

Autoestima en relación con la sintomatología depresiva en adolescentes de Lima Norte

Self-esteem in relation to depressive symptoms in adolescents from Lima Norte

Ramos Valerio Shirley Jhenifer¹

Resumen

Objetivo: determinar la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en estudiantes de secundaria de una institución educativa estatal en Comas. **Materiales y métodos:** el tipo de estudio fue correlacional y el diseño no experimental de corte transversal. La muestra estuvo conformada por 224 adolescentes entre los 13 y 15 años. Los instrumentos fueron la Escala de Autoestima de Coopersmith, Inventario de Depresión de Beck y el cuestionario de datos sociodemográficos. A nivel inferencial, se utilizó la prueba Chi cuadrado y Kruskal Wallis, con un nivel de significancia menor e igual a 0.05. **Resultados:** existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva ($p=0.000$). De igual forma, la autoestima se asoció con el sexo ($p=0.027$). Respecto a la asociación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de la autoestima, se encontró relación con la autoestima general de sí mismo ($p=0.000$), social ($p=0.003$), hogar ($p=0.000$) y escolar ($p=0.012$). Además, se evidenció la relación entre el nivel educativo del padre y la dimensión general de sí mismo ($p=0.005$). **Conclusión:** La mayoría de los estudiantes que perciben una valoración positiva de sí mismo reflejan una mínima sintomatología respecto a su estado afectivo. Asimismo, en la formación de su identidad se encuentran inmersos los agentes socializadores como son el hogar, el aspecto social y académico, la instrucción del padre y el sexo. Sin embargo, que el adolescente pueda mostrar elementos de un buen desempeño en el contexto que lo rodea, no necesariamente es indicio de ausencia de síntomas de depresión u otro malestar de la salud mental.

Palabras clave: Autoestima; Depresión; Adolescente; Familia; Rendimiento escolar (Fuente: DeCS).

Abstract

Objective: to determine the relationship between self-esteem and depressive symptoms in high school students from a state educational institution in Comas. **Materials and methods:** the type of study was correlational and the cross-sectional non-experimental design. The sample consisted of 224 adolescents between the ages of 13 and 15. The instruments were the Coopersmith Self-Esteem Scale, the Beck Depression Inventory, and the socio-demographic questionnaire. At the inferential level, the Chi square and Kruskal Wallis tests were used, with a level of significance lower than and equal to 0.05. **Results:** there is a relationship between self-esteem and depressive symptoms ($p=0.000$). Similarly, self-esteem was associated with sex ($p=0.027$). Regarding the association between depressive symptoms and the dimensions of self-esteem, a relationship was found with the general self-esteem of oneself ($p=0.000$), social ($p=0.003$), home ($p=0.000$) and school ($p=0.012$). In addition, the relationship between the educational level of the father and the general dimension of himself was evidenced ($p=0.005$). **Conclusion:** Most students who perceive a positive assessment of themselves reflect a minimal symptomatology regarding their affective state. Likewise, socializing agents such as the home, the social and academic aspects, the father's education, and sex are immersed in the formation of their identity. However, the fact that the adolescent can show elements of good performance in the surrounding context is not necessarily an indication of the absence of symptoms of depression or other mental health problems.

Key words: Self-esteem; Depression; Teenagers; Family; School performance (Source: DeCS).

Para citar:

Ramos SJ. Autoestima en relación con la sintomatología depresiva en adolescentes de Lima Norte. CASUS. 2020;5(3):106-117.

DOI: 10.35626/casus.3.2020.312

¹ Universidad Católica Sedes Sapientiae.
Correo electrónico: shirleyramosvalerio3@gmail.com



Fecha de recepción: 24-09-20
Fecha de envío a pares: 26-09-20
Fecha de aprobación por pares: 10-12-20
Fecha de aceptación: 11-12-20

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud, la depresión repercute en la carga mundial general de morbilidad, pues más de la mitad de los afectados en todo el mundo no recibe tratamiento, por lo que el suicidio representa la segunda causa de fallecimientos entre los jóvenes de entre 15 a 29 años (1). En el contexto latinoamericano, la Encuesta Mundial de Salud Escolar realizada por la Organización Panamericana de la Salud refiere que de 28.368 alumnos de 544 escuelas secundarias en Argentina el 16.9% de los adolescentes había considerado la posibilidad de suicidarse en ese año (2).

En el Perú, el Ministerio de Salud menciona que entre los trastornos mentales la depresión presenta tasas muy elevadas de discapacidad y tienen una probabilidad de muerte prematura, entre un 40% a 60% mayor que la población general, y si no son atendidos podrían conllevar al suicidio (3). Dado que la adolescencia es un proceso continuo que presenta cambios a nivel físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, dicho proceso demanda estrategias para establecer el sentido de identidad, autonomía, éxito personal y social (4). Por ende, las altas demandas o exigencias podrían generar en el adolescente baja autoestima y presencia de trastornos psicológicos (5).

La sintomatología depresiva es considerada un factor de riesgo para la salud del adolescente y se caracteriza por la presencia de tristeza, labilidad afectiva, cambios de humor, pérdida de interés o de placer y creencias de autoeficacia que le hacen dudar de las capacidades que posee (6). Al respecto, se ha identificado que los desencadenantes más habituales suelen ser las relaciones familiares, amistosas y el rendimiento escolar. Como factor principal se presenta la percepción familiar, la de los maestros, los pares; quienes refuerzan el valor de sí mismo. Aunque, la detección puede llegar a ser frecuentemente tardía, puesto que en algunos casos el adolescente puede presentar ciertos síntomas que son atribuidos a la etapa en la que se encuentran (7). Asimismo, en la adolescencia se suele presentar baja autoestima, ya que a menudo el adolescente tiene dificultades para expresar cómo

se siente, puede llegar a sentirse abrumado, angustiado, pesimista, pues la actitud de un individuo hacia sí mismo está influida por los conceptos que rigen en la familia y demás individuos significativos (8).

Por otra parte, la autoestima en el adolescente refiere a la opinión propia de valoración que se manifiesta con una actitud positiva o negativa respecto a las capacidades, sentimientos y necesidades de cada individuo, expresa el sentirse digno, aquello que impulsa al estudiante a ser capaz de alcanzar sus propósitos y metas; para hacerle frente a las dificultades y adversidades (9). El primer agente de socialización, la familia, representa para el adolescente el poder adquirir normas y valores que influyen de manera positiva o negativa en cuanto a la autoestima, en el desarrollo emocional, la construcción de la autoimagen; representando una necesidad constante de obtener el sentido de pertenencia y de apoyo emocional. Las relaciones que establece en el segundo agente socializador que es la escuela, donde fundamentalmente ocurren procesos como la inclusión dentro de un grupo, interactúa y experimenta la aceptación o rechazo de amistades (10). Asimismo, al obtener una respuesta negativa el adolescente tiende a inhibirse, a experimentar sensación de vacío y desinterés general, disminución de la comunicación y del contacto social, alteraciones del apetito y el sueño (10).

En el Perú, se evidencia que, en la adolescencia, pueden presentarse síntomas depresivos, que cobran mayor importancia pues son causa de morbilidad, discapacidad y también por consecuencias graves como el suicidio (11). Los problemas mentales de los jóvenes que no reciben asistencia están asociados con resultados insuficientes en materia de educación, desempleo, delitos, actividad sexual sin protección, autolesiones y un escaso cuidado de sí mismos que pueden mantenerse hasta la vida adulta si no se recibe un cuidado adecuado y oportuno (12).

Actualmente, las investigaciones en el contexto nacional que indagan en la relación entre estas dos variables no han sido suficientes en la población

adolescente. Por ello, es de utilidad obtener información acerca de la misma, con respecto al sector escolarizado, pues el estudio permitirá futuras investigaciones para conocer a profundidad lo que implica esta correlación, así como posibilitar la prevención de la sintomatología depresiva a través de programas dirigidos al estudiante y al círculo social cercano (13).

De acuerdo con lo mencionado anteriormente, el objetivo principal fue determinar la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en estudiantes de secundaria de una institución educativa estatal en Comas.

MATERIALES Y MÉTODOS

El estudio fue de tipo correlacional, de diseño no experimental y corte transversal. La muestra estuvo conformada por 224 estudiantes de secundaria de 2do a 4to de secundaria, se utilizó un muestreo bietápico. En primer lugar, se realizó el muestreo probabilístico estratificado pues se consideró por cada segmento (segundo, tercero y cuarto). En segundo lugar, tras encontrar la muestra para cada estrato se empleó el muestreo aleatorio simple. Las variables principales fueron: autoestima y sintomatología depresiva.

Se asumió por autoestima a la evaluación y valoración de sí mismo respecto a la opinión de agrado o desagrado, de sentirse capaz, competente, digno. Por lo tanto, un juicio personal respecto a las actitudes que posee el individuo (14). La variable fue clasificada como cualitativa politómica ordinal, medida a través de la escala de Autoestima de Coopersmith versión escolar la cual fue adaptada en Perú por Llerena en 1995 (15). Asimismo, tiene cuatro dimensiones: es de sí mismo (26 ítems), social (8 ítems), familiar (8 ítems) y escolar (8 ítems); también se incluye la escala de mentira (8 ítems). Está clasificada en cuatro categorías e indicadores: baja autoestima (0-24), promedio bajo (25-49), promedio alto (50-74) y alta autoestima (75-100).

Por otro lado, Beck refiere que la depresión se caracteriza por presencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, percepción infravalorada de sí

mismo, sentimientos de culpa y cansancio (16). La variable, de naturaleza cualitativa politómica ordinal, se recolectó a través de la Escala de Medición de Beck, la misma fue adaptada por Carranza (17). Cada ítem responde a cuatro categorías de respuestas ordenadas que se codifican de 0 hasta 3. La clasificación: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada y 29-63, depresión grave o severa.

Respecto a las variables sociodemográficas fueron consideradas: edad, discreta con una escala de razón (años). Sexo, dicotómica nominal (masculino, femenino). Grado escolar, politómica ordinal (tercero, cuarto, quinto). Estado civil de los padres, politómica nominal (soltero, casado, viudo, separado, divorciado). Nivel educativo del padre, politómica ordinal (sin educación primaria, secundaria, técnico, universitario). Nivel educativo de la madre, politómica ordinal (sin educación, primaria, secundaria, técnico, universitario). Tipos de familia, politómica nominal (Nuclear, ambos padres y uno o más hijos; extensa, abuelos, tíos, primos y otros; monoparental (un padre).

Para el análisis estadístico se utilizó el paquete Stata 14. En el análisis descriptivo se hallaron frecuencias y porcentajes de las variables categóricas; media y desviación estándar para las variables numéricas. Para el análisis inferencial, primero se procedió a encontrar el tipo de distribución de la variable cuantitativa mediante la prueba de Kolmogorov Smirnov. En el análisis de relación de las variables principales se utilizaron las pruebas de Kruskal Wallis y Chi cuadrado. Se consideró una significancia estadística menor o igual a 0.05. Esta investigación fue aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Católica Sedes Sapientiae y la información de los participantes fue protegida de acuerdo con principios éticos de investigación en seres humanos.

RESULTADOS

En la tabla 1, se reflejó que, de los 224 evaluados, la edad promedio de los estudiantes fue de 14 años, siendo el 52.68% hombres, el 36.16% perteneciente al tercero de secundaria. Provenientes de familia nuclear (51.34%), constituida por padres casados

(45.09%), el padre (58.04%) y la madre (60.27%), ambos con instrucción secundaria terminada. El 68.30% de los estudiantes mostró un nivel mínimo en cuanto a la sintomatología depresiva. A pesar de alcanzar un 50.45% en autoestima, lo que corresponde a un nivel medio alto; se evidenció que en las dimensiones hogar y padres (41.96%), escolar (43.75%), y social (43.75%) obtuvieron un nivel promedio bajo.

Tabla 1. Descripción de las variables en adolescentes

	n	%
Edad (m ± DS)	14.00 ± 0.89	
Sexo		
Masculino	118	52.68
Femenino	106	47.32
Grado escolar		
Segundo	75	33.48
Tercero	81	36.16
Cuarto		
Estado civil de los padres		
Divorciado	2	0.89
Separado	68	30.36
Viudo	13	5.80
Casado	101	45.09
Soltero	40	17.86
Nivel educativo del padre		
Universitario	25	11.16
Técnico	42	18.75
Secundaria	130	58.04
Primaria	26	11.61
Sin educación	1	0.42
Nivel educativo de la madre		
Universitario	25	11.16
Técnico	35	15.63
Secundaria	135	60.27
Primaria	27	12.05
Sin educación	2	0.89
Tipos de Familia		
Monoparental	37	16.52
Extensa	72	32.14
Nuclear	115	51.34
Autoestima		
Bajo	2	0.89
Medio bajo	27	12.05
Medio alto	113	50.45
Alto	82	36.61

Tabla 1. continúa

	n	%
Dimensiones de la autoestima		
General		
Bajo	1	0.45
Medio bajo	18	08.04
Medio alto	76	33.93
Alto	129	57.59
Social		
Bajo	64	28.57
Medio bajo	98	43.75
Medio alto	56	25.00
Alto	6	2.68
Hogar y padres		
Bajo	56	25.00
Medio bajo	94	41.96
Medio alto	63	28.13
Alto	11	4.91
Escolar y académica		
Bajo	33	14.73
Medio bajo	98	43.75
Medio alto	87	38.84
Alto	6	2.68
Sintomatología depresiva		
Mínimo	153	68.30
Leve	25	11.16
Moderado	26	11.61
Severo	20	8.93

Por otro lado, se evidenció una relación significativa entre sintomatología depresiva y autoestima ($p=0.000$). El 49.02% de los estudiantes encuestados con una mínima sintomatología depresiva presentó un promedio alto en autoestima. Con relación a las variables sociodemográficas, se relacionó la autoestima con el sexo, siendo los estudiantes varones (55.08%) y con el nivel educativo del padre (46.15%), los que presentaron una autoestima promedio alto. El resto de los resultados se pueden observar en la tabla 2. Por otra parte, se reflejó una relación entre la variable nivel educativo del padre y la dimensión general de sí mismo ($p=0.005$). El 60.77% de los estudiantes que tenían padres que han terminado secundaria reportaron una autoestima general alta. Aunque en la dimensión hogar y padres el 19.23% coincide con una autoestima baja. Asimismo, el 69.93% de los evaluados que mostró una mínima sintomatología depresiva presentan una

Tabla 2. Asociación entre sintomatología depresiva, autoestima y variables sociodemográficas

	Autoestima				p
	Bajo n (%)	Promedio bajo n (%)	Promedio alto n (%)	Alto n (%)	
Edad (m ± DS)	13 ± 0	14.33 ± 0.78	14.04 ± 0.87	13.85 ± 0.90	0.033
Sexo					0.027
Masculino	0(0.00)	8(6.78)	65(55.08)	45(38.14)	
Femenino	2(1.89)	19(17.92)	48(45.28)	37(34.91)	
Grado escolar					0.191
Segundo	2(2.67)	6(8.00)	38(50.67)	29(38.6)	
Tercero	0(0.00)	8(9.88)	42(51.85)	31(38.27)	
Cuarto	0(0.00)	13(19.12)	33(48.53)	22(32.35)	
Estado civil de los padres					0.980
Divorciado	0(0.00)	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	
Separado	0(0.00)	9(13.24)	36(52.94)	23(33.82)	
Viudo	0(0.00)	1(7.69)	7(53.85)	5(53.85)	
Casado	1(0.99)	12(11.88)	47(46.53)	41(40.59)	
Soltero	1(2.50)	5(12.50)	22(55.00)	12(30.00)	
Nivel educativo del padre					0.022
Universitario	1(4.00)	1(4.00)	14(56.00)	9(36.00)	
Técnico	0(0.00)	4(9.52)	21(50.00)	17(40.48)	
Secundaria	0(0.00)	17(13.08)	60(46.15)	53(40.77)	
Primaria	1(3.85)	4(15.38)	18(69.23)	3(11.54)	
Sin educación	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Nivel educativo de la madre					0.539
Universitario	1(4.00)	1(4.00)	12(48.00)	11(44.00)	
Técnico	0(0.00)	3(8.57)	20(57.14)	12(34.29)	
Secundaria	1(0.74)	18(13.33)	64(47.41)	52(38.52)	
Primaria	0(0.00)	4(14.81)	16(59.26)	7(25.93)	
Sin educación	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Tipos de Familia					0.483
Monoparental	0(0.00)	3(8.11)	17(45.95)	17(45.95)	
Extensa	0(0.00)	10(13.89)	33(45.83)	29(40.28)	
Nuclear	2(1.74)	14(12.17)	63(54.78)	36(31.30)	
Sintomatología depresiva					0.000
Mínimo	0(0.00)	8(5.23)	75(49.02)	70(45.75)	
Leve	0(0.00)	3(12.00)	15(60.00)	7(28.00)	
Moderado	1(3.85)	6(23.08)	16(61.54)	3(11.54)	
Severo	1(5.00)	10(50.00)	7(35.00)	2(10.00)	

alta autoestima general de sí mismos. Sin embargo, en lo que respecta a las dimensiones social (43.14%), hogar (41.83%) y escolar (39.22%), se evidenció una autoestima promedio bajo. El resto de los resultados se puede observar en la tabla 3.

En la tabla 4, se observó relación entre el nivel educativo del padre y la sintomatología depresiva, constatando que los estudiantes de padres con educación secundaria terminada (70.77%) reflejaron sintomatología depresiva mínima. Sin

Tabla 3. Asociación entre factores sociodemográficas y las dimensiones de la autoestima

	General de sí mismo				p	Social				p
	Bajo n (%)	Promedio bajo n (%)	Promedio alto n (%)	Alto n (%)		Bajo n (%)	Promedio bajo n (%)	Promedio alto n (%)	Alto n (%)	
Edad (m ± DS)	13 ± 0	14.22 ± 0.81	14.08 ± 0.91	13.92 ± 0.87	0.249	14.05 ± 0.81	13.91 ± 0.96	14.04 ± 0.81	14.50 ± 0.84	0.412
Sexo					0.198					0.263
Masculino	0(0.00)	6(5.0)	39(33.05)	73(61.86)		30(25.42)	59(50.00)	26(22.03)	3(2.54)	
Mujer	1(0.94)	12(11.32)	37(34.91)	56(52.83)		34(32.08)	39(36.79)	30(28.30)	3(2.833)	
Grado escolar					0.309					0.523
Segundo	1(1.33)	6(8.00)	23(30.67)	45(60.00)		23(30.67)	34(45.33)	18(24.00)	0(0.00)	
Tercero	0(0.00)	6(7.41)	23(28.40)	52(64.20)		19(23.46)	36(44.44)	22(27.16)	4(4.94)	
Cuarto	0(0.00)	6(8.82)	30(44.12)	32(47.06)		22(32.35)	28(41.18)	16(23.53)	2(2.94)	
Estado civil de los padres					0.681					0.905
Divorciado	0(0.00)	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)		0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Separado	0(0.00)	5(7.35)	24(35.29)	39(57.35)		15(26.47)	30(44.12)	16(23.53)	4(5.88)	
Viudo	0(0.00)	0(0.00)	6(46.15)	7(53.85)		3(23.08)	6(46.15)	4(30.77)	0(0.00)	
Casado	1(0.99)	6(5.94)	35(34.65)	59(58.42)		31(30.69)	44(43.56)	24(23.76)	2(1.98)	
Soltero	0(0.00)	7(17.50)	10(25.00)	23(57.50)		12(30.00)	17(42.50)	11(27.50)	0(0.00)	
Nivel educativo del padre					0.005					0.758
Universitario	1(4.00)	1(4.00)	8(32.00)	15(60.00)		8(32.00)	9(36.00)	7(28.00)	1(4.00)	
Técnico	0(0.00)	5(11.90)	12(28.57)	25(59.52)		9(21.43)	23(54.76)	8(19.05)	2(4.76)	
Secundaria	0(0.00)	10(7.69)	41(31.54)	79(60.77)		37(28.46)	57(43.85)	33(25.38)	3(2.31)	
Primaria	0(0.00)	1(3.85)	15(57.69)	10(38.46)		9(34.62)	9(34.62)	8(30.77)	0(0.00)	
Sin educación	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)		1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Nivel educativo de la madre					0.062					0.789
Universitario	1(4.00)	1(4.00)	8(32.00)	15(60.00)		8(32.00)	12(48.00)	4(16.00)	0(0.00)	
Técnico	0(0.00)	4(11.43)	12(37.14)	18(51.43)		8(22.86)	16(45.71)	10(28.57)	1(2.86)	
Secundaria	0(0.00)	11(8.15)	40(29.63)	84(62.22)		37(27.41)	59(43.70)	35(25.93)	4(2.96)	
Primaria	0(0.00)	1(3.70)	14(51.85)	12(44.44)		9(33.33)	11(40.74)	7(25.93)	0(0.00)	
Sin educación	0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)		2(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Tipos de Familia					0.856					0.270
Monoparental	0(0.00)	2(5.41)	11(29.73)	24(64.86)		8(21.62)	16(43.24)	10(27.03)	3(8.11)	
Extensa	0(0.00)	5(6.94)	27(37.50)	40(55.56)		20(27.78)	36(50.00)	15(20.83)	1(1.39)	
Nuclear	1(0.87)	11(9.57)	38(33.04)	65(56.52)		36(31.30)	46(40.00)	31(26.96)	2(1.74)	
Sintomatología depresiva					0.00					0.003
Mínimo	0(0.00)	6(3.92)	40(26.14)	107(69.93)		36(23.53)	66(43.14)	45(29.41)	6(3.92)	
Leve	0(0.00)	3(12.00)	7(28.00)	15(60.00)		5(20.00)	16(64.00)	4(16.00)	0(0.00)	
Moderado	1(3.85)	3(11.54)	16(61.54)	6(23.08)		11(42.31)	13(50.00)	2(7.69)	0(0.00)	
Severo	0(0.00)	6(30.00)	13(65.00)	1(5.00)		12(60.00)	3(15.00)	5(25.00)	0(0.00)	

embargo, en lo que respecta a las demás variables sociodemográficas no se encontró relación con la sintomatología depresiva.

DISCUSIÓN

Los resultados muestran que existe relación significativa entre la sintomatología depresiva y la autoestima. Además, se observó que la autoestima se relacionó con el sexo y el nivel educativo del

Tabla 3. continúa

	Hogar				p	Escolar				p
	Bajo n (%)	Promedio bajo n (%)	Promedio alto n (%)	Alto n (%)		Bajo n (%)	Promedio bajo n (%)	Promedio alto n (%)	Alto n (%)	
Edad (m ± DS)	13.96±0.95	14.17±0.81	13.84±0.85	13.55±1.04	0.055	14.30±0.81	13.91±0.90	13.99±0.90	13.83±0.41	0.151
Sexo					0.066					0.743
Masculino	21(17.80)	56(47.46)	35(29.66)	6(5.08)		15(12.71)	53(44.92)	46(38.98)	4 (3.39)	
Mujer	35(33.029)	38(35.85)	28(26.42)	5(4.72)		18(16.98)	45(42.45)	41(38.68)	2(1.89)	
Grado escolar					0.474					0.466
Segundo	20(26.67)	28(37.33)	23(30.67)	4(5.33)		9(12.00)	32(42.67)	32(42.67)	2(2.67)	
Tercero	21(25.93)	31(38.27)	23(28.40)	6(7.41)		10(12.35)	41(50.62)	27(33.33)	3(3.70)	
Cuarto	15(22.06)	35(51.47)	17(25.00)	1(1.47)		14(20.59)	25(36.76)	28(41.18)	1(1.47)	
Estado civil de los padres					0.224					0.674
Divorciado	2(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)		0(0.00)	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Separado	21(30.88)	27(39.719)	19(27.94)	1(1.47)		7(10.29)	36(52.94)	23(33.82)	2(2.94)	
Viudo	5(38.46)	6(46.15)	2(15.389)	0(0.00)		1(7.69)	5(38.46)	7(53.85)	0(0.00)	
Casado	18(17.82)	45(44.55)	30(29.70)	8(7.92)		20(19.80)	38(37.62)	39(38.61)	4(3.96)	
Soltero	10(25.00)	16(40.00)	12(30.00)	2(5.00)		5(12.50)	18(45.00)	17(42.50)	0(0.00)	
Nivel educativo del padre					0.012					0.160
Universitario	8(32.00)	4(16.00)	12(48.00)	1(4.00)		1(4.00)	12(48.00)	10(40.00)	2(8.00)	
Técnico	9(21.43)	18(42.86)	12(28.57)	3(7.14)		5(11.90)	21(50.00)	14(33.33)	2(4.76)	
Secundaria	25(19.23)	64(19.23)	34(26.15)	7(5.38)		21(16.15)	51(39.23)	56(43.08)	2(1.54)	
Primaria	14(53.85)	7(26.92)	5(19.23)	0(0.00)		5(19.23)	14(53.85)	7(26.92)	0(0.00)	
Sin educación	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)		1(100.00)	0(0.00)	0(0.00)	0(0.00)	
Nivel educativo de la madre					0.755					0.079
Universitario	3(12.00)	10(40.00)	10(40.00)	2(8.00)		4(16.00)	6(24.00)	12(48.00)	3(12.00)	
Técnico	8(22.86)	12(34.29)	13(37.14)	2(5.71)		3(8.57)	18(51.43)	14(40.00)	0(0.00)	
Secundaria	35(25.93)	61(45.19)	33(24.44)	6(4.44)		20(14.81)	65(48.15)	47(34.81)	3(2.22)	
Primaria	9(33.33)	10(37.04)	7(25.93)	1(3.70)		5(18.52)	9(33.33)	13(48.15)	0(0.00)	
Sin educación	1(50.00)	1(50.00)	0(0.00)	0(0.00)		1(50.00)	0(0.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Tipos de Familia					0.413					0.697
Monoparental	12(32.43)	16(43.24)	9(24.32)	0(0.00)		4(10.81)	13(35.14)	19(51.35)	1(2.70)	
Extensa	19(26.39)	26(36.11)	21(29.17)	6(8.33)		9(12.50)	34(47.22)	27(37.50)	2(2.78)	
Nuclear	25(21.74)	52(45.22)	33(28.70)	5(4.35)		20(17.39)	51(44.35)	41(35.65)	3(2.61)	
Sintomatología depresiva					0.000					0.012
Mínimo	26(16.99)	64(41.83)	53(34.64)	10(6.54)		17(11.11)	60(39.22)	71(46.41)	5(3.27)	
Leve	5(20.00)	14(56.00)	5(20.00)	1(4.00)		3(12.00)	16(64.00)	6(24.00)	0(0.00)	
Moderado	12(46.15)	11(42.31)	3(11.54)	0(0.00)		6(23.08)	13(50.00)	7(26.92)	0(0.00)	
Severo	13(65.00)	5(25.00)	2(10.00)	0(0.00)		7(35.00)	9(45.00)	3(15.00)	1(5.00)	

Tabla 4. Asociación entre sintomatología depresiva y variables sociodemográficas

	Sintomatología depresiva				P
	Mínima n (%)	Leve n (%)	Moderada n (%)	Grave n (%)	
Edad (m ± DS)	14.03 ± 0.88	13.88 ± 0.93	13.92 ± 0.89	14 ± 0.86	0.850
Sexo					0.696
Masculino	83(70.34)	14(11.86)	11(9.32)	10(8.47)	
Femenino	70(66.04)	11(10.38)	15(14.15)	10(9.43)	
Grado escolar					0.737
Segundo	46(61.33)	9(12.00)	12(16.00)	8(10.67)	
Tercero	60(74.07)	8(9.88)	7(8.64)	6(7.41)	
Cuarto	47(69.12)	8(11.76)	7(10.29)	6(10.29)	
Estado civil de los padres					0.341
Divorciado	1(50.00)	0(0.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Separado	47(69.12)	8(11.76)	4(5.88)	9(13.24)	
Viudo	7(53.85)	3(23.08)	2(15.38)	1(7.69)	
Casado	68(67.33)	13(12.87)	14(13.86)	6(5.94)	
Soltero	30(75.00)	1(2.50)	5(12.50)	4(10.00)	
Nivel educativo del padre					0.029
Universitario	17(68.00)	2(8.00)	2(8.00)	4(16.00)	
Técnico	27(64.29)	8(19.05)	5(11.90)	2(11.90)	
Secundaria	92(70.77)	15(11.54)	15(11.54)	8(6.15)	
Primaria	17(65.38)	0(0.00)	3(11.54)	6(23.08)	
Sin educación	0(0.00)	0(0.00)	1(100.00)	0(0.00)	
Nivel educativo de la madre					0.506
Universitario	16(64.00)	2(8.00)	5(20.00)	2(8.00)	
Técnico	23(65.71)	6(17.14)	4(11.43)	2(5.71)	
Secundaria	95(70.37)	16(11.85)	13(9.63)	11(8.15)	
Primaria	18(66.67)	1(3.70)	3(11.11)	5(18.52)	
Sin educación	1(50.00)	0(0.00)	1(50.00)	0(0.00)	
Tipos de Familia					0.706
Monoparental	27(72.97)	3(8.11)	3(8.11)	4(8.11)	
Extensa	48(66.67)	7(9.72)	8(11.11)	9(12.50)	
Nuclear	78(67.83)	15(13.04)	15(13.04)	7(6.09)	

padre; así como la dimensión de sí mismo de la autoestima y el nivel educativo del padre. Del mismo modo, se observó que la sintomatología depresiva se relacionó con la dimensión social, hogar y escolar.

Los adolescentes con sintomatología depresiva mínima presentaron autoestima de promedio alto a alto. Dicho resultado es corroborado por otras investigaciones que sostienen que la sintomatología depresiva se relaciona en sentido inverso con la

autoestima (18,19,20,21). La teoría cognitiva de Beck puede ser útil para entender el proceso de la depresión, ya que el aprendizaje de pensamientos negativos en el individuo puede desencadenar este trastorno. Por otro lado, la ausencia o baja frecuencia de estos pensamientos permite una percepción positiva de sí mismos, del mundo y del futuro, precisamente esta autoevaluación conceptualiza a la autoestima como un elemento importante en la adolescencia (22).

Por otro lado, los estudiantes varones presentaron una autoestima promedio alto. En la literatura se muestran resultados similares donde los hombres obtuvieron puntajes de alta autoestima (23). Se podría explicar que el género tiene relación con los rasgos psicológicos durante la adolescencia, siendo factores relevantes el contexto social, escolar y cultural, diferencias que parecen surgir de los patrones de socialización tradicionales. En la socialización masculina se emplean estrategias más centradas en los logros personales que ellos pueden comparar con los obtenidos por sus iguales y en la solución del problema por lo que desarrollan la autonomía, autoconfianza e independencia. En cambio, en la femenina se utilizan estrategias menos eficaces, centradas en la emoción, función de la aprobación de las personas significativas, en la búsqueda de intimidad y la dependencia (24). Dado que las diferencias en autoestima han sido atribuidas a la relación con factores culturales que intervienen en la construcción y en la valoración de sí mismo; los adolescentes con una alta autoestima evidencian una mejor salud mental y una buena adaptación social (25).

Además, los estudiantes que tenían padres que terminaron la secundaria reportaron una autoestima de promedio alta a alta, al igual que en la dimensión de sí mismos. No se encontraron resultados similares. Sin embargo, se podría sustentar que los padres con educación básica logran desarrollar una autoestima alta, pues promueven un contexto familiar basado en la expresividad de opiniones, sentimientos y afectos que proporciona a los adolescentes recursos individuales y sociales que mejoran sus relaciones de convivencia y de autoestima (18). Esto quiere decir que, cuando hay confianza en el adolescente, este puede tomar sus propias decisiones o equivocarse sin que ello implique frustración, en cambio cuando dicha confianza está ausente en el hogar se puede observar una serie de problemáticas relacionadas a su desempeño escolar e interacción social (26).

Los adolescentes que reflejaron una mínima sintomatología depresiva reportaron una autoestima social promedio bajo. Otro estudio no coincide con los resultados obtenidos, manifestando que los

adolescentes con depresión reportaron una mayor vivencia de sucesos estresantes negativos relacionados con amigos, compañeros y/o novios (27). Esto podría explicarse por el vínculo existente entre el rechazo social y el desajuste psicosocial de la persona, el grado de aceptación o rechazo juegan un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima (28). No obstante, la mínima sintomatología depresiva se podría deber a que existen otros factores que se asocian a este hallazgo como el aprendizaje, la experiencia, los logros académicos, es decir, el adolescente presentará malestar si experimenta afectada las áreas de éxitos y fracaso que son relevantes para sí mismo, y la ausencia cuando experimenta acontecimientos vitales que tienden a satisfacer sus necesidades (29).

De igual manera, los estudiantes que reflejaron una mínima sintomatología depresiva reportaron una autoestima de promedio bajo a alto en la dimensión hogar. Otros estudios con resultados similares afirman que a menor índice de depresión existe mayor cohesión familiar. En este sentido, la carencia de apoyo social en el ambiente familiar del adolescente afecta en su proceso psicosocial (30, 18).

El funcionamiento familiar es un factor por tomar en cuenta dentro de la etapa de la adolescencia, no solo depende de cómo reaccionan los hijos ante el proceso, sino también de la forma en cómo los padres o apoderados del menor lo perciben, comprenden y asumen esta etapa de la vida. (30). De modo que, la familia podría determinar el comportamiento, la socialización y el desarrollo emocional. Asimismo, la poca cantidad de adolescentes con depresión podría explicarse por la resiliencia, la cual consiste en aprender a resolver los problemas sin perder la actitud positiva hacia otras personas y percibir sus experiencias como algo constructivo y valioso para su propio desarrollo (31).

Finalmente, los estudiantes que presentaron mínima sintomatología depresiva muestran un promedio entre alto y bajo en la dimensión escolar. Esto coincide con otra investigación en la cual se afirma que los adolescentes que presentaron depresión

reflejaron una autoestima baja, con índices bajos de rendimiento escolar (32). Una alta autoestima se relaciona con la capacidad para desarrollar habilidades, el nivel de seguridad personal y académico; en cambio; una baja autoestima se vincula a eventos negativos, pensamientos de derrota, desesperanza, pesimismo y al fracaso escolar. Por tanto, los procesos cognitivos pueden influir en la motivación, el rendimiento y el aprendizaje (33,34). Por ello, en los procesos afectivos como la depresión las creencias de autoeficacia representan un papel primordial, debido a que la percepción del adolescente sobre su capacidad para desempeñar las tareas requeridas y las reacciones emocionales frente a la demanda escolar, refuerzan el nivel de logro y proporcionan el nivel de bienestar (35).

Entre las limitaciones del estudio se consideró la deseabilidad social, por ello al momento de entregar las pruebas se enfatizó que debía primar la sinceridad, asimismo que no hay respuesta buena o mala. Otra limitación del estudio es que no se determinó la causalidad; sin embargo, los resultados proporcionarán datos estadísticos relevantes que podrán ser usados para investigaciones posteriores. Como aspecto positivo es el amplio tamaño muestral y el tipo de muestreo utilizado para obtener una muestra representativa de la población.

CONCLUSIONES

Los estudiantes que perciben una valoración positiva de sí mismos reflejan una ausencia o

mínima sintomatología respecto a su estado afectivo. El ser adolescente implica la necesidad de los agentes socializadores como son el hogar, la sociedad y principalmente la escuela, ya que, al estar en búsqueda de su identidad, las relaciones que establece pueden ser elementos de contingencia para el desarrollo de su autoestima. Asimismo, se identifica otros factores como el sexo, el rol del grupo, la vida familiar, el desempeño escolar y el nivel educativo del padre.

Por lo tanto, a partir de estos hallazgos se fortalece la trascendencia de explorar la autoestima partiendo de los agentes socializadores y el modo de interacción del adolescente según el contexto que frecuente, y que esto se contraste con lo manifestado por el estudiante. Ello permitirá intervenciones psicoterapéuticas integrales en el adolescente respecto a las relaciones familiares, el círculo social y el ámbito académico.

Asimismo, es recomendable la realización de estudios desde un modelo ecológico que aborde la depresión para profundizar en el tema de la formación de la autoestima del adolescente, de la relación del contexto en la autoestima, factores que se podría indagar o abordar como algún acontecimiento estresante, maltrato físico o abuso sexual, el desempleo, la economía, diagnóstico de depresión de familiares, los grupos sociales al que pertenece, el enamoramiento, los medios de comunicación y creencias culturales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Depresión [citado el 30 de enero de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>.
2. Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Encuesta Mundial de Salud Escolar [citado el 29 de abril de 2014]. Disponible en: https://extranet.who.int/ncdcss/Data/arg_C7_2014-09_informe-EMSE-2012.pdf
3. Ministerio de Salud [Internet]. Plan Nacional de Salud Mental [citado el 6 de octubre de 2006]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/454_DGSP237.pdf
4. Pardo G, Sandoval A y Umbarila D. Adolescencia y depresión. *Redalyc*.2004;(13):13-28.
5. Montt M y Chávez, F. Autoestima y salud mental en los adolescentes. *Salud mental*.1996; 19(3):30-35.
6. Beck J. Terapia Cognitiva. Conceptos básicos y profundización. Barcelona: Gedisa;1995.
7. Jaureguizar J, Bernaras E, Soroa M, Sarasa M y Garaigordobil M. Sintomatología depresiva en adolescentes y variables asociadas al contexto escolar y clínico. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*.2015;23(2):245-264.
8. Quispe R y Salvatierra M.(2017). Autoestima en estudiantes de la Institución Educativa 30096 de Sicaya – Huancayo [tesis de pregrado]. Huancayo: Universidad Nacional del Centro del Perú;2017.

9. Montes I, Ramírez V y Martínez J. Nivel de autoestima de adolescentes escolarizados en zona rural de Pereira, Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*.2012;41(3):485-495.
10. Avalos K. Autoestima en adolescentes de 1° Y 5° de secundaria de LA I.E. “Lucie Rynning de Antúnez de Mayolo”, Rímac - 2014. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad de Ciencias y Humanidades;2016.
11. Castillo S. Presencia de síntomas depresivos en adolescentes del colegio “Rosenthal de la Puente” de Magdalena del Mar en el año 2016. [tesis de pregrado]. Lima: Universidad Mayor de San Marcos;2016.
12. Ministerio de Salud [Internet]. Lineamientos de política sectorial en salud mental [citado el 12 de octubre de 2018]. Disponible en:<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4629.pdf>
13. Pinheiro C y Mena P. Relación parental, autoestima y sintomatología depresiva en jóvenes adultos. Implicaciones de los conflictos interparentales, coalición y triangulación. *Universitas Psychologica*.2014;13(3):907-922.
14. Coopersmith S. Estudio sobre la estimación propia. *Psicología Contemporánea. Selections Scientifics American*. Madrid: Blume;1976.
15. Gallardo L. Autoestima en estudiantes del cuarto grado de educación secundaria de la Institución Educativa N° 5179 Los Pinos del distrito de Puente Piedra, 2017. [tesis de pregrado].Lima: Universidad Inca Garcilaso de la Vega;2018.
16. Millán M y Serrano S. Psicología y familia. [Internet]. Barcelona:Cáritas española; 2002 Disponible en https://books.google.com.pe/books?id=yKjUakhlKqEC&pg=PA165&dq=depresion+segun+beck+definicion+y+caracteristicas&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiM__mpzsHiAhVOWlkKHRtNA7sQ6AEILDAB#v=onepage&q&f=false
17. Carranza R. Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck. *Rev.Psicol*.2013;15(2):170-182.
18. Póvedano A, Jimenez T, Moreno T, Amador L y Musitu G. Relación del conflicto y la expresividad familiar con la victimización en la escuela: el rol de la autoestima, la sintomatología depresiva y el género de los adolescentes. *Fundación Infancia y Aprendizaje*.2012;35(4):421-43.
19. Yaacob N, Juhari R., Talib A y Uba I. Loneliness, stress, self-esteem and depression among Malaysian adolescents. *Jurnal Kemanusiaan*.2009;7(2).
20. Rosselló J y Hernández M. Ideación suicida, depresión, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños/as. *Interamerican Journal of Psychology*.2004;38(2):295-302.
21. Abege, T. (2014). Perceived parental care, self-esteem and depression among adolescents in Makurdi secondary schools. *Journal of Educational Policy and Entrepreneurial Research*.2014;1(2):219-226.
22. Figueroa G. La terapia cognitiva en el tratamiento de la depresión mayor. *Revista chilena de neuropsiquiatría*.2002;40:46-62.
23. Tarazona D. (2005). Autoestima, satisfacción con la vida y condiciones de habitabilidad en adolescentes estudiantes de quinto año de media. Un estudio factorial según pobreza y sexo. *Revista de Investigación en Psicología*.2005;8(2):57-65.
24. Matud M. Autoestima en la mujer: un análisis de su relevancia en la salud. *Avances en psicología latinoamericana*.2004;22(1):129-140.
25. Rosa A, Parada J y Rosa Á. Síntomas psicopatológicos en adolescentes españoles: relación con los estilos parentales percibidos y la autoestima. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*.2014;30(1):133-142.26.
26. Arenas S. Relación entre la funcionalidad familiar y la depresión en adolescentes. [tesis de pregrado]. Lima:Universidad Nacional Mayor de San Marcos;2009.
27. Heredia M, Maqueo E y Suárez L. Depresión y sucesos de vida estresantes en adolescentes. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual/Latin American Journal of Behavioral Medicine*.2011;1(2):49-57.
28. Estevéz E, Martínez B y Musitu G. La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Scielo*.2006;15(2).
29. Naranjo C y González A. Autoestima en la adolescencia: análisis y estrategias de intervención. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*.2012;12(3): 389-404.
30. Torrel M y Delgado M. Funcionamiento familiar y depresión en adolescentes de la IE Zarumilla-Tumbes, 2013. *Ciencia y desarrollo*.2016;17(1):47-53.
31. Zapata J, Figueroa M, Méndez N, Miranda V, Linares B, Carrada T, et al. Depresión asociada a la disfunción familiar en la adolescencia. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*.2007;64(5):295-301.
32. Ojeda, F, Velasco A y Moyeda I. Relación del bienestar psicológico, depresión y rendimiento académico

- en estudiantes de secundaria. *Psicología Iberoamericana*.2011; 19(2):27-37.
33. Ortega F, Mendoza, J y Ballestas L. (2014). Factores psicológicos en adolescentes escolarizados con bajo rendimiento académico: depresión y autoestima. *Encuentros*.2014; 12(2),35-47.
34. Baptista, M, Lima, R, Capovilla, A y Melo,L. Síntomas de depresión, atención sostenida y desempeño escolar en estudiantes de educación secundaria. *Psicología Escolar e Educacional*.2006;10(1):99-108.
35. Moyeda I, Velasco A y Ojeda, F. Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. *Anales de Psicología/Annals of Psychology*.2013;29(2):491-500.