



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Depresión y conductas autolesivas no suicidas en estudiantes de
secundaria de dos Instituciones Educativas públicas de
Ventanilla, 2023**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología**

AUTORA:

Mendoza Bautista, Samantha Rubi (orcid.org/0000-0002-0611-205X)

ASESORA:

Dra. Dioses Rizzi, Juana Elisa (orcid.org/0000-0001-9932-837X)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Violencia

LÍNEA DE RESPONSABILIDAD SOCIAL UNIVERSITARIA:

Promoción de la salud, nutrición y salud alimentaria

LIMA – PERÚ

2023

Dedicatoria

A mi amada familia. A mi madre Jesús, a mis hermanas Linda y Esmeralda por ser mi sustento e inspiración para seguir soñando. A Abner, el amor de mi vida por su apoyo, constante aliento y motivación.

Agradecimiento

A mi amado Dios por darme sabiduría y fortaleza, asimismo, por su cuidado y conducción en cada paso que he dado. A mi familia y amigos por sus oraciones y palabras de aliento.

Índice de contenidos

	Pág.
Carátula	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento	iii
Declaratoria de Autenticidad del Asesor	iv
Declaratoria de originalidad del autor	v
Índice de contenidos.....	vi
Índice de Tablas	vii
RESUMEN.....	viii
ABSTRACT	ix
I. INTRODUCCIÓN	10
II. MARCO TEÓRICO	12
III. METODOLOGÍA	23
<u>3.1.</u> Tipo y Diseño de investigación	23
<u>3.1.1.</u> Tipo de investigación.....	23
<u>3.1.2.</u> Diseño de Investigación.....	23
<u>3.2.</u> Variables y operacionalización	23
<u>3.3.</u> Población, muestra y muestreo	25
<u>3.3.1.</u> Población.....	25
<u>3.3.2.</u> Muestra	26
<u>3.3.3.</u> Muestreo	26
<u>3.3.4.</u> Unidad de análisis	26
<u>3.4.</u> Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	26
<u>3.5.</u> Procedimientos	28
<u>3.6.</u> Método de análisis de datos.....	29
<u>3.7.</u> Aspectos éticos	29
IV. RESULTADOS	31
V. DISCUSIÓN	42
VI. CONCLUSIONES	49
VII. RECOMENDACIONES	51
REFERENCIAS	52
ANEXOS	61

Índice de Tablas

	Pág.
Tabla 1. Prueba de Normalidad de variables y sus dimensiones	31
Tabla 2. Coeficiente de correlación entre las variables depresión y conductas autolesivas	32
Tabla 3. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión la influencia interpersonal	33
Tabla 4. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión autocastigo	34
Tabla 5. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión anti suicidio	35
Tabla 6. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión área sexual	36
Tabla 7. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión regulación de afecto	37
Tabla 8. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión disociación	38
Tabla 9. Coeficiente de correlación entre depresión y la dimensión límite interpersonal	39
Tabla 10. Tabla de niveles de la variable depresión y sus dimensiones	40
Tabla 11. Tabla de niveles de la variable conductas autolesivas y sus dimensiones	41

RESUMEN

La presente investigación mantuvo como objetivo general determinar la relación que existe entre depresión y conductas autolesivas no suicidas en estudiantes de secundaria de dos Instituciones Educativas públicas de Ventanilla, 2023. El estudio fue básico correlacional con un diseño no experimental, de corte transversal, además, la técnica utilizada fue la encuesta para ambas variables y los instrumentos empleados fueron la escala de autolesión SHAGER y el inventario de Depresión de Beck (BDI-II). La población estuvo conformada por 19,054 estudiantes de secundaria de las Instituciones Educativas públicas en el distrito de Ventanilla y la muestra fue constituida por 377 estudiantes de dos Instituciones Educativas públicas a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia. Como resultado principal se obtuvo que existe correlación significativa ($p < 0.05$) positiva y alta ($Rho = 0.72$) entre las variables Depresión y Conductas autolesivas, es decir, que a más depresión habrá más presencia de conductas autolesivas en los estudiantes de secundaria. Se recomienda para futuras investigaciones emplear otros instrumentos a fin de ampliar la muestra en un rango mayor de edad y aplicarlo en más Instituciones Educativas.

Palabras clave: Conducta autolesiva, depresión, adolescente, estudiante, autolesión.

ABSTRACT

The general objective of this research was to determine the relationship between depression and non-suicidal self-injurious behaviors in high school students from two public Educational Institutions in Ventanilla, 2023. The research was basic correlational with a non-experimental, cross-sectional design, the technique used was the survey for both variables and the instruments used were the SHAGER self-injury scale and the Beck Depression Inventory (BDI-II). The population consisted of 19,054 high school students from public educational institutions in the District of Ventanilla and the sample consisted of 377 students from two public educational institutions through non-probabilistic convenience sampling. As the main result, it was determined that there is a significant ($p < 0.05$) positive and high correlation ($Rho = 0.72$) between the variables Depression and self-injurious behaviors, that is, the more depression, the more self-injurious behaviors in high school students. It is recommended for future research to use other instruments in order to expand the sample to a wider age range and apply it in more educational institutions.

Keywords: Self-injurious behavior, depression, adolescent, student, self-harm.

I. INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud mental, en contraste con décadas pasadas, han cobrado mayor relevancia y visibilidad, repercuten principalmente en niños y adolescentes quienes se encuentran en desarrollo de sus facultades físicas y emocionales, siendo por ello más vulnerables a manifestar problemas psicológicos.

Al respecto, la Organización Mundial de la Salud (OMS) manifiesta que el 1,1% de adolescentes de edades de entre los 10 hasta los 14 años, y el 2,8% de entre 15 y 19 tienen depresión, además, entre esta última población es considerada la cuarta causa de suicidio (OMS, 2021).

Asimismo, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre la depresión como enfermedad mental, sostiene que puede identificarse con un estado prolongado de tristeza, así como, desinterés en las actividades comunes, culpabilidad, inadecuada estima personal, agotamiento, modificaciones en el aspecto del sueño y alimentación (OPS, 2017).

En este sentido, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) sostiene que más del 20% de la población en etapa de adolescencia padecen enfermedades mentales, así también, señala que aproximadamente el 15% de adolescentes en alguna ocasión se ha planteado atentar contra su vida a través del suicidio (UNICEF, 2019).

Dentro del marco internacional la OPS (2019) señala que, a nivel americano, tanto los trastornos mentales como el suicidio representan a una tercera parte (34%) de la cantidad de años vivenciados con discapacidad, siendo la depresión la causa principal de la misma y que a su vez aproximadamente cien mil personas mueren anualmente a causa del suicidio.

Dentro del marco nacional, el Ministerio de Salud (MINSa) en el año 2021 atendió 313 455 casos sobre depresión, con un incremento de 12% en contraste al periodo prepandémico (MINSa, 2022). Además, en el 2022 se atendieron 247 171 casos de depresión, en los que el 17,27% corresponde a adolescentes y el 75,24% corresponde al género femenino. (MINSa, 2023).

Dentro del marco local, estudios realizados con adolescentes peruanos por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) sostiene, la depresión es la condición mental usual en jóvenes adolescentes tanto en Callao como en Lima, con frecuencia de 7% (INSM, 2013). En los años siguientes, la misma institución sostiene que un 8.5% de adolescentes en Lima han sufrido algún episodio de depresión (INSM, 2018).

Por otro lado, la OMS (2020) en referencia a conductas autolesivas en adolescentes, menciona que en el año 2016 casi de 62.000 jóvenes en edad adolescente perdieron la vida como efecto de autolesionarse. Asimismo, en estudios realizados en Australia por Walsh (2005) señalan que el 8.1% de los individuos en general se ha autolesionado en algún episodio de su vida.

Las autolesiones sin fin suicida pueden definirse como el daño autoprovocado deliberadamente en diferentes partes del cuerpo, sin intención de acabar con su vida (Faura & Calvete, 2022). Sin embargo, Menniger (1938, citado en Soto *et al*, 2018) señalaba que la autolesión como tal, es una estrategia que le permite al individuo mantener su ansiedad en un nivel manejable, evitando, además, la aparición de recuerdos dolorosos.

En el Perú, Cabrera (2021) manifiesta que el 4% de la población ha tenido conductas de autolesión, principalmente durante la etapa de la adolescencia. Durante el tiempo de pandemia por SARS-CoV-2 el Ministerio de Salud del Perú (MINSA) elaboró un sondeo digital del cual se obtuvo que de jóvenes de 12-17 años en etapa adolescente el 29.6% está en peligro de sufrir algún problema mental (MINSA, 2021).

Tras la búsqueda de información, se encuentran estudios que correlacionan depresión y conductas autolesivas en otros departamentos del Perú y en distritos ajenos a Ventanilla, sin embargo, no se han realizado estudios que correlacionen estas variables en Pachacútec- Ventanilla, por lo cual se desconocen los resultados. Asimismo, los informes estadísticos de organizaciones, no evidencian información sobre cifras de esta problemática en el distrito de Ventanilla.

Se considera importante visibilizar la problemática de las conductas

autolesivas que se presentan en espacios escolares; las cifras que reportan las entidades siguen en aumento por lo que la población adolescente se ve expuesta a daños mayores como depresión o conductas autolesivas. Es así que se plantea la siguiente interrogante ¿De qué manera se relacionan la depresión y las conductas autolesivas no suicidas en estudiantes de secundaria de dos Instituciones Educativas públicas de Ventanilla, 2023?

Este estudio se justifica teóricamente, por la importancia de visibilizar esta creciente problemática, por la vigencia del tema dentro de los espacios escolares, asimismo, por la falta de información sobre la correlación de las variables de estudio en el distrito de Ventanilla. En el sentido práctico se busca exponer el vínculo que hay en cuanto a depresión y conductas autolesivas no suicidas en los adolescentes con la motivación de evidenciar esta problemática, en cuanto a la justificación social, contribuirá a conocer si los estudiantes de secundaria de Ventanilla manifiestan depresión relacionado a la práctica de autolesiones, asimismo, los resultados del estudio facilitarán información tanto a docentes como a padres de familia para la elaboración de planes de acción e intervención, así como, programas de prevención en los estudiantes con el objetivo de reducir las conductas autolesivas vinculadas a la depresión que puedan existir. Finalmente, será aporte de futuras investigaciones.

Este estudio tiene como Objetivo general: Determinar la relación que existe entre depresión y conductas autolesivas no suicidas en estudiantes de secundaria de dos Instituciones Educativas públicas de Ventanilla, 2023. Con sentido en los objetivos específicos se plantea: a) Identificar la relación en cuanto a depresión e influencia interpersonal. b) Identificar la relación en cuanto a depresión y el autocastigo. c) Identificar la relación en cuanto a depresión y el anti suicidio. d) Identificar la relación en cuanto a depresión y el área sexual. e) Identificar la relación en cuanto a depresión y regulación de afecto. f) Identificar la relación en cuanto a depresión y disociación. g) Identificar la relación en cuanto a depresión y límite interpersonal, asimismo, h) Describir los niveles de la variable depresión y sus dimensiones. Finalmente, i) Describir los niveles de la variable conductas autolesivas no suicidas y sus dimensiones.

Para responder a los objetivos se plantean la hipótesis general: Existe relación directamente proporcional y significativa entre la depresión y conductas autolesivas. Como hipótesis específicas se plantean: Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión e influencia interpersonal. Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión y autocastigo. Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión y anti suicidio. Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión y área sexual. Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión y regulación de afecto. Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión y disociación. Existe relación directa proporcional y significativa entre depresión y límite interpersonal. Los dos últimos objetivos no tienen hipótesis ya que son descriptivos.

II. MARCO TEÓRICO

A continuación, se presentan algunas investigaciones tanto nacionales como internacionales, las cuales guardan relación con el tema y son de gran aporte para el presente estudio.

A nivel local, Huamaní (2019) elaboró un trabajo de investigación el cual fue aplicado a 270 estudiantes de dos colegios públicos en Callao, cuya finalidad fue identificar el vínculo correlacional entre impulsos y lesiones autoinfligidas. Este trabajo fue no experimental, descriptivo. Se emplearon dos instrumentos para la obtención de resultados, los cuales fueron, la escala de autolesión SHAGER y el cuestionario de Impulsividad Barrat. Como conclusión del estudio se halló un vínculo correlacional positivo $Rho=0,954$ y significativo $p=.000$ [sig. < ,05] en cuanto a sus variables de estudio.

Asimismo, Méndez (2020) elaboró una investigación para determinar la conducta autolesiva que muestran los educandos del nivel secundario de un colegio privado en Pachacútec- Ventanilla, fue una investigación transversal de tipo básico, cuantitativo, no experimental y descriptivo. Su población fue compuesta de 49 estudiantes los cuales contestaron la cédula con datos socio-demográficos y una escala de pensamiento y conducta autolesiva (EPCA). Los resultados muestran que el 27% de estudiantes manifestaban conductas de autolesión, asimismo, el 65% estuvo compuesto por población femenina. El comportamiento empieza antes de los 12 años de edad por un inadecuado manejo de las emociones y con prevalencia en el género femenino, asimismo, respecto a la justificación de la acción el 62% de los casos de autolesión confirmada señala que los adolescentes se autolesionan porque se sentían “vacíos” y deseaban sentir “algo”.

Dentro del ámbito nacional, Ayón (2018) desarrolló un estudio en un colegio en Lima Este, busca establecer la asociación en cuanto a resiliencia y comportamientos autolesivos. El procedimiento fue hipotético deductivo, de nivel correlacional; en un tiempo determinado. Se aplicó a 241 alumnos de entre 12 y 17 años, con muestreo no probabilístico y la información fue recogida mediante la escala de Resiliencia adaptado en 2002 por Novella y la escala de depresión SHAGER, ambas pruebas confiables. Obtuvo una correlación significativamente

inversa entre Resiliencia y conducta de autolesión ($Rho = -0.204$, $p = 0.001$), además se conoció que la resiliencia en el alumnado es escasa (59.3%), los niveles de autolesión son bajos (77.6) y que no existe una marcada diferencia entre la autolesión, resiliencia y sus dimensiones correspondientes, por ejemplo, en las dimensiones regulación de afecto ($Rho = -0.084$, $p = 0.19$) y límites interpersonales ($Rho = -0.064$, $p = .32$) no existe relación.

En ese sentido, Calvanapón (2020) planteó una investigación cuyo fin fue hallar la asociación entre conducta de autoagresión y satisfacción con la vida, fue aplicada a 300 estudiantes de secundaria de entre 13 a 17 años del distrito de Trujillo. Fue un estudio correlacional y comparativo. Para ello se usó la cédula de autolesiones adaptada por Vílchez (2016) y la escala de satisfacción con la vida (SWLS). Donde obtuvo que hay relación inversa y significativa entre las variables mencionadas $r = -0.633$, es decir, que mientras mayor satisfacción en la vida, las autolesiones tendrán una menor presencia. Al mismo tiempo, se halló también correlación significativa e inversa entre la satisfacción con la vida y dimensiones de autolesión por debajo y encima de la piel $r = -0.660$ y $r = -0.577$. Por último, el sexo de los participantes no influye significativamente en los resultados.

Ochatoma y Pérez (2021) elaboró una investigación con 281 educandos entre varones y mujeres, que cursan quinto de media en un colegio Ayacuchano, quiso identificar la relación en cuanto a autolesiones y depresión. Fue un estudio correlacional, descriptivo. Se usaron la escala de autolesión de SHAGER y el test de Depresión (BDI-II). El análisis señala una correlación positiva moderada según Rho de Spearman de 0.619, con una estimación de $p = 0.000$, inferior a 0,05 entre la depresión y autolesiones. Asimismo, expone la relación de la variable depresión con las dimensiones de la variable autolesión lo cual es significativo ($p < 0.05$) en relación a la dimensión regulación de afecto indica que existe una relación directa muy baja ($r = 0.127^*$), en relación a las dimensiones de influencia interpersonal ($r = 0.317$), autocastigo ($r = 0.468$), área sexual ($r = 0.325$) y límites interpersonales poseen una relación directa baja ($r = 0.351$), finalmente su investigación señala que las dimensiones anticipación al suicidio ($r = 0.571$) y disociación ($r = 0.609$) poseen una relación directa moderada.

A nivel internacional, se trabajó en diversas investigaciones, al respecto,

Guerra (2019) elaboró una investigación descriptivo correlacional en adolescentes chilenos, sobre depresión, polivictimización y su relación con conductas de autoagresión. Cuyo objetivo fue evaluar cuan frecuente se da la polivictimización, su asociación con los niveles depresivos y frecuencia de conductas autolesivas. Se encuestaron a 114 jóvenes adolescentes entre 17 y 18 años. El análisis evidencia que el 40.3% de participantes habría experimentado por lo menos 2 tipos diversos de victimización y que la poli victimización se relaciona directamente con la sintomatología depresiva y con la autoagresión. Además, la depresión y autoagresión están directamente relacionadas entre si.

Ferro et al (2020) elaboró un estudio en Colombia, con estudiantes, en donde menciona que en adolescentes de entre 10 a 14 años el problema de depresión tiene un 15,8% de prevalencia y esta enfermedad está relacionada con conductas autolesivas sin fines de suicidio. Así también, en indagaciones previas se ha demostrado que si un individuo presenta ambos trastornos la depresión y la autolesión aumentan. El propósito del estudio fue determinar la vinculación en cuanto a comportamientos autolesivas no suicidas y depresión. Se aplicó muestreo por conveniencia y se valoraron 44 alumnos del colegio Santa Rosa en donde se evaluaron por medio de los cuestionarios CDI y SHQ-E. Seguidamente, se analizaron los datos en SPSS v.22. En cuanto a los resultados, el 29,5% manifestó autolesiones y se hallaron correlaciones positivas altas ($r= 0.926$) y significativas ($p>0.05$) entre conductas autolesivas y depresión infantil.

Cervantes (2020) en Ecuador realizó un estudio cuali-cuantitativo, transversal en adolescentes de bachillerato para determinar el vínculo en cuanto a conductas de autoinfligirse y episodios de depresión. Se emplearon la cédula de autolesión (CAL) y el test de Depresión de Beck. Fue un estudio comparando el género de los participantes, los cuales fueron 139 varones y 135 féminas. En cuanto a los resultados, evidencian que los niveles prevalentes de depresión son normales con 29,56%, es bajo 24,82% y promedio 22,63% luego, el grado discontinuo posee un 14,96%, alto con 6,56% y extrema 1,45%. Con relación alas sub-área del CAL, sobre epidermis el 69.35% en féminas y en varones un 26.28%, la sub-área por infra epidermis predomina en féminas con un 2.55% en oposición a los varones 1.82%. En autolesiones la prevalencia es en mujeres

con 72% pero en hombres el 28%. En síntesis, se determina que existe una correlación positiva moderada entre depresión con autolesión por encima de la piel ($r=0.349$) y por debajo de la piel ($r=0.444$) todas las correlaciones son significativas con un ($p=0.001$).

Seguidamente, Cañón (2021) en su investigación intenta evidenciar las frecuencias de conductas de autolesión en estudiantes de un colegio de Manizales, Colombia. La población fue de 538 y se empleó en una muestra conveniente de 58 estudiantes. Fueron cuantificadas variables demográficas, así como, la frecuencia de autolesiones, factores predisponentes. Con respecto, a los resultados, se obtuvo que un 22,4% manifiestan auto cortes, golpes a uno mismo, arañarse la piel, arrancarse los cabellos, quemaduras como formas de autolesión. El 10,3% presenta consumo de drogas, el 36,4% ingiere alcohol, el 50% manifiesta ansiedad, 56,9% depresión, el 66.95% satisfacción familiar. Dentro de los factores que se asocian a las conductas autolesivas, son depresión, ansiedad, consumos de drogas, alcohol, orientación sexual y suicidio. Se concluye que las lesiones autoinfligidas son predictoras del suicidio.

Bautista (2022) en una investigación mexicana planteó indicar la asociación entre depresión, autolesión, desequilibrio emocional y formas de afrontamiento con la finalidad de forjar un esquema que explique el problema. La investigación es explicativa, de diseño cuantitativo. Participaron 5835 adolescentes de entre 11 a 15 años matriculados en 62 colegios públicos. Con respecto a los resultados, se halló que para las lesiones autoinfligidas severas (3.54%) el esquema esclarece el 61% de desviación en cuanto a datos (R^2 de Nagelkerke=.61) y cataloga apropiadamente al 84.1% de estudiantes; por su lado, con respecto a autolesión leve (5.29%) el esquema explica el 72% de la desviación de datos (R^2 de Nagelkerke =.72) y cataloga apropiadamente al 88.2% de participantes. También, los aspectos de depresión evidenciaron el superior grado de explicación y asociaciones afirmativas con el desequilibrio afectivo y la forma de afrontar evitando, así como asociaciones negativas con la forma de afrontar.

De acuerdo a la OMS la adolescencia es la era que comprende desde 10 hasta 19 años y los clasifica en 3 rangos de adolescencia, de 10-13 años temprana, de 14-16 años media y de 17-19 años tardía, señala que es un periodo

de transición entre la infancia y la adultez la cual trae consigo cambios en el aspecto físico, mental, biológico, social y puede ser compleja.

Con respecto a la primera variable de estudio Beltrán (2019) refiere que la depresión afecta globalmente el aspecto psíquico y de igual manera al aspecto afectivo, puede manifestarse con tristeza, afeción en las actividades diarias, desgano, sentimientos de irritabilidad, malestar y sentimientos de frustración. Asimismo, Coryell (2020) manifiesta que la depresión puede caracterizarse con emociones de profunda tristeza las cuales son tan graves que disminuyen el placer en las actividades rutinarias que antes se disfrutaban, puede desarrollarse por la pérdida de un ser amado o algún episodio que haya generado un trauma.

De acuerdo con Beck (citado en Contreras, 2015) la depresión es identificada por sentimientos de tristeza, sentirse apático, tener una negativa definición sobre uno mismo, a su vez, esto crea modificaciones a nivel físico. Todo ello, en conjunto crean esquemas rígidos sobre uno mismo, sobre el futuro y sobre el mundo.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo (TEA) estos pueden ser deprimidos o eufóricos, en esto se considera la intensidad, duración, su asociación con síntomas y su impacto en cómo funciona la persona.

Dentro de los indicadores para el diagnóstico, debe haber un ánimo deprimido diario, agitarse o enlentecerse físicamente, pérdida de energía y placer, culpabilidad, indecisión, pensamientos de muerte.

Para hablar sobre la evolución de la depresión, se menciona que la tristeza es una respuesta normal en el área afectiva frente a circunstancias adversas, y difiere de la depresión. En las primeras menciones, la melancolía era consecuencia del exceso de bilis negra, más tarde Hipócrates lo relacionó a la teoría humoral, en donde la melancolía era una especie de locura que se manifestaba en cansancio con deseos de morir. Se desconoce quién inventó el término depresión, sin embargo, una de las primeras menciones lo hace Blackmore (1725). Tras la difusión e investigación sobre el tema, se considera que la etiología de la depresión se debe a factores biológicos, psicológicos y

sociales.

Con respecto a la teoría biológica de la depresión Thase y Howland (citado en Vásquez *et al.*, 2000) refieren que se producen cambios anormales en la neuroquímica del cerebro, los cuales afectan la facilitación o inhibición de la conducta, la respuesta frente al estrés, los procesos biológicos y el proceso de la información. Los déficits generan depresión en un individuo.

De acuerdo a la teoría conductual de Antonuccio, manifiesta que la depresión es aprendida y se asocia a las interacciones negativas entre un individuo y su entorno, asimismo, pueden influir y ser influenciados por los pensamientos, los comportamientos y las emociones. La metodología que se utiliza son patrones que adapten las conductas, los pensamientos y las emociones (citado en Vásquez *et al.*, 2000).

Lewinsohn et al. según el modelo de disminución del refuerzo positivo la depresión se inicia cuando los patrones conductuales de un individuo se ven interrumpidos, provocando que el refuerzo positivo disminuya y las vivencias negativas incrementen. Por efecto, el individuo dirige la atención hacia si mismo y aparecen la autocrítica y las expectativas negativas con efectos en la conducta, el pensamiento y en las interrelaciones (citado en Vásquez *et al.*, 2000).

De acuerdo al modelo de Nezu los sujetos que tengan escasa habilidad para solucionar problemas están más expuestos a tener un episodio de depresión. La depresión se da cuando un sujeto se enfrenta a una experiencia difícil y no puede resolverlo porque tiene carencia frente a la capacidad de resolver conflictos, la dificultad puede encontrarse en falta de orientación, incapacidad para formular o identificar el problema, plantear propuestas de solución, tomar decisiones y acciones frente a esta (citado en Vásquez *et al.*, 2000).

Por otra parte, Seligman con la teoría de indefensión la cual es aprendida señala que los episodios de depresión se dan por aprender que los resultados no se pueden controlar, es decir que el individuo aprende que su conducta y los efectos ambientales son independientes, por lo que queda indefenso y aparecen alteraciones en los niveles: motivacional, disminuyen las respuestas; cognitivo, se

dificulta el aprender nuevas respuestas; emocional, temor y tristeza (citado en Ponce *et al.*, 2004).

De acuerdo a la teoría cognitiva de Beck, (citado en Baringoltz, 2009) la depresión es manifestada conforme a las experiencias tempranas de un individuo según la elaboración de sus patrones. Además, dicha teoría se explica mediante tres concepciones sobre la depresión: triada cognitiva, esquemas y errores en el procesamiento de la información.

Respecto a ello, en primer lugar, la triada cognitiva es formada por la visión negativa de uno mismo, del futuro y sus vivencias. La visión negativa sobre uno mismo, incluye que el individuo con atribuciones negativas se subestima y autocrítica. Del futuro, donde percibe fracaso y dificultades que serán difícil de superar, falta de optimismo y angustia. De sus vivencias, las interpreta de forma negativa (Baringoltz, 2009).

Los esquemas, en segundo lugar, el individuo a través de su vida forma su patrón cognitivo con las diferentes experiencias y las respuestas a ellas. Es así que el esquema establece de cómo la persona organiza diferentes experiencias. Dichos esquemas pueden estar inactivos y activarse en momentos determinados. En momentos de depresión leve el individuo conserva cierta objetividad, en depresiones graves el individuo está sujeto al juicio negativo y tiene dificultad para pensar en otro estímulo extrínseco (Baringoltz, 2009).

Los errores en el proceso de información, en tercer lugar, el individuo cree que su concepción depresiva es válida. Se procesa la información de forma errónea, como interferencia arbitraria en donde sin respaldo de hechos el individuo obtiene conclusiones. Abstracción selectiva, define una experiencia en base a momentos externos del ambiente. Generalización excesiva, el individuo crea resultados en base a momentos aislados. Maximización, incrementa cualquier dificultad, inclinación o contexto. Minimización, reduciendo el valor de vivencia. Pensamiento absolutista, valora sus vivencias en condiciones contrarias. Razonamiento emocional, donde la emoción está justificada. Etiquetamiento, se estima con calificativos negativos (Baringoltz, 2009).

En cuanto a la variable de conductas autolesivas, según Fleta son los actos de autoinfligirse en su propio cuerpo de modo intencional, pero que no tienen una finalidad suicida (como se citó en Cabrera, 2021).

Asimismo, Walsh (citado en Faura, 2021) menciona que en los años del pasado siglo se consideraba a las personas que se autolesionaban como personas que presentaban un trastorno mental a fin de violencia familiar, especialmente a abuso sexual. Es así que en los años 90 comienza a resaltar la información de que muchos pacientes funcionales se autolesionaban, así como muchos jóvenes de forma muy temprana (APA, 2013) es por ello que el DSM-V recoge la ANS como diagnóstico en revisión.

Asimismo, Santos (citado en Dávila, 2015) señala que la autolesión también llamada auto violencia corporal, en el cual la misma persona se hace, de forma repetitiva y voluntaria, lesiones corporales. Se piensa que ese “algo” se correlaciona con situaciones dolorosas vividas o una falla en el manejo de emociones, así refleja esta conducta autolesiva un mecanismo en el cual el individuo no aprueba afrontar los acontecimientos y origen de su comportamiento. Muehlenkamp *et al.* (2018), manifiesta que la autolesión es una conducta que inicia en la adolescencia (13-16 años), y Plener *et al.* (2015) menciona en adultos jóvenes.

Según Ulloa *et al* (2020) en el proceso de creación del DSM-5, propusieron la creación de una categoría diagnóstica para las autolesiones con fines no suicidas (NSSI), ya que su frecuencia es alta. Pese a que el diagnóstico cuenta con validez de criterio se consideró que los estudios de campo evidencian baja confiabilidad por lo que se requieren más estudios. Asimismo, menciona que el problema es que los sujetos reciben otros diagnósticos lo cual indica que las NSSI son un especificador de gravedad que una categoría diagnóstica.

Con respecto a las características de los adolescentes que se autolesionan poseen desvalorada percepción de su imagen, actúan sin reflexionar, no controlan sus estados emocionales, son impulsivos y muchos tiene un estilo cognitivo negativo, por lo que las conductas de autolesión aparecen y se mantienen (Frías *et al.*, 2012).

De acuerdo a Fleta (2017) existen factores de riesgo precipitantes e inherentes. Dentro del primer factor, sufrir acoso escolar, quedar embarazada sin desearlo, tener enfermedades graves, sufrir violencia en casa, conocer a alguien cercano con tentativa de suicidio o que se autolesione. Con respecto al segundo factor, poseer baja autoestima, pobre imagen corporal, sentirse

rechazado, escasas habilidades de interrelación, dificultad para adaptarse, ser neurótico y tener alguna enfermedad mental.

En su investigación sobre el tema, Santos (2011) sostiene que existen 5 tipos de autolesión los cuales son descritos a continuación: Autoagresión psicótica, en donde la persona se desconecta de la realidad y se lesiona, por ejemplo, pueden manifestarse amputándose extremidades, ya sean, piernas, genitales u ojos. Autoagresión orgánica, cuya conducta habitual se da en personas con retardo mental o en síndrome como el autismo que tienen índole genética. Estas personas se lesionan de forma peculiar, pueden manifestarse con cachetadas, golpes en la cabeza, morderse partes de la boca.

Autoagresión típica, cuyo grupo está presente en la población en general. Aquí el estado emocional se muestra durante la soledad, con emociones, de tristeza, ira, temor, angustia e impotencia. Mostrándose como opción para encubrir la condición afectiva, por ejemplo, el cortarse, hacerse quemaduras, rascar la piel hasta que salga sangre, arrancarse los pelos corporales, golpes, meterse objetos afilados para la epidermis. Autoagresión compulsiva, se asocia al trastorno de obsesión y compulsión. El cual incluye la tricotilomanía, el roce exagerado de la epidermis y la desolladura cuando se quiere quitar un defecto en la epidermis. Autolesión impulsiva, se dan con episodios recurrentes. La persona no ve un problema en autolesionarse, esta lesión episódica está presente en otro trastorno mental. La autoagresión repetitiva es consciente, es decir, la persona considera dañarse, estos individuos se perciben como personas que suelen autolesionarse (Santos, 2011).

De acuerdo al modelo unifactorial, los adolescentes usan estrategias para experimentar el estrés, los recursos de evitación más usados son la disociación, la supresión o rumiación. Por lo que este modelo señala que el refuerzo positivo es el mecanismo primordial comprometido en las autolesiones (Frías et al., 2012).

El Modelo tetrafactorial de Nock y Prinstein expone que las conductas de autolesión son explicadas por cuatro factores, los cuales están dentro de dos dimensiones positivas y negativas cada una de ellas. En primer lugar, en el refuerzo interpersonal la autolesión genera placer cuando el refuerzo es positivo, pero cuando es negativo elimina el sentimiento de malestar. En segundo lugar el refuerzo social positivo busca el apoyo y atención de otras personas y el negativo

da con la negación de responsabilidades sociales (como se citó en Charrasquiél y Hurtado, 2020).

El modelo biosocial de Linehan, refiere que existe una vulnerabilidad afectiva, en la que los sujetos responden al ambiente rápida e intensamente, son criados en ambiente invalidantes en donde aprenden que sus respuestas emocionales son incorrectas, por lo que etiquetan sus experiencias privadas como inaceptables para el círculo social. Pueden desarrollarse dentro de las familias, caóticas, perfectas o típicas (citado en Charrasquiél y Hurtado, 2020).

Según el modelo de Sistemas duales de Casey, Getz & Gavan (2008, citado en Herdoiza-Arroyo, P & Chóliz, M, 2019) durante la adolescencia hay un desajuste en el aspecto emocional por lo que el sistema de gestión conductual se va regulando progresivamente, esto lleva a los adolescentes a actuar impulsivamente. Asimismo, Según la teoría de impulsividad disfuncional de Dickman (2000, citado por Huamani 2021) la impulsividad guía al individuo a actuar irreflexivamente, asimismo, señala que pueden darse para equilibrar inmediatamente las experiencias adversas y negativas que ha afrontado, llevando a realizar autolesiones las cuales son conductas riesgosas y desventajosas.

Con respecto a la teoría biopsicosocial de Klonsky da a conocer siete modelos que expondrían las autolesiones (citado en Ancajima, 2020).

El modelo de Influencia Interpersonal menciona que el individuo influye sobre su entorno próximo al tomar una conducta autolesiva afectando las decisiones, apego y comportamiento del escenario. De tal forma la autolesión se estima como un signo de alarma, con la búsqueda de afecto y ser valorado. Al respecto, Vásquez (2019) la teoría del desarrollo social sostiene que la conducta de los adolescentes se ve influenciada por las relaciones que entablan con los grupos mas importantes para ellos, como lo son, la familia o el colegio y el grupo de amigos y de estos vínculos depende su futuro comportamiento.

Con respecto al modelo de Autocastigo propone que la autolesión es una manifestación contra uno mismo de furia, de forma predominante en quienes lo ejecutan, observándose en individuos cuyo contexto familiar es desfavorable bajo el castigo y la invalidación como aprendizaje. El modelo de anticipar el suicidio menciona que la autolesión es utilizada como un medio de afrontamiento para

frenar la intención de finalizar con la vida, por consiguiente, castigarse con una lesión corporal sería una representación opcional de manifestar tendencias y emociones autodestructivas, sin el peligro de la muerte. De igual manera, el modelo sexual da a conocer que las autolesiones provienen de problemas de sexualidad y así cohibir emociones sexuales.

En lo concerniente a la regulación afectiva da a conocer que la autolesión es una habilidad para mitigar apegos negativos ya sean sutiles o profundos. Frente a vivencias estresantes recurren a las autolesiones para controlar los sentimientos negativos. El modelo de disociación señala que la conducta autolesiva es una respuesta a etapas de segregación o despersonalización. Finalmente, en el aspecto de límites interpersonales, las autoagresiones son medio de aseverar los límites de uno mismo y diferenciarse de otros individuos.

III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de investigación

3.1.1. Tipo de investigación

Esta investigación fue básico, ya que buscó a obtener conocimiento por medio de la comprensión observable de los fenómenos (Concytec, 2018). Asimismo, Bunge mencionó que la investigación básica tiene el propósito de generar nuevo conocimiento sobre un hecho u objeto (Citado en Hnaire, 2019).

3.1.2. Diseño de Investigación

Esta investigación contó con un diseño no experimental, ya que no se manipularon las variables, sino que fueron trabajadas en su contexto natural (Hernández y Mendoza, 2018). Además, el estudio tuvo un corte transversal debido a que se realizó en un periodo definido de tiempo (A. Cvetkovic-Vega et al, 2021).

Descriptivo correlacional, fue descriptivo debido a que las dimensiones de las variables son especificadas, definidas, medidas, cuantificadas y expuestas. Fue correlacional ya que buscó conocer la asociación entre variables y el grado de predicción establecidas (Álvarez, 2020).

3.2. Variables y operacionalización

Variable 1: Depresión

Definición conceptual: Al respecto (Beck et al citado en Candela, 2022) señaló que la depresión es la inadecuada forma de adquirir la información del medio y de sí mismo, lo cual denomina como percepción negativa. Afecta el aspecto psíquico y afectivo, puede manifestarse con tristeza, afectación en las actividades diarias, desgano, sentimientos de irritabilidad, malestar y sentimiento de frustración (Beltrán, 2019).

Definición operacional: Los puntajes fueron obtenidos mediante el inventario de Depresión de Beck (BDI-II) adaptado en Lima Sur por Ángela Elizabeth Espinoza Estrada (2016).

Dimensiones: El instrumento utilizado establece tres dimensiones:

1. **Área cognitiva:** Pesimismo(2), Fracaso(3), Sentimiento de castigo(6), Disconformidad con uno mismo(7), Autocrítico(8), Indecisión(13), Desvalorización(14), Dificultad de concentración(19).
 2. **Área físico-conductual:** Agitación (11), Pérdida de interés (12), Pérdida de energía (15), Cambios en los hábitos de sueño (16), Cambios en el apetito (18), Cansancio o fatiga (20), Pérdida de interés en el sexo (21).
 3. **Área afectivo-emocional:** tristeza (1), Pérdida de placer (4), sentimiento de culpa (5), pensamiento o deseo suicidio (9), Llanto (10), irritabilidad (17)
- **Área cognitiva:** El individuo selecciona, almacena e interpreta lo aprendido a través de sus experiencias previas, lo cual genera pensamientos desadaptativos, las creencias son un ejemplo de ello.
 - **Área físico-conductual:** Incluye diversas circunstancias como el lamento, rumiaciones obsesivas, inquietud intensa, extrema inseguridad, temor irracional, intranquilidad excesiva se demuestran en los individuos que cursan con hechos depresivos. A tal modo es el nivel de los síntomas que unos individuos alcanzan a tornarse agresivos físicamente e incluso atentan contra su integridad física.
 - **Área afectivo-motivacional:** En esta área se aprecian las diversas emociones que el individuo siente y no identifica ni entiende, de los que se acentúan en esta área son aquellas emociones de culpa, torpeza y soledad.

Escala de medición: Escala tipo Likert (1,2,3,4) en los ítems 16 y 18 existen las alternativas (0,1^a,1b,2^a,2b,3^a,3b), conteniendo 21 ítems, con nivel de medición fue ordinal (Ver anexo 2).

Variable 2: Conductas autolesivas no suicidas

Definición conceptual: Son aquellas conductas de hacerse daño a uno mismo en donde las personas se auto infligen lesiones intencionales en diferentes partes del cuerpo, sin tener el objetivo de suicidarse, Fleta (como se citó en Cabrera, 2021).

Definición operacional: Los puntajes fueron alcanzados a través de la Escala de

autolesión SHAGER, creado por Sharon G. Dávila Obando (2015) en la (UCV) Universidad César Vallejo.

Dimensiones: El instrumento utilizado presenta 7 dimensiones, las cuales son: el área de influencia interpersonal (1,6,22,26), área de auto-castigo (4,5,23,25,28,29), área de anticipación al suicidio (2,3,12,14,23,24,27), área sexual (11,13,16), área de regulación afectiva (7,20), área de disociación (9,10,17,18,21) y área de límites interpersonales (8,15,19).

- **Influencia Interpersonal:** Tiene como finalidad tratar de influir en personas cercanas para manipularlas.
- **Autocastigo:** Intento de enunciar su ira contra lapersona misma.
- **Anticipación al suicidio:** Se manifiestan pretensiones suicidas y de destrucción.
- **Sexual:** Función de gratificarse y censurar deseos sexuales.
- **Regulación afectiva:** Manifestada de forma en que los afectos "negativos" son aliviados.
- **Disociación:** Se da como respuesta frente a que un individuo de despersonalice.
- **Límites Interpersonales:** Manera de aseverar los límites deuno mismo.

Escala de medición: Tipo Likert, en donde 1 es nunca, 2 es rara vez, 3 es algunas veces, 4 es casi siempre y 5 es siempre. Tipo de medición ordinal (Ver anexo 2).

3.3. Población, muestra y muestreo

3.3.1. Población:

Con respecto a esto Condori-Ojeda señaló que la población son elementos accesibles que pertenecen al ámbito especial donde se ejecutó la investigación (2020). Por lo cual, de acuerdo a la Unidad de Estadística Educativa (ESCALE) en el distrito de Ventanilla son 19,054 estudiantes de secundaria de colegios estatales (ESCALE, 2021).

Criterios de inclusión: Estudiantes de secundaria que estén matriculados en el año lectivo; Estudiantes de ambos sexos; Sus padres o apoderados firmen el consentimiento informado y los estudiantes el asentimiento informado.

Criterios de exclusión: Estudiantes con asistencia irregular; Estudiantes menores a 13 años y mayores a 16 años; Estudiantes que no deseen participar en la investigación. Estudiantes que no hayan completado todas las respuestas en el cuestionario. Estudiantes con condición de discapacidad asociada al neurodesarrollo.

3.3.2. Muestra:

Es entendido con un subconjunto que representa a la población, la cual consiste en unidades para analizar (Ventura, 2017, p.648). La muestra se obtuvo mediante el programa G power, usando un tamaño del efecto de 0.20, un error de 0.05 y una potencia estadística de 0.95, por ello el estudio fue aplicado a 377 estudiantes entre los colegios A y B.

3.3.3. Muestreo:

El muestreo utilizado fue no probabilístico por conveniencia, es decir, se seleccionó intencionalmente a la muestra ya que fue accesible. Al respecto, Hernández y Escobar (2019) señalan que la muestra cumple con las particularidades que le interesan al investigador.

3.3.4. Unidad de análisis

Adolescentes que estuvieran cursando de entre primero a quinto grado de secundaria de dos colegios públicos de Ventanilla con edades de entre 13 a 16 años.

3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica: Al respecto, Torres *et al.* (2019) señala que la encuesta permite la recolección de información. Por ello, se usó la encuesta en físico, y se aplicaron ambos instrumentos a los adolescentes quienes representan a la población de la investigación con el fin de obtener la información requerida.

Instrumentos: Arias (2006) son recursos físicos o electrónicos para recolectar información a partir de la opinión de individuo entrevistado, pueden ser cuestionarios, entrevistas, etc. Los instrumentos que se usaron en este estudio fueron la estandarización del inventario de Beck (BDI-II) y la escala de autolesión SHAGER

(Ver anexo 3).

INSTRUMENTOS

Inventario de depresión de Beck (DBI-II) el instrumento fue creado en 1961 poseía entre 4 a 6 alternativas, las cuales estaban ordenadas de una gravedad menor a una gravedad mayor recogido en la adaptación de Conde y Cols en 1975, posteriormente hubo cambios en el cuestionario original donde se eliminaron 2 ítems los cuales fueron sentimiento de culpa y autoimagen, asimismo, las alternativas se hicieron aleatorias. Este instrumento está conformado con 21 ítems, con la finalidad de valorar niveles de síntomas de depresión; ya sean mínima, leve, moderada y grave; en adolescentes a partir de los 13 años y adultos, para ser resuelto en un tiempo promedio de 10 a 15 minutos, cuyo método es la escala de Likert. Los estadísticos psicométricos fueron procesados analíticamente obteniendo una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach 0.76 – 0.95) la fiabilidad del test es de $Rho=0.8$, sin embargo, su estudio evidencia dificultades en la metodología, por lo que se recomienda variaciones durante su aplicación.

En el Perú el instrumento fue adaptado por Espinoza Estrada Ángela (2016) en Lima Sur, con más de 1000 universitarios como muestra, donde se obtuvo el valor de Alpha de Cronbach de 0.86 a nivel general y valores mayores a 0.60 para las 3 dimensiones de la variable, lo cual indicó una adecuada confiabilidad por consistencia interna.

Como resultado de la prueba piloto del estudio se obtuvieron las propiedades psicométricas del inventario de depresión, en la que el coeficiente de alfa de Cronbach obtiene un valor de 0.967, lo cual indicó que el instrumento posee un alto grado de confiabilidad, asimismo, los valores de CFI y TLI son mayores a 0.90 lo cual indicó que es un instrumento válido.

La **escala de autolesión Shager** fue utilizada a fin de medir la variable de conductas autolesivas no suicidas. Esta fue establecida en el año 2015 en la UCV (Universidad César Vallejo) por Dávila Obando, Sharon Geraldine. Para ser aplicado en adolescentes y así medir autolesiones, de forma grupal y personal, conteniendo 30 ítems para ser completado en un tiempo aproximado de 20

minutos. Es la escala de Likert que valora dicho instrumento conformado por siete dimensiones como Límites interpersonales, Disociación, Regulación de afecto, Sexual, Anticipación al suicidio, Autocastigo e Influencia interpersonal.

Dávila (2015) este instrumento fue validado por cinco jueces expertos, utilizándose el método del Coeficiente de Validez V de Aiken, siendo confiable y válido, cuyo valor de ítems supera el 0,80. El análisis de confiabilidad es a través del alfa de Cronbach, cuya consistencia interna fue de 0,957; afirmando que el instrumento alcanza una confiabilidad perfecta.

Los resultados de la prueba piloto evidenciaron las propiedades psicométricas del test de depresión, en donde se obtuvo 0.898 en el coeficiente de alfa de Cronbach, esto evidenció una adecuada confiabilidad en el instrumento, asimismo los valores de CFI y TLI fueron mayores a 0.90 es decir, el instrumento es válido.

3.5. Procedimientos

Durante el recojo de información para este estudio, en primer lugar, se eligieron los instrumentos de evaluación, luego se redactaron las solicitudes de los permisos correspondientes y fueron enviados mediante correo electrónico a los autores solicitando su carta de autorización para el empleo de sus respectivos instrumentos. Seguidamente, se solicitó una misiva de presentación a la Escuela de psicología la cual se envió mediante mesa de partes a la Dirección de las Instituciones Educativas para realizar el respectivo muestreo, asimismo, se solicitó una carta de aceptación la cual fue entregada en la misma semana, posteriormente se realizaron las coordinaciones de horario con los auxiliares de cada I.E. y se procedió a entregar el consentimiento informado en la agenda escolar la cual fue firmada por los padres de familia o apoderados, en referencia al asentimiento informado se explicó a los estudiantes al momento de la aplicación, sobre la investigación, sobre la no obligatoriedad y se absolvió las dudas tanto por parte de los profesores a cargo como de los estudiantes.

A fin de recolectar los datos se usó la técnica de encuesta como método cuantitativo, se imprimieron los formatos de aplicación en ambas caras de una hoja. La aplicación del instrumento fue colectiva, se explicó previamente la

finalidad del estudio, las instrucciones del cuestionario, el asentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato de su identidad y de sus respuestas, luego de este procedimiento se obtuvieron 400 cuestionarios respondidos (Ver anexo 10).

3.6. Método de análisis de datos

Una vez obtenida la información se inició con la codificación de las encuestas en físico, seguidamente, se elaboró una base de datos en Excel 2019 versión 2303, luego, fue tabulado en el programa e IBM SPSS Statistics 25. Posterior a ello, en el programa estadístico Jamovi versión 2.3.21 se obtuvo el valor del Alpha de Cronbach y se estableció la confiabilidad de los instrumentos, también, fue procesada la data estadística correlacional de la muestra recogida.

Por otro lado, se elaboró la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk en la que se encontró que los datos tienen una distribución no normal. En consecuencia, se usó el Rho de Spearman para la correlación de variables.

Al respecto, Flores et al (2019) sostiene que la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk busca corroborar si los datos tienen una distribución normal o normal. Asimismo, Delgaard (2008) refiere que esta prueba no depende de la distribución normal (p.121).

3.7. Aspectos éticos

El presente estudio no afectó a los participantes dentro de su proceso de ejecución, sino que hubo disposición de los participantes con el consentimiento y asentimiento informado, así mismo, se brindó un trato igualitario durante la aplicación de las encuestas.

Esta investigación fue guiada por valores éticos del Colegio de Psicólogos del Perú (CPsP), los cuales están dentro del Código de Ética y Deontología del mencionado colegio profesional en su adaptación al Estatuto nacional y a la Ley N°30702 (2018), en cuanto a esto el Artículo 24 del Capítulo 3 menciona que las investigaciones que se realizan con seres humanos se debe tener el consentimiento de los participantes, por lo cual este estudio se adhirió a ello, en caso de los estudiantes se tuvo el consentimiento de sus apoderados. Así también, siguiendo el artículo 36 del capítulo VI se mantuvo en anonimato a los

participantes de este estudio.

Dentro de la investigación, se cumplió y respetó el código de ética de la UCV (2020) la cual indicó respetar la pertenencia intelectual de los autores usando citas y referenciando correctamente para evitar el plagio. Por otro lado, se empleó la autonomía se respetó la individualidad de cada participante al completar sus respuestas en los cuestionarios. Se usó el principio de beneficencia, ya que los resultados fueron compartidos con las Instituciones Educativas a fin de implementar programas preventivos con respecto a la problemática estudiada. Finalmente se aplicó el principio de no maleficencia, durante el proceso de investigación ya que no se afectó la integridad de los participantes.

Dentro del presente estudio se respetó el código de ética del American Psychological Association (APA) ya que se utilizaron citas textuales adecuadamente, citando al autor y refiriendo bibliográficamente, por lo que se respetó la autoría.

Sobre aspectos éticos Rivas (2022) señaló que el modo en que los profesionales respetan a ética está relacionado a sus valores personales antes que a los principios deontológicos. Los cuales fueron empleados en el presente estudio (Ver anexo 11).

IV. RESULTADOS

Tabla 1
Prueba de normalidad

	Media	DE	Shapiro-Wilk	
			W	p
Depresión	24.3	10.5	0.987	0.002
Autolesión	62	22.3	0.923	0.001

En la tabla 1, se aprecia en función a la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, donde se obtuvo como producto una significancia de $p=0.002$ en relación a la variable depresión y en la variable autolesión se obtuvo un resultado de $p=0.001$. Por consiguiente, ambos valores no se ajustaron a la distribución normal por lo que se utilizó estadísticos no paramétricos ($p<0.05$). Al respecto Caycho (2021) refirió que si el valor de p es mayor a 0.05 entonces tiene una distribución normal, y si es menor a 0.05 entonces tiene una distribución no normal.

Tabla 2

Coefficiente de correlación entre la variable Depresión y la variable Conductas autolesivas

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Autolesión	0.72	0.907	0.001	0.667	0.765

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

En la tabla 2 se muestra que el valor del coeficiente de Rho de Spearman fue de 0.72, es decir, hay una correlación positiva alta y significativa ($p=0.001$) entre Depresión y las Conductas autolesivas, asimismo, el tamaño de efecto fue de 0.907. Al respecto, Martínez y Campos (2015) señalan que los valores entre 0.7 a 0.89 se encuentran en el rango de correlación positiva alta, así también, Montes *et al* (2021) indican que cuando el valor p es menor a 0.05 tiene una relación significativa. Cohen (1988) Indica que valores mayores a 0,80 señalan un efecto grande.

Tabla 3

Coeficiente de correlación entre la variable Depresión y la dimensión Influencia Interpersonal de la variable Autolesión

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Influencia interpersonal	0.545	0.612	0.001	0.47	0.613

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

En la tabla 3, se evidencia que el valor del coeficiente de Rho de Spearman fue de $Rho=0.545$, lo cual indica que hay una correlación positiva moderada y significativa ($p=0.001$) entre la variable depresión y la dimensión influencia interpersonal, asimismo, el tamaño de efecto fue de 0.612, Al respecto, Martínez y Campos (2015) señalan que los valores entre 0.4 a 0.69 se encuentran en el rango de correlación positiva moderada y significativa, Montes *et al* (2021). Por su parte, Cohen (1988) indica que valores oscilantes entre 0,50 a 0,70 indican un efecto moderado.

Tabla 4

Coefficiente de correlación entre Depresión y la dimensión Autocastigo

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Autocastigo	0.674	0.819	0.001	0.615	0.726

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

En la tabla 4 se aprecia que el valor del coeficiente de Rho de Spearman fue de 0.674, lo cual indica que existe una correlación positiva moderada y significativa ($p=0.001$) entre la variable Depresión y la dimensión autocastigo, además, su tamaño del efecto fue de 0.819. Al respecto, Martínez y Campos (2015); Montes *et al* (2021) y Cohen (1988).

Tabla 5

Coeficiente de correlación entre Depresión y la dimensión Anticipación al Suicidio

	Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión Antisuicidio	0.658	0.79	0.001	0.597	0.712

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

La tabla 5 evidencia que el Rho de Spearman fue de 0.658, es decir, hay correlación positiva moderada y significativa ($p=0.001$) entre la variable depresión y la dimensión Anticipación al suicidio, además, el tamaño de efecto fue de 0.79. Al respecto, Martínez y Campos (2015) señalan que los valores entre 0.4 a 0.69 se encuentran en el rango de correlación positiva moderada; Montes *et al* (2021) y Cohen (1988).

Tabla 6

Coefficiente de correlación entre Depresión y la dimensión Sexual

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Área sexual	0.488	0.533	0.001	0.407	0.561

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

A continuación, se expone que el Rho de Spearman obtuvo un valor de (Rho=0.488), es decir, hay una correlación positiva moderada y significativa (p=0.001) entre depresión y la dimensión Sexual, además, el tamaño del efecto fue de 0.533. Al respecto Martínez y Campos (2015) señalan que los valores entre 0.4 a 0.69 se encuentran en el rango de correlación positiva moderada, asimismo, Montes *et al* (2021) indica que cuando el valor p es menor a 0.05 tiene una relación significativa. Cohen(1988) los valores que oscilan entre 0.50 y 0.70 indican un efecto moderado.

Tabla 7

Coeficiente de correlación entre Depresión y la dimensión Regulación de afecto

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Regulación de afecto	0.407	0.431	0.001	0.319	0.488

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

La tabla 7 muestra que el valor de Rho de Spearman fue de (Rho=0.407), es decir, hay una correlación positiva moderada y significativa ($p=0.001$) entre la variable depresión y la dimensión regulación de afecto, también, el tamaño del efecto fue de 0.431. Al respecto, Martínez y Campos (2015) señalan que los valores entre 0.4 a 0.69 se encuentran en el rango de correlación positiva moderada, asimismo, Cohen (1988) señala que los valores entre 0.21 a 0.49 refieren un efecto pequeño. Por su parte, Montes *et al* (2021) indica que cuando el valor p es menor a 0.05 tiene una relación significativa.

Tabla 8

Coeficiente de correlación entre Depresión y la dimensión Disociación

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Disociación	0.618	0.722	0.001	0.552	0.677

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

La tabla muestra el Rho de Spearman, posee un valor de (Rho=0.618) es decir, existe una correlación positiva moderada y significativa (p=0.001) en cuanto a depresión y la dimensión Disociación. Y el tamaño del efecto fue de 0.722. Al respecto, Martínez y Campos (2015) señalan que los valores entre 0.4 a 0.69 se encuentran en el rango de correlación positiva moderada, asimismo, Montes *et al* (2021) indica que cuando el valor p es menor a 0.05 tiene una relación significativa; Cohen (1988).

Tabla 9

Coeficiente de correlación entre Depresión y la dimensión Límites interpersonales

		Rho	TE	p	Inferior 95% CI	Superior 95% CI
Depresión	Límite interpersonal	0.488	0.533	0.001	0.407	0.561

Nota: Rho= Rho de Spearman, TE= Tamaño de efecto, p=significancia, CI= Intervalo de Confianza

En la tabla 9 se muestra que el Rho de Spearman posee un valor de (Rho=0.488) lo cual señala que hay una correlación positiva moderada y significativa (p=0.001) en cuanto a depresión y la dimensión Límites personales, Y el tamaño del efecto fue de 0.533. Al respecto, Martínez y Campos (2015) dentro de su artículo de investigación señala que los valores entre 0.4 a 0.69 se encuentran en el rango de correlación positiva moderada, asimismo, Montes *et al* (2021) indica que cuando el valor p es menor a 0.05 tiene una relación significativa; Cohen (1988).

Tabla 10*Descripción de niveles de la variable depresión y sus dimensiones*

Niveles	Depresión		Área cognitiva		Área física conductual		Área emocional	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy bajo	1	0%	0	0%	3	0.8%	0	0%
Bajo	6	2%	15	4%	4	1.1%	0	0%
Promedio	78	21%	265	70%	100	26.5%	7	1.9%
Alto	76	20%	85	23%	85	22.5%	8	2.1%
Muy Alto	216	57%	12	3%	185	49.1%	362	96%
Total	377	100%	377	100%	377	100%	377	100%

En la tabla 10, se evidencian los niveles expresados en 5 categorías las cuales fueron muy bajo, bajo, promedio, alto y muy alto, donde se obtuvo que el mayor nivel de depresión fue muy alto con 216 (57%) estudiantes. En referencia a la dimensión cognitiva el nivel fue promedio con 265 (70%), para la dimensión conductual 185 (49.1%) y para la dimensión emocional (96%) el nivel fue muy alto. Es decir, el nivel de depresión en los estudiantes equivale al 57% y fue muy alto, el área emocional tiene el 96% y el nivel muy alto, por lo cual fue el que más influyó en los adolescentes.

Tabla 11*Descripción de niveles de la variable conducta autolesiva y sus dimensiones*

Niveles	Auto lesión		Auto castigo		Anti suicidio		Influencia interspers		Reg. de afecto		Disociación		Limite interperso		Sexual	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Bajo	222	59%	249	66%	0	0%	224	59%	240	64%	153	41%	61	16%	61	16%
Promedio	126	33%	108	29%	308	82%	134	36%	108	29%	163	43%	287	76%	287	76%
Alto	29	8%	20	5%	69	18%	19	5%	29	8%	61	16%	29	8%	29	8%
Total	377	100%	377	100%	377	100%	377	100%	377	100%	377	100%	377	100%	377	100%

En la tabla 11, se muestran los niveles de conducta autolesiva expresadas en categorías bajo, promedio y alto, donde se obtiene que la variable conducta autolesiva se encuentra en el nivel bajo 222(59%), promedio 126(33%) y alto 29(8%) de estudiantes, mientras que en sus dimensiones: la dimensión autocastigo en bajo 249(66%), Anti suicidio en la categoría promedio 308(82%), Influencia interpersonal en la categoría bajo 224(59%), Regulación de afecto en la categoría bajo 240(64%), Disociación en la categoría promedio 163(43%), Límites interpersonales en la categoría promedio 287(76%) y sexual en la categoría promedio 287(76%).

V. DISCUSIÓN

Este estudio tiene el fin de determinar la relación que existe entre depresión y conductas autolesivas no suicidas en adolescentes. Seguidamente, se discuten los resultados obtenidos con otras investigaciones.

En relación al objetivo general, en esta investigación las variables depresión y conductas autolesivas poseen una correlación positiva alta ($Rho=0.72$) y significativa ($p<0.05$), lo cual indica que a mayor depresión habrá mayor índice de autolesiones, en comparación, estos resultados son similares a la investigación de Ferro *et al* (2020) en su estudio cuyo objetivo fue determinar la vinculación en cuanto a autolesiones sin fin suicida y depresión con alumnos colombianos; en cuanto a los resultados el 29,5% manifestó autolesiones y se hallaron correlaciones positivas altas y significativas ($r=0.926$) ($p<0.05$). Asimismo, estos resultados van acorde también a lo que menciona Cervantes (2020) en una investigación con estudiantes ecuatorianos, halló que existe correlación positiva moderada entre depresión con autolesión por encima de la piel ($Rho=0.349$) y por debajo de la piel ($Rho=0.444$) todas las correlaciones son significativas con un ($p=0.001$), por su parte, Ochatoma (2021) en su investigación con estudiantes ayacuchanos, tras el análisis obtuvo una correlación positiva moderada ($Rho=0.619$) y significativa ($p=0.00$) entre la depresión y las autolesiones. Se entiende así que mientras que una persona se sienta deprimida, tendrá pensamientos negativos que con el paso del tiempo lo llevarán a asociar su malestar con autolesionarse. Del mismo modo, aquella persona que se autolesione ya sea cortándose, golpeándose, quemándose, etc. desencadenará un cuadro depresivo. La teoría biológica de la depresión de Thase y Howland (citado en Vásquez *et al.* 2000) señala que durante la depresión el equilibrio neuroquímico es afectado por lo que se afecta la inhibición o facilitación de ciertas conductas como respuesta al estrés, esto quiere decir que ciertas conductas pueden extinguirse y otras pueden aparecer como por ejemplo atender contra su propio cuerpo.

Respecto al primer objetivo específico en donde se busca identificar la relación de la depresión con la dimensión influencia interpersonal de la variable autolesión, se halló una correlación positiva moderada ($Rho=0.528$) y significativa

($p < 0.05$). Lo cual indica que moderadamente las variables son lineales y que mientras haya depresión también el individuo, en la misma medida, puede influenciar a su entorno con esta conducta. En comparación, estos resultados son similares con un nivel bajo de correlación a los que obtuvieron Ochatoma y Pérez (2021) en el que la depresión y la dimensión influencia interpersonal tiene una relación directa baja ($Rho = 0.317$) y significativa ($p < 0.05$). Esto indicaría que la persona que padece depresión tiene bajas posibilidades de poder influenciar en su entorno. Al respecto, la teoría conductual de Antonuccio refiere que la depresión es aprendida y está asociada las interacciones negativas de su entorno ya que pueden influir y ser influenciados por los pensamientos, sentimientos y conductas, asimismo, Klonsky (2007) en el modelo de influencia interpersonal, sostiene que la persona deprimida puede influenciar las decisiones y manipular las conductas de su entorno. Asimismo, la teoría del desarrollo social señala que el comportamiento depende de sus vínculos con sus grupos más cercanos como la familia, la escuela o el grupo de amigos. Entonces, podría decirse que la influencia interpersonal es una dimensión importante dentro de la variable autolesión porque puede motivar la aparición de estas conductas en una persona depresiva, sin embargo, por lo expuesto su correlación tiene bajas a moderadas posibilidades de concretar esta conducta, es decir, que no siempre es así.

En relación al segundo objetivo específico, se planteó identificar la relación existente entre depresión y la dimensión autocastigo de la variable autolesión, donde se halló una correlación positiva moderada ($Rho = 0.663$) y significativa ($p < 0.05$). Lo cual quiere decir que, a presencia de depresión, habrá presencia de autocastigo. Así también, respecto a estudios similares, Huamani (2019) en su investigación entre impulsividad y autolesiones, obtiene que existe una correlación positiva fuerte ($r = 0.904$) y significativa ($p < 0.05$) entre impulsividad y la dimensión autocastigo de la variable autolesión. Según el modelo de sistemas duales de Casey Getz & Gavan, citado en Herzoida & Chóliz, (2019) durante la etapa de la adolescencia ocurre un desbalance en el área emocional ya que el sistema de gestión de las conductas está en desarrollo y se regula progresivamente, como consecuencia el adolescente actúa impulsivamente. Al respecto, Dickman en la teoría de la impulsividad sostiene que las autolesiones

son conductas riesgosas que el individuo comete para equilibrar su experiencia frente a sucesos adversos sin pensar en las consecuencias. Por otro lado, el modelo de autocastigo de Klonsky propone que la autolesión es una manifestación de furia contra uno mismo y es predominante en el contexto familiar desfavorable, esto lo respalda la teoría de Beck quien señala que en la depresión los adolescentes pueden usar la autolesión como búsqueda de afecto y valoración. Es por ello, que los adolescentes que evidencian síntomas depresivos dificultades dentro de sistema familiar expresan su enojo censurándose a si mismo mediante castigos o autolesiones a fin de autocontrolarse.

De acuerdo al tercer objetivo específico donde se buscó identificar la relación entre depresión y la dimensión anticipación al suicidio de la variable autolesión, los resultados señalan que existe una relación positiva moderada ($Rho= 0.653$) y significativa ($p<0.05$). Es decir, que mientras haya depresión habrá actos autodestructivos sin riesgo de muerte. En comparación con un estudio diferente, Méndez (2020) busca determinar la conducta autolesiva en un grupo de estudiantes en un colegio privado, dentro de sus resultados señala que el 62% de adolescentes con casos confirmados se autolesionan porque se sienten vacíos y quieren sentir “algo” sin embargo, lo realizan a sabiendas de que no morirán. Dentro de la revisión del marco teórico, la teoría biopsicosocial de Klonsky (2007) manifiesta que el modelo de anticipación al suicidio es usado como medio para castigarse, pero frenando la connotación de peligro de muerte. Así también, de acuerdo al modelo de Nezu, citado en Vásquez *et al*, (2000), los individuos que tiene escasa habilidad para la solución de problemas están expuestos a tener episodios de depresión. Es decir, aquellos adolescentes que presenten síntomas depresivos, tristeza, sentimiento de vacío al no contar con recursos cognitivos para plantear propuestas de solución, podrían optar por autolesionarse para “sentir algo” siendo conscientes de no querer suicidarse ya que estas conductas se dan a fin de evitar o reemplazar los impulsos de querer suicidarse.

Con respecto al cuarto objetivo específico el cual busca identificar la relación entre depresión y dimensión sexual de la variable autolesión, se obtiene que hay una relación positiva moderada ($Rho=0.478$) y significativa ($p<0.05$). En comparación, estos resultados son opuestos a los que muestran Ochatoma y

Pérez (2021) donde obtienen como resultado que la depresión y la dimensión sexual tiene una relación significativa ($p < 0.05$) directa baja ($Rho = 0.325$). Lo cual indica que, si hay depresión, existen problemas en el área sexual del individuo. Por su parte Guerra (2019) en su estudio con adolescentes chilenos obtiene evidencia que el 40.3% de participantes habría vivenciado al menos 2 tipos de victimización y esto se relaciona directamente con depresión y autolesión. Dentro de la teoría de indefensión aprendida de Seligman (citado en Ponce *et al*, 2004) el individuo aprende que su conducta depende del ambiente y esta indefensa a aceptarlo, hay presencia de temor, tristeza, falta de motivación. De acuerdo a Fleta (2017) un factor de riesgo es ser víctima de violencia física o verbal en casa, acoso escolar, o según Walsh (citado en Faura, 2021) ser víctima de abuso sexual. Con respecto, a la revisión del modelo sexual señala que algunas personas pueden utilizar las autolesiones para experimentar placer o contrario a ello para cohibir sus emociones sexuales, generalmente esto es desencadenado por problemas con la sexualidad. Asimismo, Villaroel (2013) refiere que algunos adolescentes se autolesionan con el fin de generarse sensaciones nuevas y placenteras que les causen placer, lo cual puede resultar adictivo. En síntesis, cuando un adolescente presenta síntomas depresivos y tiene problemas de sexualidad a causa de violencia puede manifestar autolesiones, sin embargo, estas también pueden ser manifestadas producto de la búsqueda de sensaciones nuevas asociadas inconscientemente a problemas con el área sexual.

En relación al quinto objetivo específico, se planteó identificar la relación en cuanto a depresión y regulación afectiva de la variable autolesión, donde se obtuvo de existe una relación positiva baja ($Rho = 0.378$) y significativa ($p < 0.05$). En comparación a un estudio diferente realizado por Ayón (2018) para determinar la relación entre resiliencia y comportamientos autolesivos, en cuanto a sus resultados establece la correlación significativa inversa entre las variables resiliencia y autolesión, sin embargo, obtiene que no existe relación entre la variable resiliencia y la dimensión regulación de afecto de la variable autolesión ($Rho = -0.084$, $p = 0.19$). En cuanto a la revisión teórica, según la teoría biopsicosocial de Klonsky (2007, citado en Ancajima, 2020), el modelo de regulación de afecto manifiesta que la autolesión es usada como estrategia a fin

de aliviar las experiencias estresantes. Acorde a ello, Suyemoto (1989) refiere que las conductas autolesivas cumplen la función de regulador emocional cuando los individuos atraviesan situaciones estresantes en las que no saben sobrellevar su dolor o no puede expresarlo adecuadamente. En síntesis, las personas con depresión no tienen relación con la resiliencia y poseen una baja capacidad para regular su afecto por sí mismos, por lo cual acuden a autolesionarse como medio de autorregulación.

De acuerdo al sexto objetivo específico se busca identificar la relación entre depresión y la dimensión disociación de la variable autolesión, en la cual se obtuvo que existe una relación positiva moderada ($Rho=0.616$) y significativa ($p<0.05$). Resultados similares obtuvieron Ochatoma y Pérez (2021) en su investigación realizada con adolescentes de Ayacucho evidencian que existe una relación directa moderada ($Rho=0.609$) y significativa ($p<0.05$). Lo cual indica que si hay presencia de síntomas depresivos habrá una tendencia moderada a experimentar disociación. Según el modelo biosocial de Linehan, refiere que los sujetos vulnerables afectivamente son criados en contextos invalidantes y responden al ambiente rápida e intensamente. Por otro lado, el modelo de disociación que pertenece a la teoría biopsicosocial señala que la autolesión es consecuencia de un episodio de despersonalización, asimismo, Santos sostiene que la autoagresión psicótica, se da en las personas que se desconectan con la realidad y se autolesionan. La autoagresión orgánica, se da en persona con enfermedades genéticas (autismo, retraso mental) que causa autolesiones como golpes en la cabeza, cachetadas, morderse la boca. Es decir, que las personas depresivas que padecen de alguna otra enfermedad mental pueden desencadenar en autolesiones mayores, ya que en un episodio de despersonalización desconectan con los pensamientos reales.

Con respecto al séptimo objetivo específico el cual busca identificar la relación entre depresión y la dimensión de límites interpersonal de la variable autolesión, se halló que existe una relación positiva moderada ($Rho=0.479$) y significativa ($p<0.05$). Lo cual indica que moderadamente habrá más presencia autolesiva si hay depresión. En comparación, estos resultados difieren a los que muestran Ochatoma y Pérez (2021) en el que la depresión y los límites

interpersonales tienen una relación significativa ($p < 0.05$) directa y baja ($Rho = 0.351$). Dentro de la revisión teórica, el modelo de límites interpersonales señala que las autolesiones son explicadas como conductas que pueden hacer sentir diferente que las otras personas, lo cual les satisface. Al respecto, Villareal (2013) señala que la autolesión por límites personales es una forma de afirmar la autonomía y de diferenciarse de otros. La teoría de depresión de Beck señala que el individuo con depresión percibe fracaso y dificultades. Asimismo, Frías *et al* (2012) señala que los adolescentes que se autolesionan tienen una desvalorada percepción de su imagen, asimismo, la OMS refiere que la adolescencia es un periodo de transición y trae consigo cambios mentales y sociales que pueden ser complejos. Finalmente, Fleta (2017) señala que una baja autoestima, dificultades en la adaptación y sentimiento de rechazo son factores precipitantes de las autolesiones. Es decir, los adolescentes que presentan episodios depresivos, pueden emplear las autolesiones para diferenciarse de los demás y para ser “diferentes”, este pensamiento puede surgir de complejos con su imagen, por causa de la baja autoestima o por falta de afirmación con su propio yo.

En referencia al octavo objetivo específico, los niveles de la variable depresión en los estudiantes se encuentran en un nivel muy alto 216(57%), de igual manera sus dimensiones cognitivo 265(70%), conductual 185(49.1) y emocional 362(96%). Es decir, que la depresión en los estudiantes de secundaria es muy alta esto puede deberse también a la post pandemia. Por su parte, Guerra (2019) en su estudio sobre polivictimización, autolesiones y depresión realizado con 114 adolescentes obtuvo que el nivel de depresión predominante es el promedio (33.07) y además, refiere que los adolescentes con antecedentes de violencia en cualquiera de sus formas son los que tienden a manifestar mayor depresión. La teoría de la depresión de Beck señala que uno de los componentes de la depresión es la tríada cognitiva la cual se da cuando tenemos una visión negativa de nosotros mismos, del entorno y del futuro, esto puede explicarse debido a que la adolescencia al ser un periodo de cambios hace vulnerable al estudiante sobre su autoconcepto y cualidades, sumado a esto la etapa post pandemia en la que estuvieron alejados de su entorno y el hecho de que cursen secundaria y estén próximos a elegir una carrera universitaria.

Finalmente, respecto al último objetivo específico, conductas autolesivas tiene predominio en el nivel bajo 222(59%), promedio 126(33%) y alto 29(8%), por su parte, las dimensiones autocastigo 249(66%), influencia interpersonal 224(59), regulación de afecto en la categoría bajo 240(64%), y las dimensiones anti suicidio 308(82%), disociación 163(43%), límites interpersonales 287(76%) y área sexual 287(76%) pertenecen a la categoría promedio. Es decir, que, aunque haya 4 dimensiones con la categoría promedio y 3 con el nivel bajo, el nivel de conductas autolesivas ejecutadas es bajo en los estudiantes. Huamaní (2021) en una investigación realizada con 270 estudiantes sobre impulsividad y autolesión evidencia que el nivel de prevalencia de autolesiones es el nivel promedio 149(55,2%), bajo 86(31,9) y alto 35(13%), asimismo, Ayón (2020) en su estudio sobre resiliencia y autolesiones realizado en una I.E sus resultados señala que el nivel preponderante de conductas autolesivas es el nivel bajo con un (77.6%), promedio (17.4%) y alto (5%). Lo cual indica que los resultados son similares, sin embargo, poseen un diferente predominio en el nivel de conductas autolesivas. La teoría biopsicosocial de Klonsky muestra 7 modelos los cuales pueden explicar estas conductas, los adolescentes según sus experiencias previas de modelado, violencia, conflictos internos y sumado a ello su área emocional se inclinan o no por practicar las autolesiones.

En cuanto a las limitaciones que se encontraron durante el proceso de esta investigación fue que hubo un cambio de director en una de la I.E y las cartas de presentación tuvieron que ser actualizadas, lo cual hizo retrasar la recolección de datos, asimismo, algunos docentes no quisieron que dentro de sus horas de clase se impartiera la encuesta, sin embargo, estas dificultades fueron solucionadas con el apoyo de los auxiliares.

Respecto a la relevancia de los resultados que tiene esta investigación en la población estudiada, es pues, importante ya que visibilizando esta problemática se pueden tomar medidas de prevención, asimismo, es vital que los adolescentes tomen conciencia sobre esta situación a fin de evitar la práctica de conductas autolesivas.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA: En primer lugar, existe correlación positiva alta y significativa ($Rho=0.711$, $p<0.05$) entre las variables Depresión y Conductas autolesivas. Por lo que se acepta la hipótesis general del estudio. Es decir, que a mayor depresión habrá más conductas autolesivas en los estudiantes de secundaria.

SEGUNDA: Así también, existe correlación positiva moderada y significativa ($Rho=0.528$, $p<0.05$) entre la variable Depresión y la dimensión Influencia interpersonal, lo cual indica que, a mayor depresión, habrá mayor influencia interpersonal del estudiante que sufre depresión hacia sus pares.

TERCERA: Del mismo modo, existe correlación positiva moderada y significativa ($Rho=0.663$, $p<0.05$) entre la variable Depresión y la dimensión Autocastigo. Es decir, a mayor presencia de depresión, el adolescente manifestará más su ira contra sí mismo.

CUARTA: A su vez, existe correlación positiva moderada y significativa ($Rho=0.653$, $p<0.05$) entre la variable Depresión y la dimensión Anticipación al suicidio. Lo cual indica que, a mayor depresión, habrá mayor manifestación de pretensiones suicidas y destructivas en el adolescente.

QUINTA: De forma similar, existe correlación positiva moderada y significativa ($Rho=0.478$, $p<0.05$) entre la variable depresión y la dimensión Sexual. Es decir, a mayor depresión mayor será la censura de los deseos sexuales y la función de gratificarse del adolescente.

SEXTA: Por otra parte, existe correlación positiva baja y significativa ($Rho=0.378$, $p<0.05$) entre la variable depresión y la dimensión regulación de afecto, es decir, a mayor depresión habrá un ligero aumento en la forma en como el estudiante “alivia” sus emociones negativas.

SÉPTIMA: Seguidamente, existe correlación positiva moderada y significativa ($Rho=0.616$, $p<0.05$) entre la variable Depresión y la disociación, lo que indica, a más depresión, más episodios de disociación.

OCTAVA: Asimismo, existe correlación positiva moderada y significativa

($Rho=0.479$, $p<0.05$) entre la variable Depresión y los límites personales, es decir a mayor depresión, habrá mayor aseveración de límites personales puestas por el adolescente.

NOVENA: Por su parte, el nivel de prevalencia de la variable depresión es el nivel muy alto manifestado por 216 estudiantes lo cual representa al 57% de la muestra.

DÉCIMA: Finalmente, las conductas autolesivas se encuentra en el nivel bajo 222(59%) seguido del nivel promedio 123(33%) y luego el nivel alto 29(8%) de estudiantes.

VII. RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** A los investigadores, ampliar la población de estudio a fin de que el estudio pueda ser realizado en más Instituciones Educativas o a nivel UGEL dentro de un distrito.
- SEGUNDA:** Sugerir a la comunidad académica estudiar las variables de depresión y conductas autolesivas utilizando otros instrumentos de medición a fin de continuar el estudio de esta problemática y obtener resultados de un rango de edades mayor a la del presente estudio.
- TERCERA:** Al Ministerio de Educación implementar, dentro de la malla curricular, temas sobre depresión y conductas autolesivas a fin de sensibilizar y concientizar a los adolescentes sobre esta problemática.
- CUARTA:** A los directores de las I.E y al equipo psicológico de los centros educativos, se recomienda elaborar un plan preventivo promocional involucrando a los docentes dentro de la I.E, a fin de revisar los resultados de la investigación y proponer planes de acción sobre esta problemática en los estudiantes.
- QUINTA:** Se recomienda a los docentes, implementar talleres para padres de familia, brindando información sobre depresión y conductas autolesivas en adolescente, asimismo, orientar a los padres sobre cómo abordar estos temas con sus hijos.
- SEXTA:** Se recomienda a los docentes implementar talleres para padres de familia, brindando información sobre depresión y conductas autolesivas en adolescente, asimismo, orientar a los padres sobre cómo abordar esta problemática en sus hijos.
- SÉPTIMA:** A los padres de familia, fortalecer las habilidades sociales y personales de los adolescentes mediante conversaciones asertivas, brindarle confianza a fin de fortalecer la autoestima, además de prevenir la depresión y las conductas autolesivas no suicidas en adolescentes.

REFERENCIAS

- Álvarez R, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*. [tesis de pregrado, Universidad de Lima]. Repositorio Institucional ULima. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/10818>
- American Psychiatric Association. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, Quinta edición: DSM-5TM, 5th ed. American Psychiatric Association. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ancajima, B. (2020). *Conductas autolesivas en adolescentes*. [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/3131/1/TIB_AncajimaCarrascoBrian.pdf
- Arias, F., Tamayo, A. & Tamayo, C. (2006). *Capítulo III Metodología de la Investigación 1. Tipo de investigación*. *Urbe*, 3(1), 65 - 73. APA style. Blog. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/trastornos-de-la-saludmental/trastornos-del-estado-de-%C3%A1nimo/depresi%C3%B3n>
- Ayón, H. (2018). *Resiliencia y conductas autolesivas en adolescentes del nivel secundario en la institución educativa N°164 El Amauta - San Juan de Lurigancho*. [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/35511>
- Baringoltz, S. (2009). *Terapia cognitiva y depresión*. *Revista de la Asociación de Psicoterapia de la República Argentina*. Vol 2, 2009. <https://apra.org.ar/wp-content/uploads/2020/10/Terapia-Cognitiva-y-Depresion.pdf>
- Bautista, G., Vera, J., Machado, F., & Rodríguez, C. (2022). *Depresión, desregulación emocional y estrategias de afrontamiento en adolescentes con conductas de autolesión*. *Acta Colombiana de Psicología*, 25(1), 137-150. <https://www.doi.org/10.14718/ACP.2022.25.1.10>

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. & Emery, G. (1976). *Terapia Cognitiva de la depresión*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Beck, A., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión*. Biblioteca de Psicología Desclée de Brouwer.
- Beltrán, N. (2019). *Depresión en adolescentes*. Fundación Universitaria del Área Andina. <https://digitk.arandina.edu.co/handle/arandina/4303>
- Cabrera, N. (2021). *Autolesiones no suicidas y variables sociodemográficas en adolescentes limeños*. *Avances en Psicología*, 29(1),59-77. <https://doi.org/10.33539/avpsicol.2021.v29n1.2350>
- Candela, C. (2022). *Efectos de un programa cognitivo conductual en el nivel de depresión en un caso único*. [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma]. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/1972/Candela%20Po%C3%A9mame%2C%20Catherine%20Melissa..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Calvanapón, M. & Campos, X. (2020). *Satisfacción con la vida y conducta autolesiva en adolescentes del distrito de Trujillo*. [Tesis de Pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorios Latinoamericanos. <http://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3219780>
- Campo, A., & Oviedo, C. (2008). *Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna*. *Rev. Salud Pública*, 10 (5), pp. 831-839.
- Carranza, R. (2013). *Propiedades psicométricas del inventario de depresión de beck universitarios de Lima*. *Revista De Psicología (Trujillo)*, 15(2), 170–182. Recuperado a partir de <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/revpsi/article/view/468>
- Caycho, F. (2021). *Pruebas de normalidad*. https://rstatic-pubs-static.s3.amazonaws.com/833634_d20685844b2d4aafae33959d09d9c34e.html
- Cervantes, J. (2020). *Estudio comparativo de la depresión y conductas auto*

lesivas de los y las adolescentes de bachillerato de la Unidad Educativa 5 de Agosto de Esmeraldas. [Tesis de Pregrado]. Ambato: Universidad Tecnológica.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. (2nd ed.), New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Condori-Ojeda, P. (2020). *Universo, población y muestra*. Curso Taller. <https://www.aacademica.org/cporfirio/18>

Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación Tecnológica - CONCYTEC (2020). *Guía práctica para la formulación y ejecución de proyectos de investigación y desarrollo (i+d)*. http://www.untels.edu.pe/documentos/2020_09/2020.09.22_formuacionProyectos.pdf

Contreras-Valdez, J., Hernández-Guzmán, L. & Freyre, M. (2015). *Validez de constructo del Inventario de Depresión de Beck II para adolescentes*. *Terapia psicológica*, 33(3), 195-203. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082015000300004>

Coryell, W. (2020) *Depression*, MD, University of Iowa Carver College of Medicine.

Charrasqui, D. & Hurtado, Y. (2020). *Conductas autolesivas en adolescentes, claves teóricas para su comprensión; un estudio del estado del arte*. Universidad de Antioquía. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/15559/1/CharrasquiDelis_2020_ConductasAutolesivasAdolescentes.pdf

Cvetkovic-Vega, A., Maguiña, J., Soto, A., Lama-Valdivia, J. & Correa, L. (2021). *Estudios transversales*. *Revista de la facultad de medicina humana*, 21(1), 179-185. <http://dx.doi.org/10.25176/rfmh.v21i1.3069>

Dalgaard, P. (2008). *Regresión y correlación*. En: *Introducción a la Estadística con R. Estadística y Computación*. Springer, Nueva York, NY.

https://doi.org/10.1007/978-0-387-79054-1_6

Faura-Garcia, J., Orue, I., & Calvete, E. (2021). *Clinical assessment of non-suicidal self-injury: A systematic review of instruments. Clinical Psychology & Psychotherapy*, cpp.2537. <https://doi.org/10.1002/cpp.2537>

Faura-Garcia, J., & Calvete, E. (2022). Autolesión no suicida: Conceptualización y evaluación clínica en población hispanoparlante. *Papeles del Psicólogo*, vol. 42, núm. 3, pp. 207-214. España. <https://doi.org/10.23923/pap.psicol.2964>

Ferro, L. (2020). Relación entre conductas autolesivas con fines no suicidas y depresión en población adolescente escolarizada. *Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología*, ISSN 1657-3412, ISSN-e 2346-0253, Vol. 19, Nº. 2, 2019 (Ejemplar dedicado a: Cuadernos Hispanoamericanos de Psicología), págs. 1-25

Flores-Soto, M., Cancino-Marentes, M. & Figueroa, R. (2018). Revisión sistemática sobre conductas autolesivas sin intención suicida en adolescentes. *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 44, núm. 4, pp. 200-216. <https://www.redalyc.org/journal/214/21458870016/html/>

Fleta, J. (2017). Autolesiones en la adolescencia. *Dialnet*, 37-45. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6393711>

Flores, P., Muñoz, L., & Sanchez, T. (2019). Estudio de potencia de pruebas de normalidad usando distribuciones desconocidas con distintos niveles de no normalidad. *Número 21 Vol. 1(2019)*. ISSN 2477-9105. http://dspace.esPOCH.edu.ec/bitstream/123456789/11192/1/per_n21_v1_05.pdf

Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia. (5 de noviembre de 2019). Recuperado de <https://www.unicef.org/mexico/comunicados-prensa/m%C3%A1s-del-20-de-los-adolescentes-de-todo-el-mundo-sufren-trastornos-mentales>

- Frías Ibáñez, Á, Vázquez Costa, M., del Real Peña, A., & Sánchez del Castillo, C. (2012). Conducta autolesiva en adolescentes. *Dialnet*, 37-45. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4393274>
- García, E., Gallo, P. & Miranda, R. (1998). Bondad de ajuste en el análisis factorial confirmatorio. *Psicothema*, 10 (3).
- Guerra V., C., Pinto C., C., & Hernández A., V. (2019). Polivictimización y su relación con las conductas autoagresivas y con la depresión en adolescentes. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 100–106. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272019000200100>
- Herdoiza-Arroyo, P., & Chóliz, M. (2019). Impulsividad en la Adolescencia: Utilización de una Versión Breve del Cuestionario UPPS en una Muestra de Jóvenes Latinoamericanos y Españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(50), 123-135. <https://doi.org/10.21865/RIDEP50.1.10>
- Hernández, C., & Escobar, N. (2019). Introducción a los tipos de muestreo. *Alerta*, *Revista científica del Instituto Nacional de Salud*, 2 (1), 75-79.
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta, Ciudad de México, México: *Editorial Mc Graw Hill Education*, Año de edición: 2018, ISBN: 978-1-4562-6096-5, 714p. <https://virtual.cuautitlan.unam.mx/rudics/?p=2612>
- Huamaní, L. (2019). *Impulsividad y autolesión en adolescentes de dos instituciones educativas públicas del distrito de Carmen de la Legua Reynoso - Callao*. [Tesis de Pregrado, Universidad Cesar Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/43161>
- Huaire, E. (2019). Método de investigación. <https://www.academica.org/edson.jorge.huaire.inacio/78>
- Instituto Nacional de Salud Mental (2013). *Estudio epidemiológico de salud*

mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012 (Informe general. Anales de salud mental). Recuperado de <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2009-ASM-EESM-SR.pdf>

Instituto Nacional de Salud Mental (2018). Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana . Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXIV. Número 1.

Martínez, M.A. Hernández, M.J. Hernández, M.V. (2014). *Psicometría*. Madrid: Alianza.

Martínez, A & Campos, W. (2015). Correlación entre actividades de interacción social registradas con nuevas tecnologías y el grado de Aislamiento Social.

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-95322015000300004

Méndez, J. (2020). *Conducta autolesiva de los adolescentes de secundaria de la I.E.P. I.C.S. Virgen del Rosario Pachacutec – Ventanilla*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/74585>

Ministerio de Salud. (21 de diciembre de 2012). Salud mental. [Nota de prensa]. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/34511-uno-de-cada-ocho-ninos-o-adolescentes-presentaran-algun-problema-de-salud-mental>

Ministerio de Salud (2023, 19 de enero). La depresión. *APA Style Blog*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/690010-la-depresion-un-trastorno-de-salud-mental-que-tambien-afecta-a-ninas-ninos-y-adolescentes-y-requiere-la-participacion-de-la-familia>

Ministerio de Salud (2022, 13 de enero). Nota de prensa por el día mundial de la lucha contra la depresión. *APA Style Blog*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/575899-minsa-mas-de>

300-mil-casos-de-depresion-fueron-atendidos-durante-el-2021

- Montes, A., Ochoa, J., Juárez, B., Vazquez, M. & Díaz, C. (2021). Aplicación del coeficiente de correlación de Spearman en un estudio. CAPE. México. <https://www.fcfm.buap.mx/SIEP/2021/Extensos%20Carteles/Extenso%20Juliana.pdf>
- Muehlenkamp, J. J., Xhunga, N., & Brausch, A. M. (2019). Edad de inicio de las autolesiones: un factor de riesgo para la gravedad del NSSI y el comportamiento suicida, *Archives of Suicide Research*, 23:4, 551-563, DOI: 10.1080/13811118.2018.1486252
- Mucha-Hospinal, L., Chamorro, R., Oseda, M. & Alania, R. (2021). Evaluación de procedimientos para determinar la población y muestra: según tipos de investigación. *Desafíos*, 12(1); 44-51. <https://doi.org/10.37711/desafios.2021.12.1.253>
- Ochatoma, F., Pérez, G. (2021). *Depresión y autolesiones en estudiantes de quinto de secundaria de una Institución Educativa distrito de Jesús Nazareno, Ayacucho*. [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Repositorio UCV. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/92004>
- Organización Mundial de la Salud (17 de noviembre de 2021). Depresión. [Consultado el 10 de octubre de 2022]. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (28 de setiembre de 2020). Salud mental del adolescente. Recuperado de <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/adolescent-mental-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Recuperado de <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34006/PAHONMH17005-spa.pdf>

- Organización Panamericana de la Salud. (5 de noviembre de 2019). <https://www.paho.org/es/documentos/folleto-depresion-durante-adolescencia>
- Ponce,C., Morillas,M. & Scigliano, R. (2004) .Enfoque psicológico de la depresión. *Revista de Psicología Conductual*, 11, 215-249. <https://www.cinteco.com/wp-content/uploads/depresion.pdf>
- Rivas, J. (2022). Ética y Psicología. Universidad Antonia Ruiz de Montoya. Num. 6. <https://doi.org/10.5354/2452-6037.2022.68036>
- Rojas, L. (2018). Robustez de los índices de ajuste del análisis factorial confirmatorio a los valores extremos. *Revista de Matemática: Teoría y Aplicaciones*, 27(2), 383-404.
- Sánchez, F. (2019). Fundamentos epistémicos de la investigación cualitativa y cuantitativa: Consensos y disensos. *Revista de la investigación cualitativa y cuantitativa: consensos y disensos. Revista digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 13(1), 102-122. <http://dx.doi.org/10.19083/ridu.2019.644>
- Santos, D. (2011). *Autolesión: Que es y cómo ayudar*". (1° ed.). Ficticio. <https://www.autolesion.com/2016/06/20/autolesion-que-es-y-como-ayudar/>
- Supo, J. (2014). *Como elegir una muestra – Técnicas para elegir una muestra representativa*. Perú. Arequipa: Bioestadístico EIRL. <https://tecnicasdemuestreo.com>
- The jamovi project (2022). *jamovi*. (Version 2.3) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.
- Torres, M., Paz, K., & Salazar, F. (2019). Métodos de recolección de datos para una investigación. *Boletín Electrónico; Universidad Rafael Landívar*. <http://biblioteca.udgvirtual.udg.mx/jspui/handle/123456789/2817>
- Universidad César Vallejo. (28 de agosto 2020). *Código de ética en*

Investigación. Recuperado de <https://www.ucv.edu.pe/wp-content/uploads/2020/11/RCUN%C2%B00262-2020-UCV-Aprueba-Actualizaci%C3%B3n-del-C%C3%B3digo-%C3%89tica-en-Investigaci%C3%B3n-1-1.pdf>

Unidad de Estadística Educativa (2021). Censo educativo 2021. MINEDU. <http://escale.minedu.gob.pe/padron-de-iiee>

Ulloa, R., Mayer,P., Peña,F., Palacios,L. &Victoria,G. (2020). Lesiones autoinflingidas con fines no suicidas según el DSM-5 en una muestra clínica de adolescentes mexicanos con autolesiones. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 2020;49(1):39–43. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2018.04.002>

Vázquez, F., Muñoz, R. & Becoña, E. (2000). Depresión: Diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, Vol.8(3), pp.417-449. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/02.Vazquez_8-3oa-1.pdf

Ventura, J. (2017). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(3). 648-649.

Walsh B. (2005). *Tratamiento de las autolesiones: una guía práctica*. Nueva York: Tercera edición; Prensa de Guilford. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252013000500010

Walsh, B. W. (2012). *Treating self-injury: A practical guide*. Guilford Press.

ANEXOS

ANEXO 1

Tabla 1

Matriz de consistencia

PROBLEMA	HIPÓTESIS GENERAL	OBJETIVOS GENERAL	VARIABLES E ÍTEMS		MÉTODO
¿Existe relación entre las conductas autolesivas no suicidas y la depresión en estudiantes de secundaria de dos Instituciones Educativas públicas de Ventanilla, 2023?	Como hipótesis se plantea que existe una relación significativa entre las conductas autolesivas no suicidas y la depresión.	Determinar la relación existente entre las conductas autolesivas no suicidas y la depresión en estudiante de secundaria de dos Instituciones Educativas públicas de Ventanilla, 2023.	Variable 1: Autolesión		Ordinal: Tipo Likert
	Específicos	Específicos	Dimensiones	Ítems	
	Existe relación significativa entre la influencia interpersonal y la depresión.	a) Identificar la relación entre la influencia interpersonal y la depresión.	Autocastigo	4,5, 23, 25, 28, 29, 30	Población-muestra N: 19,054 n: 377 Instrumentos Escala de autolesión SHAGER (2015) Inventario de depresión de Beck-BDI-II adaptado por Espinoza (2016)
	Existe relación significativa entre el autocastigo y la depresión.	b) Identificar la relación entre el autocastigo y la depresión.	Anticipación al suicidio	2, 3, 12, 14, 23, 24, 27	
	Existe relación significativa entre el anti suicidio y la depresión.	c) Identificar la relación entre el anti suicidio y la depresión.	Influencia interpersonal	1, 6, 22, 26	
	Existe relación significativa entre el área sexual y la depresión.	d) Identificar la relación entre el área sexual y la depresión.	Regulación de Afecto	7,20	
	Existe relación significativa entre la regulación de afecto y la depresión.	e) Identificar la relación entre la regulación de afecto y la depresión.	Disociación Límites	9, 10, 17, 18, 21 8,15,19	
	Existe relación significativa entre disociación y depresión	f) Identificar la relación entre disociación y depresión.	Interpersonales		
	Existe relación significativa entre depresión y límite interpersonal	g) Identificar la relación entre depresión y límite interpersonal. h) Describir los niveles de la variable depresión y sus dimensiones, i) Describir la frecuencia de las conductas autolesivas y sus dimensiones.	Sexual	11, 13, 16	
			Variable 2: Depresión		
			Dimensiones	Ítems	
			Área cognitiva	1, 2, 9, 14	
			Área física-conductual	13, 8, 5, 3, 6, 7, 4, 10	
			Área afectiva-emocional	11, 12, 15, 16, 17, 18, 19, 10, 21	

ANEXO 2

Tabla 2

Tabla de operacionalización de variables

Variable 1	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Valor Final
Depresión	Al respecto (Beck <i>et al</i> citado en Candela, 2022) señala que la depresión es la inadecuada forma de adquirir la información del medio y de sí mismo, lo cual denomina como percepción negativa. Afecta el aspecto psíquico y afectivo, puede manifestarse con tristeza, afectación en las actividades diarias, desgano, sentimientos de irritabilidad, malestar y sentimiento de frustración (Beltrán, 2019).	Los puntajes son obtenidos mediante la estandarización del inventario de Depresión de Beck (BDI-II) adaptado en Lima Sur por Ángela Elizabeth Espinoza Estrada (2016).	Área Cognitiva	Tristeza	1	Ordinal: Tipo Likert	Muy bajo 1 Bajo 2-4 Promedio 5-15 Alto 16-21 Muy alto 22 a más
				Pesimismo	2		
				Pensamientos suicidas	9		
				desvalorización	14		
				Fracaso	3		
				Pérdida de placer	4		
				Sentimiento de culpa	5		
			Área conductual	Sensación de Castigo	6		
				Insatisfacción con uno mismo	7		
				Autocrítica	8		
				Llanto	10		
				Indecisión	13		
				Llanto	10		
				Agitación	11		
			Área emocional	Pérdida de interés	12		
				Pérdida de energía	15		
				Alteración en los hábitos de sueño	16		
				Irritabilidad	17		
				Cambios en el apetito	18		
				Dificultad para concentrarse	19		
				Pérdida de interés en el sexo	21		

Variable 2	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Valor Final
Autolesión	Son aquellas conductas de hacerse daño a uno mismo en donde las personas se auto infringen lesiones intencionales en diferentes partes del cuerpo, sin tener el objetivo de suicidarse Fleta (como se citó en Cabrera, 2021).	Los puntajes son alcanzados a través de la Escala de autolesión SHAGER, creado por Sharon G. Dávila Obando (2015) en la Universidad César Vallejo.	Autocastigo	Las autolesiones se utilizarían como una expresión de rabia hacia uno mismo	4, 5, 23, 25, 28, 29, 30	Ordinal: Tipo Likert	Bajo= 0 – 14 Promedio= 15 – 25 Alta= 26 - más
			Influencia interpersonal	Las autolesiones son utilizadas paramanipular o influenciar a individuos de su ambiente	1, 6, 22, 26		Bajo= 0 – 8 Promedio= 9 – 14 Alta= 15 – más
			Anticipación de suicidio	Las autolesiones estarían expresando deseos destructivos y suicidas	2, 3, 12, 14, 23, 24, 27		Bajo= 0 – 6 Promedio= 7 – 19 Alta= 20 – más
			Regulación de Afecto	Las autolesiones se manifiestan de manera que alivian los afectos "negativos".	7, 20		Bajo= 0 – 4 Promedio= 5 – 7 Alta= 8 - más
			Disociación	Las autolesiones que se dan como respuesta a episodios de despersonalización	9, 10, 17, 18, 21		Bajo= 0 – 10 Promedio= 11-17 Alta= 18 – más
			Límites Interpersonales	Frustración en las relaciones sociales	8, 15, 19		Bajo= 0 – 3 Promedio= 4 – 10 Alta= 11 – más
			Sexual	La autolesión serviría como unamanera de gratificarse y censurar deseos sexuales	11, 13, 16		Bajo= 0 – 3 Promedio= 4 – 7 Alta= 8 – más

ANEXO 3: INSTRUMENTO

INSTRUMENTO 1: INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK ADAPTADO POR ESPINOZA (2016).

BDI – II¹

Adaptado por Espinoza 2016

Nombre: _____

Estado Civil: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Ocupación: _____

Educación: _____ Fecha: _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambio en el Apetito).

1. Tristeza

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

2. Pesimismo

- 0 No me siento desanimado respecto a mi futuro.
- 1 Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes.
- 2 No espero que las cosas funcionen para mí.
- 3 Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar.

3. Fracaso

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

4. Pérdida de Placer

- 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes.
- 1 No disfruto tanto de las cosas como antes.
- 2 Obtengo muy poco placer de las cosas.
- 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas.

5. Sentimientos de Culpa

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

3 Me siento culpable todo el tiempo.

6. Sentimientos de Castigo

0 No siento que esté siendo castigado.

1 Creo que tal vez estoy siendo castigado.

2 Espero ser castigado.

3 Siento que estoy siendo castigado.

7. Disconformidad con Uno Mismo

0 Siento acerca de mí, lo mismo que siempre.

1 He perdido la confianza en mí mismo.

2 Estoy decepcionado de mí mismo.

3 No me gusto a mí mismo.

8. Autocrítica

0 No me critico ni me culpo más de lo habitual.

1 Estoy más crítico conmigo mismo que antes.

2 Me critico a mí mismo por todos mis errores.

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

9. Pensamientos o Deseos Suicidas

0 No pienso en matarme.

1 He pensado en matarme, pero no lo haría.

2 Desearía matarme.

3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.

10. Llanto

0 No lloro más de lo usual.

1 Lloro más que antes.

2 Lloro por cualquier pequeñez.

3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.

11. Agitación

0 No estoy más inquieto o tenso que antes.

1 Me siento más inquieto o tenso que antes.

2 Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo.

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

12. Pérdida de Interés

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

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

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

3 Me es difícil interesarme por algo.

13. Indecisión

0 Tomo decisiones tan bien como siempre.

1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones.

2 Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones.

3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.

14. Desvalorización

0 Siento soy valioso.

1 No me considero tan valioso y útil como antes.

2 Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás.

3 Siento que no valgo nada.

15. Pérdida de Energía

0 Tengo tanta energía como siempre.

1 Tengo menos energía que antes.

2 No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas.

3 No tengo energía suficiente para hacer nada.

16. Cambios en los Hábitos de Sueño

0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.

1a Duermo un poco más que lo habitual.

1b Duermo un poco menos que lo habitual.

2a Duermo mucho más que lo habitual.

2b Duermo mucho menos que lo habitual.

3a Duermo la mayor parte del día.

3b Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.

17. Irritabilidad

0 No estoy más irritable que antes.

1 Estoy más irritable que antes.

2 Estoy mucho más irritable que antes.

3 Estoy irritable todo el tiempo.

18. Cambios en el Apetito

0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito.

1a Mi apetito es un poco menor que antes.

1b Mi apetito es un poco mayor que antes.

2a Mi apetito es mucho menor que antes.

2b Mi apetito es mucho mayor que antes.

3a No tengo apetito en absoluto.

3b Quiero comer todo el tiempo.

19. Dificultad de Concentración

0 Puedo concentrarme tan bien como siempre.

1 No puedo concentrarme tan bien como antes.

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

3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.

20. Cansancio o Fatiga

0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual.

1 Me fatigo o me canso más fácilmente que antes.

2 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer.

3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer.

21. Pérdida de Interés en el Sexo

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

1 Estoy menos interesado en el sexo que antes.

2 Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.

3 He perdido completamente el interés en el sexo.

**ESCALA DE AUTOLESIÓN
SHAGER
Sharon Geraldine, Dávila Obando (2015)**

GRADO DE INSTRUCCIÓN: _____
 EDAD: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES:

LEA ATENTAMENTE LAS PREGUNTAS Y RESPONDA CON TOTAL SINCERIDAD MARCANDO CON UNA (X) EN ALGUNAS DE LAS ALTERNATIVAS, EN ESTE TEST NO HAY RESPUESTAS. BUENAS NI MALAS. POR FAVOR, LEA DETALLADAMENTE CADA ÍTEM ANTES DE MARCAR, CUANDO NO ESTÉ SEGURO (A), RESPONDA DE ACUERDO A LO QUE USTED SIENTA, NO EN LO QUE USTED PIENSE QUE ES CORRECTO.

ELIJA EL PUNTAJE MAS ADECUADO DE 1 A 5 QUE MEJOR LA DESCRIBA EN LA SIGUIENTE ESCALA:

ÍTEMS	ALTERNATIVAS				
	NUNCA ¹	RARA VEZ ²	ALGUNAS VECES 3	CASI SIEMPRE 4	SIEMPRE 5
1. Te has sentido presionado(a) o influenciado(a) por otras personas para hacerte daño					
2. Alguna vez has tenido la necesidad de hacerte daño.					
3. Has pensado en autolesionarte.					
4. Tomas laxantes para adelgazar					
5. Alguna vez te has inducido el vómito.					
6. Hay por lo menos dos personas a las que le puedo hablar si me quiero hacer daño.					
7. Puedes conversar sin sentirte muy incómodo(a) de la autolesión con al menos compañeros (as) de clase con tal de conseguir ayuda.					
8. Cuentas con un listado de cosas que puedes hacer para lastimarte.					
9. Cuando tienes deseos de hacerte daño, sueles perderte en tu mente.					
10. Sientes nervios o ansiedad antes de pensar en hacerte daño.					
11. Alguna vez han abusado físicamente de ti.					

12. Te has cortado intencionalmente en alguna ocasión.					
13. Has ofrecido en algún momento intercambio sexual por afecto.					
14. En ocasiones has atentado contra tu vida					
15. Has pensando en hacerte perforaciones o tatuajes en el cuerpo					
16. Alguna vez han abusado sexualmente de ti					
17. Sueles bloquearte con frecuencia.					
18. Existen ocasiones en que no te puedes controlar y empiezas a tirar cosas o a insultarte.					
19. Tienes un lugar a donde ir si deseas salir de tu casa para no tener que hacerte daño.					
20. Sueles contar a personas desconocidas que te lastimas.					
21. Sueles perderte en tus pensamientos negativos.					
22. Uso información de redes como videos, foros, blogs que me sirven de ejemplo para autolesionarme.					
23. A veces piensas que cortándote o haciéndote daño será lo mejor para ti.					
24. Cuando sientes que la vida no tiene sentido, sueles lastimarte.					
25. A veces no quieres comer por miedo a engordar y que no te quieran.					
26. Tus amigas (os) te presionan para lastimarte.					
27. Tienes pensamientos suicidas.					
28. Alguna vez he sufrido un accidente o me herido gravemente intencionalmente.					
29. Alguna vez he consumido alguna sustancia tóxica.					
30. Cuando te lastimas sientes satisfacción.					

ANEXO 4: FICHA SOCIODEMOGRÁFICA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Marca con una X tus respuestas.

- **Centro educativo:** [Casuarinas] [Hiroshima]
- **Sexo:**
[F] [M]
- **Grado:**
[3ero] [4to] [5to]
- **Sección:**
[A] [B] [C] [D]
- **Edad:**
[13] [14] [15] [16] [17] [18]

ANEXO 5: Carta de presentación de la escuela, para piloto.

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”.

Los Olivos, 26 de Octubre de 2022

CARTA INV. N° 534 - 2022/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.

JAIME, LARA ROMERO

Director

I.E. 5125 CASUARINAS

Calle Las Violetas, Pachacútec

Ventanilla - Callao

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI** con DNI N° 61920710 estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° 7001207965 quien desea realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: **“DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2022”**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación.

Agradecemos, por antelación, le brinde las facilidades del caso.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca

Coordinadora de la Escuela de Psicología

Filial Lima - Campus Lima Norte

ANEXO 6: Carta de presentación de la escuela para la muestra final



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”.

Los Olivos, 24 de Marzo de 2023

CARTA INV. 079 -2023/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
JAIME, LARA ROMERO
Director
I.E. 5125 CASUARINAS
Pachacútec-Ventanilla

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI** con DNI N° 61920710 estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° 7001207965 quien desea realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: “**DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023**”. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para que así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

Los Olivos, 24 de Marzo de 2023

CARTA INV. N°080 -2023/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sra.
SOTO RUGEL, CARLOS MARTIN
Director
I.E 5124 LIBERTADOR SIMÓN BOLIVAR
Pachacútec-Ventanilla

Presente.-

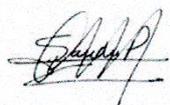
De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI** con DNI N° 61920710 estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° 7001207965 quien desea realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: **“DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023”**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para que así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

ANEXO 7: Carta de autorización del centro, para el piloto



"Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional".

Los Olivos, 26 de Octubre de 2022

CARTA INV. N° 534 - 2022/EP/PSI. UCV LIMA-LN

Sr.
JAIME, LARA ROMERO
Director
I.E. 5125 CASUARINAS
Calle Las Violetas, Pachacútec
Ventanilla - Callao

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez solicitar autorización para la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI** con DNI N° 61920710 estudiante de la carrera de psicología, con código de matrícula N° 7001207965 quien desea realizar su trabajo de investigación para optar el título de licenciado en Psicología titulado: "**DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2022**". Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación.

Agradecemos, por antelación, le brinde las facilidades del caso.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



JLR
Lic. JAIME E. LARA ROMERO
DIRECTOR
I.E. N° 5125 "CASUARINAS"

*Coordina con
JFu Thon*



Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

ANEXO 8: Carta de autorización para la investigación



PERÚ

Ministerio
de Educación



"Año de la unidad, la paz y el desarrollo"

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Ventanilla, 30 de Marzo de 2023

Yo, LARA ROMERO JAIME en calidad de Director de la I.E 5125 CASUARINAS, **AUTORIZO** a la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI** con DNI N° 61920710 estudiante de la carrera de psicología de la Universidad César Vallejo, con código de matrícula N° 7001207965 a realizar su trabajo de investigación dentro de la I.E 5125 CASUARINAS , para optar el título de licenciada en Psicología, el cual titula: **"DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023"** considerando que el trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, reitero mi autorización.

Hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



[Firma manuscrita]
LIC. JAIME E. LARA ROMERO
DIRECTOR
I.E. N° 5125 "CASUARINAS"

Lara Romero, Jaime
Director de la I.E 5125 Casuarinas
Pachacútec-Ventanilla



PERÚ

Ministerio
de Educación



“Año de la unidad, la paz y el desarrollo”

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Ventanilla, 30 de Marzo de 2023

Yo, CARLOS MARTIN, SOTO RUGEL en calidad de Director de la I.E 5124 LIBERTADOR SIMÓN BOLIVAR, **AUTORIZO** a la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI** con DNI N° 61920710 estudiante de la carrera de psicología de la Universidad César Vallejo, con código de matrícula N° 7001207965 a realizar su trabajo de investigación dentro de la I.E 5124 LIBERTADOR SIMÓN BOLIVAR, para optar el título de licenciada en Psicología, el cual titula: **“DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023”** considerando que el trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, reitero mi autorización.

Hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Carlos Martín, Soto Rugel
Director de la I.E 5124 Libertador Simón
Bolívar
Pachacútec-Ventanilla

ANEXO 9: CARTA DE SOLICITUD DE USO DEL INSTRUMENTO REMITIDO POR LA E.P DE PSICOLOGÍA



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CARTA – N° 532 - 2022/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

Los Olivos 24 de Octubre de 2022

Autora:

- **ANGELA ELIZABETH ESPINOZA ESTRADA**

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI**, con DNI 61920710 estudiante del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula N° 7001207965, quien realizará su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: **DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS EN VENTANILLA, 2023**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento Estandarización del inventario de Depresión de Beck-(BDI-II), a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte



“Año del Fortalecimiento de la Soberanía Nacional”

CARTA – N° 533 - 2022/EP/PSI.UCV LIMA NORTE-LN

Los Olivos 24 de Octubre de 2022

Autora:

- **SHARON GERALDINE, DÁVILA OBANDO**

Presente.-

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentarle a la Srta. **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBI**, con DNI 61920710 estudiante del último año de la Escuela de Psicología de nuestra casa de estudios; con código de matrícula N° 7001207965, quien realizará su trabajo de investigación para optar el título de licenciada en Psicología titulado: **DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS EN VENTANILLA, 2023**. Este trabajo de investigación tiene fines académicos, sin fines de lucro alguno, donde se realizará una investigación con el uso del instrumento Escala de autolesión SHAGER, a través de la validez, la confiabilidad, análisis de ítems y baremos tentativos.

Agradecemos por antelación le brinde las facilidades del caso proporcionando una carta de autorización para el uso del instrumento en mención, para sólo fines académicos, y así prosiga con el desarrollo del proyecto de investigación.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,

Mg. Sandra Patricia Céspedes Vargas Machuca
Coordinadora de la Escuela de Psicología
Filial Lima - Campus Lima Norte

ANEXO 10: AUTORIZACIÓN DEL USO DEL INSTRUMENTO



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN

Comas, 22 de octubre del 2022

Lic. Sharon Geraldine, Dávila Obando
Psicóloga
CPP.47884

Presente

Por este conducto entrego la información requerida de la **“Escala de Autolesión SHAGER”** y manifiesto que soy la autora original del mismo.

Aceptando el uso correspondiente, para la obtención del grado de Licenciatura a la estudiante **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBÍ**, identificada con DNI: **61920710**, del programa de Pregrado de la carrera de psicología de la Universidad Cesar Vallejo – Lima Norte, para los fines de sus necesidades de investigación en el desarrollo del tema **“DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023”**

Atentamente,

DÁVILA OBANDO, SHARON GERALDINE
DNI: 71814586
CPP. 47884



AUTORIZACIÓN

Lima, 25 de octubre del 2022

Lic. Ángela, Espinoza Estrada
Psicóloga
CPP. 29576

Presente

Por este conducto entrego la información requerida de la **“Estandarización del Inventario de Depresión de Beck (BDI-II)”** y manifiesto que soy la autora original del mismo.

Aceptando el uso correspondiente, para la obtención del grado de Licenciatura a la estudiante **MENDOZA BAUTISTA, SAMANTHA RUBÍ**, identificada con DNI: **61920710**, del programa de Pregrado de la carrera de psicología de la Universidad Cesar Vallejo – Lima Norte, para los fines de sus necesidades de investigación en el desarrollo del tema **“DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023”**

Atentamente,



Ángela Elizabeth Espinoza Estrada
PSICÓLOGA
C.Ps.P. 29576

Lic. Ángela, Espinoza Estrada
DNI: 72229914
CPP.29576

ANEXO 11: CONSENTIMIENTO INFORMADO DIGITADO, EN BLANCO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado padre de familia. -

Con el debido respeto, me presento a usted, mi nombre es **Samantha Rubí, Mendoza Bautista**, estudiante del décimo primer ciclo de la carrera de psicología en la Universidad César Vallejo- Lima Norte. En la actualidad me encuentro realizando una investigación sobre **“Depresión y conductas autolesivas no suicidas en estudiantes de secundaria de dos Instituciones Educativas públicas en Ventanilla, 2023”** y para ello quisiera contar con la importante colaboración de su hijo(a) en la calidad de estudiantes. El proceso consiste en la aplicación de dos pruebas psicológicas: **Inventario de Depresión de Beck, adaptado por Espinoza y la Escala de autolesión de SHAGER las cuales consisten en contestar una serie de preguntas, esto se llevará a cabo dentro de su salón de clases en la hora de tutoría**, asimismo, la participación del estudiante será totalmente anónima ya que la investigación dará resultados colectivos los cuales serán brindados a la I.E para ser tomadas en cuenta en futuras intervenciones. De aceptar que su hijo(a) participe en la investigación, se informará todos los procedimientos y se absolverán cada una de las dudas, es importante recalcar que dicha investigación solo tiene fines académicos.

Muchas gracias por su colaboración.

Atte. Samantha Rubí Mendoza Bautista
ESTUDIANTE DE LA ESP DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

De haber sido informado(a) y estar de acuerdo, por favor rellene la siguiente parte.

Yo, en calidad de apoderado acepto que mi hijo(a) participe en la investigación sobre **“Depresión y conductas autolesivas no suicidas en estudiantes de secundaria de dos Instituciones públicas en Ventanilla, 2023”** de la señorita Samantha Rubi Mendoza Bautista.

Día:/...../.....

Firma

ANEXO 12: RESULTADOS DEL PILOTO

12.1. Análisis Factorial Confirmatorio

Tabla 5

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante AFC del Inventario de depresión

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	IC 90% del RMSEA		AIC	BIC	χ^2	gl	p
				Inferior	Superior					
0.83	0.81	0.072	0.081	0.064	0.098	469	486	29	18	< .00
5	4	4	9	3	8	9	4	8	6	1

En la tabla 5 se puede evidenciar los índices de ajuste los cuales evalúan la mejora del presente modelo propuesto, relacionado con un modelo base, (McNeish et al., 2017) en donde se observa que el χ^2 /gl muestran un valor de 298/186, el RMSEA muestra un valor de 0.081, SRMR un valor de 0.072, con un CFI de 0.83 y por último un TLI de 0.81, esto forma parte del AFC el cual nos ha permitido contrastar el modelo que se construyó por los autores y que ahora se establece con el conjunto total de las relaciones de los componentes que la agrupan. (Bollen, 1989, p. 226). Es importante mencionar que es de suma necesidad el adquirir índices elevados, siempre y cuando los tamaños muestrales sean mayores (García et al., 1998, p. 720).

Tabla 6*Cargas de los Factores- Índices de Modificación del inventario de Depresión*

	Factor 1	Factor 2	Factor 3
V1		0.7784	0.8258
V2		7.86e-4	0.0117
V9		0.6423	0.7792
V14		7.98e-4	0.0195
V3	1.7639		1.9396
V4	6.2498		4.5070
V5	0.2497		0.5990
V6	0.0968		0.1125
V7	3.9360		4.2296
V8	0.5798		0.4076
V10	0.8661		0.1472
V13	0.8326		0.7513
V11	0.0143	0.1183	
V12	1.5146	1.8364	
V15	1.2869	0.9136	
V16	1.2128	0.8666	
V17	5.5504	4.8748	
V18	0.5401	0.4919	
V19	1.6549	1.4513	
V20	2.7078	1.6123	
V21	0.3654	0.0621	

En la tabla 6 se evidencia la proporción de la varianza explicada por un factor en una variable particular (De la fuente, 2011).

Tabla 7

Evidencias de validez basada en la estructura interna mediante el AFC de la escala de autolesión SHAGER

CFI	TLI	SRMR	RMSEA	IC 90% del RMSEA		AIC	BIC	χ^2	gl	p
				Inferior	Superior					
0.625	0.575	0.1	0.124	0.113	0.135	5775	6025	797	334	< .001

En la tabla 7 se aprecia que los índices de ajuste los cuales evalúan la mejora del presente modelo propuesto, relacionado con un modelo base (McNeish et al., 2017) en donde se observa que el χ^2 /gl muestra un valor de 797/334, el RMSEA 0.124, el SRMR un valor de 0.01, con un CFI de 0.625 y un TLI de 0.575, esto forma parte del AFC el cual nos ha permitido contrastar el modelo que se construyó por los autores y que ahora se establece con el conjunto total de las relaciones de los componentes que la agrupan (Bollen, 1989, p. 226). Sin embargo, podemos observar que existen valores bajos los cuales se pueden justificar que cuando la muestra es pequeña pueden variar algunos valores y que por ello solo es preferible utilizar los puntos de corte ajustados ya que puede proporcionar tasas de rechazo menores (Rojas, 2018, p. 398).

Tabla 8

Cargas de los Factores- Índices de Modificación de la escala de autolesión SHAGER

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6
A1		0.1587	0.04568	1.35220	0.4236	0.9230
A6		0.0430	0.44918	4.23383	0.7847	0.2924
A22		0.2497	2.45337	20.17126	0.1047	1.6982
A26		1.3479	7.22986	21.08460	7.8711	0.8628
A4	0.81601		1.29432	0.25926	1.1430	0.0831
A5	8.18975		0.00268	3.39056	0.4410	0.6507
A23	2.48440			0.76615		0.1927
A25	0.10432		0.84296	3.33924	1.3391	2.2143
A28	0.48997		7.00440	0.85359	3.8033	0.1479
A29	0.20190		0.05473	0.66446	0.0544	1.1986
A30	0.09155		3.49689	0.36377	6.7868	1.3502
A2	1.24923	3.0246		0.94299	2.5843	3.0409
A3	5.42135	3.3599		1.43507	0.0479	1.8700
A12	0.10560	0.0470		0.60011	2.0407	1.84e-4
A14	0.70768	2.5551		2.35850	17.5952	2.1118
A24	14.94350	4.1936		2.13422	5.1276	0.9082
A27	0.11341	4.4936		2.69281	0.1781	6.6294
A11						1.9849
A13	3.80909	7.0410	5.41820		3.0582	5.7117
A16	9.33574	6.9485	9.09878		2.1250	3.9070
A9	0.00816	0.1385	0.00775	0.00432		0.0870
A10	5.85e-4	4.7454	1.64148	0.53478		5.8249
A17	0.31819	0.2532	0.14811	0.63221		0.0343
A18	0.36808	0.0960	0.01072	1.20489		0.4758
A21	0.31122	1.8777	2.74577	2.67289		0.0472
A8						
A15	0.73291	0.8155	0.00252	4.58842	1.5468	
A19	1.84357	4.4448	1.90709	3.26069		

En la tabla 8 podemos evidenciar que se indica la proporción de la varianza explicada por un factor en una variable particular (De la fuente, 2011).

12.2. Análisis de ítems

Tabla 9

Análisis estadístico de los ítems de las dimensiones de depresión

1. Área cognitiva

ÍTEM	Porcentaje de respuesta				Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	Unicidad	If item dropped	
	0	1	2	3							α si se elimina	ω si se elimina
V1	52.20	36.70	5.60	5.60	0.64	0.83	1.36	1.55	0.54	0.61	0.74	0.75
V2	47.80	27.80	10.00	14.40	0.91	1.08	0.90	-0.52	0.56	0.59	0.74	0.75
V9	51.10	34.40	6.70	7.80	0.71	0.90	1.27	0.89	0.65	0.38	0.69	0.69
V14	45.60	20.00	26.70	7.80	0.97	1.02	0.52	-1.09	0.58	0.53	0.72	0.73

2. Área física

ÍTEM	Porcentaje de respuesta				Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	unicidad	If item dropped	
	0	1	2	3							α si se elimina	ω si se elimina
V3	47.80	21.10	20.00	11.10	0.94	1.06	0.69	-0.90	0.53	0.63	0.80	0.81
V4	34.40	40.00	14.40	11.10	1.02	0.97	0.71	-0.42	0.55	0.62	0.80	0.80
V5	30.00	56.70	8.90	4.40	0.88	0.75	0.87	1.14	0.59	0.57	0.80	0.80
V6	41.10	42.20	4.40	12.20	0.88	0.97	1.08	0.32	0.52	0.66	0.80	0.81
V7	32.20	34.40	20.00	13.30	1.14	1.02	0.48	-0.89	0.60	0.56	0.79	0.80
V8	27.80	26.70	30.00	15.60	1.33	1.05	0.13	-1.19	0.56	0.63	0.79	0.80
V10	53.30	7.80	14.40	24.40	1.10	1.29	0.52	-1.52	0.54	0.63	0.80	0.81
V13	32.20	28.90	21.10	17.80	1.24	1.10	0.34	-1.20	0.47	0.73	0.81	0.82

3. Área afectiva

ÍTEM	Porcentaje de respuesta				Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	Unicidad	If item dropped	
	0	1	2	3							α si se elimina	ω si se elimina
V11	54.40	27.80	7.80	10.00	0.73	0.98	1.22	0.40	0.35	0.86	0.77	0.78
V12	30.00	37.80	13.30	18.90	1.21	1.08	0.51	-0.98	0.51	0.66	0.74	0.75
V15	22.20	52.20	20.00	5.60	1.09	0.80	0.50	0.01	0.54	0.60	0.74	0.75
V16	13.30	33.30	33.30	20.00	1.60	0.96	-0.06	-0.92	0.43	0.73	0.75	0.76
V17	60.00	27.80	6.70	5.60	0.58	0.85	1.51	1.63	0.55	0.60	0.74	0.75
V18	32.20	38.90	22.20	6.70	1.03	0.91	0.49	-0.59	0.41	0.78	0.76	0.77
V19	16.70	37.80	38.90	6.70	1.36	0.84	-0.06	-0.65	0.49	0.70	0.74	0.76
V20	32.20	45.60	15.60	6.70	0.97	0.87	0.70	-0.04	0.61	0.47	0.73	0.74
V21	76.70	10.00	7.80	5.60	0.42	0.86	1.98	2.75	0.22	0.94	0.78	0.79

En la tabla 9 se observa una adecuada correlación de los ítems por dimensión, pues estos oscilan entre 0.70 y 0.80, lo cual demuestra que los ítems están relacionados de forma directa con el constructo de depresión.

Tabla 10*Análisis estadístico de los ítems de las dimensiones de Autolesión***1. Autocastigo**

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	h2	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω de McDonald
A4	92.20	5.60	2.20	0.00	0.00	1.10	0.37	3.96	16.00	0.33	0.61	0.47	0.47
A5	74.40	16.70	7.80	1.10	0.00	1.36	0.68	1.89	2.88	0.34	0.66	0.44	0.46
A23	75.60	14.40	5.60	2.20	2.20	1.41	0.87	2.51	6.36	0.28	0.00	0.45	0.53
A25	62.20	15.60	6.70	7.80	7.80	1.83	1.30	1.41	0.66	0.33	0.69	0.44	0.46
A28	78.90	14.40	5.60	0.00	1.10	1.30	0.68	2.87	10.20	0.25	0.88	0.47	0.51
A29	87.80	7.80	4.40	0.00	0.00	1.17	0.48	2.95	7.91	0.00	1.00	0.54	0.59
A30	78.90	11.10	2.20	3.30	4.40	1.43	1.02	2.58	5.80	0.30	0.82	0.45	0.51

2. Antisucidio

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	Unicidad	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω si se elimina
A2	40.00	33.30	22.20	3.30	1.10	1.92	0.93	0.76	0.13	0.66	0.48	0.88	0.88
A3	53.30	24.40	18.90	1.10	2.20	1.74	0.96	1.25	1.35	0.73	0.29	0.87	0.87
A12	65.60	24.40	7.80	0.00	2.20	1.49	0.82	2.19	5.88	0.44	0.77	0.90	0.90
A14	71.10	16.70	5.60	3.30	3.30	1.51	0.99	2.20	4.40	0.82	0.20	0.85	0.86
A23	75.60	14.40	5.60	2.20	2.20	1.41	0.87	2.51	6.36	0.63	0.29	0.88	0.88
A24	77.80	14.40	3.30	3.30	1.10	1.36	0.80	2.66	7.24	0.70	0.06	0.87	0.88
A27	68.90	17.80	5.60	4.40	3.30	1.56	1.02	2.04	3.54	0.79	0.28	0.86	0.86

3. Influencia interpersonal

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	Unicidad	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω si se elimina
A1	58.90	24.40	13.30	1.1	2.20	1.63	0.92	1.60	2.65	0.14	0.73	0.20	0.60
A6	52.20	16.70	13.30	1.10	16.70	2.13	1.49	1.05	-0.37	0.01	1.00	0.57	0.70
A22	85.60	11.10	1.10	0.00	2.20	1.22	0.68	4.23	20.10	0.38	0.40	-0.02	0.48
A26	96.70	2.20	1.10	0.00	0.00	1.04	0.26	6.33	42.70	0.35	0.54	0.19	0.53

4. Regulación de afecto

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	Unicidad	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω si se elimina
A7	48.90	25.60	13.30	6.70	5.60	1.94	1.18	1.19	0.53	-0.04	0.96	-0.08	0.00
A20	87.80	6.70	3.30	1.10	1.10	1.21	0.66	3.78	15.70	-0.04	0.96	-0.02	0.00

5. Disociación

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	H2	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω si se elimina
A9	47.80	22.20	16.70	6.70	6.70	2.02	1.24	1.05	0.11	0.61	0.50	0.75	0.76
A10	54.40	17.80	12.20	5.60	10.00	1.99	1.34	1.18	0.13	0.65	0.42	0.74	0.75
A17	33.30	28.90	24.40	7.80	5.60	2.23	1.16	0.72	-0.21	0.56	0.61	0.77	0.78
A18	37.80	32.20	12.20	5.60	12.20	2.22	1.34	0.99	-0.17	0.64	0.46	0.74	0.75
A21	30.00	24.40	21.10	11.10	13.30	2.53	1.38	0.50	-0.95	0.47	0.73	0.80	0.80

6. Límites interpersonales

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	h2	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω si se elimina
A8	81.10	11.10	4.40	1.10	2.20	1.32	0.81	3.05	9.84	0.06	0.99	0.11	0.11
A15	41.10	24.40	18.90	6.70	8.90	2.18	1.29	0.89	-0.23	0.11	0.00	-0.02	1.13e-16
A19	57.80	7.80	13.30	6.70	14.40	2.12	1.51	0.94	-0.68	0.04	1.00	0.19	0.21

7. Área sexual

ÍTEM	Porcentaje de respuesta					Media	DE	Asimetría	Curtosis	IHC	h2	If item dropped	
	1	2	3	4	5							α si se elimina	ω si se elimina
A11	81.10	8.90	7.80	2.20	0.00	1.31	0.71	2.31	4.51	0.54	0.42	0.50	0.50
A13	92.20	5.60	0.00	0.00	2.20	1.14	0.63	5.45	31.20	0.41	0.76	0.66	0.69
A16	88.90	6.70	3.30	1.10	0.00	1.17	0.53	3.53	13.00	0.52	0.54	0.54	0.55

En la tabla 10 se observa una adecuada correlación de los ítems por dimensión, pues estos oscilan entre 0.700 y 0.900, lo cual demuestra que los ítems están relacionados de forma directa con el constructo de autolesiones.

12.3. Análisis de Fiabilidad

Tabla 11

Evidencias de consistencia interna con alfa de Cronbach's y Omega de McDonald's de la variable depresión.

	Media	DE	Correlación del elemento con otros	Si se descarta el elemento	
				α de Cronbach	ω de McDonald
DEPRESIÓN	20.77	12.19	0.994	0.885	0.911
ÁREA COGNITIVA	3.23	2.97	0.800	0.880	0.971
ÁREA FÍSICA CONDUCTUAL	8.54	5.49	0.933	0.777	0.934
ÁREA AFECTIVA EMOCIONAL	9.12	5.01	0.911	0.797	0.945

En los resultados se evidencia un valor aceptable de consistencia interna a lo que se refiere con el coeficiente de Alfa de Cronbach con cada una de las dimensiones tales como, área cognitiva, área física y área afectiva, con valores de 0.88, 0.77, 0.79, de la misma manera para la consistencia interna del Omega de McDonald con 0.91, 0.97, 0.94. Lo que refiere que los 21 ítems del instrumento resaltan con un valor adecuado de 0.91 (Campo y Oviedo, 2008).

Tabla 12

Evidencias de consistencia interna con alfa de Cronbach's y Omega de McDonald's de la variable autolesión.

	Media	DE	Correlación del elemento con otros	α de Cronbach	ω de McDonald
AUTOLESIÓN	48.61	14.16	0.981	0.808	0.828
AUTOCASTIGO	9.60	2.91	0.800	0.671	0.858
ANTISUICIDIO	4.32	2.35	0.758	0.688	0.864
INFLUENCIA INTERPERSONAL	6.03	2.11	0.547	0.709	0.879
REGULACIÓN DE AFECTO	3.16	1.33	0.417	0.727	0.888
DISOCIACIÓN	8.47	4.02	0.797	0.647	0.861
LIMITES INTERPERSONALES	5.62	2.24	0.534	0.708	0.882
SEXUAL	3.62	1.46	0.569	0.718	0.877

En la tabla 12, los resultados evidencian un valor aceptable de consistencia interna a lo que se refiere con el coeficiente de Alfa de Cronbach con cada una de las dimensiones tales como, autolesión, autocastigo, antisuicidio, influencia interpersonal, regulación de afecto, disociación, límites interpersonales, área sexual, y de la misma manera para la consistencia interna del Omega de McDonald donde todos mostraron un valor de 0.828. Lo que refiere que los 30 ítems del instrumento resaltan con un valor adecuado de 0.828 (Campo y Oviedo, 2008)

ANEXO 15: Sintaxis del programa usado

JAMOVİ

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(A1, A2, A3, A4, A5, A6, A7, A8, A9, A10, A11, A12, A13, A14, A15,  
  A16, A17, A18, A19, A20, A21, A22, A23, A24, A25, A26, A27, A28, A29),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphasItems = TRUE,  
  omegasItems = TRUE,  
  sdsItems = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars(V1, V2, V3, V4, V5, V6, V7, V8, V9, V10, V11, V12, V13, V14, V15,  
  V16, V17, V18, V19, V20, V21),  
  omegaScale = TRUE,  
  alphasItems = TRUE,  
  omegasItems = TRUE,  
  sdsItems = TRUE,  
  itemRestCor = TRUE)
```

```
jmv::reliability(  
  data = data,  
  vars = vars())
```

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = AUTOLESIÓN,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,  
  skew = TRUE,  
  kurt = TRUE,  
  sw = TRUE)
```

```
jmv::descriptives(  
  data = data,  
  vars = vars(DEPRESIÓN, INFLUENCIAINTERPERSONAL),  
  desc = "rows",  
  n = FALSE,  
  missing = FALSE,  
  median = FALSE,  
  min = FALSE,  
  max = FALSE,
```

```
sw = TRUE)
```

```
jmv::corrMatrix(  
  data = data,  
  vars = vars(AUTOCASTIGO, ANTISUICIDIO, INFLUENCIAINTERPERSONAL,  
  REGULACIÓNDEAFECTO, DISOCIACIÓN, LIMITESINTERPERSONALES,  
  SEXUAL),  
  pearson = FALSE,  
  spearman = TRUE,  
  flag = TRUE,  
  n = TRUE,  
  ci = TRUE)
```

```
jmv::corrMatrix(  
  data = data,  
  vars = vars(ÁREACOGNITIVA, ÁREAFISICACONDUCTUAL,  
  ÁREAAFECTIVAEMOCIONAL),  
  pearson = FALSE,  
  spearman = TRUE,  
  flag = TRUE,  
  n = TRUE,  
  ci = TRUE)
```

```
jmv::corrMatrix(  
  data = data,  
  vars = vars(DEPRESIÓN, INFLUENCIAINTERPERSONAL),  
  pearson = FALSE,  
  spearman = TRUE,  
  flag = TRUE,  
  ci = TRUE)
```

ANEXO 16: EVIDENCIA DE APROBACIÓN DEL CURSO DE CONDUCTA RESPONSABLE.

PERFIL

SAMANTHA RUBI MENDOZA BAUTISTA



Calificación, Clasificación y Registro de Investigadores

[Solicitar Incorporación](#)

✓ Conducta Responsable en Investigación

Fecha: 05/10/2022



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

Declaratoria de Autenticidad del Asesor

Yo, JUANA ELISA DIOSES RIZZI, docente de la FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD de la escuela profesional de PSICOLOGÍA de la UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO SAC - LIMA NORTE, asesor de Tesis titulada: "DEPRESIÓN Y CONDUCTAS AUTOLESIVAS NO SUICIDAS EN ESTUDIANTES DE SECUNDARIA DE DOS INSTITUCIONES EDUCATIVAS PÚBLICAS DE VENTANILLA, 2023", cuyo autor es MENDOZA BAUTISTA SAMANTHA RUBI, constato que la investigación tiene un índice de similitud de 12.00%, verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin, el cual ha sido realizado sin filtros, ni exclusiones.

He revisado dicho reporte y concluyo que cada una de las coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la Tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas por la Universidad César Vallejo.

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

LIMA, 09 de Julio del 2023

Apellidos y Nombres del Asesor:	Firma
JUANA ELISA DIOSES RIZZI DNI: 07227390 ORCID: 0000-0001-9932-837X	Firmado electrónicamente por: JDIOSESRI el 23-07- 2023 15:10:14

Código documento Trilce: TRI - 0582463