intervención requerida con una de las características principales la dimensión de Sensación de Control que se puede aplicar entre edades que fluctúa entre 8 a 18 años de edad.

Asimismo, el instrumento de Depresión entendiéndose como desinterés, desaliento y abrumadora desesperanza, que puede aplicarse a edades entre 13 a 86 años

Recomiendo que se utilice los dos instrumentos y en base al modelo conducta – consecuencia el título sea modificado de la siguiente manera **"AUTOCONCEPTO y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA – 2020"** que permitirá tener un cuadro claro y general de las dimensiones del autoconcepto con el grado de intensidad de la sintomatología depresiva.

Lima, 13 de octubre 2020.



Carlos A. Cajo Coencho
DNI: 06850146

CONSTANCIA

Juicio de expertos

Yo Carlos Alberto Cajo Ccencho con documento nacional de identidad N°06850146 certifico que realice el juicio de expertos del instrumento:

- INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)
- CGA - CUESTIONARIO DE AUTOCONCEPTO GARLEY

Cuyos responsables son los investigadores CAHUANA ZAPATA, MARIA ANGELICA con DNI N° 77070428 y MONTERREY MORAN, MARIANA DORIAN, con DNI N° 72435753, las cuales solicitan apoyo a fin de realizar la investigación:

“SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA Y AUTOCONCEPTO EN ESTUDIANTES DEL NIVEL SECUNDARIO DE UNA INSTITUCION EDUCATIVA DE LIMA – 2020”

Lima, 13 de octubre 2020.



Carlos A. Cajo Ccencho
DNI: 06850146

2	4	5	4	5	5	5	4	5	3	5	4	5	5	5	4	5	5	5	1	5	4	4	5	5	5	5	3	5	5	5	5	0	40	32	39	39	34	37	221	
4	4	5	3	5	4	5	5	3	1	5	4	4	4	3	3	5	4	5	3	3	3	3	2	5	4	3	3	5	5	3	5	11	29	20	30	37	31	35	182	
3	3	5	3	5	3	5	3	5	3	5	4	5	5	5	4	5	5	5	3	5	3	4	4	5	3	5	5	5	5	5	12	40	27	34	39	28	35	203		
4	3	2	3	3	5	3	3	2	2	2	2	2	2	1	4	4	5	3	1	2	2	3	4	3	3	2	2	5	2	3	4	19	18	18	28	27	22	23	136	
2	4	3	4	3	4	5	3	3	2	4	4	4	5	4	5	4	4	3	4	4	3	5	3	5	4	3	3	5	3	5	3	8	29	29	27	34	27	32	178	
2	3	3	3	2	2	4	3	3	3	3	2	4	3	4	4	4	5	4	3	4	4	4	4	4	5	4	4	3	5	5	5	11	29	30	31	29	29	33	181	
4	1	5	4	3	1	3	2	3	5	4	2	2	2	3	4	2	1	4	3	4	5	4	1	4	4	3	5	5	2	2	4	20	26	33	13	29	22	25	148	
5	2	3	1	4	5	4	3	2	3	3	2	4	4	2	3	5	4	5	4	2	4	2	3	5	4	4	3	5	4	3	5	16	22	22	28	31	30	34	167	
3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	1	1	1	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	45	20	24	17	19	20	17	117	
3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	1	1	1	3	2	3	2	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	2	42	20	24	17	19	20	17	117	
5	4	5	4	4	4	5	5	4	2	4	5	5	5	5	4	5	5	4	4	4	5	4	5	4	4	4	3	5	5	4	2	5	34	31	39	36	33	36	209	
2	4	2	2	2	4	2	2	3	1	2	2	3	4	2	2	4	2	4	1	3	1	4	3	2	3	2	1	5	4	3	3	17	21	13	26	29	25	21	135	
2	2	3	2	1	5	2	1	3	4	1	1	2	2	2	1	1	2	1	4	2	3	1	2	1	2	5	4	3	2	2	4	46	24	23	22	12	21	12	114	
2	2	1	2	3	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	3	1	2	2	1	2	2	1	1	2	1	5	2	2	54	12	12	14	20	15	14	87
4	3	4	4	3	2	3	2	3	4	4	2	3	2	3	4	3	2	4	4	3	3	3	1	3	3	4	4	5	3	3	5	24	27	30	16	28	24	25	150	
4	4	3	2	2	3	2	2	3	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	3	4	2	2	2	2	1	5	2	2	5	24	21	19	22	25	21	20	128		
2	5	3	1	4	2	5	4	3	2	3	2	5	4	2	2	5	4	2	3	2	3	2	2	5	4	4	2	5	4	5	5	44	25	19	25	32	32	34	167	
4	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	4	5	5	5	4	4	4	3	4	4	5	4	4	4	4	3	3	5	4	4	5	0	27	33	32	34	34	32	192	
4	5	5	4	3	5	5	4	4	3	3	5	4	5	5	4	5	5	3	5	3	4	3	5	3	5	3	5	5	5	5	7	35	33	34	30	31	38	201		
3	3	3	4	4	2	3	2	2	4	2	3	4	2	3	3	3	4	3	2	3	4	1	4	1	2	2	5	3	3	4	18	22	21	20	28	20	24	135		
4	2	3	4	2	3	2	4	3	3	1	2	2	2	2	3	4	2	3	1	2	2	4	2	4	3	2	3	5	3	2	5	17	20	24	22	25	23	24	138	
4	2	3	4	3	2	5	2	3	3	3	2	4	4	2	2	5	2	2	2	5	5	2	2	3	3	3	2	5	2	2	3	21	23	27	18	29	20	26	143	
3	5	5	4	4	4	4	1	5	3	5	4	5	5	5	4	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	3	5	5	5	3	39	31	37	36	32	37	212		
4	5	5	4	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	0	39	37	40	40	39	39	234		
2	5	5	2	3	5	5	5	4	3	4	3	5	2	5	5	5	2	5	1	5	4	5	4	5	5	5	3	5	3	5	5	7	38	28	29	36	28	34	193	
3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	1	1	1	3	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	3	3	3	2	2	2	42	20	24	17	19	20	17	117		
4	5	3	4	4	3	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	5	4	5	3	5	2	5	3	3	5	4	5	3	5	5	28	31	28	38	32	39	196		
2	2	1	2	4	4	3	4	1	1	4	2	1	2	1	4	5	2	3	2	1	2	4	2	3	2	2	2	5	2	1	5	16	12	20	18	33	21	20	124	
4	1	5	5	2	1	5	5	3	4	3	2	4	4	3	5	2	2	5	2	4	5	4	2	3	3	5	4	5	5	5	5	5	30	35	25	29	27	36	182	
1	4	2	2	3	2	3	2	1	2	2	2	3	2	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	1	5	2	5	25	18	17	20	24	25	123
1	3	2	1	1	4	2	3	3	3	1	3	2	3	3	2	2	3	3	2	3	3	4	3	2	2	3	1	5	2	3	4	21	22	18	22	18	20	17	117	
4	3	4	3	4	4	5	4	4	3	4	4	5	4	5	5	3	4	4	3	5	4	4	4	4	4	4	3	5	4	5	5	2	32	31	33	33	29	36	194	
3	3	3	4	5	3	5	1	3	3	4	4	5	5	5	3	5	4	5	3	5	4	3	2	4	3	5	3	5	4	5	3	8	34	26	25	35	26	35	181	
4	5	4	5	2	2	5	5	2	3	4	2	2	5	4	2	5	2	2	5	2	4	1	2	5	2	5	2	5	4	5	5	2	31	34	20	22	29	38	174	
3	3	3	4	5	3	5	1	3	3	4	4	5	5	5	3	5	4	5	3	5	4	3	2	4	3	5	3	5	4	5	3	8	34	26	25	35	26	35	181	
4	5	4	3	4	5	4	4	3	2	3	4	4	5	3	2	3	5	3	4	4	2	4	2	4	5	5	4	5	2	5	4	6	31	19	39	30	34	32	185	
4	5	5	4	5	5	5	5	3	5	5	4	5	5	5	5	5	2	5	3	5	2	5	5	5	5	5	2	5	5	5	6	39	23	37	40	36	39	214		
3	2	4	2	2	3	3	2	3	1	2	2	3	4	3	3	4	2	5	1	4	3	4	3	4	2	3	2	5	2	4	5	5	27	19	22	29	22	30	149	
2	5	4	4	5	5	5	4	4	5	3	4	4	4	4	4	5	4	5	2	4	4	4	4	5	5	4	4	5	4	4	5	0	34	34	32	39	35	33	207	
3	4	5	4	4	5	5	3	4	3	4	5	4	3	5	5	5	5	3	5	3	2	5	3	2	5	4	5	5	5	5	0	35	30	39	32	32	36	204		
1	2	1	1	2	1	2	5	1	1	2	2	1	2	2	1	1	2	3	3	2	2	1	1	1	1	3	1	5	1	2	2	33	19	10	12	19	19	15	94	
3	4	3	4	3	4	4	3	2	4	3	4	4	3	4	5	4	4	3	4	5	4	2	5	3	4	1	5	4	4	3	6	26	26	25	33	28	33	171		
5	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	2	40	40	34	38	36	39	227		
4	5	3	4	2	2	3	2	3	2	1	2	3	4	3	3	2	3	4	3	3	5	1	5	3	2	5	2	5	3	3	7	26	26	25	18	23	25	143		
4	3	4	3	4	2	5	4	4	3	4	3	4	5	4	3	5	4	5	3	4	3	5	3	5	4	5	3	5	5	5	4	32	26	29	38	32	38	195		
4	4	3	4	2	1	3	3	3	2	2	4	4	3	4	4	4	4	3	3	4	2	5	1	5	4	3	5	3	5	3	16	25	30	27	24	30	25	161		
4	4	3	4	2	1	2	2	3	3	2	1	2	5	2	5	1	4	5	4	2	4	4	5	2	2	4	4	5	5	2	25	22	32	30	23	28	22	157		
4	2	5	4	4	2	4	1	4	3	4	2	4	4	4	4	4	4	5	2	4	2	1	2	5	2	4	3	5	4	4	4	32	24	25	31	23	34	169		
2	2	1	4	4	1	2	4	3	1	3	4	3	4	3	1	4	5	4	2	2	1	4	4	5	4	4	1	5	3	3	5	18	23	15	27	31				

1	2	3	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	4	2	4	1	2	4	3	2	3	2	2	2	3	3	3	5	3	3	5	23	20	26	21	19	27	20	133	
4	4	3	4	3	4	5	4	4	3	3	5	5	5	5	3	3	4	4	3	5	5	3	4	5	4	5	3	5	5	5	5	2	31	25	33	29	32	37	187	
5	5	5	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	3	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	5	5	0	38	31	40	39	35	39	222		
2	3	3	3	3	2	4	2	3	3	4	3	5	2	3	3	5	2	3	3	4	4	4	3	3	3	4	3	5	3	4	5	13	26	24	23	32	23	28	156	
5	1	3	5	5	4	5	4	3	5	2	1	4	5	3	4	2	5	4	4	4	3	1	2	5	2	5	4	4	4	5	26	31	30	30	27	23	34	175		
5	5	3	4	5	1	5	3	3	1	3	5	4	1	5	2	1	5	3	3	2	3	3	4	3	3	3	1	3	4	3	1	18	24	20	28	26	23	31	152	
2	4	3	2	4	5	3	2	3	2	2	2	3	4	2	4	2	4	4	2	3	4	4	5	3	3	2	2	5	4	2	3	19	23	22	32	28	25	23	153	
4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	3	3	5	4	4	4	13	27	28	28	31	26	31	171	
5	4	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	5	4	4	4	5	4	4	5	7	31	30	28	32	31	34	186	
4	2	5	5	5	3	5	4	4	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	3	5	5	5	4	5	4	5	5	5	5	5	0	39	37	32	40	31	38	217		
5	5	4	5	5	4	4	4	2	2	4	2	2	5	4	5	5	4	5	2	4	4	4	2	5	2	4	2	5	4	4	5	7	30	31	28	37	30	33	189	
2	3	3	2	3	1	3	2	3	3	2	4	3	4	4	3	1	4	4	3	4	2	2	3	3	3	3	3	5	2	3	3	21	28	19	23	22	25	22	139	
1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	5	5	1	5	1	5	5	5	1	5	5	1	2	40	32	36	24	36	28	196
1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	2	4	4	4	4	4	4	2	4	2	4	3	4	3	3	4	2	0	36	29	32	28	34	27	186
5	2	3	5	2	5	5	5	3	2	3	4	4	4	4	3	4	4	4	1	5	3	4	2	5	2	4	3	5	3	5	5	6	29	23	26	29	26	35	168	
3	4	3	5	2	4	4	4	2	3	2	4	4	5	3	2	4	3	3	3	4	5	2	4	4	4	1	5	4	3	5	0	26	22	31	25	33	29	166		
4	2	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	5	5	5	5	4	5	4	5	2	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	1	2	29	29	32	34	26	34	184	
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	24	24	24	24	24	24	144	
4	4	5	5	4	3	5	5	5	5	4	5	4	5	4	4	5	4	4	4	5	5	3	3	5	5	5	5	5	5	5	5	0	39	38	35	35	37	37	221	
4	5	5	3	5	4	5	5	5	3	5	5	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	4	4	5	5	5	2	5	5	5	5	0	40	26	34	38	40	39	217	
3	4	3	5	2	4	4	4	2	3	2	4	4	5	3	2	4	3	3	3	4	5	2	4	4	4	1	5	4	3	5	0	26	22	31	25	33	29	166		
4	2	3	4	5	2	5	2	3	3	5	4	5	4	5	4	4	4	5	2	5	3	4	4	5	4	5	3	5	2	5	5	3	33	28	29	37	26	38	191	
2	4	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5	4	5	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	38	32	38	35	36	37	216	
1	2	3	4	2	2	3	3	2	3	2	2	3	4	3	3	5	2	4	2	2	4	2	2	4	2	4	3	5	2	2	4	24	21	27	19	26	21	24	138	
2	4	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5	4	5	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	38	32	38	35	36	37	216		
4	3	3	4	3	3	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	4	4	3	4	4	3	4	4	3	4	3	3	5	4	4	4	11	27	28	28	31	26	31	171	
2	4	3	1	2	3	2	5	4	1	2	4	1	3	3	2	2	1	2	5	5	5	4	2	3	5	2	2	3	2	1	4	32	25	22	23	20	34	18	142	
3	4	5	3	4	2	5	4	3	2	4	2	5	3	4	3	2	4	4	4	4	5	4	4	5	4	4	3	5	4	5	3	4	32	25	26	34	28	37	182	
3	5	3	2	4	4	3	2	2	4	3	4	2	4	2	4	3	2	4	3	2	5	3	2	1	2	4	4	5	3	2	4	26	21	28	25	31	25	20	150	
4	2	5	4	5	3	4	3	5	3	5	4	3	5	3	3	4	5	5	2	4	5	4	5	5	4	5	1	5	5	4	5	11	37	27	34	36	26	35	195	
2	4	5	5	5	5	5	5	4	3	3	3	5	5	4	5	5	5	5	2	5	3	5	5	5	5	3	5	5	5	5	3	38	32	38	35	36	37	216		
3	2	5	2	3	3	4	4	2	3	1	1	1	5	3	5	1	1	2	5	1	1	2	1	1	4	5	3	5	5	1	5	46	28	18	19	19	27	15	126	
4	5	5	3	4	4	5	1	5	4	5	4	5	4	5	4	5	2	5	1	3	1	5	3	5	1	5	1	5	1	5	5	0	36	26	25	39	26	39	191	
4	5	5	1	5	3	5	1	5	4	5	5	5	5	5	5	3	3	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	5	5	0	39	33	32	38	36	39	217		
3	4	5	3	4	2	5	4	4	2	4	3	4	4	4	2	5	4	5	2	4	5	4	4	5	4	4	3	5	4	5	5	4	36	24	29	34	29	36	188	
1	4	3	4	5	5	3	4	3	2	5	3	4	4	4	3	4	4	4	2	3	5	2	4	3	4	3	1	5	4	3	5	8	28	25	29	32	29	25	168	
5	4	4	2	4	3	4	4	3	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	2	5	4	4	4	5	7	31	30	28	32	31	34	186
4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	3	5	5	5	5	4	5	4	5	2	3	3	3	3	3	4	5	5	5	5	5	1	2	29	29	32	34	26	34	184	
2	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	23	24	24	25	24	27	21	145	

Anexo 9: Baremos

PC	Somático- motivacional	Cognitivo- afectivo	Sintomatología depresiva (Escala global)	Categorías
1	0	0	0	
2	0	0	0	
3	0	0	0	
4	0	0	0	
5	0	0	0	Bajo
10	0	0	0	
15	1	0	2	
20	2	0	3	
25	3	1	4	
30	4	2	5	
35	4	2	6	
40	5	2	7	
45	6	3	8	
50	7	3	9	Medio
55	8	4	11	
60	9	5	13	
65	11	6	16	
70	15	6	21	
75	16	7	22	
80	17	9	25	
85	19	11	29	
90	23	14	34	
95	26	19	44	Alto
96	27	19	45	
97	30	19	46	
98	30	21	52	
99	31	29	56	
X	9.26	5.03	14.29	Media
DE	8.21	5.89	13.68	D.E.
Mínimo	0	0	0	Mínimo
Máximo	32	33	57	Máximo

Anexo 10: Asentimiento informado



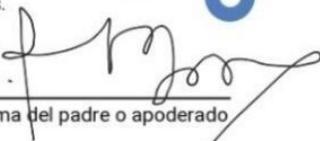
Asentimiento informado

- Nombre de investigación:
"Síntomatología depresiva y Autoconcepto en estudiantes de nivel secundario de un colegio de Lima"
- Objetivo de la investigación:
Determinar la relación entre la sintomatología depresiva y autoconcepto en los estudiantes del nivel secundario.
- Tiempo requerido:
40 minutos
- Confiabilidad:
El proceso será estrictamente confidencial, su nombre como apoderado y el nombre de su menor hijo son absolutamente referenciales y serán únicamente utilizado con fines académicos.
- A quien contactar en caso de alguna consulta de la presente investigación:
- María Angélica cahuana zapata
Telf. 945 303 132
Correo: angelica.zapata2615@gmail.com
 - Mariana Monterrey Moran
Telf. 970 384 495
Correo: marianadorianm@gmail.com

Por favor llenar los siguientes datos.

AUTORIZACIÓN

Yo, [Redacted] con número de DNI [Redacted] he leído el procedimiento descrito y autorizo que mi menor hija Miranda [Redacted] del 5to. A participe en la encuesta realizada para la investigación: "Síntomatología depresiva y Autoconcepto" que se está realizando en el la Institución Educativa "Ateneo School". Y autorizo que la información se utilice para fines académicos.


Firma del padre o apoderado

Anexo 11: Fotos de Aplicación del Instrumento

