



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

DEPRESIÓN Y CONDUCTAS ANTISOCIALES EN ADOLESCENTES DEL
DISTRITO DE TRUJILLO

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

AUTORA:

BR. JULCA SÁNCHEZ LINDA ESTEFANI

ASESORES:

DRA. KARLA ADRIANA AZABACHE ALVARADO

MGTR. ESTUARDO A. MERCADO ALVARADO

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

VIOLENCIA

TRUJILLO – PERÚ

2018

PÁGINA DEL JURADO

Dra. Karla Adriana Azabache Alvarado

PRESIDENTA DEL JURADO

Mg. Estuardo A. Mercado Alvarado

SECRETARIO DEL JURADO

Mg. José Luis Ventura León

VOCAL DEL JURADO

DEDICATORIA

Dios porque me brinda inteligencia
y sabiduría en la carrera y en mi vida.

Para mi mamá María Teresa
Sánchez Flores, por que
sé que desde el cielo me
ha cuidado y guiado,
por todas sus enseñanzas y
consejos, que siempre ha estado
presente.

Para mi papá Santos Luis
Julca López, porque
siempre me ha Apoyado
y brindando su Protección, amor,
por la confianza de creer en mí
cada día.

Para mi hermana Katia Teresa
Julca Sánchez, por ser mi segunda
madre, por ser mi mejor amiga,
por qué me ha enseñado la humildad,
y ser una guerrea de la vida, que cuando
uno sueña, puede llegar a lograrlo.

AGRADECIMIENTO

A mi asesora Karla Azabache Alvarado por guiarme y brindarme los mejores conocimientos, y apoyarme en el proceso de la tesis.

A mi padre por el esfuerzo que hace constantemente para que junto a él pueda cumplir uno de mis más grandes sueños y brindarme la mejor educación, así también por la confianza que ha tenido en mí, siempre ha estado ahí con los mejores consejos, con toda la sabiduría y el amor que solo un padre puede brindar, eres mi ejemplo y mi mejor amigo; y estoy orgullosa de ser tu hija.

A mi hermana por apoyarme incondicionalmente y motivarme para continuar a pesar de los obstáculos, por los mejores consejos y ejemplos porque te convertiste en mi mejor compañera contigo pueda confiar siempre, porque nunca dudaste en mí, eres la mejor hermana que tengo en mi vida, siempre juntas. Así también para Carlos Damián Gutarra Julca que siempre confié en él, todos tus sueños se pueden hacer realidad, la vida encontraras muchos obstáculos, pero siempre busca los mejores consejos en los mejores maestros tus padres.

A mi familia, Anita Sánchez Flores, Santos Julia Sánchez Flores, porque mi mamá me dejó con dos reinas para guiarme en cada camino de la vida, brindarme los mejores consejos, por el amor incondicional que siempre me han brindado y porque son parte fundamental en mi vida, y siempre han estado prestas a escucharme y corregirme también.

Linda Estefani Julca Sánchez

DECLARACION DE AUTENTICIDAD

Yo, Linda Estefani Julca Sánchez con DNI 72915116, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela de Psicología, declaro bajo juramento que toda documentación que acompaño es veraz y auténtica.

Asimismo, declaro también que toda la información y datos que se muestran en la presente tesis son genuinos y reales.

En tal sentido, asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de la información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 11 de febrero 2018.

Br. Linda Estefani Julca Sánchez
DNI 72915116

PRESENTACIÓN

Señores Miembros del Jurado:

Cumpliendo con el reglamento de grados y títulos de la escuela de pregrado de la Universidad César Vallejo, presento a vuestra consideración el presente trabajo de investigación titulado: “Depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo”, con la finalidad de obtener el Título Profesional de Psicología.

La investigación se ha ceñido estrictamente a los cánones impuestos por la metodología de investigación científica, esperando por ello cumplir con los requisitos para su aprobación.

Linda Estefani Julca Sánchez

INDICE

PÁGINA DEL JURADO	ii
Dedicatoria	iii
Agradecimiento.....	iv
Declaracion De Autenticidad	v
Presentación.....	vi
Índice.....	vii
Resumen.....	ix
Abstract.....	x
I.INTRODUCCIÓN 11.....	11
1.1 Realidad Problemática.....	11
1.2 Trabajos previos.....	13
1.3 Teorías relacionadas al tema.....	14
1.3.1 Depresión en adolescentes	14
1.3.2 Modelo explicativo de depresión.....	15
1.3.2.1 Teoría del modelo cognitivo.....	15
1.3.2.2 Características y síntomas de la depresión en los adolescentes.....	16
1.4 Conductas antisociales en los adolescentes.....	17
1.4.1 Definición y características.....	17
1.4.2Teoría de conductas antisociales.....	19
1.4.3 Factores de riesgo de las conductas antisociales.....	19
1.5 Formulación del problema.....	21
1.6 Justificación del estudio.....	21
1.6 Hipótesis.....	21
1.7 Objetivos.....	22
II. MÉTODO	23
2.2 Variables, Operacionalización.....	23
2.3 Población y muestra.....	24

2.3.1 Población.....	24
2.3.2 Muestra.....	24
2.3.3 Muestreo.....	25
2.3.4 Criterios de inclusión.....	25
2.3.5 Criterios de exclusión.....	25
2.4 Técnicas e instrumento.....	25
2.5 Método de análisis de datos.....	28
2.6 Aspectos éticos.....	28
III. Resultados.....	29
IV. Discusión.....	34
V. Conclusiones.....	38
VI. Recomendaciones.....	39
VII. Referencias Bibliográficas.....	40
VIII. Anexos.....	45

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo. El estudio estuvo formado por una muestra de 351 alumnos de las instituciones educativas nacionales de Trujillo, quienes están matriculados en primer, segundo y tercer grado de secundaria cuyas edades son de 13, 14 y 15 años; a dichos alumnos se les aplicó el test de depresión de Beck (Beck II) y el Cuestionario de conductas antisociales de María Teresa Gonzales (CASIA). Los resultados demostraron que la depresión y las conductas antisociales presentan relación directa con tamaño del efecto pequeño, así también con un coeficiente de autodeterminación $R^2 = .108$; el cual explica al 10.8% la varianza total de las conductas antisociales en adolescentes, con un mayor poder explicativo sobre la variable de depresión. Lo que indica la presencia de una asociación lineal entre las variables de depresión y conductas antisociales. También, se demostró que existe predicción entre la variable de depresión y conductas antisociales, con un coeficiente no estandarizado (B), coeficientes estandarizados (β) y test t , evidenciándose significancia estadística ($p < .001$) en los coeficientes de regresión beta. Por otro lado, entre la diferencia entre las instituciones hay significancia ($p < .05$) y que predomina la conducta de depresión ante la conducta antisocial. Finalmente, no se evidencia diferencias significativas en la comparación entre edades ($p < .05$).

Palabras claves: Depresión, Conductas Antisociales, Adolescentes.

ABSTRACT

The objective of this research was to determine the relationship between depression and antisocial behavior in adolescents in the district of Trujillo. The study consisted of a sample of 351 students from the national educational institutions of Trujillo, who were enrolled in first, second and third grade of secondary school, whose ages were 13 and 15 years; they were subjected to the Beck depression test (Beck II) and the antisocial behavior Questionnaire of María Teresa Gonzales (CASIA). The results showed that depression and antisocial behaviors are directly related to small effect size in adolescents, as well as a coefficient of self-determination $R^2 = .108$; which explains to 10.8% the total variance of antisocial behaviors in adolescents, with a greater explanatory power on the variable of depression. This indicates the presence of a linear association between the variables of depression and antisocial behaviors. Also, it was shown that there is a prediction between the variable of depression and antisocial behaviors, with a non-standardized coefficient (B), standardized coefficients (β) and test t, showing statistical significance ($p < .001$) in the beta regression coefficients. On the other hand, between the difference between the institutions there is significance ($p < .05$) and that the behavior of depression predominates before antisocial behavior. Finally, the difference between the comparison between the ages does not show significant differences ($p < .05$).

Keywords: Depression, Antisocial Behaviors, adolescents.

I.INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática.

Hablar de adolescencia es hacer mención a los cambios físicos, sociales, religiosos y psicológicos que afronta una persona entre las edades de 13 - 17 años (Neistein, 1991; Brañas, 1997) los cuales determinarán el desarrollo de sus competencias cognitiva, emocionales y conductuales futuras que influyen en las respuestas frente a la demandas situacionales o contextuales del entorno en los ámbitos personales, familiares y socioculturales

En tal sentido, la adolescencia se convierte en una etapa crucial en el desarrollo humano, pues determina la consolidación de los ciudadanos del futuro. Por ello, son preocupantes los reportes del sistema especializado en reporte de caso sobre violencia escolar, a nivel peruano (SISEVE, 2017) donde se hace evidente que los adolescentes peruanos están incurriendo en conductas antisociales, como la violencia verbal (5,736 casos), psicológica (4,398 casos), violencia por internet (451 casos), hurto (230 casos), violencia física (6,441), con arma (95 casos) y violencia sexual (1,477 casos). Por lo que se refiere a La Libertad, en las instituciones educativas se han presentado 467 casos de violencia, de los cuales 429 son en colegios públicos y 38 en instituciones privadas.

Así mismo, la encargada del Módulo de Atención del Adolescente de la Comisaría de Ayacucho en la ciudad de Trujillo, Zúñiga (comunicación personal, 01 de junio del 2017) refiere que se han reportado, a la fecha, un promedio de 20 casos de adolescentes que han incurrido en delitos de robo (celulares y prendas).

En tanto, si en los adolescentes se instauran los repertorios conductuales antisociales, catalogados como no delictivos por ser conductas que transgreden normas sociales; podrían desencadenar comportamientos delictivos, es decir, infringir las leyes de justicia del país; asumiendo la delincuencia, sicariato, tráfico de drogas, entre otros, como un estilo de vida permanente (Sanabria y Uribe 2009).

Otra realidad preocupante es la que evidencia el Instituto Nacional de Salud Mental del Perú (2015) que muestra a la depresión como el trastorno mental más común, alcanzando a 1' 700, 000 personas; de las cuales el 8% son adolescentes menores de 18 años; así mismo de cada 100 personas que sufren un episodio depresivo el 10% son adolescentes entre 11 y 18 años; superando a la población adulta. Adicionalmente Sebastián, la Directora de Estadística del Hospital Regional de Trujillo (comunicación personal, 02 de junio del 2017) indica que, a la fecha, se han reportado 23 pacientes entre las edades de 13 a 16 años, diagnosticados con depresión; de los cuales 3 han presentado intentos de suicidios. Este contexto reafirma que la depresión se está convirtiendo en un problema de salud pública, ya que afecta a las personas de diferentes edades, en la mayoría adolescentes; generando consecuencias negativas en todas las áreas de su vida (Aceros et al., 2003).

Frente a esto, es necesario identificar factores de riesgo asociados a esta problemática de salud mental, pudiendo hallar en Cassano y Fava (2002) posibles explicaciones; pues, en sus estudios de relación entre depresión y salud pública, encontraron que la depresión aumenta la probabilidad de homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas; generando preocupación en los especialistas de salud mental porque una dimensión personal podría cultivar problemas psicosociales.

Así también podré encontrar que los comportamientos disruptivos como: deserción del colegio, conductas inapropiadas, salir de la clase antes de que concluya, faltar el respeto con sus compañeros, tirar las cosas dentro del colegio, no asistir a clases, no cumplir normas establecidas dentro de la institución o en el hogar; pueden repercutir dentro del comportamiento del adolescente.

Por ende, surge la necesidad de conocer la relación entre la depresión y las conductas antisociales en los adolescentes; pues son dos problemas de salud mental que cobran relevancia, sobre todo en realidad local, el distrito de Trujillo; con la finalidad de comprender los fenómenos conductuales y plantear posibles alternativas de solución.

1.2 Trabajos previos

Ritakallio, Kaltiala-Heino, Kivivuori, Luukkaala, y Rimpelä (2006) en su estudio de investigación denominado “Delinquency and the profile of offences among depressed and non-depressed adolescents” (Delincuencia y perfil de delitos entre adolescentes deprimidos y no deprimidos). Tuvieron como objetivo indagar los patrones de comportamiento criminal en relación con la depresión en adolescentes con conductas delictivas reiteradas. La muestra estuvo constituida por 3679 adolescentes de 14 a 16 años de edad, con patrones delictivos reiterados: quienes, además, participaron en el Estudio de Promoción de la Salud Escolar de Finlandia; obteniendo como resultados que existían diferencias entre los patrones de comportamiento criminal en los adolescentes deprimidos y los no deprimidos; señalando la mayoría de adolescentes delincuentes deprimidos cometieron una variedad de delitos, especializándose en delitos violentos, siendo el vandalismo lo más común.

Mallett, Stoddard Dare y Seck (2009) indagaron sobre el vínculo entre una serie de trastornos mentales o maltrato y la posterior adjudicación de delincuencia, en su trabajo titulado “Predicting juvenile delinquency: The nexus of childhood maltreatment, depression and bipolar disorder” (Predecir la delincuencia juvenil: El nexo entre el maltrato infantil, la depresión y el trastorno bipolar). Los participantes fueron una muestra aleatoria de 555 jóvenes de los tribunales de menores en dos condados de Ohio en los Estados Unidos que fueron evaluados por un período de cuatro años (2003 a 2006). El análisis de regresión identificó que el diagnóstico de depresión y/o trastorno bipolar puede predecir la delincuencia juvenil, además que el maltrato infantil hace menos probable la adquisición futura de conductas delictivas.

Rowe, Rijdsdijk, Maughan, Hosang y Eley (2008) realizaron un estudio denominado “Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: a behavioural genetic approach” (Heterogeneidad en los comportamientos antisociales y comorbilidad con estado de ánimo deprimido: Un enfoque genético - conductual) en una muestra de 941 pares de gemelos y 328 pares de hermanos entre los 12 y 21 años de Reino Unido. Los resultados permitieron señalar que existían Inter

correlaciones entre oposición, agresión física, delincuencia y el estado de ánimo deprimido; además estas serían mediadas por factores genéticos y no, exclusivamente, por influencias medioambientales.

Akse, Hale, Engels, Raaijmakers y Meeus (2006) en su investigación “Co-Occurrence of Depression and Delinquency in Personality Types” (Co-Ocurrencia de depresión y delincuencia en los tipos de personalidad) trabajó un estudio longitudinal con una muestra de 338 jóvenes y adolescentes, estudiantes de 12 escuelas secundarias ubicadas en la provincia de Utrecht, Holanda y participantes del Conflicto y Manejo de Relaciones (CONAMORE). Este trabajo tuvo como finalidad aclarar si el tipo de personalidad es un regulador en la co-ocurrencia longitudinal de la depresión y la delincuencia; demostrándose la coexistencia longitudinal entre depresión y delincuencia, además que estas asociaciones mantienen su estabilidad en el tiempo, en especial en los tipos de personalidad super controladores y sub controladores.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1 Depresión en adolescentes

Beck (1996) señala que las conductas depresivas en adolescentes son un trastorno clínico; caracterizado por tristeza, pérdida del placer, sentimiento de fracaso y culpa, pensamientos o deseos de suicidios y pesimismo. Todas estas características generarían la autodestrucción. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2003) a través de la organización refiere que la depresión es un trastorno clínico del estado de ánimo, que se caracteriza por la falta de interés y el disfrute de las cosas, alteración de manera significativa en las principales áreas de actividad. Para Dallar y Castillo (2000) sobre todo en la adolescencia, porque en esta etapa se presenta inestabilidad en el estado de ánimo.

1.3.2 Modelo Explicativo De Depresión.

1.3.2.1 Teoría del modelo cognitivo

Beck (citado por Mendoza, 2001) con respecto a la depresión, plantea el Modelo Cognitivo, en el enfoque clínico y se encuentra basado en una triada cognitiva: Son tres patrones que influyen: La percepción de sí, la percepción del futuro y la experiencia propia; haciendo que la visión sea pesimista y negativa. Por lo cual esto ocasionaría que la persona presente signos físicos como la apatía, el desgano, los refuerza a adoptar una conducta negativa. Así mismo la organización estructural del pensamiento de cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten, en el caso de los depresivos, se distorsiona los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.

Al mismo tiempo, Lemus (2005) indica que la depresión se presenta por conflictos biológico y psicológico, siendo estas las principales causas evidentes; y muchas de ellas pueden traer como consecuencia carencias en la infancia, pérdidas significativas del futuro, abandono, padres emocionalmente distantes, atmósferas hogareñas hostiles y agresivas. Sumándose a esto, Navarro (2007) refiere que el hogar multi problemático - disfuncional y el contexto socioeconómico, suelen ser factores de riesgo; teniendo en cuenta que todos individuos presentan las necesidades psicosociales del microsistema familiar se están viendo afectadas tanto en lo (físico-biológicas, afectivas y emocionales, relación e interacción entre sus miembros, pertenencia y necesidades educacionales). Así también como el abuso sexual, enfermedad física, estrés prolongada entre otros. La depresión en adolescentes afecta las estrategias de afrontamiento que le permiten establecer sentido de identidad, autonomía, también el éxito personal y social (Pardo et al., 2004).

Por lo tanto, los factores que pueden inclinar en esta etapa, para que tengan depresión, son las redes sociales, percepción de apoyo social, la falta de armonía

interpersonal, perfeccionismo (Sherry et al., 2008) afectando no solo a la persona, sino también a su entorno; ya que involucran alteraciones emocionales graves y duraderas, denotando un estado de ánimo bajo o irritable acompañado de la pérdida de placer en las actividades cotidianas, pérdida en el apetito, del sueño, sentimientos de inutilidad, entre otros síntomas (Ingram, 2005).

En resumen, la depresión se caracteriza por la presencia de conductas autodestructivas, producto de situaciones o experiencias negativas en el proceso de desarrollo humano.

1.3.2.2 Características y Síntomas de la Depresión en los Adolescentes.

Para algunos autores como Pardo (2004) los trastornos depresivos son parecidos entre niños, adolescentes y adultos; en el Manual Diagnóstico y estadísticos de los Trastornos Mentales (DSM - IV, 2002) y Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la enfermedad (CIE-10). La diferencia es que, en los adolescentes, lo más resaltante es el cambio de ánimo, la irritabilidad o problemas de conducta. Así también no solo tendrán cambios físicos como subir o bajar de peso en su proceso de crecimiento, también presentarán la inapetencia. El CIE – 10 refiere que la baja autoestima no está relacionada a la depresión; ya que no se puede hallar el sentimiento de inutilidad y culpa excesiva, para poder tener un diagnóstico hay que tener más de seis síntomas. Adicionalmente, Cassano y Fava (2002) especifican que las consecuencias de depresión son: la mortalidad, tasa de suicidio y los homicidios; también se puede evidenciar comportamientos agresivos, el consumo de sustancias (drogas) y la disminución de la actividad productiva.

Gil (2007) refiere que las características de un adolescente se enmarcan en el sufrimiento moral, desmotivación por la vida, falta de interés en las actividades sociales y poco interés habitual; presentado, también incapacidad, indefensión, disminución de autoestima, sensación de culpa, fracaso y visión pesimista del futuro. Por otro lado, el comportamiento de los adolescentes está, muchas veces, vinculado con el estilo de paternidad, familias poco comunicativas, negligentes o autoritarios, con poco manejo de normas para la convivencia, desestructuración en el sistema

familia (Cabelled, 1996; Pardo et al., 2004); pues generan en sus miembros auto culpa, catastrofización y reinterpretación negativa.

Finalmente, Caballo (2002) menciona que el episodio de depresión presenta diferentes niveles desde el más leve hasta el grave, así mismo está incluido desde la disforia, en el cual coloca al adolescente en riesgo de su propia integridad y también su vida. Lo mismo Beck, Rush, Shaw y Emery (2005), refieren que la depresión se agrava, y los pensamientos negativos empiezan a predominar en la persona, aunque no exista conexión lógica entre las situaciones reales y las interpretaciones negativas.

1.4 Conductas antisociales en los adolescentes.

1.4.1 Definición y características

Saldaña (2001) refiere que la adolescencia es un proceso de cambios importantes, tanto físicas y psicosociales, los cuales deben afrontar todos los jóvenes. En este proceso se desarrollarán características personales e importantes habilidades, que formarán parte fundamental para el afrontamiento de su vida adulta; siendo una etapa de crisis donde pueden aparecer conductas antisociales.

Para comprender la conducta antisocial se tomó en cuenta los argumentos de González (2012) quien explica que las conductas antisociales están basadas en los trastornos clínicos y conjunto de conductas variadas cuyas características se asocia a la oposición de las reglas de las sociedades y los derechos de las personas; pudiendo asociarse al trastorno disocial (Mobili y Rojas, 2006). Adicionalmente, la OMS (2003) acuña que es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo, donde se violan los derechos básicos de otras personas o las normas sociales, por lo cual esto provocaría un deterioro significativo de la actividad social, laboral y académica.

González (2012) manifiesta que estas conductas antisociales se instalan a medida que van creciendo los adolescentes y se muestran en su desarrollo, llamándolas conductas problemáticas; observándose, con frecuencia, en el ámbito

familiar y escolar. Sin embargo, podrían tener consecuencias en el futuro porque llevarían a transgredir las normas establecidas dentro de la sociedad. Estas conductas antisociales, serían una consecuencia de las conductas agresivas de la infancia, siendo este último un factor de riesgo que incrementa su ocurrencia (Himmelstein, 2003).

Kazdin, Buela y Casal (2002) refiere que las conductas antisociales se evidencian en indicadores como: peleas, rabietas, ausentismo escolar, desafiar o amenazar a otras personas, irse del hogar, no asistir al colegio, copiar un examen, romper las propiedades de las demás personas, las malas relaciones interpersonales. Por otro lado, las personas que presentan conductas antisociales tienen dificultades de poder solucionar problemas, falta de capacidad de poder interpretar de manera adecuada los gestos y la conducta no verbal de sus compañeros o entornos en el cual se rodea (Garaigordobil, Álvarez y Carralero, 2004; Peña, 2005).

Así también, Loeber (1990) refiere que la conducta antisocial en los adolescentes se puede entender como un continuo; ya que están basados desde las conductas menos graves, tales como el temperamento difícil, conductas oposicionistas o rabieta, y van a ir cambiando según su desarrollo y la función de su edad y sexo. Además, se tiene que diferencias de las conductas delictivas; pues, como señala Garrido (1987) las conductas antisociales no son como las conductas delictivas porque no están sujetas a los actos prohibidos por las leyes penales de una sociedad.

1.4.2 Teoría de conductas Antisociales

Para Gonzales (2012) refiere que la conducta antisocial lo define como una diversidad de actos que infringen las normas sociales y los derechos de los demás que presentan alguna circunstancia, clínicamente negativa para el sujeto a corto plazo y largo plazo, así mismo es un conjunto de conductas delimitadas pues no existen

unos criterios objetivos, que delimiten que hay una persona antisocial, ya que existe de manera subjetiva sobre aquello que es apropiado o no. Además, el punto de referencia para la conducta antisocial siempre es el contexto sociocultural, para Bronfenbrenner (1987) forma un rol fundamental en las conductas de agresividad, por lo cual se forman sistemas de interacción que influirán la conducta según el contexto que se desenvuelva la persona. Se indica cuatro sistemas de interacción, que son la estructura biológica que es formada por herencia por parte de los progenitores, luego el meso sistema que sería los grupos primarios que se desenvuelve el individuo por lo cual empieza adquirir los primeros patrones de su comportamiento, y también exosistema que lo compone la sociedad, el grupo de pares, así como coetáneos que permite la integración social e interactiva del individuo, finalmente está el Macrosistema que está formado por toda una cultura en particular, de la cual el individuo asume creencias y roles (Álvarez, et al., 2012) Por lo cual surge la conducta, así también cabe mencionar que suelen confundirse las conductas antisociales y las conductas delictivas, aunque se asemejan en cuanto a definición no son necesariamente relacionales, aunque muchas veces la primera puede llevar a la segunda, cabe señalar que por un lado se refiere a un término clínico y lo otro a un aspecto legal.

1.4.3 Factores de riesgo de las conductas antisociales

El adolescente que presenta conductas antisociales muestra un contexto familiar destructivo, muchas veces porque unos de sus progenitores han fallecido o viven en hogares monoparentales por la separación de sus padres; así mismo han presenciado violencia física y psicológica (Farrington, 2005). Por otro lado, están asociados a estilos de crianza como los coercitivos, punitivos y negligentes, falta de afecto por parte de los padres, hostilidad materna, disciplina inconsistente y falta de supervisión, etc. Puesto que, como refieren Benítez y Justicia (2006) cuando los padres no le brindan la atención correspondiente y muestran un rechazo hacia sus hijos, estos presentan un alto riesgo de conductas antisociales y comportamientos violentos.

Considerando que las adolescentes víctimas de abusos físicos y psicológicos

dentro del seno familiar están predispuestos a mostrar comportamientos violentos; es que nos permite inferir que los estilos parentales negligentes (por la falta de cuidado y afecto a sus hijos en su crecimiento) y el estilo permisivo (los padres no establezcan supervisión dentro del hogar) pueden prever la aparición del comportamiento antisocial durante la adolescencia (Farrington, 2005). Esto adicionalmente a la influencia de los medios de comunicación que difunden imágenes televisivas, escenas ficticias de alta violencia y situaciones de dolor real (guerras, asesinatos en vivo, accidentes, etc.) y hacen a los adolescentes insensibles al estado personal del otro, del que sufre la agresión, del que padece la guerra, asociándose el uso de la violencia al poder y a la consecución de los deseos.

Luengo et al. (2002) indican que la impulsividad puede estar asociada a otras variables que predispone al adolescente a tener conductas antisociales. Por lo cual los adolescentes que presentan impulsividad tienen dificultades a poder resolver problemas y tomar decisiones, esto es debido a que no pueden esperar la gratificación y no tienen una perspectiva temporal de largo plazo por lo cual no serán conscientes de las consecuencias que pueden traer dichas conductas. Así mismo Schweizer (2002) ha encontrado pruebas que demuestran que la impulsividad correlaciona negativamente con el razonamiento, dichas dificultades pondrían al adolescente en riesgo de implicarse en conductas problemáticas.

1.5 Formulación del problema

¿Qué relación existe entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo?

1.6 Justificación del estudio

De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2014) en el nivel científico nos ayudará a extender el conocimiento, se centrará en conocer la relación que existe entre la depresión y conductas antisociales en adolescentes del distrito de Trujillo, ya que no existen estudios previos con los adolescentes a nivel distrital.

En lo referente a la relevancia social es importante que los directores de los colegios puedan contar con una fuente en la cual se basa en las prácticas preventivas referentes a la depresión y las conductas antisociales para poder esclarecer la situación actual y convivencia de los estudiantes del distrito, así también servirá para que los padres de familia y psicólogos tengan un material de consulta en el cual apoyarse para evaluaciones o aplicaciones de programas preventivas al fin de poner en práctica y contrarrestar la problemática en dicha localidad.

Finalmente, a la utilidad metodológica el presente estudio servirá como antecedente para investigaciones que se asemejen a las características del grupo de investigación. Así mismo permitirá ampliar el conocimiento debido a los escasos estudios en relación a ambas variables ante la muestra estudiada

1.7 Hipótesis

Hipótesis General:

Existe relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo.

Hipótesis específicas:

H1: La depresión predice las conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo.

H2: Existe relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo, de acuerdo a las instituciones educativas.

H3: Existe relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo, de acuerdo a sus edades.

1.8 Objetivos

General:

Identificar la relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

O1: Determinar la predicción de la depresión sobre las conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo.

O2: Determinar relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo, de acuerdo a las instituciones educativas.

O3: Determinar relación entre la depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo, de acuerdo a sus edades.

II. MÉTODO

El presente estudio se enmarca dentro de los estudios descriptivos que, según Hernández, Fernández y Baptista (2010) especifican, las propiedades, las características y los rasgos importantes de un fenómeno que se analice sin realizar ningún cambio en la población de estudio.

Se considera la clasificación utilizada por Ato y Benavente (2013) quienes lo ubican como un estudio el objeto de la exploración sea la comparación de grupos (estudio comparativo), la predicción de comportamientos y/o la clasificación en grupos (estudio predictivo) o la prueba de modelos teóricos (estudio explicativo) para su integración en una teoría subyacente.

2.2 Variables, Operacionalización.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala de medición
Depresión.	La depresión en los adolescentes son un trastorno clínico y un conjunto de síntomas de tales como la tristeza, llanto, pérdida del placer, sentimiento de fracaso y de culpa, pensamientos o	Se asume la definición de medida en función a las puntuaciones obtenidas en la escala de depresión de Beck (1996) y conducta antisociales González (2012).	El cuestionario presenta 21 ítems que permite medir la variable en cuatro ítems, depresión mínima, depresión leve, depresión moderada, depresión grave.	Ordinal (Alarcón, 2013).

<p>Conductas Antisociales.</p>	<p>deseos de suicidios, pesimismo (Beck, 1996)</p> <p>Son aquellas conductas, cuya característica esencial es la oposición a las reglas de las sociedades y los derechos de las personas (Gonzales, 2012)</p>		<p>El cuestionario consta 20 ítems.</p>	
--------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	-----------------------------------------	--

2.3 Población y muestra.

2.3.1 Población

El estudio estuvo formado por una población accesible según Ventura-León (2017), con la cantidad de 3179 estudiantes del 2° y 3° grado del nivel secundario, y tienen el rango de edades entre 13, 14 y 15 años de las instituciones del distrito de Trujillo.

2.3.2 Muestra

Para dicha investigación se aplicó el muestreo no probabilístico, por lo cual 351 alumnos que presentaron las características para dicho estudio, participaron de manera voluntaria.

2.3.3 Muestreo

La selección de la muestra se realizó mediante el muestreo por conveniencia, se consideró a los estudiantes que son más accesibles y que además cumplen los criterios de inclusión y exclusión. Se contempla el muestreo no probabilístico por conveniencia debido a la gran facilidad operativa que representa, por lo que no se tendrá en cuenta un criterio estadístico.

2.3.4 Criterio de inclusión.

- Los alumnos deben tener las edades entre las edades (13, 14 y 15) años.
- Alumnos de ambos sexos.
- Alumnos matriculados desde el 2 ° y 3° en el nivel secundario.
- Los alumnos que pertenezcan a la institución educativa.
- Los alumnos que acepten libre y voluntariamente participar en la evaluación.
- Los alumnos que respondieron todos los ítems de los instrumentos aplicados.

2.3.5 Criterios de exclusión:

- Los alumnos que presentaron alguna discapacidad intelectual o sensorial.
- Los alumnos que no firmaron el consentimiento informado.
- Los alumnos que no cursen el nivel secundario de las instituciones.
- Los alumnos que manifiesten su negativa a partir del estudio.

2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

Técnica:

En dicho estudio se utilizó la técnica psicométrica para medir, por lo cual me ayudo a poder conseguir un perfil más claro de las características que quería evaluar.

Instrumento

Cuestionario de las conductas antisociales (CASIA)

Ficha técnica: El cuestionario de conductas antisociales para niños y adolescentes (CASIA) fue creado por María Teresa González Martínez como también fue estandarizado en CEPE ediciones (2012) y adaptado por Quispe López Kevin Hilder para la ciudad de Huamachuco, la aplicación puede ser de forma individual o colectiva. Dicha evaluación se aplicó en el rango de 8 años a 15 años de edad, el tiempo que demora dicha evaluación es aproximadamente 10 minutos, y consta de 20 ítems.

Consigna: A continuación, en el cuestionario hay 20 preguntas en las cosas que puede hacer cada persona, lee atentamente cada una de las frases y señala con una cruz (X) la opción que has elegido. Procura ser muy sincero en tus contestaciones. Tus respuestas serán totalmente confidenciales. Así también deberás tener en cuenta que en cada frase hay tres posibilidades a elegir. Elige la opción que más coincida con lo que tú haces. 0: Si lo que dice la frase Nunca lo haces 1: Si lo que dice la frase lo haces Algunas veces (entre 1 y 3 por semana) 2: Si lo que dice la frase lo haces Muchas veces (más de 3 veces por semana).

Validez: La validez del cuestionario es el grado en el que un instrumento mide lo que pretende medir, a un de confianza de 0.1 con altos niveles de validez.

Confiabilidad: En cuanto al estudio que se realizó para poder identificar la confiabilidad se utilizó el método de consistencia interna del coeficiente de Alpha de Cronbach obteniéndose un valor de .81 de altos niveles de confiabilidad.

Evaluación del inventario de depresión de Beck- III (BDI- II)

Ficha técnica: El inventario de depresión de Beck -II (BDI-II) se encuentra conformado por 21 ítems de tipo de Likert. Dicho instrumento propuesto por Beck con el fin de poder detectar y evaluar la gravedad depresión, cada uno de los ítems no se derivan de ninguna teoría concreta del constructo medio, sino más bien síntomas clínicos más frecuentes de los pacientes con depresión. El BDI-II por lo cual los criterios para el diagnóstico de los trastornos de depresión DSM IV y el CIE

10, la prueba sirve para evaluar adolescentes y adultos con las edades de 13 años para adelante. Así también su última adaptación fue por Jesús Sanz y Carmelo Vásquez (2011).

Consigna: A continuación, aquí tienes algunas afirmaciones sobre el modo como te comportas, sientes y actúas habitualmente marca la hoja de respuestas en el espacio respectivo la frase que mejor refleje su situación durante la última semana incluyendo hoy.

Confiabilidad: El Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI- IIA) para población limeña presenta una muy buena confiabilidad puesto que los índices de consistencia interna estimados mediante el Alpha de Cronbach ($\alpha = 0.878$), dos mitades o Split Half ($r = 0.799$, $p < 0.01$), el coeficiente de correlación pares y nones ($r = 0.803$; $p < 0.01$) y el coeficiente test que evalúa la estabilidad del instrumento ($r = 0.996$; $p < 0.01$) son altos dado que los valores estimados superan el umbral del punto de corte igual a 0.70, considerado como indicador de una buena confiabilidad para los instrumentos de medición psicológica (Miech, 2002), así como supera el valor crítico del punto de corte de 0.75 generalmente aceptado para instrumentos pertenecientes al ámbito de las ciencias de la salud (Streiner y Norman, 1989).

Validez: En congruencia con lo mencionado, resulta importante destacar que el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BDI-IIA) para nuestra realidad reúne las suficientes evidencias de validez; la fuente de evidencia interna se ha obtenido a través del análisis de contenido (validez de contenido por criterio de jueces), la consistencia de la estructura interna del instrumento estimada mediante las correlaciones de los ítems con el test, y la dimensión del constructo (validez de constructo) mediante el análisis factorial. En relación a la validez de contenido, los hallazgos muestran que todos los ítems alcanzan niveles adecuados de significación estadística en cuanto a la claridad de los reactivos, así como en su sencillez y precisión para diagnosticar la depresión. Para cuantificar los hallazgos 29 se aplicó el coeficiente V de Aiken (Escrura, 1988), encontrando que dichos valores oscilan entre 1 y $p < 0.01$.

2.5 Método de análisis de datos

Posteriormente se recolectó la prueba de manera colectiva para el caso de depresión y conductas antisociales, las respuestas se calificó de manera natural y luego se procesó en el programa del Spss v. 22.0 y en el software MS Excel 2016, así también se ha considerado hacer un análisis de la normalidad de los datos, en la cual se empleó la prueba estadística de Kolmogorov Smirnov ya que el tamaño de la muestra es superior a 30, así como la verificación de la relación de las variables, por lo que se determinó la distribución de las escalas simétrica o asimétrica, en base a lo cual se eligió las pruebas de comparación (χ^2 y U de Mann Whitney), así como la fórmula Spearman para ver las correlaciones de dichas variables. Finalmente, se procedió a calificar el tamaño del efecto de la relación considerando los criterios propuesto de Cohen (1988).

2.6 Aspectos éticos

Se les solicitó la autorización a las instituciones, luego se le presentó la carta de testigo al profesor que se encontró en el aula, para que sea testigo de la realización de dicho estudio. Así también la autorización del consentimiento informado para tener la autorización de los alumnos que participaron en la investigación, en dicho documento se le informó al adolescente del objetivo del estudio, y los derechos del adolescente en el cual puede desistir en querer participar, así también se le explicó que los resultados del instrumento serán manejados de manera confidencial, así como lo dice el código de ética profesional, según el Colegio de Psicólogos del Perú (2004): El investigador tiene la obligación de cuidar la información obtenida en el curso de su práctica, y proteger el bienestar y dignidad del participante.

III. RESULTADOS

Correlaciones entre variables

Tabla 1

Magnitud del efecto de las correlaciones (r^2) y significancia entre la depresión y las conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

		Conductas antisociales (CASIA)
	Coeficiente de correlación rho	.295**
Depresión	r^2	.108
	IC 95%	[.195; .387]

Rho = correlación de Spearman; r^2 = magnitud del efecto

La tabla 1 muestra la relación entre la depresión y las conductas antisociales en adolescentes de Trujillo, donde se evidencia una correlación; asimismo, también se presenta la significancia práctica de las variables ($r^2 > .04$) encontrándose una estrecha relación entre las variables (Ferguson, 2009; Caycho-Rodríguez, 2017).

Análisis de regresión

Tabla 2

Coeficiente de determinación (r^2) entre la depresión y las conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado corregida	Error típ. de la estimación	Estadísticos de Cambio			
					Cambio en R cuadrado	Cambio en F	gl1	gl2
1	,329 ^a	0.108	0.106	2.9829	0.108	42.333	1	349

a. Variables predictoras: (Constante), Depresión

La tabla 2 se observa el coeficiente de autodeterminación $R^2 = .108$ (error típ de estimación = 2.983); el cual refiere, que explica al 10.8% la varianza total de las conductas antisociales en adolescentes, denotando un mayor poder explicativo sobre la variable de depresión. El R cuadrado corregido explica el 10.6 con un valor estadísticamente significativo ($F = 42.333$) indicando la presencia de una asociación lineal entre las variables de depresión y conductas antisociales

Tabla 3

Coefficientes de regresión lineal B (no estandarizados), β (estandarizados) y test t entre la depresión y las conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes tipificados	t
	B	Error típ.	Beta	
1 (Constante)	2.959	.259		11.426**
Depresión	.132	.020	.329	6.506**

a. Variable dependiente: CASIA

La tabla 3 explica los coeficientes no estandarizados (B), coeficientes estandarizados (β) y test t, evidenciándose significancia estadística ($p < .001$) en los coeficientes de regresión beta, de esta forma se concluye que existe la predicción de la depresión con las conductas antisociales.

Tabla 4

Comparación según institución educativa de las variables de depresión y las conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Variables	Institución educativa	N	Rango promedio	Chi cuadrado	gl	E ² _R
CASIA	1	163	168.8	12.132	3	0.035
	2	73	193.4			
	3	90	190.1			
	Total	351				
Depresión	1	163	155.6	16.279	3	0.047
	2	73	176.2			
	3	25	216.7			
	Total	351				

E²_R = Coeficiente al cuadrado de Epsilon (tamaño del efecto)

La tabla 5 muestra la comparación según institución educativa, donde se evidencia diferencias importantes según conductas antisociales ($\chi^2 = 12.132$; $gl = 3$; $E^2_R = 0.035$) y depresión ($\chi^2 = 16.279$; $gl = 3$; $E^2_R = 0.047$) en adolescentes de Trujillo.

Tabla 5

Comparación según edad de las variables de depresión y las conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Variable	Edad	N	Rango promedio	Chi cuadrado	gl	E ² _R
CASIA	13	179	173.52	0.773	2	0.002
	14	139	174.65			
	15	33	190.23			
	Total	351				
DEPRESIÓN	13	179	185.08	7.661	2	0.022
	14	139	157.73			
	15	33	199.14			
	Total	351				

E²_R = Coeficiente al cuadrado de Epilson (tamaño del efecto)

La tabla 6 muestra la comparación según edad, donde no se evidencia diferencias importantes según conductas antisociales ($\chi^2 = 0.773$; $gl = 2$; $E^2_R = 0.002$) y depresión ($\chi^2 = 7.661$; $gl = 2$; $E^2_R = 0.022$) en adolescentes de Trujillo.

IV. DISCUSIÓN.

En la hipótesis general se evidenció una correlación entre la depresión y las conductas antisociales en los adolescentes; así mismo se presenta una magnitud pequeña en la asociación de las variables ($r^2 > .04$) (Ferguson, 2009; Caycho-Rodríguez, 2017). Dichas conductas están relacionadas a características de los adolescentes, mostrando un comportamiento disruptivo como: Deserción del colegio, conductas inapropiadas, salir de la clase antes de que concluya, faltar el respeto con sus compañeros, tirar las cosas dentro del colegio, no asistir a clases, no cumplir normas establecidas dentro de la institución o en el hogar. Todo esto llega a repercutir dentro del comportamiento del adolescente. Así también, en las instituciones se evidenció un comportamiento de falta de interés para desarrollar actividades, como romper reglas dentro del aula, saltar en las carpetas, no obedecer al profesor cuando brindaban las instrucciones, llegar tarde a las clases, y salir del aula sin pedir permiso al docente.

También se puede evidenciar en los reportes que presenta el sistema especializado sobre violencia escolar, a nivel peruano (SISEVE, 2017), que los adolescentes están incurriendo en conductas antisociales, como la violencia verbal (5,736 casos), psicológica (4,398 casos), violencia por internet (451 casos), hurto (230 casos), violencia física (6,441), con arma (95 casos) y violencia sexual (1,477 casos). Dichos resultados presentan la compatibilidad con Ritakallio et al. (2006), cuya muestra de investigación entre el comportamiento antisocial y la depresión en adolescentes obtuvo como resultados que la mayoría de adolescentes delincuentes deprimidos cometieron una variedad de delitos, especializándose en delitos violentos, siendo el vandalismo lo más común.

También se relaciona con Rowe et al. (2008), en su investigación se pudo encontrar que existen inter correlaciones entre oposición, agresión física, delincuencia y el estado de ánimo deprimido; además estas serían mediadas por factores genéticos y no exclusivamente, por influencias medioambientales (Akse et al., 2006). Todos estos resultados hallados confirman la explicación de la relación entre la depresión y las conductas antisociales, en la cual la depresión aumenta la probabilidad de

homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas; generando preocupación en los especialistas de salud mental porque una dimensión personal podría cultivar unos problemas psicosociales. (Cassano y Fava, 2002).

Con base en los planteamientos de Beck (citado por Mendoza, 2001), se puede brindar una explicación con respecto a la depresión; el autor plantea el Modelo Cognitivo, el cual tiene un enfoque clínico y se encuentra basado en una triada cognitiva: Son tres patrones que influyen: la percepción de sí, la percepción del futuro y la experiencia propia; haciendo que la visión sea pesimista y negativa. Por lo cual esto ocasionaría que la persona presente signos físicos como la apatía, el desgano, que los refuerza a adoptar una conducta negativa. Así mismo la organización estructural del pensamiento de cada persona tiene patrones cognitivos estables para interpretar las situaciones que se presenten; en el caso de los depresivos, se distorsiona los conceptos y crean esquemas inadecuados e incluso llegan a ser dominantes.

Gil (2007) respalda que estas características que presenta un adolescente se enmarcan en el sufrimiento moral, desmotivación por la vida, falta de interés en las actividades sociales y poco interés habitual; presentando, también incapacidad, indefensión, disminución de autoestima, sensación de culpa, fracaso y visión pesimista del futuro, Por otro lado, el comportamiento de los adolescentes está, muchas veces, vinculado con el estilo de paternidad, familias poco comunicativas, negligentes o autoritarios, con poco manejo de normas para la convivencia, desestructuración en el sistema familiar, aunque este tema no ha sido parte del estudio se ha podido evidenciar a través de observación (Cabelled, 1996; Pardo et al., 2004); pues generan en sus miembros auto culpa, catastrofización y reinterpretación negativa.

La aceptación de la hipótesis se refuerza también con lo expuesto por Cassano y Fava (2002), ellos especifican que las consecuencias de depresión son: Tasa de suicidio y los homicidios; también se puede evidenciar comportamientos agresivos, el consumo de sustancias (drogas) y la disminución de la actividad productiva. Por lo cual se encontró que los adolescentes de dichas instituciones que presentan estas

características se enmarcan en el sufrimiento moral, desmotivación por la vida, falta de interés en las actividades sociales y poco interés habitual; presentado, también incapacidad, indefensión, disminución de autoestima, sensación de culpa, fracaso y visión pesimista del futuro (Gil, 2007). En la cual se puede comprobar que los adolescentes que manifiestan dichas conductas antisociales se instalan a medida que van creciendo los adolescentes y se muestran en su desarrollo, llamándolas conductas problemáticas; observándose, con frecuencia, en el ámbito familiar y escolar (González, 2012).

Además, se evidencia un alto coeficiente de autodeterminación en el cual explica al 10.8% una varianza total de las conductas antisociales en adolescentes, denotando un mayor poder explicativo sobre la variable de depresión en la cual el R cuadrado corregido explica el 10.6% con un valor estadísticamente significativo por lo que indica la presencia de una asociación lineal entre las variables de depresión y conductas antisociales. En la primera hipótesis específica, se evidencia significancia estadística ($p < .001$) que respalda los hallazgos, por lo cual se concluye que los adolescentes que tengan depresión se encontraran predispuestos a presentar conductas antisociales. Por lo que se demostró que los adolescentes de dichas instituciones que presentan comportamientos de depresión tendrán un alto porcentaje de mostrar un comportamiento antisocial. Cassano y Fava (2002) explican en sus estudios de relación entre depresión y salud pública, que la depresión aumenta la probabilidad de homicidios, comportamientos agresivos y el consumo de drogas; generando preocupación en los especialistas de salud mental porque una dimensión personal podría cultivar unos problemas psicosociales.

Por lo cual en la segunda hipótesis se dirige a la comparación según las instituciones educativas y se evidencio una diferencia significativa ($p < .05$) entre dichas variables en los adolescentes. Por lo que se ha demostrado que, dentro del colegio nacional cesar vallejo se encuentra más significancia en la variable de depresión ante las conductas antisociales, así también hay un índice de adolescentes que presentan dichos indicadores, eso respalda las estadísticas que, en La Libertad, en las instituciones educativas se han presentado 467 casos de violencia, de los cuales 429 son en colegios públicos y 38 en instituciones privadas (SISEVE, 2017).

En la tercera hipótesis está dirigida a poder encontrar la comparación según edad, donde no se evidencia diferencias significativas ($p < .05$) según conductas antisociales y depresión en adolescentes de Trujillo. En la cual encontré que dichos indicadores se presenta en los adolescentes entre las edades de 13 - 17 años (Neistein, 1991; Brañas, 1997); y los cambios religiosos y psicológicos los cuales determinarán el desarrollo de sus competencias cognitiva, emocionales y conductuales futuras que influyen en las respuestas frente a la demandas situacionales o contextuales del entorno en los ámbitos personales, familiares y socioculturales la depresión altera la dinámica del individuo y de su entorno, relacionándose con los problemas psicológicos, sociales, e incremento de la conducta violenta, consumo de sustancias y de suicidio, tanto en esta etapa como en la adultez (Posada, 2010).

Concluyo reiterando acerca de la relación que existe entre la depresión y las conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo.

V. CONCLUSIONES

- Se demostró que la depresión y las conductas antisociales presentan relación directa con tamaño del efecto grande en los adolescentes.
- Por otro lado, se observa el coeficiente de autodeterminación $R^2 = .108$; el cual refiere, que explica al 10.8% la varianza total de las conductas antisociales en adolescentes, indicando la presencia de una asociación lineal entre las variables de depresión y conductas antisociales.
- También, se demostró que existe predicción entre la variable de depresión y conductas antisociales, con un coeficiente no estandarizado (B), coeficientes estandarizados (β) y test t , evidenciándose significancia estadística ($p < .001$) en los coeficientes de regresión beta.
- Por otro lado, entre la diferencia entre las instituciones se demostró que hay significancia ($p < .05$) y que predomina la conducta de depresión ante la conducta antisocial en adolescentes de Trujillo.
- En la cual entre la diferencia entre la comparación entre las edades se mostró donde no se evidencia diferencias significativas ($p < .05$) según conductas antisociales y depresión en adolescentes de Trujillo.

VI. RECOMENDACIONES

- Realizar nuevas investigaciones sobre depresión y conductas antisociales en adolescentes del distrito de Trujillo, para poder efectuar la comparación de resultados con diferente muestra.
- Realizar programas preventivos y de intervención, en caso que se presenten o no situaciones como depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Akse, J., Hale, B. Engels, R, Raaijmakers, Q. & Meeus, W. (2007) Co-Occurrence of Depression and Delinquency in Personality Types. *European Journal of Personality*, 21, 235–256.
- American Psychiatric Association. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV – TR*. Barcelona: Masson.
- Alarcón, R. (2013). *Métodos y Diseños de Investigación del Comportamiento*. (2da ed.). Lima: Universidad Ricardo Palma.
- Arieti, S. (1981). *Psicoterapia de la depresión*. Buenos Aires; Paídos. Pp. 73-121, 218- 221
- Benítez, J. & Justicia, F. (2006). El maltrato entre iguales: descripción del fenómeno. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, (2) 94, 151-170
- Beck, A. (1967). *Diagnóstico y tratamiento de la depresión*. E.U.: Merck Sharp & Dohme International. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082015000300004&script=sci_arttext.
- Beck, A. Steer, R. & Brown, G. (1996). *Beck Depression Inventory (Second edition)* [Inventario de depresión de Beck (segunda edición)]. San Antonio, TX, E.U.: Psychological Corporation. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082015000300004&script=sci_arttext.
- Blum, R. (2000). Un modelo conceptual de salud del adolescente. *Revista del, el adolescente*, 656-672.
- Caballed, J. (1996). *El niño y el adolescente: riesgos y accidentes*. Barcelona: Laertes.
- Caballo, V. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. (2ª ed.). Madrid: Siglo XXI.
- Cassano, P., & Fava, M. (2002) Depression and public health: *An overview*. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 849-857.

- Clark, D., & Beck, A. (2010) Cognitive theory and therapy of anxiety and depression: Convergence with neurobiological findings. *Trends in Cognitive Sciences*, 14, 418 - 424. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071848082015000300004&script=sci_arttext.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2004). *Código de ética profesional del psicólogo peruano*. Lima: C.Ps.P.
- Cohen. J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Farrington, D. (2005). Childhood origins of Antisocial Behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 177-190.
- Garaigordobil, M. (2005). Conducta antisocial durante la adolescencia: *Correlatos socioemocionales, predictores y diferencias de género*. *Psicología Conductual*, 13, 197-215.
- Garaigordobil, M., Álvarez, Z. & Carralero, V. (2004). Conducta antisocial en niños de 10 a 12 años: *Factores de personalidad asociados y variables predictoras*. *Análisis Modificación de Conducta*, 30, 241-271
- Garrido, V. (1987). *Delincuencia Juvenil. Orígenes, prevención y tratamiento*. Madrid: Ed. Alhambra.
- Gil, R. (2007). *Neuropsicología*. (4ª ed.). Barcelona: Masson.
- Gonzales, M. (2012). *Cuestionario de conductas antisociales*. Madrid: CEPE.
- Hernández, S., Fernández, C. & Baptista, L. (2014). *Metodología de la investigación*. (6ta edición). México: McGraw-Hill.

- Himmelstein, J. (2003). Serotonin and aggression in children with attention deficit/Hyperactivity disorder: A prospective follow-up study. Dissertation Abstracts International: *Section B: The Sciences and Engineering*, vol. 63 (9-B): 4372.
- Ingram, R. & Luxton, D. (2005). Vulnerability stress models. *Development of psychopathology. A vulnerability – stress perspective* (pp. 32). California: Sage.
- Kazdin, A. y Buena-Casal, G. (2002). Conducta antisocial: *Evaluación, tratamiento y prevención en la infancia y adolescencia*. Madrid: Pirámide.
- Lemus, M. (2005). *Depresión y suicidio. Herencia del mundo moderno*. Recuperado de: <http://www.red-psi.org/articulos/depresion/>.
- Lewinsohn, P., Rohde, P., Seeley, J., Klein, D., & Gotlib, I. (2000). Natural course of adolescent major depressive disorder in a community sample: Predictors of recurrence in young adults. *The American Journal of Psychiatry*, (10) 157, 1584-1597.
- Luengo, M., Romero, E., Gómez-Fraguela, J., Guerra, A. y Lence, M. (2002). La prevención del consumo de drogas y la conducta antisocial en la escuela: análisis y evaluación de un programa. Universidad de Santiago de Compostela. Ministerio de Educación y Cultura, Ministerio de Sanidad y Consumo, Ministerio del Interior.
- Loeber, R. (1990). Development and risk factors of juvenile antisocial behavior and delinquency. *Clinical Psychology Review*, 10, 1-41.
- Mallett, C., Stoddard Dare, P. & Seck, M. (2009) Predicting juvenile delinquency: *The nexus of childhood maltreatment, depression and bipolar disorder*. *Criminal Behaviour and Mental Health*, 19, 235–246.
- Méndez, F., Olivares J., & Ros, M. (2001). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. En V. Caballo, & M. A. Simón (Comps.), *Manual de psicología clínica infantil y del adolescente* (pp. 139-185). Madrid: Pirámide.
- Mendoza B. (2001). Impacto de la violencia Familiar en la salud Mental de Población de Zona de frontera Norte. Tesis para optar por el Grado

Académico de Magíster en Psicología, mención: Psicología Clínica.
Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

Montero, I. y León, O. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, (3) 7, 847-862

Muñiz, J. y Fernández -Hermida, J. R. (2010). *La opinión de los psicólogos españoles sobre el uso de los test papeles del psicólogo* 31, 108-121.

Navarro, I. Musitu, G., & Herrero, J. (2007). *Familias y problemas, un programa especializado en intervención psicosocial*. Madrid: Ed. Síntesis.

Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo. Salud Mental: Nuevos Conocimientos, Nuevas esperanzas. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001

Organización Mundial de la Salud. (2003). *Clasificación multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes*. España: Médica-Panamericana. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48082012000100001

Pardo, G. Sandoval, A., & Umbarilla, D. (2004). *Adolescencia y depresión*. *Revista Colombiana de Psicología*, 13, 17-32.

Peña de la, M. (2005) *Conductas antisociales en adolescentes: Factores de riesgo y de protección*. Tesis doctoral, Facultad de psicología, Departamento de personalidad, Evaluación y tratamiento psicológico I. Universidad Complutense de Madrid.

Pérez, M. y Urquijo, S. (2002) *Personallity traits and depression in adolescents*. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina.

- Ritakallio, M., Kaltiala-Heino, R., Kivivuori, J., Luukkaala, T. y Rimpelä. M. (2006). *Delinquency and the profile of offences among depressed and non-depressed adolescents. Criminal Behaviour and Mental Health*. 16, 100–110.
- Rowe, R. Rijdsdijk, F. Maughan, B., Hosang, G. y Eley, T. (2008). Heterogeneity in antisocial behaviours and comorbidity with depressed mood: *A behavioural genetic approach. Journal of Child Psychology and Psychiatry* (49) 5, 526–534
- Saldaña, C. (2001). *Detección y prevención en el aula de los problemas del adolescente*. Madrid: Pirámide.
- Sanabria, A. y Uribe, A. (2009) *Conductas antisociales delictivas en adolescentes infractores y no infractores*. Colombia: CALI: GMEP.
- Ventura-León, J. L. (2017). *¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649.

VIII. ANEXOS:

Anexo 1

Análisis descriptivo de los ítems del Cuestionario de conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Variable	M	DE	Asimetría	Curtosis
1	0.222	0.416	1.340	-0.206
2	0.801	0.434	-0.970	0.356
3	0.838	0.489	-3.600	0.511
4	0.085	0.309	3.810	14.982
5	0.057	0.232	3.833	12.655
6	0.063	0.243	3.619	11.061
7	0.026	0.158	6.019	34.132
8	0.043	0.203	4.534	18.506
9	0.191	0.415	1.933	2.696
10	0.154	0.361	1.924	1.695
11	0.325	0.493	1.036	-0.259
12	0.271	0.482	1.488	1.185
13	0.117	0.339	2.826	7.390
14	0.168	0.389	2.068	3.134
15	0.057	0.244	4.411	20.047
16	0.054	0.239	4.568	21.664
17	0.068	0.264	3.890	15.094
18	0.262	0.459	1.348	0.488
19	0.051	0.233	4.739	23.488
20	0.436	0.535	0.650	-0.783

Anexo 2

Análisis descriptivo de los ítems del Cuestionario de depresión de Beck en adolescentes de Trujillo.

Variable	M	DE	Asimetría	Curtosis
1	0.239	0.646	3.054	9.047
2	0.339	0.772	2.475	5.295
3	0.376	0.730	2.076	3.771
4	0.493	0.752	1.747	2.980
5	0.405	0.690	1.841	3.221
6	0.632	0.851	1.480	1.689
7	0.316	0.623	2.217	5.109
8	0.410	0.686	1.870	3.543
9	0.476	0.604	1.345	2.961
10	0.447	0.876	2.017	2.945
11	0.470	0.792	1.694	2.101
12	0.464	0.747	1.568	1.752
13	0.607	0.835	1.169	0.365
14	0.741	0.912	0.830	-0.597
15	0.578	0.700	1.148	1.250
16	0.613	0.799	1.250	1.002
17	0.467	0.679	1.576	2.683
18	0.470	0.732	1.554	1.893
19	0.444	0.829	1.914	2.731
20	0.590	0.754	1.159	0.800
21	0.496	0.814	1.612	1.739

Anexo 3

Matriz de correlaciones policóricas del Cuestionario de depresión de Beck en adolescentes de Trujillo.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
1	1																					
2	0.595	1																				
3	0.447	0.49	1																			
4	0.563	0.381	0.46	1																		
5	0.637	0.483	0.44	0.509	1																	
6	0.34	0.341	0.308	0.483	0.562	1																
7	0.593	0.601	0.513	0.307	0.539	0.341	1															
8	0.471	0.404	0.526	0.473	0.513	0.326	0.421	1														
9	0.499	0.485	0.31	0.291	0.254	0.131	0.551	0.292	1													
10	0.658	0.466	0.427	0.347	0.519	0.251	0.481	0.316	0.404	1												
11	0.118	0.108	0.215	0.339	0.279	0.25	0.174	0.201	0.063	0.359	1											
12	0.368	0.259	0.188	0.335	0.381	0.198	0.216	0.285	0.2	0.448	0.342	1										
13	0.436	0.386	0.37	0.276	0.305	0.163	0.426	0.329	0.455	0.523	0.224	0.393	1									
14	0.222	0.153	0.3	0.092	0.207	0.155	0.182	0.308	0.236	0.342	0.348	0.31	0.274	1								
15	0.156	0.192	0.196	0.116	0.243	0.184	0.371	0.201	0.257	0.201	0.143	0.171	0.256	0.192	1							
16	0.482	0.263	0.308	0.222	0.23	0.215	0.234	0.384	0.092	0.412	0.295	0.299	0.31	0.418	0.366	1						
17	0.313	0.198	0.094	0.127	0.151	0.119	0.257	0.195	0.25	0.421	0.401	0.422	0.3	0.264	0.271	0.264	1					
18	0.247	0.176	0.191	0.207	0.23	-0.042	0.261	0.149	0.278	0.458	0.223	0.183	0.235	0.258	0.314	0.514	0.376	1				
19	0.214	0.271	0.103	0.152	0.121	-0.034	0.18	0.2	0.146	0.283	0.232	0.226	0.265	0.154	0.186	0.269	0.177	0.453	1			
20	0.355	0.242	0.199	0.364	0.282	0.203	0.294	0.326	0.142	0.268	0.263	0.163	0.327	0.341	0.286	0.321	0.319	0.281	0.218	1		
21	0.203	0.225	0.151	0.174	0.277	0.095	0.26	0.321	0.206	0.305	0.329	0.227	0.125	0.404	0.279	0.291	0.275	0.443	0.164	0.34	1	

Anexo 4

Matriz de correlaciones policóricas del Cuestionario de conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1	1																				
2	0.000	1																			
3	0.000	0.000	1																		
4	0.000	0.000	0.000	1																	
5	0.000	0.000	0.000	0.160	1																
6	0.000	0.000	0.000	0.269	0.424	1															
7	0.000	0.000	0.000	0.300	0.484	0.641	1														
8	0.000	0.000	0.035	0.267	0.101	0.301	0.792	1													
9	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.353	0.000	1												
10	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1											
11	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1										
12	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.360	1									
13	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1								
14	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1							
15	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.055	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.301	0.000	1						
16	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.162	0.362	1					
17	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.317	0.252	1				
18	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.451	0.000	0.000	1			
19	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.265	0.000	0.000	0.606	0.430	0.289	0.000	1		
20	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	1

Anexo 5

Coefficiente de asimetría y curtosis multivariante del Cuestionario de depresión de Beck y conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Variable	Descriptivos	Coefficientes	Estadístico	Sig.
CASIA	Asimetría de Mardía (g1)	135.642	7935.064	0.000**
	Curtosis de Mardía (g2)	708.596	67.993	0.000**
DEPRESIÓN	Asimetría de Mardía (g1)	295.215	17270.084	0.000**
	Curtosis de Mardía (g2)	794.966	112.091	0.000**

Anexo 6

Prueba de Kolgomorv Smirnov del Cuestionario de depresión de Beck y conductas antisociales en adolescentes de Trujillo.

Variable	K-S de Kolgomorv Smirnov	Sig.
CASIA	0.171	0.000**
Depresión	0.140	0.000**

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

SEXO: M F

EDAD:

GRADO:

SECCIÓN:

INSTRUCCIONES

Aquí tienes algunas afirmaciones sobre el modo como te comportas, sientes y actúas habitualmente. Marca en las hojas de respuestas en el espacio respectivo la frase que mejor refleje su situación durante la última semana incluyendo hoy.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

- 1
 - a. No me siento triste.
 - b. Me siento triste.
 - c. Me siento triste todo el tiempo y no puedo evitarlo.
 - d. Me siento tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

- 2
 - a. No estoy particularmente desanimado respecto a mi futuro.
 - b. Me siento desanimado respecto a mi futuro.
 - c. Siento que ya no debo esperar.
 - d. Siento que mi futuro es desalentador y que las cosas no van mejor.

- 3
 - a. No siento que yo sea un fracasado.
 - b. Siento que he fracasado más que el promedio de la gente.
 - c. Si siento en mi pasado, solamente veo fracasos.
 - d. Creo haber fracasado por completo como persona.

- 4
 - a. Siento la misma satisfacción de siempre por las cosas.
 - b. No disfruto de las cosas como ante lo hacía.
 - c. No he vuelto a sentir una verdadera satisfacción.
 - d. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

- 5
 - a. No me siento particularmente culpable.
 - b. Tengo sentimientos de culpa una buena parte del tiempo.
 - c. Tengo sentimientos de culpa la mayor parte del tiempo.
 - d. Tengo sentimientos de culpa o me siento culpable todo el tiempo.

- 6 a. No me siento merecedor de un castigo.
b. Siento que puedo merecer un castigo.
c. Espero ser castigado.
d. Siento que estoy recibiendo un castigo.
- 7 a. Me siento conforme conmigo mismo.
b. Me siento inconforme conmigo mismo.
c. Me siento disgustado conmigo mismo.
d. Me odio.
- 8 a. No me siento ser peor que los demás.
b. Soy muy crítico conmigo mismo respecto de mis debilidades y defectos.
c. Me censuro todo el tiempo por mis errores.
d. me censuro por cualquier cosa mala que ocurre.
- 9 a. No he pensado en quitarme la vida.
b. He pensado en quitarme la vida, pero no soy capaz de hacerlo.
c. me gustaría quitarme la vida.
d. me gustaría quitarme la vida si tuviera oportunidad de hacerlo.
- 10 a. No lloro más de lo normal
b. Actualmente lloro más de lo normal.
c. Actualmente lloro todo el tiempo.
d. yo era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aun cuando quisiera.
- 11 A. Últimamente estoy más colérico e irritable que antes
b. Me molesto o me pongo colérico (o irritable con más facilidad de la que estaba acostumbrado).
c. Actualmente me siento constantemente colérico o irritable.
d. Siempre estoy colérico.
- 12 a. No he perdido el interés por la gente.
b. Actualmente me interesan los demás menos que antes.
c. He perdido casi todo el interés por la gente.
d. He perdido por completo mi interés por la gente.
- 13 a. Tomo mis decisiones igual que siempre.
b. Aplazo mi toma de decisiones más de lo que estaba acostumbrado.
c. Tengo gran dificultad en tomar decisiones comparando con mi pasado.
d. Ya no puedo tomar decisiones.
- 14 a. Me siento aparentar peor aspecto que he costumbre.
b. Estoy preocupado porque mi aspecto es de viejo o es poco atractivo.
c. Siento que están ocurriendo cambios permanentes en mi apariencia de tal modo que se ve poco atractivo.

- d. Estoy seguro de que mi apariencia es fea.
- 15 a. Puedo hacer mis actividades igual que antes.
b. Me toma cierto esfuerzo extra iniciar alguna actividad.
c. Me tengo que dar bastante aliento para realizar cualquier actividad.
d. Ya no puedo realizar cualquier actividad.
- 16 a. Puedo dormir como de costumbre
b. No estoy durmiendo tan bien como costumbre.
c. Me despierto 1-2 horas más temprano y me cuesta trabajo volver a dormir,
d.me despierto varias horas antes de lo que estaba acostumbrado y no puedo conciliar el sueño.
- 17 a. Me siento más cansado de que estaba acostumbrado.
b. Ahora me canso con más facilidad que de costumbre
c. Cualquier cosa que hago me agota.
d. Estoy muy cansado como para realizar cualquier actividad.
- 18 a. Mi apetito es igual que el acostumbrado.
b. Mi apetito no están bueno como de costumbre.
c. Actualmente tengo mucho menos apetito.
d. Ya no tengo ningún apetito.
- 19 a. Si es que perdido peso, este no es mucho.
b. He perdido más de 2.5 Kg.
c. He perdido más de 5.0 Kg.
d. he perdido más de 7.5 Kg.
- 20 a. Mi salud no me preocupa más de lo habitual.
b. Mis problemas físicos, tales como dolores o molestias, me preocupa, así como, mis trastornos estomacales y constipación.
c. Estoy preocupado por mis problemas físicos y me es difícil pensar en otras cosas.
d. Estoy tan preocupado acerca de mis problemas físicos que no puedo pensar en otras cosas.
- 21 a. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por lo sexual.
b. Actualmente lo sexual me interesa menos que antes.
c. Actualmente tengo menos interés sexual que de costumbre.
d. He perdido por completo mi interés por el sexo.

CUSTIONARIO DE EVALUACION C.A.S.I.A

NOMBRE.....APELLIDOS.....

 EDAD.....CURSO.....SEXO.....

 CENTRO.....FECHA.....

A continuación, aparecen una serie de frases que se refieren a cosa que las personas poder hacer. Es posible que tu hagas de esas cosas. Lee atentamente cada una de las frases y señala con una (x) la opción que elijas en cada frase. Procura ser muy sincero en tus contestaciones. Tus respuestas serán totalmente **CONFIDENCIALES**.

Prepara no contestar deberás tener en cuenta que en cada frase hay tres posibilidades a elegir.

Elige la opción que más coincida con lo que tú haces.

0: Si lo que dice la frase **Nunca** lo haces.

1: Si lo que dice la frase lo haces **Algunas veces** (entre 1 y 3 por semana)

2: Si lo que dice la frase lo haces **Muchas veces** (más de 3 veces por semana)

P. T= 24	P.C=96		P. A=13	P.N. A=11
-------------	--------	--	------------	--------------

1.Pego a otros niños o a mis compañeros de clase.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

2.Digo mentiras o miento a otras personas (niños o adultos).

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

3.Digo palabrotas

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

4.Amenazo o falto al respeto a los profesores o a otros adultos.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

5.Si hay algo que quiero o me gusta, lo cojo o se lo quito a quien lo tenga.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

6.Me divierte amenazar y asustar a otros niños.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

7.He obligado, por la fuerza, a otros niños a que me den dinero.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

8.Fumo tabaco solo con mis amigos.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

9.He quitado dinero en casa (a mis padres, o a mis hermanos a otros familiares).

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

10. He pegado o maltratado a los animales.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

11.He roto papeleras u otros objetos o de los parques, para divertirme.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

12.He quitado dinero u objetos a otros niños, pero les he agredido.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

13.Hago cosas prohibidas como hacer pintadas, ensuciar la calle o los parques.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

14.Me he escapado de casa para irme por ahí a pasear con mis amigos.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

15.He destruido o he roto objetos a otros niños para divertirme.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

16.Consumo bebidas alcohólicas solo o con mis amigos sin motivo, solo porque quiero.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

17.Me divierte con mis amigos riéndonos y haciendo burla a personas ancianas.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

18. Me divierte, burlar, ridiculizar o hacer bromas a otros niños.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

19. He consumido alguna droga con mis amigos o solo.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

20. Falto a clases o llego tarde.

0= Nunca	1= Algunas veces	2= Muchas veces
----------	------------------	-----------------

“AÑO DEL BUEN SERVICIO AL CIUDADANO”

Solicito Autorización
para la aplicación del
Instrumento de
Evaluación.

Sr. director:

Institución

Educativa:

Mediante la presente hago extensivo mi saludo cordial, y así mismo solicito me conceda la autorización para el estudio “Depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo” con el objetivo de ver la relación de dichas variables en los adolescentes de la del distrito de Trujillo, dentro del marco de la investigación con propósitos para la obtención del grado de Licenciatura.

Convencida de su apoyo y colaboración para tan importante objetivo académico, me despido de usted.

Atentamente;

Linda Estefani Julca Sánchez
Practicante Pre profesional de Psicología

CARTA DE TESTIGO INFORMADO

En el presente documento:

Yo _____ do
cente responsable del Curso _____ de la Institución
Educativa _____ a horas

_____ soy testigo que la señorita Julca Sánchez, Linda Estefani, alumna del último ciclo de la escuela académico profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, ha otorgado a los estudiantes que tengo a mi cargo la información necesaria sobre la investigación “Depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo”.

Considero y afirmo que se me ha sido explicado acerca del propósito de la evaluación, así como la confidencialidad y su uso sólo con fines académicos; razón por la cual decido participar como testigo de la aplicación.

Trujillo, _____ de _____ del 2018

Dirección

Linda Estefani Julca Sánchez
Practicante profesional de Psicología

ASENTIMIENTO DEL ALUMNO

Se realizará un estudio, para ver la relación entre la “Depresión y conductas antisociales en los adolescentes del distrito de Trujillo” con el objetivo de ver la relación de dichas variables.

Si aceptas estar en nuestro estudio, te haremos preguntas como te comportas, sientes y actúas habitualmente, buscando tu sinceridad, siendo conocedor de la finalidad de esta investigación, manifiesto que deseo participar de manera voluntaria en la aplicación de los instrumentos, teniendo en cuenta que mi identidad e integridad serán cuidados por los responsables.

FIRMA DEL ALUMNO.