



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE HUMANIDADES
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

**“Depresión y Agresividad en Alumnos de Secundaria de
una I.E. de Trujillo Cercado, 2018”**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTOR:

Cruzado Cueva, Luis Miguel.

ASESORES:

Dra. Aguilar Armas, Haydee Mercedes

Mg. Ríos Rojas, Jane Carol

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

VIOLENCIA

TRUJILLO – PERÚ

2018

Yo CRUZADO CUEVA LUIS MIGUEL, identificado con DNI N° 72669665 egresado de la Escuela Profesional de PSICOLOGIA de la Universidad César Vallejo, autorizo (X) , No autorizo () la divulgación y comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado "DEPRESIÓN Y AGRESIVIDAD EN ALUMNOS DE SECUNDARIA DE UNA A.E. DE TRUJILLO CERCADO, 2018."; en el Repositorio Institucional de la UCV (<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo estipulado en el Decreto Legislativo 822, Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33

Fundamentación en caso de no autorización:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....



FIRMA

DNI: 72669665

FECHA: 27 de AGOSTO del 2018

Elaboró	Dirección de Investigación	Revisó	Representante de la Dirección / Vicerrectorado de Investigación y Calidad	Aprobó	Rectorado
---------	----------------------------	--------	---	--------	-----------

PÁGINA DE JURADOS

**DRA. AGUILAR ARMAS, HAYDEE MERCEDES
PRESIDENTE**

**MG. RÍOS ROJAS, JANE CAROL
SECRETARIA**

**MG. CAYCHO RODRÍGUEZ, TOMÁS
VOCAL**

DEDICATORIA

A mis padres Elva y Enrique, por su inmenso amor, su constante guía y apoyo en el desarrollo de mi persona.

A mis hermanas Yaneth y Carmela, quiénes me han educado con su afecto maternal y por su constante apoyo para culminar mis objetivos personales.

A mi tía Teresa y primos Marco, Alfonso, Yolanda y Fátima, por su apoyo y cariño con el cual me recibieron dentro de su hogar.

A mis buenos amigos de mi Tierra de San Miguel, así como también a los que conocí en esta hermosa ciudad de Trujillo. Todos ellos han permitido que no desista ante las dificultades de la vida.

EL AUTOR

AGRADECIMIENTO

Expreso mi total gratitud y agradecimiento a mis padres, hermanas, tíos y primos por su apoyo constante en el desarrollo y bienestar de mi vida.

De igual forma, agradezco a mis asesores quienes me guiaron en el inicio de dicha investigación: Dra. Chamorro Maldonado, María Asunción y al Dr. Rodríguez Julca, José.

Asimismo, agradezco a la Dra. Aguilar Armas, Mercedes y a la Mg. Ríos Rojas, Jane Carol, asesoras que con sus enseñanzas y sus constantes revisiones permitieron que dicha investigación se concluyera de manera satisfactoria.

EL AUTOR

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD

Yo, Cruzado Cueva, Luis Miguel, identificado con DNI N° 72669665 a disposición de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, Facultad de Humanidades, Escuela Académico Profesional de Psicología.

Declaro bajo juramento que toda la información y datos que se exponen en la presente investigación son auténticos y veraces.

Asimismo, asumo toda responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, setiembre del 2018

Cruzado Cueva, Luis Miguel

D.N.I. N° 72669665

PRESENTACIÓN

Señores miembros del Jurado Calificador:

Presento ante ustedes la Tesis titulada, “Depresión y Agresividad en Alumnos de Secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018”, que tiene por finalidad determinar la relación entre la depresión y agresividad en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado; en cumplimiento del Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, para obtener el título Profesional de Licenciado en Psicología.

Esperando cumplir con los criterios de aprobación y con la convicción de que se le otorga el valor justo, tomando con criterio a sus observaciones, agradeciendo de ante mano las sugerencias y apreciaciones que se sirvan brindar a la presente investigación

Septiembre del 2018

Cruzado Cueva, Luis Miguel

AUTOR

ÍNDICE

AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN	ii
PÁGINA DE JURADOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD	vi
PRESENTACIÓN	vii
RESUMEN	x
ABSTRACT	xi
I. INTRODUCCIÓN	12
1.1 Realidad Problemática	12
1.2 Trabajos previos	14
1.3 Teorías relacionadas al tema	16
1.4 Formulación del problema	30
1.5 Justificación del estudio	30
1.6 Hipótesis	30
1.7 Objetivos	31
II. METODO	32
2.1 Diseño de Investigación	32
2.2 Variable y Operacionalización de variables	33
2.3 Población y muestra	34
2.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad	36
2.5 Método de análisis de datos	41
2.6 Aspectos éticos	43
III. RESULTADOS	44
IV. DISCUSIÓN	47
V. CONCLUSIONES	52
VI. RECOMENDACIONES	53
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	55
VIII. ANEXOS	67

ÍNDICE DE TABLAS

<i>Tabla 1. Operacionalización de variables.</i>	25
<i>Tabla 2. Distribución de la población objetivo según grado de una I.E. de Trujillo Cercado</i>	26
<i>Tabla 3. Distribución de la población objetivo según grado y sección de una I.E. de Trujillo Cercado.</i>	28
<i>Tabla 4. Descriptivos y análisis de distribución de los datos de la sintomatología de la depresión y agresividad premeditada e impulsiva (n=351).</i>	31
<i>Tabla 5. Descriptivos y análisis de correlación por Rho de Spearman entre la sintomatología de depresión y la agresividad premeditada e impulsiva (n=351).</i>	32
<i>Tabla 6. Medidas descriptivas de la sintomatología de la depresión y agresividad premeditadas e impulsiva (n=351).</i>	32

RESUMEN

Dicha investigación tuvo como objetivo general determinar la relación entre la depresión y agresividad en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018. Presenta un diseño correlacional y se contó con una muestra de 352 estudiantes varones pertenecientes al 1°, 2° y 3° grado de secundaria. En cuanto a la técnica utilizada se tiene a la evaluación psicométrica mediante los siguientes instrumentos de medición: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), en su versión adaptada por Flores (2018) y el Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva (CAPI-A), en su versión adaptada por Neira (2017). Entre los resultados se obtiene una relación con una magnitud de efecto mediana entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada ($r_s=.31$; $p^{**}<.01$), lo que quiere decir que ambas variables se encuentran asociadas de manera moderada. Asimismo se encontró una relación con una magnitud pequeña entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad impulsiva ($r_s=.25$; $p^{**}<.05$), la dimensión autoestima negativa de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada ($r_s=.19$; $p^{**}<.05$) y la dimensión autoestima negativa de la variable depresión y la dimensión agresividad impulsiva ($r_s=.18$; $p^{**}<.05$) lo que significa que existe una asociación débil entre las dimensiones mencionadas. Se concluye que a mayores niveles de disforia, también serán mayores los niveles de agresividad premeditada.

Palabras clave: depresión, agresividad premeditada, agresividad impulsiva.

ABSTRACT

This investigation was general objective to determine the relationship between depression and aggression in high schools of I.E. de Trujillo Cercado, 2018. It presents a correlational design with a sample of 352 male students belonging to the 1st, 2nd and 3rd grade of secondary school. The technique used is the psychometric evaluation is carried out using measurement instruments: Kovacs Infant Depression Inventory (CDI); adapted for Neira (2017). The result obtained a relationship with a magnitude of the median effect between the dysphoria dimension of the depression variable and the premeditated aggressive dimension ($r_s = .31$; $p^{**} < .01$), the two variables are associated in a moderate way. Likewise, a relationship with a small magnitude between the dysphoria and the impulsive aggressive dimension ($r_s = .25$; $p^{**} < .05$), the self-esteem negative of the depression variable and the premeditated aggressive dimension ($r_s = .19$; $p^{**} < .05$) and self-esteem negative dimension of the depression variable and the aggressive impulsive dimension ($r_s = .18$; $p^{**} < .05$), that is significant weak association between the dimensions mentioned. It is concluded that higher levels of dysphoria, also higher the levels of aggressive premeditated.

Keywords: Depression, premeditated, aggressive, impulsive aggressive.

I. INTRODUCCIÓN

1.1 Realidad Problemática

En la actualidad, los escolares afrontan problemas del tipo académico, como: bajo rendimiento escolar, dificultades en el aprendizaje, así como vienen enfrentando otro tipo de problemas que van más allá del área académica. Por ejemplo: el acoso escolar, baja autoestima, depresión, conductas suicidas, comportamientos auto lesivos como el cutting (conductas en donde el escolar se provoca a sí mismo cortes en la piel) (Flores, 2016). Cabe añadir que, dentro de las instituciones educativas, también se presentan otros conflictos, séase discusiones verbales o agresiones físicas, que cubre notoria presencia en el día a día escolar.

Es así que se evidencia que gran cantidad de alumnos que acuden a consultorio psicológico de la institución investigada, manifiestan sentir tristeza desde hace periodos extensos, cabe mencionar que los motivos por los cuáles expresan sentirse tristes son por los problemas que suceden dentro del hogar. Asimismo, aducen sentirse cansados y aburridos durante gran parte del día (apatía), inclusive refieren tener problemas para concentrarse durante clase o de sentirse poco útiles para las actividades en casa. De igual manera, se evidencia que tales alumnos que presentan sentimientos de tristeza interactúan de una manera agresiva con el grupo de pares; es decir, son diversos los casos de peleas (físicas y verbales) entre compañeros (discusiones, insultos, riñas, empujones, golpes). Siendo esta una de las principales razones por las cuales los alumnos son sancionados o derivados a consultorio psicológico de dicha institución.

En tal sentido, Zarragoitía (2011) plantea que la depresión es una “alteración primaria del estado de ánimo, caracterizada por abatimiento emocional” (p. 06). Así también, Gutiérrez, Montoya, Toro, Briñón, Rosas y Salazar (2010) y Flores (2016) indican que la depresión está considerada como un trastorno afectivo (TA) en el cual se observa principalmente alteraciones en el estado de ánimo y del afecto (estado anímico deprimido, o inclusive euforia). Por otro lado, Penado (2012) menciona que la agresividad involucra un proceso de corte psicológico el cual puede presentar diversos niveles de intensidad o modalidades de agresión. Además, Carrasco y Gonzáles (2006) mencionan tres elementos a tener en cuenta en cuanto a la definición de agresión: la intencionalidad, los resultados aversivos y su tipología.

En cuanto a estadísticas, el diario El Comercio (20/02/2017) indica que actualmente la depresión tiene una incidencia en 1.8 millones de personas dentro del Perú, de la cual el 8% de ellas son adolescentes. De igual forma, Sulca (2016), refiere que, según Humberto Castillo Martell, director general del Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado – Hideyo Noguchi, en Lima Metropolitana 8 de cada 100 adolescentes (entre 11 a 18 años) sufre depresión.

Según Amaro (2017) refiere que las cifras ofrecidas por el portal web SÍSEVE, desde el mes de setiembre del 2013 hasta el mes de febrero del 2016, se han reportado 11, 298 casos de agresiones a escolares, siendo el 57% en alumnos de secundaria. Por otro lado, Vargas (2016) expresa que en una encuesta aplicada por el INEI y el MIMP, se evidenció que en los escolares adolescentes entre 12 y 17 años, 74 de cada 100 estudiantes han sido víctimas de agresiones físicas o psicológicas por parte de sus propios compañeros.

En cuanto a la depresión existen diversos modelos explicativos. Thapar, Collishaw, Pine y Thapar (2012) citado por Navarro, Moscoso y Calderón (2017) mencionan que las posibles razones o causas de la depresión en adolescentes es debido a componentes genéticos, psicosociales, biológicos o a la interacción del aspecto genético-ambiental. Entre las consecuencias de la depresión, Sausa (2015) menciona al director de la Asociación de Prevención de Suicidios, Freddy Vásquez, quien refiere que el 70% de los actos suicidas están estrechamente relacionados con cuadros depresivos.

En cuanto a las causas del comportamiento agresivo Penado, Andreu y Peña (2014) y Flores (2016) refieren que se puede originar como respuesta frente a un estímulo el cual es percibido como peligroso y desencadena por tanto expresiones de cólera e ira. Además, indican que el comportamiento agresivo también puede ser provocado de manera premeditada, teniendo así una intención de dañar al otro. Así también, Bassas et. al. (2007) citado por López (2015, p.73) mencionan que existen diversas teorías sobre el origen de la agresividad, por ejemplo, teorías innatistas o teorías que consideran esencial los factores externos, sociales o del aprendizaje. Asimismo, las consecuencias de la agresividad pueden ser múltiples, llegando desde establecer patrones de interacción inadecuados hasta inclusive llegar a cometer conductas delictivas como asesinato u homicidio (Olivero, 2017).

Finalmente, el objetivo de la presente investigación fue encontrar si existe relación entre la depresión y agresividad en los alumnos de dicha institución. Para ello se cuenta con un marco teórico que postula relación entre ambas variables. El Clarín, diario argentino, entrevistó a Luis Hornstein (2008) quien menciona que: “detrás de las conductas agresivas hay un sentimiento de tristeza y auto-desvalorización, por lo cual la violencia es un efecto que debe ser enfocado como un síntoma”. Asimismo, bajo una mirada científica, Castro (2017) en su investigación sobre depresión y agresividad, llegó a la conclusión que existe relación altamente significativa, en una modalidad directa y baja entre las variables depresión y agresividad, manifestando que a mayores niveles de depresión que presentaron los adolescentes participantes, mayores fueron los niveles de agresividad.

1.2 Trabajos previos

En cuanto a trabajos realizados a nivel internacional, se tiene a Llorca, Malonda y Samper (2017) y su investigación denominada *Depresión y Agresividad en adolescentes delincuentes y no delincuentes*. Se utilizaron diversos instrumentos, dentro de los cuales se tiene: Escala de Agresión Física y Verbal, y la Escala de Inestabilidad Emocional, Escala de la Depresión (CES-D). Obtuvieron como resultado que, en cuanto a la variable de la depresión, en el grupo que corresponde a los investigados no delincuentes, correlaciona significativamente con las otras variables estudiadas (ansiedad, comportamiento agresivo, ira e inestabilidad emocional). En tanto, en el grupo de investigados delincuentes, la depresión únicamente correlaciona con el rasgo de ira.

Así también, en cuanto a investigaciones realizadas a nivel internacional, se tiene a Gordillo (2010) y su investigación *Análisis Longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil*. Los instrumentos utilizados en dicha investigación fueron: Cuestionario de Agresividad Física y Verbal (AFV) y el Children Depression Inventory-Short (CDI-S). Se concluyó que la agresión verbal y física (ya sease juntas o por separado) se asocia de manera moderada y en un sentido positivo con la depresión. De igual forma, se manifiesta que la depresión explica significativamente una variación en las respuestas agresivas, además, la agresión (especialmente la verbal) explica las respuestas depresivas.

Finalmente, concluyen que la depresión y la agresión se relacionan de manera directa e indirecta.

En terreno nacional, se tiene a Castro (2017) y su investigación *Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote*. Los instrumentos utilizados fueron el BDI-II, un auto informe que consta de 21 ítems y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry, el cual consta de 29 ítems. Se concluye que existe una relación altamente significativa, directa y baja, entre las variables estudiadas: depresión y agresividad. Asimismo, entre la variable depresión y las dimensiones de agresión física, agresión verbal, hostilidad e ira se evidencia una correlación altamente significativa débil y directa.

Así también a nivel nacional, se tiene al trabajo realizado por Saucedo (2017) citado por Flores (2016) denominado *Autoestima y Agresividad en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa Pública de Chimbote*. Se utilizó los siguientes instrumentos: Inventario de autoestima – Forma Escolar de Coopersmith, el cual está conformado por 58 ítems y el Cuestionario de Agresión de Buss y Perry, el cual consta de 29 ítems. Se concluye que existe una correlación inversa entre la autoestima y la agresividad. En cuanto a la autoestima se evidencia una relación inversa y significativa con la dimensión de agresión física, hostilidad e ira; y que con la dimensión de agresión verbal existe una relación positiva baja siendo inversa y significativa. Así también, en cuanto a la agresividad se concluye que con la dimensión área de sí mismo general, área de pares, área de hogar de padres y área de escuela se presenta una relación inversa y altamente significativa.

Entre las investigaciones que se ha realizado a nivel local se tiene a Flores (2016), en su trabajo denominado *Agresividad Premeditada e Impulsiva y Bienestar Psicológico en Estudiantes Adolescentes del Distrito de Trujillo*. Para ello se usaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de Agresividad Premeditada (CAPIA-A), el cual contiene 24 ítems y la Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-J), el cual está conformado por 13 ítems. Se concluye una relación parcial entre la variable de agresividad y la variable de bienestar psicológico. Asimismo, se concluyó que existe una correlación negativa significativa entre la agresividad del tipo premeditada y las dimensiones de control de situaciones, aceptación de sí mismo, vínculos psicosociales y proyecto de vida. Así también, se presentó una correlación negativa

significativa entre la agresividad del tipo impulsiva y la dimensión control de situaciones.

1.3 Teorías relacionadas al tema

1.3.1. Depresión

1.3.1.1. Definición

Botto, Acuña y Jiménez (2014) mencionan que el término “depresión” fue propuesto a mitad del siglo XIX, el cual hacía referencia a una variación de las emociones, caracterizándose principalmente por una disminución e inhibición en el comportamiento funcional. Asimismo, dichos autores realizan una crítica a la definición actual de la depresión, considerándola como un listado exclusivamente sintomático y que se ha omitido aspectos psicopatológicos dentro de la misma. Del mismo modo, Ezquiaga, García, Díaz y García (2011) realizan una crítica a la vigente categorización del DSM-IV-TR (2002) y del CIE-10 (2000) que hacen respecto a la depresión, señalando que su nosología se basa en diferencias en cuanto a intensidad, presencia de síntomas y cronología, anulándose aspectos diferencialmente cualitativos en los trastornos depresivos. Igualmente, García (2012) expresa que las clasificaciones nosológicas psiquiátricas no tienen en cuenta las características individuales del paciente, ni la función que cumple un síntoma dentro de la historia particular de cada persona.

Por otro lado, Caballo (2006) define a la depresión como un problema de corte psicológico complejo, en el cual se pone de manifiesto la falta de motivación, una reducción de la conducta adaptativa y un estado anímico irritable y/o disfórico. Así también, se evidencia una parcial ausencia de afectos positivos en las personas, lo cual se traduce en una disminución en la motivación para la realización de las actividades diarias (Cordero y Trías, 2009). Londoño y Gonzáles (2016) y Olivero (2017) indican que la depresión ha sido englobada en el DSM-V y el CIE-10 dentro de los trastornos del ánimo, los cuales están caracterizados principalmente por un ánimo melancólico y alteraciones a nivel afectivo, cognitivo, conductual y fisiológico.

Zarragoitía (2011) esboza una diferencia entre la confusión que se tiene entre la depresión clínica y la depresión transitoria. Para realizar el diagnóstico de la

primera se tiene que tener en cuenta su permanencia, gravedad y daño en las diversas áreas (familiar, social, laboral, etc.) a diferencia de episodios emocionales de tristeza transitorios que no constituyen un cuadro clínico. Finalmente, Bares, Andrade, Delva, y Grogan (2011) y Olivero (2017) manifiestan que en la depresión la emoción que mayor predominio tiene es la tristeza.

1.3.1. 2. Etiología

1.3.1.2.1. Teorías cognitivas.

Abello, Cortés, Barros, Mercado y Solano (2014) mencionan a la teoría propuesta por Beck, quién postula que la depresión es el resultado de cogniciones distorsionadas y erróneas en cuanto a la interpretación de sus experiencias. (Botto, Acuña y Jiménez, 2014; Mengana, 2013; Silberman y Aguado, 2005; Vázquez, Muñoz, Becoña, 2000). Ello pone de manifiesto que la persona depresiva posee una serie de esquemas disfuncionales a través de los cuales interpreta la realidad de una manera errónea, lo que provoca alteraciones a nivel emocional y comportamental.

Abello et al. (2014) refieren que Beck consideraba que el individuo que presenta una depresión afrontó experiencias negativas durante su desarrollo temprano, las cuales ocasionaron que en el futuro sus cogniciones se vean alterados o invadidos por pensamientos sesgados (irracionales), activándose posteriormente en situaciones similares a las vividas durante la niñez o bajo situaciones que sean percibidas como estresantes.

Gómez (2007) y Olivero (2017) menciona que se debe tener en cuenta a tres elementos en cuanto a la depresión desde el enfoque cognitivo: cognición, afecto y sintomatología depresiva.

En cuanto a la cognición hace referencia que dicha función regula el afecto y el comportamiento. Está compuesta por tres niveles: los esquemas, las creencias disfuncionales y los pensamientos automáticos. Estos últimos se definen como aquellas frases o imágenes que tienen lugar en la mente de la persona y que se relacionan con aspectos emocionales (depresión, ira, enojo, etc.), se caracterizan por ser específicos, transitorios, involuntarios que se traducen en términos como “tendría o debería” y que se dan como resultado de esquemas disfuncionales. (Gómez, 2007)

Silberman y Aguado (2005) indican que la cognición es un término que hace referencia al acto de pensar y de reconocer hechos relacionados con el presente, lo que sucedió en el pasado o aspectos del futuro. Manifiestan que los pensamientos, pueden tener base en hechos reales o en eventos distorsionados.

Gómez (2007) menciona que el afecto es un estado el cual se puede presentar de manera temporal o como una tendencia relativamente estable en la persona. Está compuesto por dos dimensiones: afecto positivo y negativo. Las personas con un nivel elevado de afecto positivo vivencian alegría, confianza, entusiasmo, seguridad a diferencia de las personas con un alto afecto negativo que experimentan emociones de culpa, tristeza, miedo y enojo, dificultades a nivel somático e insatisfacción con respecto a uno mismo y el entorno.

La sintomatología depresiva, se puede presentar en diferentes áreas: ánimo, motivación, cognición, procesos fisiológicos y relaciones interpersonales. La duración e intensidad de los síntomas pueden variar en cada individuo (Gómez, 2007).

Por otro lado, Mengana (2013), plantea que, desde el enfoque cognitivo propuesto por Beck, la depresión se explica en función de tres aspectos interrelacionados: la triada cognitiva, los errores cognitivos y los esquemas (Abarca, 2009; Silberman y Aguado, 2005). No obstante, Vázquez, Muñoz y Becoña (2000) agregan un aspecto más a tener en cuenta: los pensamientos involuntarios o automáticos.

La triada cognitiva, se refiere a la atribución de un enfoque negativo que el sujeto realiza en cuanto a sí mismo, sus experiencias y el futuro. (Mengana, 2013; Abarca, 2009; Silberman y Aguado, 2005; Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000).

En cuanto a la visión negativa que se tiene de sí mismo, el individuo tiende a definirse en relación a sus defectos, viéndose como una persona incapaz y/o débil y autocriticándose de manera excesiva. Sobre la visión negativa de sus experiencias, la persona presenta una predisposición a interpretar o calificar sus vivencias como negativas, así como a la interacción que tiene con su entorno, creyendo que las demandas externas son

excesivamente difíciles de cumplir. Así, en relación a la visión negativa del futuro, la persona anticipa que no podrá afrontar adecuadamente la situación en la que se encuentra, creyendo que seguirá presentando dificultades y fracasos continuamente (Mengana, 2013 y Olivero, 2017).

Los pensamientos involuntarios o automáticos negativos, son cogniciones que se presentan de manera reiterada y que en ocasiones surge de forma imperceptible, pero que en pacientes con depresión tienen lugar de manera consciente. Dichos pensamientos terminan desencadenando diversas reacciones afectivas-emocionales en el individuo, tales como: tristeza, frustración, soledad, etc. (Vázquez, Muñoz y Becoña, 2000)

Los errores cognitivos son aquellas distorsiones o sesgos en el procesamiento de la información que realiza la persona, fomentando que presente solidez en los pensamientos depresivos, a pesar de contar con evidencias que sustenten lo contrario (Mengana, 2013).

En relación a las personas depresivas infanto-juvenil, se han evidenciado los siguientes errores cognitivos (Abarca, 2009; Silberman y Aguado, 2005): a) pensamiento todo o nada, dicha distorsión puede ocasionar que los individuos sientan niveles de insatisfacción, tristeza, e incapacidad ya que tienen una visión de perfección en los diversos aspectos de su vida; por ejemplo, ante un puntaje de 15 en un examen, el joven puede presentar afectos negativos ya que esperaba un puntaje de 20; b) sobregeneralización, distorsión en la cual la persona elabora consecuencias futuras sobre un suceso en función de experiencias previas aisladas, pudiéndose aplicar a sucesos similares o no, por ejemplo, una persona a partir de la experiencia de no poder anotar un gol en un penal, podrá creer que siempre tendrá las mismas dificultades; c) abstracción selectiva, distorsión en la cual únicamente se tiene en cuenta lo negativo de un suceso, por ejemplo, no considerar la diversión sentida en una fiesta y solo recordar un algún incidente negativo; d), magnificación y minimización, realizar una sobrevaloración o minimización de un acontecimiento. (Olivero, 2017)

Así por otro lado, Mengana (2013) sostiene que los esquemas son como una red de cogniciones que sirven como punto de partida para interpretar de una determina manera los acontecimientos vividos. Dichos esquemas, en caso

de ser disfuncionales, ocasionan errores en el procesamiento de la información. En otros términos, los esquemas son organizaciones cognitivas mediante las cuales las personas interpretan la realidad con cierta tendencia de similitud (Abarco, 2009). Asimismo, un esquema se representa como una tendencia en el tipo de pensamiento que la persona presenta frente a un acontecimiento. (Silberman y Aguado, 2005).

Los esquemas aparentemente pueden no estar presentes en la estructura cognitiva del sujeto; sin embargo, se activan frente a estímulos ambientales concretos. Dichos esquemas se van fortaleciendo por una mayor presencia de estímulos evocadores, permitiendo que la persona se vuelva incapaz de optar por esquemas más adecuados (Mengana, 2013). Silberman y Aguado (2005) indican que los esquemas característicos de una persona depresiva son, por lo general, modelos rígidos para emitir cualidades acerca de sí mismo o de los demás. Además, refiere que los esquemas disfuncionales interactúan con acontecimientos negativos de la persona, estableciéndose así la depresión (Olivero, 2017). Por ejemplo, un adolescente que tiene un esquema disfuncional “no soy importante para los demás si es que no saco buenas notas”. Cuando suceda un evento relevante a la actitud disfuncional (término sinónimo para designar a un esquema disfuncional) se activa dicho esquema provocando cogniciones y afectos depresivos.

En resumen, desde el enfoque cognitivo la depresión se origina por la presencia de una estructura cognitiva distorsionada aprendida a partir de experiencias tempranas que sirve como referencia para la interpretación de las situaciones vividas. Dicha estructura está compuesta por diversos elementos que se encuentran relacionados: la triada cognitiva, los pensamientos automáticos, las distorsiones cognitivas y los esquemas. A partir de la interacción de los elementos mencionados puede una persona presentar una sintomatología depresiva en diversas áreas de su vida, ya sease, en lo motivacional, estado anímico, etc.

1.3.1. 3. Epidemiología

Zarragoitia (2011) refiere que entre el 5% y 8% de las personas presentan depresión, aumentando hasta el 25% y 30% en comorbilidad con enfermedades médicas y/o psiquiátricas. Asimismo, menciona que es la enfermedad mental de

mayor frecuencia, y que es diagnosticada hasta en el 40% de personas que asisten por servicio psiquiátrico.

Sausa (2018) refiere que, según el Ministerio de Salud, durante el año 2017 se atendieron 892,505 casos por trastornos mentales en el Perú, de los cuales 119,438 correspondieron a adolescentes entre 12 a 17 años siendo la depresión el trastorno que se presenta con mayor incidencia en dicha población.

El portal virtual de RPP (09/09/2016), menciona que según el Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –Hideyo Noguchi, en el Perú un aproximado de 1 millón 700 mil personas presentan depresión, afectando al 8% de los adolescentes peruanos.

Según la Organización Mundial de la Salud (22/03/2018), cerca de 300 millones de personas se ven afectadas por la depresión, estimándose que para el año 2030 dicho cuadro clínico se encontrará liderando en cuanto a casusas de morbilidad a nivel del mundo.

El Instituto Nacional de Salud Mental Honorio Delgado –Hideyo Noguchi (2013) informa que según sus investigaciones realizadas en el ámbito de la sierra urbana (2003), a nivel de selva urbana (2004) y a nivel de fronteras (2005) y ciudades de la costa (2006) encontraron que el trastorno más común en dichos lugares es el episodio depresivo de nivel moderado a severo con niveles de 16%, 21%, 17% y 14% respectivamente.

A nivel local, el portal web TV Cosmos (12/08/2015) menciona que, según Félix Manzanares, Responsable de Estrategia de Salud Mental –GERESA, a nivel de La Libertad ha habido más de 27 mil atenciones con respecto a la salud mental, teniendo a la depresión como problemática de mayor frecuencia y presentándose en los adolescentes con mayor incidencia.

1.3.1. 4. Depresión en adolescentes

Según Guzmán, Mardones y Romero (2011) manifiestan que los adolescentes son más vulnerables a tener una depresión ya que enfrentan diversos cambios cognitivos, afectivos, físicos y/o sociales, ante lo cual es necesario que desarrollen estrategias adecuadas de afrontamiento. Dichos autores refieren que los criterios diagnósticos para la depresión son relativamente parecidos tanto para la etapa de la niñez, la adolescencia y la juventud, según los criterios

propuestos por el DSM-IV-TR. Sin embargo, se diferencian en la intensidad y consecuencia de los síntomas.

Los aspectos a tener en cuenta sobre la depresión en la adolescencia es la variación que se da con respecto al estado anímico, caracterizándose principalmente por sentimientos de tristeza, que podría estar encubierto por síntomas de irritabilidad o alteraciones de conducta. Es importante tener en cuenta como alarma de posible depresión en los adolescentes, la cantidad de horas del sueño, ideación suicida, variaciones notables en el peso corporal (Guzmán, Mardones y Romero, 2011).

Así también, Gonzáles, Hermsillo, Vacio, Peralta y Wagner (2015) indican que los síntomas que se pueden evidenciar en cuanto a la depresión en adolescentes están: sentimientos de tristeza, inactividad psicomotora o por el contrario hiperactividad, pensamientos de culpabilidad e ideas periódicos acerca de la muerte, dificultades a nivel cognitivo como la concentración o bajo rendimiento escolar, problemas relacionados al sueño y afectaciones somáticas. Asimismo, pueden presentar conductas negativistas, consumo excesivo de sustancias psicoactivas, agresividad, sentimientos de rechazo social, autoconcepto negativo y niveles disminuidos de autoestima. Inclusive puede presentarse cortes en diferentes partes del cuerpo como consecuencia de autolesiones.

La depresión que se presenta en la adolescencia puede darse de manera transitorio o representar una dificultad severa (Guzmán, Mardones y Romero, 2011). Asimismo, dichos autores indican que para el diagnóstico depresivo en la adolescencia se debe tener en cuenta: a) la naturaleza del episodio depresivo (en cuanto a forma y gravedad); b) funcionalidad con la que el adolescente se desenvuelve en su entorno; c) insight o auto-conciencia del problema; d) formas de afrontamiento frente a experiencias depresivas.

Navarro, Moscoso y Calderón (2017) mencionan que los diferentes síntomas depresivos se desarrollan mayormente en el transcurso de la adolescencia. Guzmán, Mardones y Romero (2011) mencionan que el tipo de vínculo que se establece entre el padre de familia y el hijo se relaciona con respuestas cognitivas frente a situaciones adversas e influye en la presencia de

la depresión. Indican que las relaciones pobres entre padre-hijo, los adolescentes son más vulnerables a desarrollar sintomatología depresiva.

1.3.2. Agresividad

1.3.2.1. Definición

Penado (2012) y Flores (2016) sostienen que la agresividad involucra procesos psicológicos y que se traducen en comportamientos agresivos verbales o físicos. Asimismo, la agresividad hace referencia a las personas que presentan una marcada tendencia a insultar, hostigar, amenazar o agredir a los demás. Por otro lado, se debe tener en cuenta la diferencia entre agresividad y agresión, el primer término alude a una serie de manifestaciones psicológicas (emocionales o cognitivas) que se experimentan de manera subjetiva, activándose ante un contexto específico y que podría desencadenar o no un acto agresivo, dependiendo de factores personales y socioculturales (Andreu, Peña y Penado, 2012).

Adicionalmente, Andreu, Peña y Penado (2012) y Flores (2016) manifiestan que la agresividad se exterioriza en 3 dimensiones: a) nivel emocional: se experimenta en emociones como la ira o la cólera y se muestra en cambios a nivel de rasgos faciales o cambios lingüísticos (variación de tono o aumento del volumen); b) nivel cognitivo: se vivencian ideas de destrucción e ideación de daño; c) nivel conductual: pueden evidenciarse manifestaciones comportamentales a nivel verbal o físico.

Echebura (2010) citado por Méndez (2012) menciona que la agresividad constituye una respuesta adaptativa frente a los peligros del ambiente, por lo tanto, cumple una función de supervivencia y afrontamiento.

Por otro lado, Carrasco y Gonzáles (2006) mencionan tres factores para definir la agresión: a) la intencionalidad, se refiere a la obtención de un objetivo en específico; b) las repercusiones negativas, pudiendo afectar a la misma persona o a los demás; c) su naturaleza multivariada, es decir, existen diversas formas en las que se puede presentar el acto agresivo.

Coccaro (2012) indica que la agresividad humana refleja una definición multivariable. Las conductas de agresión pueden estar dirigidas hacia las demás personas, hacia uno mismo o hacia el ambiente material. De igual modo, puede ser de naturaleza premeditada, impulsiva o defensiva, indicando que las dos

primeras representan un funcionamiento disfuncional en el individuo y que puede tomar forma en agresión física, verbal, psicológica, etc. (Flores, 2016)

Dodge y McCourt (2010) citado por Penado, Andreu y Peña (2014) mencionan que la conducta agresiva comienza a expresarse en la niñez temprana y que durante la adolescencia es que se encuentra en su nivel más intenso.

1.3.2.2. Expresiones de la agresión

1.3.2.1.1. Agresión física y verbal

La agresión física se refiere a un tipo de respuesta motora que tiene como fin infligir o causar daño a otro ser humano, incluyéndose también la destrucción a bienes materiales. En la agresión verbal se abarca un conjunto de manifestaciones a través del lenguaje: insultos, humillaciones, ofensas, etc. (López, 2015)

1.3.2.1.2. Agresión directa e indirecta

La agresión directa involucra el reconocimiento hacia el agresor por parte de la víctima, es decir, la persona que realiza la agresión es fácil de identificar. En cambio, la agresión indirecta es de difícil reconocimiento hacia el agresor debido a que éste puede permanecer en el anonimato (por ejemplo, esparcir rumores en los amigos, etc.) (López, 2015)

1.3.2.1.3. Agresión activa y pasiva.

La agresión activa hace referencia al grado de involucramiento que tiene el agresor al momento de causar daño a la víctima, lo que involucra una participación comprometida para causar daño. A diferencia de la agresión pasiva, la persona deliberadamente, a través de la omisión, permite que la persona se vea afectada por un tipo de daño. (López, 2015)

1.3.2.3. Bases motivacionales de la agresión

1.3.2.3.1. Agresividad premeditada.

La agresividad premeditada tiene como prioridad el conseguir objetivos específicos distintos al único hecho de causar daño a la otra persona, es así que pretende conseguir status, sensación de dominio frente al otro, obtención de beneficios propios, etc. Dicha agresión es realizada de manera meditada, es decir, ha sido planificada previamente antes del suceso, se realiza bajo un marco de conciencia y deliberación (Andreu, 2009; Swogger, Walsh, Priddy,

Conner, 2015). La persona agresora tiene una activación emocional limitada, evidenciando un estilo calculador y frío.

De igual forma, Penado, Andreu y Peña (2014) manifiestan que las personas que utilizan dicha modalidad de agresión no suelen presentar dificultades en cuanto a la regulación emocional, más bien, presentan una pobre capacidad a nivel de empatía y sensibilidad emocional. López (2015) refiere que en este tipo de agresividad no se realiza una respuesta de hiperactividad a nivel del S.N.A.

Así también, Andreu, Peña y Ramírez (2009) indican que la agresividad premeditada también suele ser enmarcada bajo la denominación de agresividad instrumental o planificada. Dichos autores mencionan que este tipo de agresión se origina por las repercusiones positivas o ganancias que se obtuvieron anteriormente por el uso de la misma. Asimismo, relacionan este tipo de agresión con características psicopáticas, y que presentan una mayor tendencia al crimen violento.

1.3.2.3.2. Agresividad impulsiva.

Andreu (2009) sostiene que la agresividad impulsiva se refiere a un tipo de conducta que tiene como finalidad provocar daño a la otra persona, caracterizándose por tener una naturaleza impulsiva basada en una reacción emocional intensa y con elevada activación neurovegetativa. Del mismo modo, refiere que dicha agresión está relacionada con la percepción, real o imaginaria, que se está afrontando un estímulo que atenta en contra del bienestar personal o su autoestima. López (2015) refiere que dicha agresividad va acompañada de una alta activación del S.N.A., y que sus conductas son el resultado de un acto impulsivo y no tanto premeditado o anticipado.

Por otro lado, Andreu, Peña y Ramírez (2009) mencionan que este tipo de agresión se relaciona con un escaso autocontrol, altos niveles de impulsividad, y una alta activación de emociones como la ira y el enojo. Refieren que se evidencia alteraciones en el procesamiento de la información de la persona y que también se asocia con la presencia de malestares psicológicos como, por ejemplo, la depresión.

Derefinko, DeWall, Metze, Walsh, Lynam (2011) manifiestan que la conducta agresiva del tipo impulsiva está estrechamente relacionada a la limitada capacidad de autocontrol que presenta el individuo, es decir, presenta dificultad para el control de los impulsos de manera repetitiva en el tiempo y en diversas circunstancias.

1.3.2.4. Modelos explicativos de la agresividad premeditada e impulsiva.

1.3.2.4. 1. Modelo del déficit en el procesamiento de la información.

Penado (2012) refiere que las personas que actúan de manera agresiva presentan una escasa capacidad biológica de autocontrol y que enfocan su actuar en función de estructuras cognitivas que se han formado mediante experiencias previas.

Dicho modelo fue propuesto por Dodge en el año de 1986 basándose en experimentos realizados a sujetos quienes observaban y juzgaban el accionar de otras personas que estaban siendo transmitidas por televisión. Dicho experimento dio como resultado que los niños al verse expuestos a situaciones interpersonales realizan una diversidad de procesos partiendo de: a) codificación de los estímulos: se aprecia la conducta externa de forma particular b) valoración de los estímulos: se realiza una interpretación hostil o no del estímulo; c) apreciación de respuestas alternas: accede a respuestas posibles mediante la memoria y d) selección de la conducta: en la cual se selecciona la más conveniente. (Penado, 2012).

Dicha autora refiere que el modelo en mención, concluye que el procesamiento incorrecto de la información es la causa del comportamiento agresivo, enfocándose en que los estímulos externos son de naturaleza amenazante y hostil provocando actos agresivos.

López (2015) manifiesta que posteriormente dicha teoría fue replanteada por Crick y Dodge en el año de 1994, quienes sostienen que los pasos a tener en cuenta en el comportamiento agresivo son: a) codificación de estímulos sociales, b) valoración de dichos estímulos, c) planteamiento de una solución, d) evaluación de posibles soluciones, e) análisis de la efectividad de la respuesta y f) respuesta. Asimismo, dicho autor indica que las experiencias previas del sujeto, las expectativas del entorno y la conciencia de normas sociales pueden influir en el resultado de cada faceta.

En lo que respecta a la agresividad impulsiva, los errores en el procesamiento de información, según Dodge, se pueden establecer en el paso a, b y c. Los sujetos que presenten alteración en los tres primeros pasos han vivenciado experiencias de agresividad, lo que ha influido en la expectativa que presentan acerca del comportamiento de los demás, atribuyéndole un significado hostil y que termina ocasionando respuestas agresivas, obviando la eficacia de otras posibles respuestas. (López, 2015).

Dicho autor menciona que, en la agresividad premeditada, el déficit o error tiene lugar en el paso e, ya que consideran que la agresividad es el medio más adecuado para lograr sus objetivos.

1.3.2.4. 2. Modelo de la frustración – agresión

Dicho modelo se basa en que cualquier hecho o estímulo que impida la realización de las metas establecidas por un sujeto ocasionan frustración, pudiéndose generar así una respuesta agresiva. Tal modelo fue propuesto por Dollard, pero que, sin embargo, tuvo diferentes detractores debido a que no toda frustración desencadena una conducta agresiva. Es así que posteriormente fue replanteada por Berkowitz quién sostenía que la conducta agresiva se realizará si el sujeto atraviesa por diversos indicios, considerando que la frustración tiene que ir acompañada por otros sucesos para que se pueda dar la conducta agresiva. (Penado, 2012).

López (2015) sostiene que Berkowitz planteaba que la frustración puede servir como un factor de riesgo para desencadenar la agresión, pero que se efectúa cuando va asociada a otras variables, como: ser agraviado, disposición a la agresión por aprendizaje previo, acontecimientos ante los cuales la persona las relaciona con agresividad u hostilidad. Finalmente, se sostiene que el modelo de frustración – agresión ha sido utilizado para explicar la agresividad impulsiva, en la cual el sujeto reacciona con agresión como respuesta ante la frustración de una meta no satisfecha.

1.3.2.4. 3. Modelo social – cognitivo de Albert Bandura

Este modelo plantea que la conducta agresiva proviene por intermedio de un aprendizaje observacional, incidental o modelado, en donde se va internalizando conductas mediante la imitación del comportamiento de otras personas. El aprendizaje de la conducta agresiva tiene su origen dentro del

ámbito familiar, en dónde los niños aprenden modelos de agresividad por imitación del comportamiento de los padres. (Penado, 2012).

Por otro lado, López (2015) plantea que Bandura propuso los siguientes mecanismos para explicar el aprendizaje de la agresividad según su propuesta: a) mecanismo que causan la conducta agresiva: esta se puede dar por medio de dos formas, la observación (experiencia del tipo cognitiva en donde la persona centra su atención en respuestas agresivas que observa en los demás y que posteriormente se quedan almacenadas en la memoria) y la vivencia directa (aprendizaje mediante el reforzamiento del comportamiento agresivo); b) mecanismos instigadores de agresividad: se refiere a que ya aprendida la conducta de agresión, ésta tiene lugar en un contexto específico según variables del individuo como: asociación del estímulo con respuestas de reforzamiento, control de la situación, etc.; c) mecanismos mantenedores de la agresividad: pudiéndose encontrar aquí variables como el reforzamiento y aspectos cognitivos como la justificación de la conducta agresiva, etc.

Bandura manifiesta que los niños agresivos interpretan dicho comportamiento como la mejor herramienta para la obtención de sus metas y objetivos, por lo que el modelo en cuestión ha sido utilizado para la explicación de la agresividad premeditada. (López, 2015)

1.3.2.4. 4. Modelo integrado propuesto por Andreu

Andreu (2009) plantea que es necesaria la integración de diversos factores al momento de explicar o brindar un marco de referencia para la agresividad, tales factores incluyen el aspecto cognitivo, afectivo, conductual y contextual de la persona. Expresa que la agresividad tiene su punto de partida bajo procesos cognitivos y conductuales los cuales surgen ante un suceso amenazante percibido como tal por el sujeto, la agresión se origina entre un proceso de interacción persona-ambiente. Para ello propone la secuencia de los siguientes procesos:

a) *Proceso de valoración* (primaria y secundaria): La valoración primaria se refiere que, ante un suceso o situación amenazante, se produce un aumento en la activación a nivel fisiológico mediante el S.N.A. Dicho sistema cerebral alerta al individuo que algo está sucediendo. Posteriormente la valoración

secundaria, se encarga de valorar al contexto en el cual se ha producido la amenaza, pudiendo calificarla como un acontecimiento que negativo o como un suceso que implique un desafío. En cuanto a la calificación de amenaza, se percibe un daño hacia la persona (ya infringido o por suceder en un corto tiempo) ocasionando la aparición de emociones negativas como la ira, el enojo o la hostilidad; mientras que en la calificación de un suceso que implique algún desafío, la persona ha previsto un posible daño pero que puede obtener algún tipo de beneficio frente a ello, conllevando a la aparición de emociones positivas. (Andreu, 2009)

b) *Procesos de cognición*: Teniendo como base los procesos de valoración anteriores, es que la persona se va explicando lo que está sucediendo. Para ello tiene lugar la evaluación mediante estructuras cognitivas, las cuales están definidas como representaciones mentales que permiten la codificación de la información, dirigiendo al sujeto a determinadas respuestas afectivas y conductuales. Dentro de dichos esquemas se encuentran sesgos de atribución hostil, en el cual la persona infiere que el daño que se la ha provocado ha sido de manera deliberada y negativa. Además, se incluyen esquemas del uso instrumental de la agresión. (Andreu, 2009).

c) *Procesos de auto-regulación*: En dicho proceso se toma en cuenta las respuestas que se han obtenido durante experiencias previas del individuo. Si una conducta agresiva tuvo repercusiones positivas, tendrá más posibilidades de repetirse en el futuro, o, por el contrario, si trajo repercusiones negativas, su repetición posterior será menos probable. (Andreu, 2009).

d) *Procesos de inhibición/desinhibición*: En dicho proceso se toma en cuenta aquellos aspectos (personales como ambientales) que favorecerían la agresividad, como, por ejemplo: niveles de impulsividad, ideologías sociales, trastornos de personalidad, consumo de sustancias psicoactivas, etc. (Andreu, 2009).

Finalmente, dicho autor manifiesta que las diferencias entre el tipo de agresividad premeditada e impulsiva, radicaría tanto en la estructura cognitiva del sujeto como en los efectos de la conducta agresiva.

1.4 Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre la depresión y agresividad en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2017?

1.5 Justificación del estudio

Dicha investigación es pertinente ya que permitió, mediante la información obtenida, que tanto docentes como padres de familia y gestores educativos reconozcan la relación entre las variables mencionadas, favoreciendo así la sensibilización sobre el tema y sirviendo, por tanto, como nexo para la coordinación en cuanto a su abordaje. Además, sirvió como referencia para relacionar la información con otras variables afines.

A nivel práctico, la investigación contribuyó brindando información acerca de la relación de ambas variables en la cual se encuentra la población. Tal información podría servir para la labor profesional de los psicólogos de la institución o de la localidad para la realización del abordaje psicológico mediante talleres, charlas, escuela para padres, etc.

A nivel teórico, la presente investigación permitió generalizar la información hallada acerca de la relación entre las variables estudiadas. Además, el lector cuenta con información relacionada a la investigación, aportando a que tenga mayor conocimiento de ello.

A nivel metodológico, sirvió como un procedimiento sistemático de recolección de información de las variables estudiadas con instrumentos que presentan índices de validez y confiabilidad adecuados.

1.6 Hipótesis

1.6.1. Hipótesis General:

Hi: Existe relación entre la depresión y agresividad en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018

1.6.2. Hipótesis específicas:

H1: Existe relación entre la dimensión de disforia de la depresión y agresividad premeditada en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018.

H2: Existe relación entre la dimensión de disforia de la depresión y agresividad impulsiva en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018.

H3: Existe relación entre la dimensión de autoestima negativa de la depresión y agresividad premeditada en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018.

H4: Existe relación entre la dimensión de autoestima negativa y agresividad impulsiva en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018.

1.7 Objetivos

1.7.1. General

Determinar la relación entre la depresión y agresividad en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018

1.7.2 Específicos:

1. Determinar la relación entre la dimensión disforia de la depresión y agresividad premeditada en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018

2. Determinar la relación entre la dimensión de disforia de la depresión y agresividad impulsiva en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018

3. Determinar la relación entre la dimensión de autoestima negativa de la depresión y agresividad premeditada en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018

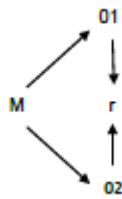
4. Determinar la relación entre la dimensión de autoestima negativa de la depresión y agresividad impulsiva en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018.

II. METODO

2.1 Diseño de Investigación

La presente investigación es de diseño correlacional, la cual según Arias (2012) busca establecer la relación que existe (no causal) entre dos o más variables, midiéndose en un primer momento las variables a investigar para que posteriormente se estime la relación entre ambas (correlación) mediante técnicas estadísticas.

Según esquema del diseño es:



Dónde:

M: Alumnos de la Institución Educativa.

O1: Agresividad

O2: Depresión

r: relación.

2.2 Variable y Operacionalización de variables.

Variable Cuantitativa 1: Depresión

Variable Cuantitativa 2: Agresividad

Tabla 1

Operacionalización de las variables Depresión y Agresividad

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Indicadores	Escala de Medición
Depresión	Según Kovacs (2004) define a la depresión como una serie de esquemas mentales de carácter negativo y distorsionado los cuales ocasionen sintomatología emocional y conductual.	Se obtendrá mediante los puntajes alcanzados en la aplicación del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs	Disforia, está conformada por los siguientes ítems (2,3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26): dicha dimensión se caracteriza por presentarse desesperanza, sentimientos de inutilidad, pesimismo, preocupación, indecisión, autoimagen física negativa, preocupación escolar, desobediencia, preocupación somática, autoimagen negativa en comparación con los demás, declinamiento escolar, etc. Autoestima Negativa, está conformada por los siguientes ítems (1,4,5,7,8,9,10,12,16,17,18,20,21,22,25 y 27): dicha dimensión se caracteriza por presentarse tristeza, odio a sí mismo, culpabilidad, ideas suicidas, llanto, fatiga, sentimientos de soledad, problemas interpersonales, disminución del apetito, anhedonia en el colegio, aislamiento social, sentimiento de no ser querido, etc.	Según Arias (2012), refiere que se establecen intervalos semejantes entre los valores. El cero absoluto no indica ausencia de la variable.
Agresividad	Andreu (2010) refiere que la agresividad involucra procesos de corte emocional y cognitivo que inducen a la persona para provocar daño	Se obtendrá mediante los puntajes alcanzados en la aplicación del cuestionario de Agresividad	Agresividad Premeditada, está conformada por los siguientes ítems (1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21): Andreu (2010) refiere que la agresividad premeditada es la agresión que se produce con el fin de conseguir un objetivo en específico. Agresividad Impulsiva, está conformada por los siguientes ítems (2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,23,24)	Intervalo: Según Arias (2012), refiere que se establecen intervalos semejantes entre los valores. El

a los demás o a su ambiente.	Andreu (2010) refiere que la agresividad impulsiva es la agresión que se produce como reacción ante la percepción de una amenaza.	cero absoluto no indica ausencia de la variable
------------------------------	---	---

2.3 Población y muestra

2.3.1. Población

En cuanto a la población de la investigación, se contó con 748 estudiantes varones que se encuentran entre 1° a 3° grado de educación secundaria de una I.E. Estatal de Trujillo Cercado.

Tabla 2

Distribución de la población objetivo según grado de una I.E. de Trujillo Cercado.

GRADO	f	%
1	243	33%
2	267	36%
3	238	31%
TOTAL	748	100%

En la tabla 2, se evidencia que la mayoría de la población objetivo en dicha investigación se encontró en 2° grado de secundaria.

Tabla 3

Distribución de la población objetivo según grado y sección de una I.E. de Trujillo Cercado.

GRADO	SECC.	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	TOTAL
		f	f	f	f	f	f	f	f	f	f	
1		24	28	23	22	18	19	23	29	29	28	243
2		30	31	31	30	28	25	31	31	30	0	267
3		26	30	25	25	25	24	28	27	28	0	238
Total		80	89	79	77	71	68	82	87	87	28	748

En la tabla 3, se evidencia la cantidad de alumnos según cada sección del 1° al 3° grado de secundaria, en la cual se observa que el 1° grado de secundaria contó con mayor cantidad de secciones (10).

2.3.2. Muestra

Para establecer el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula propuesta por Arias (2012), para la cual se estableció un nivel de confianza del 99% ($Z=2.58$), un margen de error del 5% ($e=0.05$), proporción de alumnos con las características de interés ($p=0.5$) y proporción de alumnos que no presentan las características de interés ($q=0.5$). Se obtuvo finalmente una muestra de 352 estudiantes. (Ver anexo 3).

Asimismo, se utilizó un muestreo aleatorio simple, el cual consiste en que cada sujeto de la población tiene la misma probabilidad de ser elegido para la investigación. (Otzen y Manterola, 2017)

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

Criterios de inclusión:

- Alumnos matriculados en la Institución Educativa de Trujillo Cercado durante el año académico 2018.
- Alumnos pertenecientes desde el 1° al 3° grado de secundaria.
- Alumnos que tengan una edad entre los 12 a los 15 años de edad.
- Alumnos que completaron de manera adecuada y completa los instrumentos de evaluación.

Criterios de exclusión:

- Alumnos que manifiesten o expresen que no desean participar en la evaluación.
- Alumnos que no hayan llenado adecuadamente los instrumentos.
- Alumnos que pertenezcan al programa de Educación Inclusiva.
- Alumnos que hayan sido diagnosticados con depresión, trastorno de control de los impulsos, trastorno de personalidad agresiva o trastornos del comportamiento.

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

2.4.1. Técnica

Arias (2012) propone que la técnica de investigación se refiere hacia la forma específica de obtener datos o información. En tal sentido, en dicha investigación, para la recolección de información se realizará la evaluación psicométrica mediante la técnica de la encuesta, la que es definida por el mismo autor como un tipo de técnica que se aplica a un grupo de personas para obtener información sobre sí o en referencia a un tema específico.

2.4.2. Instrumentos

2.4.2.1. Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI)

El inventario de Depresión Infantil (CDI), es de procedencia canadiense, fue creada inicialmente por la autora María Kovacs y por Aarón Beck y se construyó a raíz de las dificultades que presentaba la aplicación en público infantil y adolescente del Inventario de depresión de Beck (BDI), pues dicho instrumento medía la variable depresión únicamente en adultos. En los inicios del CDI, durante el año de 1975, se realizó una aplicación piloto con el inventario de Beck a dos muestras de niños, un grupo conformado por población normal y otro niño conformado por población hospitalizada (niños entre 10 a 15 años), a ambos grupos se les pidió que dieran una opinión sobre la redacción del instrumento, para posteriormente con ello realizar una modificación semántica entre algunos ítems del test y añadiendo algunos ítems a la prueba. Después de ello nuevamente fue aplicado a un grupo de niños con

población normal y hospitalizada entre edades de 8 a 13 años, realizándose nuevamente otros cambios en el test, seleccionándose aquellos que presentaban mejor validez. En dicho estudio, el test se redujo a tres alternativas de respuesta. Posteriormente, en el año de 1977, el CDI pasó a ser revisado por diversos psiquiatras para brindar aportes en cuanto a las instrucciones y los ítems. Es así que en función de los procedimientos anteriores se lanzó la primera publicación formal del CDI en el mismo año, pero que posteriormente no sufrió cambios notables en cuanto a la versión original, fundamentado desde un enfoque cognitivo. (Ramírez, 2009)

En cuanto a la investigación del CDI en su versión española, Kovacs (2004) citado por Ramírez (2009), obtuvo de una muestra de 7759 niños de ambos sexos con edades de 7 a 15 años, en cuanto a confiabilidad por mitades (.70) y mediante el Alfa de Cronbach (.80), mostrando así una adecuada confiabilidad. Asimismo, en cuanto a estabilidad temporal, se obtuvo (.38), con un intervalo de aplicación de dos semanas. En relación a la validez, se obtuvo, en cuanto a validez de constructo convergente, índices que oscilan entre (.27) y (.45) ($p < 0.01$), en relación con el Inventario de Ira Estado Rasgo. Evidenciándose también un tipo de relación positiva con la variable de agresividad (.42) ($p < 0.01$), utilizando la Escala de Agresividad Física y Verbal. Finalmente, en cuanto a la validez de constructo mediante análisis factorial se realizaron dos procedimientos. En un primer momento se realizó un análisis factorial del tipo exploratorio, arrojando resultados adecuados ($KMO = .878$), ($\text{Chi-cuadrado} = 27945.936$; $g.l. = 351$; $p = .001$), encontrando también dos factores con una varianza explicada de 17,4% (conformado por 15 reactivos) y 6.3% (conformado por 11 reactivos) respectivamente. A partir de ello se realizó un análisis factorial del tipo confirmatorio en base a los resultados obtenidos en el procedimiento anterior, arrojando los siguientes índices: ($GFI = .937$), ($AGFI = .926$), ($PGFI = .796$), ($RMSEA = .05$), indicando que presentan un ajuste adecuado al modelo compuesto por dos factores. Kovacs (2004) citado por Ramírez (2009).

La versión española del CDI cuenta con 27 reactivos, las cuales presentan 3 alternativas de respuesta que varían en función de la intensidad de sintomatología depresiva, pudiéndose obtener un puntaje a nivel general y a nivel de escalas: autoestima negativa y disforia. (Kovacs, 2004). Asimismo, dicho instrumento puede ser aplicado de manera individual o grupal, recomendándose el uso grupal para aspectos de investigación. El rango de edad oscila entre los 7 a 15 años de edad. La aplicación consiste en que el evaluado llene sus datos y luego el facilitador expresará las indicaciones para el llenado adecuado, variando entre un promedio de 10 a 15 minutos de aplicación.

La forma de calificar las respuestas se hará en función de la intensidad del síntoma, siendo un puntaje de 0 para la intensidad baja, un puntaje de 1 para la intensidad media y un puntaje de 2 para la intensidad de mayor nivel. Luego de ello se puede obtener la puntuación general, que resulta de la suma de las dos escalas: disforia (ítem 2, 3, 6, 11, 13, 14, 15, 19, 23, 24 y 26) y autoestima baja (ítem 1,4,5,7,8,9,10,12,16,17,18,20,21,22,25 y 27). Dichos puntajes totales son, tanto a nivel general como de escalas, son transformados a percentiles. (Kovacs, 2004).

VALIDEZ

La adaptación que se realizó a nivel local del CDI, fue realizada por Flores (2018), en su investigación denominada *Evidencias de validez del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco*. Para ello se contó con una población total de 710 alumnos de ambos sexos de dos instituciones públicas y estableciéndose una muestra de 571 estudiantes pertenecientes entre el 1, 2 y 3 grado de secundaria. Entre los resultados, en cuanto a la validez basada en la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio, concluye que se han reportado: “resultados satisfactorios a nivel de ajuste absoluto ($X^2 / gl = 2.22$, $RMR = .017$, $GFI = .95$); comparativos, con $NFI = .91$, $RFI = .90$ y corregido por parsimonia, $PNFI = .93$ y $PGFI = .82$ ” (p. 12).

CONFIABILIDAD

En relación a la confiabilidad, Flores (2018), mediante el método de consistencia interna con el coeficiente Omega, en la escala de Disforia se obtiene un nivel de fiabilidad aceptable ($\omega = .66$), de igual forma en la escala de Autoestima Negativa ($\omega = .79$). A nivel de escala total se evidencia un nivel de fiabilidad altamente aceptable ($\omega = .87$).

2.4.2.2. Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva (CAPI-A)

El Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva (CAPIA-A), es de procedencia española y fue creada en el 2010 por Andreu Rodríguez. Para el estudio psicométrico de dicho instrumento se contó con una muestra de 825 participantes adolescentes escolarizados de ambos sexos, con una edad de 12 a 17 años, De ello se obtuvo que en cuanto a confiabilidad presentaba valores según alfa de Cronbach de (.83) para agresividad premeditada y (.82) para agresividad impulsiva, concluyéndose así que se evidenciaron niveles adecuados en relación a la consistencia interna. (López, 2015).

En cuanto a la validez, se tiene que, para su validez de contenido, se tuvo en cuenta la revisión de la literatura relacionada a la agresividad. Posteriormente, para su validez de constructo se realizó el análisis factorial confirmatorio, el cual arrojó una varianza de (.43) entre las dos dimensiones propuestas y a nivel de correlación de Pearson se obtuvo (.73). Por otro lado, para su validez de criterio se estudió mediante validez convergente, para la cual se relacionó al CAPIA-A con los instrumentos BIS-11 (test de impulsividad) y RPQ (Agresión reactiva/proactiva). En relación a la impulsividad se obtuvo una correlación significativa (4.18 y 4.19 para agresividad premeditada e impulsiva respectivamente) y en relación al test RPQ, se obtuvo que mayor correlación entre agresividad premeditada y la agresividad proactiva (.249) así como entre la agresividad impulsiva y la agresividad reactiva (.210). (López, 2015).

Dicho test puede ser aplicado tanto de forma individual como colectiva y está dirigida a un público adolescente con edades entre 12 a 17 años de edad. Como tipo de respuestas se cuenta con una escala tipo Likert, la que evalúa la identificación con el ítem variando de forma ascendente (muy en desacuerdo hasta muy de acuerdo). La asignación del puntaje varía del 1 al 5, equivaliendo el puntaje mínimo al tipo de respuesta “muy en desacuerdo” y aumentando progresivamente hasta llegar al tipo de respuesta “muy de acuerdo”. Para realizar la puntuación se toma en cuenta las puntuaciones generales o directas obtenidas según cada escala: agresividad premeditada (ítem 1,3,5,7,9,11,13,15,17,19,21) y agresividad impulsiva (ítem 2,4,6,8,10,12,14,16,18,20,22,23,24) para transformarlas en puntuaciones percentilares según los baremos correspondientes. Para la elaboración de las interpretaciones se toma en cuenta un percentil que sea igual o mayor a 75, el cual denota una tendencia al tipo de agresividad utilizado por el evaluado (ya sease premeditada o impulsiva). En caso el percentil de ambas escalas sea igual o mayor a un puntaje de 75 se considera una agresividad mixta. (Andreu, 2010).

VALIDEZ

La adaptación que se realizó a nivel local del CAPI-A, fue realizada por Neira (2017), en su investigación denominada *Propiedades Psicométricas del cuestionario de Agresividad Premeditada e impulsiva en adolescentes de secundaria del distrito Alto Trujillo*. Para ello se contó con una población total de 1060 alumnos de ambos sexos de tres instituciones públicas y estableciéndose una muestra de 383 estudiantes pertenecientes entre el 2, 3, 4 y 5 grado de secundaria. Entre los resultados, en cuanto a la validez basada en la estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio, se concluye que en referencia al índice de ajuste global (X^2/gl) arroja un valor de 2.188, expresando correlación entre los ítems correspondientes a cada factor. Por otro lado, manifiesta que: “los índices de ajuste IFI, CFI y GFI tienen un adecuado nivel de ajuste con índices de .806, .810 y .883; además, el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) de 0.056 muestra un adecuado ajuste ($\leq .08$); por otra parte, el índice residual RMR alcanzó un valor de .058 mostrando aceptable ajuste” (p. 34).

CONFIABILIDAD

En relación a la confiabilidad, Neira (2017), mediante el método de consistencia interna con el coeficiente Omega, se obtuvo que para la agresividad premeditada se obtuvo un valor de .61 y para la agresividad impulsiva un valor de .75.

2.5 Método de análisis de datos.

El estudio recabó datos por medio de dos instrumentos psicométricos los cuales se han codificado a nivel numérico y ordenados (sociodemográficos y datos de instrumentos) en el programa Microsoft Office Excel® para tener una mejor visibilidad, luego suprimir aquellos datos que no cumplieron con los estándares de calidad como ítems marcados al azar, aquiescencia, por deseabilidad social y valores perdidos (Bologna, 2013) para luego ser exportados como base de datos al paquete estadístico IBM SPSS® v. 24.0, el que fue seleccionado por su capacidad intuitiva y analítica para datos de ciencias sociales y del comportamiento (Amon, 2003; Gutiérrez, Martínez y Moreno, s.f.). La data se procesó desde la estadística descriptiva y la estadística inferencial; la primera con la intención de mostrar de manera sintética y próxima para el entendimiento general del comportamiento de los datos, implicando un alejamiento de la matriz bruta de información (Bologna, 2013 y Amón, 2003), en tanto la estadística inferencial determinó con resultados los cuales sirvieron para la aprobación de hipótesis de investigación.

Con respecto a la estadística descriptiva se utilizó medidas de tendencia central como la media aritmética (M) con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (IC 95%) y la la mediana (Md) para determinar valores medios de puntuación. Las medidas de dispersión están compuestas por la desviación estándar (DE), y el rango intercuartílico (Ric); las medidas de posicionamiento como el valor mínimo ($Mín$) y máximo ($Máx$), los cuartiles (Q_1 y Q_3), y los datos de asimetría (G_1) y curtosis (G_2) y por último se determinó los valores de confiabilidad de las puntuaciones por cada dimensión por medio del α de Cronbach (Domínguez-Lara & Merino, 2015).

Si bien es cierto algunos autores como Greeb, Yang, Alt, Brinkley, Gray, Hogan y Cowan (2016) recomiendan identificar la fiabilidad mediante otras alternativas que no sean α de Cronbach (debido a que no se estima mediante tal método la tau

equivalencia y errores correlacionados entre los ítems), otro autor como es Cervantes (2005) manifiesta que realizar el procesamiento para la obtención de errores correlacionados, involucra la evaluación mediante un modelo de ecuaciones estructurales a los resultados obtenidos, aduciendo además que dicho método “puede resultar impracticable o altamente inestable con ciertos tamaños de muestra y especialmente bajo ciertas condiciones distribucionales de los ítems” (p. 26). Ello implicaría que para la obtención de la tau equivalencia y errores correlacionados se aplique una prueba piloto y realizar posteriormente la aplicación a la muestra investigada, lo que se hace dificultoso de realizar debido a cuestiones de tiempo para la elaboración de dicha investigación, así como además la dificultad para acceder a mayor cantidad poblacional.

Ruiz, Pardo y San Martín (2010) refieren que la estimación obtenida mediante los modelos de ecuaciones estructurales se aplica a una muestra de participantes de forma transversal, es decir, que únicamente basta con medir a los sujetos en un solo momento. Teniendo en cuenta ello, es que se creyó conveniente estimar únicamente la fiabilidad mediante α de Cronbach, ya que los instrumentos utilizados en dicha investigación han sido adaptados a nivel local (Flores, 2018 y Neira, 2017) en poblaciones muy similares y que mediante el análisis de ecuaciones estructurales se obtuvieron en ambos instrumentos valores de alta confiabilidad mediante coeficiente Omega.

Con respecto a la estadística inferencial, identificada la distribución, se procedió a la selección de la prueba de correlación Rho de Spearman (no paramétrica) para determinar el nivel y tamaño del efecto en estudios bivariados, para tal caso, se remite a los tamaños de efecto para test de correlación (r) propuestos por Cohen (1988) entendiéndolo como varianza compartida y los clasifica entre niveles, pequeño ($>.10$), mediano ($>.30$) y largo ($>.50$); así mismo con sus respectivos intervalos de confianza al 95% (Wilkinson, Task Force on Statistical Inference, American Psychological Association, & Science Directorate, 1999; Candia & Calozzi, 2005; Chen & Popovich 2002).

Los datos son reportados en tablas acorde al modelo sugerido por la APA (Nicol & Pexman, 2010) además de cumplir con los parámetros establecidos por Chen y Popovich (2002) para estudios de correlación.

2.6 Aspectos éticos

La colaboración en la presente investigación no involucra algún tipo de peligro o riesgo para los estudiantes. Se respeta, además, la privacidad de la información de cada participante, brindando una carta de testigo informado a los tutores de los respectivos salones.

Asimismo, dicha investigación está estructurada bajo los lineamientos establecidos por la APA en base a normas y respeto a la propiedad intelectual. Dichos aspectos éticos se traducen en: a) realización de las coordinaciones formales para la aplicación del permiso necesario ante las autoridades correspondientes de la I.E.; b) Conocimiento a los alumnos de los objetivos que persigue dicha investigación, así como el respeto ante el deseo de no participación en la misma; c) Manifestación de la reserva de la información recolectada.

III. RESULTADOS

En la tabla 4 se ha efectuado el análisis de distribución de asimetría y curtosis de las dimensiones de depresión y de la agresividad premeditada e impulsiva. La dimensión de depresión, autoestima negativa ha logrado una asimetría y curtosis elevada ($G_1=1.5$; $G_2=2$). Por otra parte, la agresividad impulsiva ha logrado una distribución paramétrica ($Z=.04$; $p>.20$).

Tabla 4

Descriptivos y análisis de distribución de los datos de la sintomatología de la depresión y agresividad premeditada e impulsiva (n=351).

<i>Mediciones</i>	<i>G₁</i>	<i>G₂</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Disforia	.28	-.64	.10	.00**
Autoestima negativa	1.5	2.0	.18	.00**
Depresión	.90	.42	.11	.00**
Agresividad Premeditada	.02	-.03	.06	.00**
Agresividad Impulsiva	.01	-.15	.04	.20

Nota: G₁=asimetría; G₂=curtosis; Z=constantes de Kolmogorov Smirnov
 $p^* < .05$; $p^{**} < .01$

Se ha evidenciado en la tabla 5 la relación entre las dimensiones de la depresión y la agresividad premeditada e impulsiva. La relación entre agresividad premeditada y disforia logró una magnitud de efecto mediana ($r_s=.31$; $p^{**}<.01$). La agresividad impulsiva evidenció una relación de magnitud pequeña entre disforia ($r_s=.25$; $p^{**}<.05$) y depresión ($r_s=.24$; $p^{**}<.05$), del mismo modo entre agresividad premeditada y la dimensión general depresión ($r_s=.28$; $p^{**}<.05$).

Tabla 5

Descriptivos y análisis de correlación por Rho de Spearman entre la sintomatología de depresión y la agresividad premeditada e impulsiva (n=351).

<i>Mediciones</i>	<i>Md</i>	<i>Mediciones</i>	
		Agresividad Premeditada	Agresividad Impulsiva
Disforia	6	,31** [.21, .40]	,25** [.10, .30]
Autoestima negativa	3	,19** [.09, .29]	,18** [.08, .28]
Depresión	9	,28** [.18, .37]	,24** [.14, .34]

Nota: Md=mediana; IC 95%=intervalo de confianza de r de Spearman al 95%
 $p^*<.05$; $p^{**}<.01$

En la tabla 6 se ha evidenciado los estadígrafos descriptivos por cada dimensión de depresión y de agresividad. Disforia alcanzó un alfa de Cronbach de .68; con respecto a medidas de tendencia central, la media logró el 5.8 y la mediana de 6, la medida de dispersión logró el 3.4, mientras que los cuartiles reportaron que el Q_1 es igual a 3 y el Q_3 de 8. Autoestima negativa alcanzó el .81 de confiabilidad, una media aritmética de 4.1 ($Md=3$; $DE=4.2$); los cuartiles extremos reportaron valores entre el 1 y 6. En el caso de la depresión el alfa fue de .85 y la media de 9.9 ($Md=9$; $DE=6.8$).

La agresividad premeditada presentó un alfa menor ($\alpha=.58$) que la impulsiva ($\alpha=.73$), mientras que la media fue 31.1 ($Md=31$; $DE=6.2$), la agresividad impulsiva mostró en sus puntuaciones una media de 38 ($Md=38$; $DE=8.6$).

Tabla 6

Medidas descriptivas de la sintomatología de la depresión y agresividad premeditadas e impulsiva (n=351).

<i>Mediciones</i>	α	<i>IC 95%</i>			<i>Mín</i>	<i>Máx</i>	<i>M</i>	<i>IC 95%</i>			<i>Md</i>	<i>Ric'</i>	<i>Cuartiles</i>	
		<i>LI</i>	<i>LS</i>					<i>LI</i>	<i>LS</i>	<i>DE</i>			<i>Q₁</i>	<i>Q₃</i>
Disforia	.68	.63	.73	0	16	5.8	5.4	6.1	3.4	6	5	3	8	
Autoestima negativa	.81	.78	.84	0	21	4.1	3.7	4.6	4.2	3	5	1	6	
Depresión	.85	.82	.87	0	33	9.9	9.2	10.6	6.8	9	9	5	14	
Agresividad Premeditada	.58	.51	.64	16	50	31.1	30.4	31.7	6.2	31	8	27	35	
Agresividad Impulsiva	.73	.69	.77	13	60	38.0	37.1	38.9	8.6	38	12	32	44	

Nota: α =alfa de Cronbach; *Mín.*=mínimo; *Máx.*=máximo; *M*=media; *IC 95%*=Intervalo de confianza de la media al 95%; *LI*=límite inferior; *LS*=límite superior; *DE*=desviación estándar; *Md*=mediana; *Ric'*=rango intercuartílico; Q_1 =cuartil inferior (25); Q_3 =cuartil superior (75)

IV. DISCUSIÓN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la depresión y agresividad en alumnos de secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018. Se contó con una muestra de 352 estudiantes entre los 12 y 15 años de edad, pertenecientes al 1°, 2° y 3° tercer grado de secundaria. Como primera variable investigada se tiene a la depresión, definida por Kovacs (2004) como una alteración en la estructura cognitiva del individuo y que a partir de ella interpreta sus experiencias de manera sesgada, ocasionando la presencia de un conjunto de manifestaciones afectivas, cognitivas, conductuales y fisiológicas. Como segunda variable se tiene a la agresividad, expresando Andreu, Peña y Penado (2012) que dicho término refleja un proceso psicológico personal que podría desembocar un episodio agresivo.

De los resultados obtenidos se desprende que se encontró una relación con una magnitud de efecto mediana entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada ($r_s=.31$; $p^{**}<.01$), lo que quiere decir que existe una correlación moderada entre las dimensiones mencionadas. Esto puede asociarse debido a que la persona con disforia, según Kovacs (2004), presenta características psicológicas que alteran su estado anímico (desesperanza, preocupación escolar y de presentar alguna enfermedad), así como su estructura cognitiva facilita una visión negativa de sí mismo (sentimientos de inutilidad, pesimismo, autoimagen física negativa, autoimagen negativa en comparación con los demás) y muestra dificultades a nivel de conducta (desobediencia, declinamiento escolar, indecisión); todo ello en su conjunto ocasionaría que el individuo se perciba como inferior a los demás teniendo que acudir a la práctica de la agresividad premeditada como estrategia para menguar dicha percepción. Andreu (2009) menciona que este tipo de agresividad busca conseguir fines específicos distintos al único hecho de causar daño (como por ejemplo: lograr estatus, sensación de dominio, etc.). Asimismo, por las alteraciones emocionales en las que se encuentra la persona con disforia como se ha descrito anteriormente, se presume que estaría reducida la capacidad de empatía, lo que podría explicar el uso de una agresividad deliberada y voluntaria, tal como lo plantea Penado, Andreu y Peña (2014) que dicha agresividad se caracteriza por presentar bajos niveles de empatía. López (2015) manifiesta que las personas con tendencia a la agresividad premeditada consideran que mediante ella podrán obtener metas y objetivos

particulares. Ello pone de antemano la presencia de una alteración en el sistema cognitivo, relacionándose con la investigación de Carrasco, del Barrio y Rodríguez (2000) quienes concluyeron que las distorsiones cognitivas presentan una relación positiva con la sintomatología depresiva. En cuanto a otras investigaciones que han presentado resultados similares, se tiene que Reyes, Hernández, Juárez, Tovilla, López, Villar, Gonzáles y Fresan (2016) concluyeron que en el grupo de personas con agresividad predeterminada existe una mayor presencia de la depresión ($\chi^2 = 18.29$, $gl = 1$, $p = 0.001$). Cabe resaltar, que al obtenerse una asociación moderada entre las dimensiones mencionadas inicialmente, se propone que las manifestaciones de la disforia se relaciona medianamente con las conductas agresivas deliberadas dentro de los investigados.

Por otro lado, entre los resultados alcanzados, se encontró una relación con una magnitud pequeña entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad impulsiva ($r_s = .25$; $p^{**} < .05$). Esto puede explicarse ya que según El Mercurio (2011) las expresiones depresivas en la adolescencia están más relacionadas a la sintomatología de los adultos (apatía, tristeza, miedo al futuro, desmotivación, etc.) refiriendo además que los problemas conductuales tales como la agresividad se relacionan en mayor medida a la depresión en preescolares. Vargas (2017) agrega en su investigación una correlación entre la desesperanza y la agresividad: dimensión pérdida de motivación de la variable desesperanza con la dimensión ira de agresividad (.262) y la dimensión expectativas sobre el futuro de la variable desesperanza con la dimensión hostilidad de la variable agresividad (.283). De igual manera, Castro (2017) obtuvo una correlación débil entre la variable depresión y las dimensión hostilidad (.217) e ira (.143) de la variable agresividad. Al encontrarse asociaciones débiles entre la disforia y la agresividad impulsiva, se sugiere que las conductas agresivas de ese tipo no tienen una relevante prevalencia dentro de los síntomas depresivos en los adolescentes. Reyes et. al. (2016) indican que la agresividad impulsiva se encuentra significativamente relacionada con la ausencia de sintomatología depresiva (OR 0.15; IC 95% 0-06-0.38, $p = < 0.001$).

Asimismo, se evidenció una relación con una magnitud pequeña entre la dimensión autoestima negativa de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada ($r_s = .19$; $p^{**} < .05$), dicho resultado refleja una asociación débil entre las dimensiones mencionadas, proponiéndose así que las manifestaciones de la autoestima negativa están

relacionados levemente con el uso de un tipo de agraseividad deliberado y voluntario dentro de los participantes investigados. Tal resultado es similar al encontrado por Yañez (2015), en un público parecido al presente estudio, quien concluyó que la autoestima presenta una relación inversa con la agresividad, hallando una correlación negativa baja de Spearman de $-.366$, con una significancia estadística de $p=0,04$. Se infiere por medio de la propuesta de otros autores (Estévez, Martínez y Musitu, 2006) que la asociación entre las dimensiones puede deberse a que la autoestima negativa al presentar características psicológicas que alteran el estado anímico del individuo generan una auto-percepción negativa de sí mismo (tristeza, culpabilidad, sentimiento de no ser querido, sentimientos de soledad, problemas interpersonales, odio a sí mismo) y que mediante la agresividad premeditada estaría buscando compensar dicha imagen negativa por una más poderosa frente a los compañeros, es decir, mediante el uso de dicha agresividad se estaría obteniendo una mejor imagen de sí mismo en comparación con los demás. En tal sentido, Estévez, Martínez y Musitu (2006) agregan en su investigación que el grupo de personas con agresividad presentan mayores puntuaciones en las dimensiones relacionadas a la autoestima social y emocional. Sin embargo, Cava, Musitu y Murgui (2006), obtuvieron que las dimensiones de autoestima académica y familiar se correlaciona de forma significativa y negativa con la violencia escolar, ante lo cual se desprendería que un déficit en dichas áreas (problemas familiares y académicos) provocarían un aumento en las conductas violentas de las personas, permitiendo ello explicar también la asociación débil entre ambas dimensiones investigadas.

De igual manera, se logró obtener una relación con una magnitud pequeña entre la dimensión autoestima negativa de la variable depresión y la dimensión agresividad impulsiva ($r_s=.18$; $p^{**}<.05$), esto quiere decir que un estado anímico de tristeza, sentimientos de soledad, de no ser querido por los demás e ideas negativas acerca de sí mismo (odio, culpabilidad) están relacionados ligeramente con una incapacidad para controlar los impulsos de agresividad y actuar de manera agresiva a consecuencia de una reacción emocional intensa. Ello podría explicarse ya que según Andreu (2009) las personas que presentan este tipo de agresividad tienen una tendencia a percibir en los demás un comportamiento que busca dañar su autoestima, lo que podría decirse que se debe a la pobre imagen de sí mismo que tiene una persona con autoestima negativa. Dichos resultados, son similares a los encontrados por Barrientos (2017), en donde obtuvo que la

autoestima estaba relacionada de manera negativa y débil con las dimensiones ira ($r_s = -.269$; $p^{**} < .05$) y hostilidad ($r_s = -.233$; $p^{**} < .05$) de la variable agresividad. También, Huaraca (2017) obtiene que la autoestima presenta una correlación negativa ($p < 0.01$) con las dimensiones de ira ($r_s = -.168$) y hostilidad ($r_s = -.261$) de la agresividad, infiriéndose que a menores niveles de autoestima (autoestima negativa) mayores son los niveles en las dimensiones mencionadas, relacionándose así con los resultados de la presente investigación. Así además, dicha asociación pequeña entre ambas dimensiones se explicaría ya que según Rodríguez, del Barrio y Carrasco (2009), en su investigación las expresiones agresivas correlacionaron más significativamente con la inconsistencia interparental en comparación con las expresiones depresivas.

En referencia a las valoraciones en cuanto a la confiabilidad mediante el coeficiente Alfa de Cronbach, se tiene que la dimensión agresividad premeditada presentó un alfa menor ($\alpha = .58$) en comparación con las demás dimensiones (ver tabla 6). En cuanto a otras investigaciones con participantes similares a la presente investigación (alumnos de secundaria), la agresividad premeditada ha presentado mejores resultados en cuanto a confiabilidad. Sánchez (2017) obtuvo en su investigación en cuanto a la agresividad premeditada un valor de .667 mediante Alfa de Cronbach. Neira (2017) obtuvo en referencia a la confiabilidad mediante consistencia interna omega un resultado de .61. Acosta (2013) obtuvo un valor de .732 mediante Alfa de Cronbach. Se evidencia que existe una tendencia a presentar valores bajos en cuanto a confiabilidad, por lo que se hace necesario que en un público estudiantil los ítems estén redactados de manera más clara, tal como lo menciona Morales (2007) entre las causas de una confiabilidad baja, lo que se comprueba con algunas dudas expresadas por los alumnos participantes en cuanto a los ítems de dicho instrumento. Por otro lado, Bojórquez, López, Hernández, Jiménez (2013) mencionan que las condiciones en las que se aplica un instrumento pueden afectar la confiabilidad en cuanto a los resultados que arroje, ello se confirmaría ya que por motivos de tiempo, algunos alumnos tuvieron que contestar a los ítems con rapidez y prisa. Cabe mencionar, que la dimensión de agresividad premeditada cuenta con 11 ítems, lo que afectaría su confiabilidad, tal como lo menciona Ruíz (2002) quien menciona que una baja cantidad de ítems ocasiona una disminución en la confiabilidad de consistencia interna.

Finalmente mediante dicha investigación se logró determinar las relaciones existentes entre las dimensiones de las variables estudiadas en los participantes, es decir, se obtuvo la asociación estadística y psicológica entre la depresión y la agresividad en adolescentes de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018. Entre la conclusión más resaltante se evidenció una relación con una magnitud de efecto mediana entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada ($r_s=.31$; $p^{**}<.01$).

V. CONCLUSIONES

- Se concluye que existe una asociación con una magnitud de efecto mediana entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada.
- Se concluye que existe una asociación con una magnitud de efecto pequeña entre la dimensión disforia de la variable depresión y la dimensión agresividad impulsiva.
- Se concluye que hay una asociación con una magnitud de efecto pequeña entre la dimensión autoestima negativa de la variable depresión y la dimensión agresividad premeditada.
- Se concluye que existe una asociación con una magnitud de efecto pequeña entre la dimensión autoestima negativa de la variable depresión y la dimensión agresividad impulsiva.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución educativa realizar una convocatoria y/o reunión junto con los tutores de dicho centro educativo para establecer la realización de programas o actividades psico-educativas que busquen mejorar el bienestar emocional de los alumnos (por ejemplo, identificación de cualidades, establecimiento de metas en la vida, habilidades sociales y/o intrapersonales, reconocimiento de habilidades, etc.). Así como también actividades que fomenten en los alumnos mayores niveles de empatía, búsqueda de soluciones asertivas frente a una situación problemática y técnicas para cambiar el pensamiento en los jóvenes acerca del uso de una agresividad deliberada.
- Así, además, se recomienda realizar actividades que busquen fortalecer la comunicación asertiva, habilidades interpersonales, etc. Como también fortalecer recursos en los alumnos para tener un mayor autocontrol sobre su agresividad, como, por ejemplo, técnicas de respiración, relajación muscular, etc.
- Se recomienda realizar mediante el análisis de casos, actividades que fomenten una identidad colectiva, capacidad de auto-análisis del uso de la agresividad, identificación de alternativas para resolver situaciones de conflicto; todo ello con la finalidad de prevenir el uso de una agresividad premeditada. Así como además se aconseja realizar actividades que fomenten la auto-aceptación, identificación de redes de apoyo; ello con la finalidad de mejorar el estado anímico de los estudiantes.
- Se recomienda la realización de actividades que busquen fomentar en los alumnos una mejor imagen de sí mismo (autoestima) así como actividades psicológicas grupales para tener un entrenamiento en el control de la ira: reconocimiento de los síntomas de la emoción de la ira, técnicas de disminución de la ira, análisis de consecuencias, etc.
- Se recomienda la realización de actividades escolares como: concursos de artes (pintura, música, danza), encuentros vivenciales entre padres e hijos, planificación y realización de obras teatrales, maratones de deportes (fútbol, básquet, atletismo, etc., concursos de oratoria, realización de ferias (gastronómicas, tecnológicas, informativas, etc.); todo ello con la finalidad de generar una mayor interacción entre los alumnos y por tanto un mayor desarrollo de habilidades sociales, felicidad, involucramiento con las actividades, identificación de habilidades, autorregulación del enojo, práctica de valores, resolución de conflictos, etc.

- Se recomienda crear o adaptar instrumentos en relación a la depresión en adolescentes puesto que no se encuentra con diversidad de pruebas psicológicas que puedan ser aplicadas a nivel local.
- Seguir realizando estudios psicométricos en cuanto al instrumento de Depresión Infantil de Kovacs, ya que aún se encuentran valores de confiabilidad bajos. De preferencia ser aplicados en adolescentes de 12 años para adelante, puesto que según el marco teórico hallado las características que se evalúa en dicho instrumento suelen aparecer a partir de dicha edad.
- Se recomienda a futuros investigadores realizar análisis psicométricos en cuanto al instrumento de Agresividad Premeditada e Impulsiva, en referencia a la redacción de los ítems puesto que se identificó dificultad para su comprensión en los estudiantes investigados.
- Se sugiere realizar investigaciones psicométricas para la agresividad premeditada e impulsiva con diferentes instrumentos al CAPI-A, puesto que se ha identificado que presenta valores bajos de confiabilidad, siendo utilizado ya que es uno de los pocos instrumentos adaptados a nivel local que evalúen dichas motivaciones de la agresividad.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, M. (2013). *Propiedades psicométricas del cuestionario de agresividad premeditada e impulsiva en alumnos de secundaria de la ciudad de Trujillo*. (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú
- Amaro, J. (2016). Se registraron más de mil casos de bullying durante el 2016. Perú 21. Recuperado de: <https://peru21.pe/lima/registraron-mil-casos-bullying-2016-74753>
- Andreu, J. (2009). Propuesta de un modelo integrador de la agresividad impulsiva y premeditada en función de sus bases motivacionales y socio-cognitivas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 9, pp. 85-98. Recuperado de: <http://masterforense.com/pdf/2009/2009art5.pdf>
- Andreu, J., Peña, M. y Ramírez, J. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 12(1), pp. 37-49. Recuperado de: [http://www.aepp.net/arc/\(4\)_2009\(1\)_Andreu_Pena_Ramirez.pdf](http://www.aepp.net/arc/(4)_2009(1)_Andreu_Pena_Ramirez.pdf)
- Andreu, J. (2010). *Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva en Adolescentes*. España, Madrid: TEA Ediciones.
- Andreu, J., Peña, M. y Penado, M. (2012). Análisis de la impulsividad en diferentes grupos de adolescentes agresivos. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 12(3), pp. 441-452. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56024657009>
- Amón, J. (2003). *Estadística para Psicólogos I*. Madrid: Pirámide.

- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación*. Caracas, Venezuela: Editorial EPISTEME.
- Abarco, G. (2009). *Efectividad de una intervención grupal en la atención primaria de salud para adolescentes con depresión leve o moderada* (Tesis de Magister). Universidad de Chile. Recuperado de: http://repositorio.uchile.cl/tesis/uchile/2009/cs-abarca_g/pdfAmont/cs-abarca_g.pdf
- Abello, D., Cortés, O., Barros, O. Mercado, S. y Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Tesis Psicológica*, 9(1), pp. 190-201. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1390/139031679015.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2002). DSM-IV-TR. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
- Bares, C., Andrade, F., Delva, J. y Grogan, A. (2011). Examining the Factor Structure of Anxiety and Depression Symptom Items Among Adolescents in Santiago, Chile. *Journal of the Society for Social Work and Research*, 2(1), pp. 23-38. Recovered from: <http://www.journals.uchicago.edu/doi/pdfplus/10.5243/jsswr.2011.1>
- Barrientos, J. (2017). Autoestima y agresividad en estudiantes de 3ro y 4to de secundaria de Instituciones educativas nacionales del distrito de Ventanilla, 2017 (Tesis de Licenciatura). Universidad Cpesar Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11242/Barrientos_PJL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Bologna, E. (2013). *Estadísticas en Psicología*. Cordova: Editorial Brujas.
- Botto, A., Acuña, J. y Jiménez, J. (2014). La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Revista Medicina Chile*, 142(s/n), pp.

- 1297-1305. Recuperado de:
<http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v142n10/art10.pdf>
- Bojórquez, J., López, L., Hernández, M. y Jiménez, E. (2013). *Utilización del alfa de Cronbach para validar la confiabilidad de un instrumento de medición de satisfacción del estudiante en el uso del software Minitab*. 11th Latin American and Caribbean Conference for Engineering and Technology. Recuperado de:
<http://laccei.org/LACCEI2013-Cancun/RefereedPapers/RP065.pdf>
- Caballo, V. (2006). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid, España: Pirámide.
- Cava, M., Musitu, G. y Murgui, S. (2006). *Familia y violencia escolar: el rol mediador de la autoestima y la actitud hacia la autoridad institucional*. *Psicothema*, 18(3), 367-373. Recuperado de:
<http://www.psicothema.com/pdf/3224.pdf>
- Carrasco, M. y Gonzáles, J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), pp. 7-38. Recuperado de:
<http://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/viewFile/478/417>
- Carrasco, M., Del Barrio, V. y Rodríguez, J. (2000). Sintomatología depresiva en escolares de 12 a 16 años y su relación con las distorsiones cognitivas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 5(1), 45-70: Recuperado de:
[http://www.aepcp.net/arc/04.2000\(1\).Carrasco-Barrio-Rodriguez.pdf](http://www.aepcp.net/arc/04.2000(1).Carrasco-Barrio-Rodriguez.pdf)
- Castro, V. (2017). *Depresión y agresividad en escolares del nivel secundario de una Institución Educativa Nacional de la ciudad de Chimbote* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de:

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/401/castro_fv.pdf?sequence=1&isAllowed=y

¿Cuál es la situación de la salud mental de los peruanos? (20 de febrero de 2017). El Comercio. Recuperado de: <http://elcomercio.pe/peru/situacion-salud-mental-peruanos-404815>

Cervantes, V. (2005). *Interpretaciones del coeficiente alpha de cronbach*. Avances en Medición, 3, 9-28. Recuperado de: http://www.humanas.unal.edu.co/psicometria/files/1113/8574/8604/Articulo_1_Alfa_de_Cronbach_9-28_2.pdf

Coccaro, E. (2012). Intermittent Explosive Disorder as a Disorder of Impulsive Aggression for DSM-5. *The American Journal of Psychiatry*, 169 (6), pp. 577-588. Recovered from: <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2012.11081259>

Cordero, A. y Trías, J. (2009). Neurobiología de la depresión. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(6), pp. 462-478. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2009/rmn096j.pdf>

Candia, R. y Calozzi, G. (2005). Intervalos de confianza. *Revista Médica Chile*, 133, 1111-1115. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/1771/177116708017.pdf>

Chen, P. y Popovich, P. (2002). *Correlation: Parametric and Nonparametric Measures*. California: Sage Publications.

Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis fo the Behavioral Sciences* (2da ed.). New York: Lawrence Erlbaum Associates. Recovered from: <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>

Derefinko, K., DeWall, N., Metze, A., Walsh, M. y Lynam, D. (2011). Do Different Facets of Impulsivity Predict Different Types of Aggression? *National Institutes of Health*, 37(3), pp. 223-233. Recovered from:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3063858/pdf/nihms-262042.pdf>

Dominguez, S. y Merino, C. (2015). ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1326-1328. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5167555.pdf>

Ezquiaga, E., García, A., Díaz, M. y García, M. (2011). Depresión: Imprecisión diagnóstica y terapéutica. Importantes consecuencias en la práctica clínica. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(111), pp. 457-475. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/v31n3/original3.pdf>

Estévez, E., Martínez, B. y Musitu, G. (2006). La autoestima en adolescentes agresores y víctimas en la escuela: La perspectiva multidimensional. *Intervención Psicosocial*, 15(2), 223-232. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/inter/v15n2/v15n2a07.pdf>

Flores, M. (2016). *Agresividad Premeditada e Impulsiva y Bienestar Psicológico en Estudiantes Adolescentes del Distrito de Trujillo* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/604/flores_pm.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Flores, N. (2018). *Evidencias de validez del inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes del distrito de Huanchaco* (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11267/flores_sn.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- García, B. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), pp. 183-197. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/870/87024179002.pdf>
- Gordillo, R. (2010). *Análisis Longitudinal de la relación entre depresión y agresión física y verbal en población infanto-juvenil* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid, España. Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=tesisuned:Psicologia-Rgordillo&dsID=Documento.pdf>
- Gómez, Y. (2007). Cognición, emoción y sintomatología depresiva en adolescentes escolarizados. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39(3), pp. 435-447. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80539301.pdf>
- Gutiérrez, J., Montoya, L., Toro, B., Briñón, M., Rosas, E. y Salazar, L. (2010). Depresión en estudiantes universitarios y su asociación con el estrés académico. *Revista CES Medicina*, 24(1), pp. 7-17. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=261119491001>
- Gutiérrez, M., Martínez, R. y Moreno, R. (2010). *Fundamentos metodológicos en psicología: Análisis básicos con SPSS*. Informe, Universidad de Sevilla, Facultad de Psicología, Sevilla. Recuperado de: http://area.us.es/afunmet/guia_y_material/DatosSPSS.pdf
- Guzmán, M., Mardones, R. y Romero, M. (2011). La depresión en niños y adolescentes en Chile: apuntes para una psicoterapia de la depresión infantil desde un enfoque constructivista-evolutivo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 51, pp. 264-279. Recuperado de: <http://www.sepyrna.com/documentos/articulos/depresion-ninos-adolescentes-chile.pdf>

- González, C., Hermsillo, A., Vacio, M., Peralta, R. y Wagner, F. (2015). Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 72(2), pp. 149-155. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/bmim/v72n2/1665-1146-bmim-72-02-00149.pdf>
- Green, S., Yang, Y., Alt, M., Brinkley, S., Gray, S., Hogan, T. y C., N. (2016). Use of internal consistency coefficients for estimating reliability of experimental task scores. *Psychon Bull Rev*, 23, 750-763. Recoved from: <https://link.springer.com/content/pdf/10.3758%2Fs13423-015-0968-3.pdf>
- Hornstein, L. (09 de marzo de 2008). Las conductas agresivas encubren sentimientos de tristeza y desvalorización. *El Clarín*. Recuperado de: <http://edant.clarin.com/suplementos/zona/2008/03/09/z-03615.htm>
- Huaraca, C. (2017). *Agresividad y autoestima en estudiantes de 1°, 2° y 3° grado del nivel secundario de dos instituciones educativas del distrito de Carabaylo, 2017* (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3305/Huaraca_JCJ.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado- Hideyo Noguchi”. (2013). Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao-Replicación 2012. Recuperado de: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
- Kovacs, M. (2004). *Inventario de depresión infantil (CDI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Las cifras que deja cada año el suicidio en el Perú y el mundo. RPP Noticias. Recuperado de: <http://vital.rpp.pe/salud/las-cifras-que->

deja-cada-ano-el-suicidio-en-el-peru-y-el-mundo-grafica-noticia-993568

López, L. (2015). Validación de la versión española de la Escala de Agresión Impulsiva y Premeditada (IPAS) (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/30995/1/T36189.pdf>

Londoño, C. y Gonzáles, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), pp. 315-329. Recuperado de: http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v19n2/es_v19n2a13.pdf

Los niños no se deprimen como los adultos. (18 de marzo de 2008). El Mercurio. Recuperado de: <https://search.proquest.com/docview/336571304?accountid=37408>

Llorca, A., Malonda, E. y Samper, V. (2017). Depression and aggressive behaviour in adolescents offenders and non-offenders. *Psicothema*, 29(2), pp. 197-203. Recovered from: <http://www.psicothema.com/PDF/4383.pdf>

Mengana, K. (2013). *Adaptación del Inventario de depresión infantil de Kovacs en adolescentes cubanos de 12 a 15 años* (Tesis de licenciatura). Universidad Central “Marta Abreu” de las Villas, Santa Clara, Cuba. Recuperado de: <http://dspace.uclv.edu.cu/bitstream/handle/123456789/175/Tesis%20de%20Kenia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Méndez, I. (2012). Variables de conducta, factores de riesgo para la salud y adaptación integral relacionados con la problemática bullying en estudiantes de educación secundaria (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España. Recuperado de: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/29622/1/TESIS%20INMACULADA%20MENDEZ%20MATEO.pdf>

- Más de 27 mil atenciones en salud mental en La Libertad (12/08/2015).
TV COSMOS. Recuperado de: <https://tvcosmos.pe/mas-de-27-mil-atenciones-en-salud-mental-en-la-libertad/>
- Navarro, J., Moscoso, M. y Calderón, G. (2017). La investigación de la depresión en adolescentes en el Perú: una revisión sistemática. *Liberabit*, 23(1), pp. 57-74. Recuperado de: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v23n1/a05v23n1.pdf>
- Neira, E. (2017). *Propiedades psicométricas del cuestionario de agresividad premeditada e impulsiva en adolescentes de secundaria del distrito Alto Trujillo* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/691/neira_be.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Nicol, A. y Pexman, P. (2010). *Presenting Your Findings: A practical guide for creating table, sixth edition*.
- Flores, N. (2018). *Evidencias de validez del Inventario de Depresión Infantil de Kovacs del distrito de Huanchaco*. Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/11267/flores_sn.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Penado, A. (2012). *Agresividad reactiva y proactiva en adolescentes: efecto de los factores individuales y socio-contextuales* (Tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid, España. Recuperado de: <http://eprints.ucm.es/16380/1/T33913.pdf>
- Penado, M., Andreu, J. y Peña, E. (2014). Agresividad reactiva, proactiva y mixta: análisis de los factores de riesgo individual. *Anuario de Psicología Jurídica*, 24 (s/n), pp. 37-42. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=315031876005>
- Ramírez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión Infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca* (Tesis de licenciatura). Pontificia Universidad Católica del Perú.

- Recuperado de:
<http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/409>
- Reyes, J., Hernández, D., Juárez, I., Tovilla, C., López, L., Villar, M., González, T. y Fresan, A. (2016). Evaluación psicológica de la agresividad impulsiva/predeterminada y factores asociados: Un estudio transversal en usuarios de los servicios de salud en Tabasco, México. *Salud Mental*, 39(1), 19-24. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v39n1/0185-3325-sm-39-01-00019.pdf>
- Ruiz, C. (2002). *Instrumentos de investigación educativa. Procedimiento para su diseño y validación*. Venezuela: CIDEG.
- Ruiz, M. y San Martín, R. (2010). *Modelos de Ecuaciones Estructurales*. Papeles del Psicólogo, 31(1), 34-45. Recuperado de: <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1794.pdf>
- Rodríguez, M., Del Barrio, V. y Carrasco, M. (2009). *Consistencia interparental y su relación con la agresión y la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, 14(1), 51-60. Recuperado de: [http://aepcp.net/arc/\(5\)_2009\(1\)_Rodriguez_Barrio_Carrasco.pdf](http://aepcp.net/arc/(5)_2009(1)_Rodriguez_Barrio_Carrasco.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (2000). Guía de Bolsillo de la Clasificación CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana S.A. Recuperado de: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42326/1/8479034920_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (22 de marzo de 2018). Depresión. Recuperado de: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Otzen, T. y Manetrola, C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

- Olivero, D. (2017). *Acoso escolar y depresión en estudiantes de secundaria de un colegio estatal de Los Olivos, 2016* (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3340/Olivero_DLMDs.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sausa, M. (2015). En el Perú la depresión afecta a una de cada cinco personas. Perú 21. Recuperado de: <https://peru21.pe/lima/peru-depresion-afecta-cinco-personas-infografia-206770>
- Sausa, M. (2018). Menores ocupan el 70% de atenciones en salud mental (infografía). Perú 21. Recuperado de: <https://peru21.pe/peru/cifras-salud-mental-peru-menores-ocupan-70-atenciones-infografia-394376>
- Saucedo, K. (2017). *Autoestima y agresividad en estudiantes de secundaria de una Institución Educativa Pública de Chimbote* (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Trujillo, Perú. Recuperado de:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/414/saucedo_dk.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Sánchez, J. (2017). Propiedades psicométricas del CAPI-A cuestionario de agresividad premeditada e impulsiva en adolescentes de centros educativos en el distrito de Los Olivos, 2017 (Tesis de Licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de:
http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3375/S%C3%A1nchez_CJY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Silberman, R. y Aguado, H. (2005). Procesos cognitivos y depresión infantil: Algunos lineamientos para los padres. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 6(1), pp. 67-82. Recuperado de:

<http://www.hhv.gob.pe/revista/2005/7%20PROCESOS%20%20COGNITIVOS%20Y%20%20DEPRESION%20INFANTIL.pdf>

Sulca, R. (2016). Depresión: alrededor de 1 millón 700 mil peruanos la sufren. *El Comercio*. Recuperado de: <http://vital.rpp.pe/expertos/la-depresion-es-el-trastorno-mas-comun-en-el-peru-noticia-971106>

Swogger, M., Walsh, M., Priddy, B. y Conner, K. (2015). Impulsive versus Premeditated Aggression in the Prediction of Violent Criminal Recidivism. *Psychology, Public Policy, and Law*, 41(4), pp. 346-352. Recovered from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4449320/pdf/nihms680430.pdf>

Vargas, E. (2016). INEI: 65 de cada 100 escolares han sufrido bullying en sus colegios. *La República*. Recuperado de: <http://larepublica.pe/sociedad/798218-inei-65-de-cada-100-escolares-han-sufrido-bullying-en-sus-colegios>

Vargas, M. (2017). *Desesperanza y agresividad en estudiantes de secundaria de instituciones educativas nacionales de Comas, 2017* (Tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/3209/Celestin_o_VMC.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vázquez, F., Muñoz, R. y Becoña, E. (2000). Depresión: diagnóstico, modelos teóricos y tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*, 8(3), pp. 417-449. Recuperado de: <http://www.psicologiaconductual.com/PDFespanol/2000/art02.3.08.pdf>

Wilkinson, L., Task Force on Statistical Inference, American Psychological Association, & Science Directorate. (1999). Statistical methods in psychology journals: Guidelines and explanations. *American psychologist*, 54 (8)(8), 594–604. <https://doi.org/10.1037//0003-066X.54.8.594>

Yañez, M. (2015). La autoestima y agresividad de los estudiantes de las instituciones educativas públicas Breña- 2014 (Tesis doctoral). Universidad César Vallejo, Lima, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/7709>

Zarragoitía, I. (2011). *Depresión generalidades y particularidades*. La Habana, Cuba: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de: http://newpsi.bvs-psi.org.br/ebooks2010/pt/Acervo_files/depresion-cuba.pdf

VIII. ANEXOS

ANEXO 1: Inventario de Depresión Infantil de Kovacs (CDI), Adaptado por Flores (2018)

GRADO: _____ SECCIÓN: _____ EDAD: _____

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL DE KOVACS - CDI

INSTRUCCIONES

En el presente cuestionario, No hay respuestas correctas o incorrectas. únicamente señala la frase que describa mejor **CÓMO TE HAS SENTIDO** últimamente. Marca con una (X) en el círculo de la frase que mejor te describe.

DE LAS TRES FRASES QUE SE PRESENTAN EN CADA PREGUNTA ESCOGE SÓLO UNA, LA QUE MÁS SE ACERQUE A CÓMO TE SIENTES

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nada me saldrá nada bien.
 No estoy seguro si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien.
3. Hago bien la mayoría de las cosas
 Hago mal muchas cosas.
 Todo hago mal.
4. Me divierten muchas cosas.
 Me divierten algunas cosas.
 Nada me divierte.
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces.
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro que me pasarán cosas malas

- 7.
- Me odio.
 - No me gusta como soy
 - Me gusta como soy.

- 8.
- Todas las cosas malas son culpa mía.
 - Muchas cosas malas son culpa mía.
 - Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.

- 9.
- No pienso en matarme.
 - Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - Quiero matarme.

- 10.
- Tengo ganas de llorar todos los días.
 - Tengo ganas de llorar muchos días.
 - Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.

- 11.
- Las cosas me preocupan siempre
 - Las cosas me preocupan muchas veces.
 - Las cosas me preocupan de cuando en cuando.

- 12.
- Me gusta estar con la gente
 - Muy a menudo no me gusta estar con la gente.
 - No quiero en absoluto estar con la gente.

- 13.
- No puedo decidirme.
 - Me cuesta decidirme.
 - Me decido fácilmente.

- 14.
- Tengo buen aspecto
 - Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 - Soy feo.

- 15.
- Siempre me cuesta ponerme hacer los deberes.
 - Muchas veces me cuesta ponerme hacer los deberes. .
 - No me cuesta ponerme hacer los deberes.

- 16.
- Todas las noches me cuesta dormirme
 - Muchas noches me cuesta dormirme
 - Duermo muy bien

- 17.
- Estoy cansado de cuando en cuando
 - Estoy cansado muchos días
 - Estoy cansado siempre.

- 18.
- La mayoría de los días no tengo ganas de comer.
 - Muchos días no tengo ganas de comer.
 - Como muy bien.

19

- No me preocupan el dolor ni la enfermedad.
- Muchas veces me preocupan el dolor y la enfermedad.
- Siempre me tiempo me preocupa el dolor y l enfermedad.

20

- Nunca me siento solo.
- Me siento solo muchas veces.
- Me siento solo siempre.

21

- Nunca me divierto en el colegio.
- Me divierto en el colegio solo de vez en cuando
- Me divierto en el colegio muchas veces.

22

- Tengo muchos amigos.
- Tengo algunos amigos, pero me gustaría tener más.
- No tengo amigos.

23

- Mi trabajo en el colegio es bueno.
- Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
- Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.

24

- Nunca podré ser tan bueno como otros adolescentes.
- Si quiero puedo ser tan bueno como adolescentes.
- Soy tan bueno como otros adolescentes.

25

- Nadie me quiere.
- No estoy seguro de que alguien me quiera.
- Estoy seguro de que alguien me quiere.

26

- Generalmente hago lo que me dicen
- Muchas veces no hago lo que me dicen.
- Nunca hago lo que me dicen.

27.

- Me llevo bien con la gente.
- Me peleo muchas veces
- Me peleo siempre.

ANEXO 2: Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva, Adaptado por Neira (2017)

Protocolo de Cuestionario de Agresividad Premeditada e Impulsiva

GRADO: _____ SECCIÓN: _____ EDAD: _____

C A P I ► ► A

A continuación, encontraras una serie de frases que tienen que ver con diferentes formas de pensar, sentir y actuar. Lee atentamente cada una de ellas y elije la respuesta que mejor refleje tu grado de acuerdo o desacuerdo con lo que dice la frase. No hay respuesta correcta ni incorrecta por lo que es importante que contestes de forma sincera. Por favor, tampoco pases mucho tiempo decidiendo las respuestas y señala lo primero que hayas pensado al leer cada una de las frases. Responde a cada una de las frases la siguiente escala.

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo

Instrucción: Rodea con un circulo la alternativa elegida (1, 2, 3,4 o 5)

	1	2	3	4	5				
	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo				
1	Creo que mi agresividad suele estar justificada				1	2	3	4	5
2	Cuando me pongo furioso, reacciono sin pensar.				1	2	3	4	5
3	Creo que la agresividad no es necesaria para conseguir lo que se quiera				1	2	3	4	5
4	Después de enfurecerme, suelo recordar muy bien lo que ha pasado.				1	2	3	4	5
5	Soy capaz de controlar mi deseo de agresividad.				1	2	3	4	5
6	Durante una pelea, siento que pierdo el control de mí mismo.				1	2	3	4	5
7	He deseado que algunas de las peleas que he tenido, realmente ocurrieran.				1	2	3	4	5
8	Me he sentido tan presionado que he llegado a reaccionar de forma agresiva.				1	2	3	4	5
9	Pienso que la persona con la que discutí realmente se lo merecía.				1	2	3	4	5
10	Siento que se me ha llegado a ir la mano en alguna pelea.				1	2	3	4	5
11	Ser agresivo me ha permitido tener poder sobre los demás y mejorar mi nivel social.				1	2	3	4	5
12	Me suelo poner muy nervioso o alterado antes de reaccionar furiosamente.				1	2	3	4	5
13	Conocía a muchas de las personas que participaron en la pelea.				1	2	3	4	5
14	Nunca he bebido o tomado drogas antes de pelearme con otra persona.				1	2	3	4	5
15	Algunas de las peleas que he tenido han sido por venganza.				1	2	3	4	5
16	Pienso que últimamente he sido más agresivo de lo normal.				1	2	3	4	5
17	Antes de pelearme con alguien, sé que voy a estar muy enojado.				1	2	3	4	5
18	Cuando discuto con alguien, me siento muy irritable.				1	2	3	4	5
19	A menudo mis enfados suelen dirigirse a una persona en concreto.				1	2	3	4	5
20	Creo que mi forma de reaccionar ante una provocación es excesiva y desproporcionada.				1	2	3	4	5
21	Me alegro de que ocurrieran algunas discusiones que he tenido.				1	2	3	4	5
22	Creo que discuto con los demás porque soy muy impulsivo.				1	2	3	4	5
23	Suelo discutir cuando estoy de muy mal humor.				1	2	3	4	5
24	Cuando me peleo con alguien, cualquier situación me hace explotar rápidamente.				1	2	3	4	5

A continuación, te planteamos una serie de frases referentes a distintos aspectos de tu vida. Lee atentamente cada una de ellas y MARCA CON UNA CRUZ (X) la casilla que mejor se ajuste a lo que tú piensas.

		Verdadero	Falso
1	Hago todo lo que me dicen y mandan.		
2	Alguna vez he dicho alguna palabrota o he insultado a otro.		
3	No siempre me comporto bien en clases.		
4	He sentido alguna vez deseos de faltar a clase y no ir al colegio.		
5	Alguna vez he hecho trampas en el juego		
6	He probado el alcohol o el tabaco.		

POR FAVOR, COMPRUEBA QUE HAYAS CONTESTADO A TODAS LAS CUESTIONES CON UNA SOLA RESPUESTA.

CARTA DE TESTIGO INFORMADO

Por medio del presente documento:

Yo JORGE CARLÍN ALVAREZ VENEGAS

docente del curso

DE TUTORÍA de la Institución

Educativa JOSÉ FAUSTINO ZÁNCHEZ CARRIÓN a horas

10:20 a.m. soy testigo que el joven **Cruzado Cueva, Luis Miguel** alumno del último ciclo de la Escuela Académico Profesional de Psicología de la Universidad César Vallejo, ha brindado información correspondiente a las normativas éticas de la investigación titulada "Depresión y agresividad en alumnos de Secundaria de una I.E. de Trujillo Cercado, 2018", a los estudiantes que tengo a mi cargo.

Tomando en consideración que se me ha sido explicado acerca de la finalidad de la evaluación, así como la confidencialidad y su uso sólo con fines académicos; decido participar como testigo de dicha realización.

Trujillo, 21 de 05 del 2018.



Docente

DNI 18213671



Cruzado Cueva, Luis Miguel

Evaluador