



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**Facultad de Ciencias de la Salud**

**Escuela Académico Profesional de Psicología**

Tesis

Resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes  
institucionalizados de casas de acogida de índole religioso. Perú -  
2021

Para optar el título profesional de  
Licenciada en psicología con mención en psicología clínica

**AUTORA:** QUISPE CABALLERO, YULY

Código ORCID: 0000-0001-6519-7156

**Lima – Perú**

**2021**

## Tesis

Resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso. Perú - 2021.

Asesor: Dr. CANDELA AYLLÓN, VÍCTOR EDUARDO.

Código ORCID: 0000-0003-0798-1115

## **Dedicatoria**

*A Dios por el don de la vida y la salud, a mi amada madre por su ejemplo de constancia y perseverancia, a mis hermanos por su apoyo y amor incondicional, a mis preciosas hijas, Danna y Sofia, a mi amado esposo por su presencia y apoyo, a mi padre en el cielo.*

## **Agradecimiento**

*A mis docentes de la EAP. De psicología de la universidad N. Wiener quienes formaron parte de mi formación profesional, de manera especial al Dr. Candela, por su motivación y acompañamiento en este proceso.*

## Índice

<b>Portada</b> .....	ii
<b>Título</b> .....	iii
<b>Dedicatoria</b> .....	iv
<b>Agradecimiento</b> .....	v
<b>Índice</b> .....	vi
<b>Índice de tablas y gráficos</b> .....	viii
<b>Resumen</b> .....	ix
<b>Abstract</b> .....	x
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	xi
<b>CAPITULO I. EL PROBLEMA</b> .....	12
<b>1.1. Planteamiento del problema</b> .....	12
<b>1.2. Formulación del problema</b> .....	14
<b>1.2.1. Problema general</b> .....	14
<b>1.2.2. Problemas específicos</b> .....	15
<b>1.3. Objetivos de investigación</b> .....	16
<b>1.3.1. Objetivo general</b> .....	16
<b>1.3.2. Objetivos específicos</b> .....	16
<b>1.4. Justificación de la investigación</b> .....	17
<b>1.4.1. Teórico</b> .....	17
<b>1.4.2. Metodológica</b> .....	18
<b>1.4.3. Práctica</b> .....	18
<b>1.5. Limitaciones de la investigación</b> .....	18
<b>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	20
<b>2.1. Antecedentes de la investigación</b> .....	20
<b>2.2. Bases teóricas</b> .....	24
<b>2.3. Formulación de hipótesis</b> .....	38
<b>2.3.1. Hipótesis general</b> .....	38
<b>2.3.2. Hipótesis específicas</b> .....	38
<b>CAPÍTULO III. METODOLOGÍA</b> .....	40
<b>3.1. Método de investigación</b> .....	40
<b>3.2. Enfoque de investigación</b> .....	40
<b>3.3. Tipo de investigación</b> .....	40

3.4. Diseño de investigación.....	40
3.5. Población, muestra y muestreo .....	41
3.6. Variables y operacionalización .....	42
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	45
3.7.1. Técnica .....	45
3.7.2. Descripción de instrumentos .....	45
3.8. Procesamiento y análisis de datos .....	48
3.9. Aspectos éticos .....	49
<b>CAPÍTULO IV. PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
4.1. Resultados.....	50
4.1.1. Análisis descriptivos de resultados .....	50
4.1.2. Prueba de hipótesis .....	51
4.1.3. Discusión de resultados .....	60
<b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b>	<b>68</b>
<b>5. REFERENCIAS.....</b>	<b>70</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo 1: Matriz de consistencia .....</b>	<b>76</b>
<b>Anexo 2: Instrumentos.....</b>	<b>77</b>
<b>Anexo 3: Validez del instrumento.....</b>	<b>81</b>
<b>Anexo 4: Confiabilidad del instrumento .....</b>	<b>82</b>
<b>Anexo 5: Aprobación del comité de ética. ....</b>	<b>83</b>
<b>Anexo 6: Formato del consentimiento informado.....</b>	<b>84</b>
<b>Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.....</b>	<b>85</b>
<b>Anexo 8: Informe del Turnitin.....</b>	<b>86</b>
<b>Anexo 9: Permisos para la utilización de las pruebas. ....</b>	<b>87</b>
<b>Anexo 10: Base de datos.....</b>	<b>89</b>

## Índice de tablas y gráficos

<b>Tabla 1.</b> Matriz de operacionalización de las variables resiliencia y sintomatología depresiva .....	44
<b>Tabla 2.</b> Características de la muestra.....	50
<b>Tabla 3.</b> Análisis de ajuste de las distribuciones a la curva normal.....	51
<b>Tabla 4.</b> Relación entre resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021(n=122) .....	52
<b>Tabla 5.</b> Relación entre resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021. (n=122).....	53
<b>Tabla 6.</b> Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia, en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021. (n=122).....	54
<b>Tabla 7.</b> Resiliencia en general y por factores en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso del distrito de Perú, 2021. Lima, 2021. (n=122).....	55
<b>Tabla 8.</b> Niveles de sintomatologías depresivas de manera general. Lima, 2021. (n=122)	56
<b>Tabla 9.</b> Análisis comparativo de la resiliencia en general y por dimensiones según sexo y grupo etario. Lima, 2021. (n=122).....	57
<b>Tabla 10.</b> Análisis comparativo de los síntomas depresivos de manera general y por dimensiones según sexo y grupo etario. Lima, 2021. (n=161).....	58
<b>Tabla 11.</b> Validez de correlación ítem – test por dimensión de las escalas de resiliencia y sintomatología depresiva.....	81
<b>Tabla 12.</b> Fiabilidad por consistencia interna de las escalas de resiliencia y sintomatología depresiva.....	82

## Resumen

La investigación fue desarrollada en torno a determinar la relación a modo de correlación, entre la resiliencia y la sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de las casas de acogida de índole religioso del Perú, en el año 2021. Se trató de un estudio el cambio ella lo he cambiado por fin dando mando otro abrazo se llevó a cabo bajo el método hipotético deductivo bajo un enfoque cuantitativo; de alcance descriptivo correlacional y diseño no experimental de corte transversal. Participaron 122 adolescentes y jóvenes, evaluados con la escala de resiliencia de Wagnild y Young, y con el inventario de depresión de Beck II - adaptado (BDI-IIA). Los resultados mostraron que, La resiliencia y la sintomatología depresiva se correlacionan de manera muy significativa ( $p < .001$ ); la asociación de estas variables describe una pendiente negativa ( $\rho < 0$ ) con una fuerza moderada-alta; y con un tamaño del efecto grande. Se concluye indicando que Los adolescentes que han desarrollado de manera adecuada la resiliencia, es decir, las competencias personales para hacer frente a las dificultades y salir adelante de manera exitosa a pesar de los problemas posiblemente catastróficos que se les haya podido presentar, extienden ahí vivenciar menores síntomas asociadas a la depresión.

**Palabras clave:** resiliencia, sintomatología, depresiva, adolescentes, jóvenes.



## Abstract

The research was developed to determine the correlation between resilience and depressive symptomatology in adolescents and young people institutionalized in foster homes of a religious nature in Peru, in the year 2021. The study was carried out under the hypothetical deductive method with a quantitative approach; descriptive correlational scope and non-experimental cross-sectional design. 122 adolescents and young people participated, evaluated with the resilience scale of Wagnild and Young, and with the Beck Depression Inventory II - adapted (BDI-IIA). The results showed that, Resilience and depressive symptomatology correlate highly significantly ( $p < .001$ ); the association of these variables describes a negative slope ( $\rho < 0$ ) with a moderate-high strength; and with a large effect size. We conclude by indicating that adolescents who have adequately developed resilience, that is, the personal competences to face difficulties and to succeed in spite of possibly catastrophic problems that may have been presented to them, tend to experience fewer symptoms associated with depression.

**Key words:** resilience, symptomatology, depressive, adolescents, young people.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente existe una característica que se identifica en el siglo XXI es la inestabilidad emocional que se va generando a consecuencia de las problemáticas sociales, las estadísticas en relación a los diagnósticos de origen psicoemocional se han ido incrementando significativamente, convirtiendo a la población en una generación psico patológica (Arequipaño y Lastra, 2016)

Según refiere la Organización Mundial de la Salud, en el mundo la depresión se encuentra en el puesto número 4 de las causas principales de enfermedad y discapacidad entre los adolescentes y jóvenes en edades comprendidas de entre los 15 y 19 años, a su vez en puesto 15 en las edades de 10 y los 14 años; además de considerar que los síntomas pueden ir agravando, llegar al retraimiento social, aislamiento, soledad, inapetencia y en el peor de los casos la depresión podría conducir al suicidio. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2019).

Los jóvenes y adolescentes que se encuentran en casas de acogida, son personas que proceden de un entorno peligroso, vulnerable o de riesgo; es por tanto que se tiene elementos de juicio para sospechar que en ellos puede desarrollarse la sintomatología depresiva, y a la vez, cuestionarnos cómo se presenta en ellos el desarrollo de la resiliencia.

El presente informe de investigación está estructurado en 5 capítulos. en el primer capítulo se plantea y sustenta el problema de investigación, lo cual va a aterrizar en la pregunta de investigación, del cual se va a desprender el objetivo tanto general como específicos; además, está la justificación y las limitaciones del estudio. en el segundo capítulo se expone el marco teórico donde también se mencionan los antecedentes de investigación para culminar formulando las hipótesis de investigación. en el tercer capítulo se presenta la metodología. En el cuarto capítulo, los resultados y la discusión de estos. en el último capítulo se presentan las conclusiones y las recomendaciones.

## CAPITULO I. EL PROBLEMA

### 1.1. Planteamiento del problema

Actualmente la inestabilidad emocional es una característica que identifica al siglo XXI, generándose a consecuencia de las problemáticas sociales; siendo que las estadísticas en relación con los diagnósticos de origen psicoemocional se han ido incrementando significativamente, convirtiendo a la población en una generación psicopatogénica (Arequipeño y Lastra, 2016).

Según refiere la Organización Mundial de la Salud, en el mundo la depresión se encuentra en el puesto número 4 de las causas principales de enfermedad y discapacidad en los adolescentes y jóvenes en edades comprendidas entre los 15 y 19 años y en el puesto 15 entre las edades de 10 y 14 años; además de considerar que los síntomas pueden ir agravándose, generando retraimiento social, aislamiento, soledad, inapetencia y, en el peor de los casos, conducir al suicidio (OMS, 2016-2017).

La organización mundial de la salud informa que los trastornos por depresión son problemas frecuentes, estimando que más de 300 millones de personas a nivel mundial sufren de depresión. Hoy en día estos datos se han incrementado a durante la pandemia de la COVID-19; ya que, las medidas adoptadas para evitar el contagio (aislamiento social, entre otros), han generado la aparición de los síntomas depresivos. (OMS, 2019) En cuanto a la prevalencia de los trastornos mentales en el Perú, según reporta el instituto de nacional de salud mental Honorio Delgado, un total de 1.7 millones de peruanos que presentaron sintomatología depresiva; así mismo, estimó que solo en Lima el 17% de los peruanos presenta esta condición a lo largo de su vida (Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi [INSM “HD-HN”], 2018).

Tal como lo definen Wagnild y Young (1993) la resiliencia es una característica de la personalidad, a su vez modera el efecto negativo del estrés, depresión, fomentando la adaptación. Ante lo expuesto es realmente preocupante la poca importancia con la que se han tomado los casos de salud mental en el mundo, siendo niños, adolescente y jóvenes la población más vulnerable. De tal manera, Ugarriza y Escurra (2002) refieren que la depresión, más que un desorden del estado de ánimo, afectan al ser humano no solo en el área comportamental; sino también en los aspectos somáticos y emocionales, llevando a considerarla como una amenaza latente que, si no se logra identificar a tiempo, mediante un diagnóstico limitaran el adecuado desenvolvimiento socioemocional tanto de los niños como de los adolescentes, generando así un trauma que los afectará durante toda su vida adulta. (pg. 85)

Ante esta necesidad de una adecuada salud mental es imperativo la intervención del personal de salud mental, que deberán fungir de agentes de detección temprana y prevención mediante la creación de recursos de afrontamiento. Tal es así que Salgado (2009) propone *la resiliencia* como una estrategia emocional, destacando su origen complejo y multidisciplinario, motivo por el cual, es importante considerar los factores individuales, familiares y socioculturales, para poder entender el nivel de su influencia y considerarla como herramienta clave para el proceso de preparación, convivencia y aprendizaje de episodios adversos, que provocarían un episodio que afectaría el estado emocional desencadenando la aparición de síntomas depresivos.

Según datos brindados por el Instituto Nacional de Estadísticas, en el año 2018 en el territorio peruano habitan un promedio de 3 millones 466 mil adolescentes en edades de 12 a 17 años, el 21% de adolescentes viven en las zonas rurales mientras el 79% en zonas urbanas; el 25,1% no tienen o no se encuentran cursando estudios de nivel secundario, y el 24,3% trabajan o están trabajando, de tal manera que están expuestos

constantemente a todo tipo de peligros como la violencia, delincuencia e indiferencia social, lo cual refleja su vulnerabilidad y exposición, ya que en muchos de los casos viven en la necesidad, sin oportunidades a una vida digna (INSM “HD-HN”, 2018).

Según Barrera citado por Simbrón (2019), son los niños y adolescentes, quienes representan las etapas más vulnerables en la vida del ser humano, requieren de mayor cuidado, soporte y apoyo tanto del sector público, como del sector privado, ya que son declarados en situación de desprotección, descuido o negligencia, necesitando constante cuidado y protección. (Defensoría del pueblo, 2018) Los casos más sensibles son aquellos en los cuales los adolescentes se encuentran institucionalizados en los diferentes albergues dentro del programa Integral Nacional para el Bienestar Familiar (INABIF), u otras instituciones afines, como es el caso de las casas de acogida Don Bosco, que acoge a niños, adolescentes y jóvenes en muchos de los casos en situación de abandono o conflicto familiar, con la finalidad de prevenir y/o rehabilitar a través de distintos procesos formativos integrales y de inserción laboral con mentalidad emprendedora y solidaria, de manera tal que puedan cambiar el rumbo de sus vidas y de sus familiares.

## **1.2. Formulación del problema**

### **1.2.1. Problema general**

¿Cómo se relaciona la resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú. 2021?

### 1.2.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cómo se relaciona la resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021?
- 2) ¿Cómo se relaciona la sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia expresados en los factores: competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021?
- 3) ¿Como se muestra las actitudes resilientes y según los factores, competencia personal y aceptación de sí mismo de manera general en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021?
- 4) ¿Cómo se muestra las sintomatologías depresivas de manera general y por dimensiones tales como, somático motivacional y cognitivo afectivo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021?
- 5) ¿Cómo se diferencian las actitudes resilientes de manera general y por factores, competencia personal y aceptación de sí mismo; según región y etapa formativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021?
- 6) ¿Cómo se diferencia la sintomatología depresiva de manera general y por dimensiones expresados en, somático motivacional y cognitivo afectivo según región y etapa formativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021?

### **1.3. Objetivos de investigación**

#### **1.3.1. Objetivo general**

Determinar la relación, a modo de correlación, entre resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021

#### **1.3.2. Objetivos específicos**

- 1) Determinar la relación entre resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- 2) Determinar la relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia expresados en los factores de competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.
- 3) Describir las actitudes resilientes según los factores de competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso del distrito de Perú, 2021.
- 4) Describir las sintomatologías depresivas de manera general y por dimensiones tales como, somático motivacional y cognitivo afectivo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.

- 5) Comparar las actitudes resilientes de manera general y por factores, competencia personal y aceptación de sí mismo; según región y etapa formativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- 6) Comparar la sintomatología depresiva de manera general y por dimensiones expresados en, somático motivacional y cognitivo afectivo, según región y etapa formativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

#### **1.4. Justificación de la investigación**

##### **1.4.1. Teórico**

A nivel teórico, la siguiente investigación será sustentada y contrastada por teorías psicológicas que explican las capacidades resilientes que los jóvenes y adolescentes pueden desarrollar, así como también la probabilidad de desarrollar sintomatologías depresivas a causa no convivir diariamente con sus familias debido a distintos factores como la disfuncionalidad familiar o la decisión de ingresar a los jóvenes y/o adolescentes a las diferentes casas de acogida, con la finalidad de que puedan recibir una formación, alimentación y vestimenta aunado al compromiso de las familias de brindar soporte y feedback a lo impartido en la institución, siendo estas variables las que emplearemos en la investigación, cuyo objetivo será buscar si estas guardan correlación.



### **1.4.2. Metodológica**

La siguiente investigación de tipo correlacional, tendrá como finalidad el conocer el grado de relación de las variables, que a través de los instrumentos psicométricos empleados para la recolección de datos de las variables de resiliencia y sintomatología depresiva, nos permitirán acceder a información contribuyendo con los resultados que aportaran bases para investigaciones futuras a modo de intervención y/o prevención.

### **1.4.3. Práctica**

La siguiente investigación brindara información importante, a través de los resultados asociados a las variables de estudio que son la resiliencia y la sintomatología depresiva, demostrando la relación existente entre ambas variables, considerando que son los jóvenes quienes tienden a presentar mayores índices de sintomatología depresiva como niveles resilientes característicos de la personalidad de cada uno de ellos. En base a la información que se obtuvo, se podrán diseñar estrategias de intervención y demás recursos para disminuir los síntomas depresivos e incrementar los factores de resiliencia en la población adolescente joven, así mismo plantear investigaciones que denoten la importancia de la resiliente como un factor preventivo de la aparición de síntomas depresivos.

## **1.5. Limitaciones de la investigación**

Las principales limitaciones con las que se topó el presente estudio, radican, principalmente, en aspectos elementales propias de la disciplina científica; ya que, la psicología, a diferencia de otras ciencias, entrada con variables abstractas las cuales

solamente pueden ser explicadas mediante las conductas observables para las cuales, el método cuantitativo recurre a la encuesta para capturar el dato.

Por lo expuesto, la limitación del presente estudio se rige en por las consecuencias del autoinforme, ya que los estudiantes responden las preguntas o proposiciones dadas en el cuestionario a las que debe responder marcando una alternativa determinada con la que se identifique, y no todos son sinceros al momento de dar su respuesta; frente a esto, se garantizó las propiedades psicométricas de los instrumentos así como las actividades previas a la recopilación de datos a fin de animar a que los alumnos completen los instrumentos garantizándoles la confidencialidad y el anonimato.

## CAPITULO II. MARCO TEÓRICO

### 2.1. Antecedentes de la investigación

#### Antecedentes Nacionales

Holguin y Rodríguez (2020) desarrollaron una investigación denominada “Proactividad y resiliencia en estudiantes emprendedores de Lima”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre resiliencia y proactividad de 285 estudiantes de Instituciones de Educación Superior de seis distritos de Lima que realizaban alguna actividad laboral de manera formal o informal. Como instrumentos de medición se utilizaron la Escala de Comportamiento proactivo en las organizaciones y la Escala de Resiliencia; donde los resultados determinaron la existencia de relación intensa y positiva entre la resiliencia y proactividad de los estudiantes evaluados, siendo mayor la relación en aquellos que recibieron apoyo económico familiar durante su carrera profesional; de la misma manera determinaron que, los emprendedores más proactivos son aquellos que desarrollan actividades laborales informales, los emprendedores tanto formales como informales presentan niveles de resiliencia similares.

Arequipeño y Gaspar (2017) en su investigación que tuvo como título: “Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes”, tuvieron como objetivo determinar la relación entre las variables resiliencia, felicidad y niveles de depresión en una población de adolescentes del 3ero al 5to grado de instituciones educativas públicas del distrito de Ate Vitarte. Los instrumentos utilizados para la medición de las variables fueron la Escala de Resiliencia de Wagnild & Young, la cual midió la resiliencia, el instrumento para medir la felicidad denominado Escala de Felicidad de Lima (EFL) y la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR). La

muestra estuvo formada por 315 adolescentes, cuyos resultados determinaron que existe relación inversa y alta significativa entre el nivel de felicidad y la depresión ( $r = -,494, p < 0.01$ ), además una relación inversa baja y altamente significativa entre el nivel de la variable resiliencia y la depresión ( $r = -,236, p < 0.01$ ). Por consiguiente, se concluye que, a mayor felicidad y resiliencia, será menor la presencia de sintomatología depresiva en los adolescentes estudiantes.

Castro y Rocha (2018) realizaron un estudio cuyo título es: “Sintomatología depresiva y resiliencia en estudiantes de educación primaria de Lima Metropolitana”. El objetivo estuvo centrado en demostrar la relación entre la sintomatología y la resiliencia para lo cual empleó el Inventario de Depresión Infantil y el Inventario de Resiliencia. La muestra estuvo conformada por 146 niños de 3°, 4° y 5° del nivel primario, de edades 8 a 10 años. La investigación fue de tipo descriptivo y diseño no experimental de corte transversal y correlacional; arrojando como resultado que a mayor sintomatología depresiva se halla menor resiliencia, evidenciando de esta manera una correlación inversa.

### **Antecedentes internacionales**

Lucio (2018), presenta un estudio cuyo objetivo busca determinar el nivel resiliente en niños que se encuentran institucionalizados en las casas de acogida de las provincias de Azuay y Cañar. La investigación de tipo observacional analítico transversal, estuvo conformada por 90 niños entre 8 y 12 años de edad a los cuales, se les administró el inventario de factores personales de resiliencia, el cuestionario de personalidad BFQ – NA, sistema de evaluación de conducta adaptativa ABAS II y el test breve de inteligencia K.BIT. Los resultados muestran que no se encontró

asociación significativa entre resiliencia y edad; además, el 7,7% de los evaluados presentan una resiliencia baja y el 23.3% se ubica en un nivel alto.

Rodríguez et al. (2015) realizó un estudio denominado “Relaciones de la resiliencia con el auto concepto y el apoyo social percibido en una muestra de adolescentes”, cuyo objetivo fue, primero, explorar las relaciones existentes de la resiliencia con el auto concepto y el apoyo social percibido y, segundo, identificar variables predictoras de la resiliencia. La muestra estuvo conformada por 1250 adolescentes ( $M = 13.72$ ,  $DT = 1.09$ ). Se utilizó para la evaluación: la Escala de Resiliencia de Connor y Davidson (CD-RISC), el Cuestionario de Auto concepto Dimensional (AUDIM), el Cuestionario de Apoyo Social Percibido de Familia y Amigos (AFA) y la Escala de Apoyo del Profesorado (HBSC-2006). Los resultados reflejaron la correlación positiva de la variable resiliencia con el auto concepto y el apoyo social percibido, como también una variación significativa en las puntuaciones de ambas variables en función de la resiliencia. El auto concepto y finalmente el apoyo social percibido fueron identificados como predictores de la resiliencia.

Carretero (2018) realizó un estudio cuyo título fue: “Resiliencia e inteligencia emocional. Variables de protección en menores residentes en recursos de protección”. El objetivo del estudio fue conocer las puntuaciones en inteligencia emocional y resiliencia en una población de menores residentes en centros de protección y compararlas con las puntuaciones de los menores que no residen en este tipo de recursos. En el siguiente estudio se construyó un cuestionario con el que se recogió información sociofamiliar, además se aplicó el TMMS-24 de Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos y el RESI-m de Palomar y Gómez. Los resultados arrojaron que existen diferencias significativas en las puntuaciones obtenidas por

ambos grupos, en los que los menores residentes en centros de protección obtienen puntuaciones significativamente inferiores en inteligencia emocional y en resiliencia, lo que refiere contar con menos herramientas para hacer frente a una situación, en principio, más adversa.

Sánchez y Méndez (2018) realizó una investigación denominada: “Estatus social y sintomatología depresiva en la adolescencia” cuyo objetivo fue analizar la relación existente de la variable estatus social en la sintomatología depresiva en una población adolescente. Los participantes fueron 1.212 adolescentes de 1º (53,9%) y 2º (46,1%) pertenecientes a siete centros educativos de la Comunidad de la Región de Murcia (España). En los análisis de los adolescentes se encontraron diferencias significativas a nivel estadístico y clínico que refieren mayor sintomatología depresiva en bajo estatus social; además, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los auto informes de los padres. De tal manera el estatus social se presentaría como un factor de riesgo para la depresión en la adolescencia temprana se sobresale la importancia de ejecutar intervenciones preventivas direccionadas a este sector de la población, especialmente en el contexto marcado por las consecuencias de la crisis económica.

Alba y Calvete (2019) en su investigación de título “Relaciones entre depresión, estrés y esquemas disfuncionales tempranos en adolescentes”. tuvo como objetivo examinar las direcciones bidireccionales que suceden entre los esquemas disfuncionales tempranos, las variables de eventos estresantes y la depresión. El presente estudio se desarrolló en diferentes centros escolares de Vizcaya, España. Donde se agruparon dos grupos de adolescentes, el primero con sintomatología alta de depresión (N= 110, 76 mujeres, edad media de 15,45; DT= 1,69) y el segundo

grupo con sintomatología baja de depresión (N= 115, 76 mujeres, edad media de 15,65; DT= 1,05). Los dos grupos completaron niveles tanto de depresión, eventos estresantes y de tres dominios de esquemas disfuncionales tempranos; expresados en desconexión y rechazo, foco en los demás y autonomía dañada. En dos intervalos de tiempo con una separación de cuatro meses. Finalmente, los resultados evidencian la importancia de los esquemas de desconexión y rechazo de la depresión. Seguida de que los eventos estresantes predijeron un incremento de todos los dominios de esquemas y finalmente los síntomas de depresión predijeron un incremento de esquemas de autonomía dañada. Estos resultados son importantes para poder comprender la manera en que estos mecanismos de estrés y depresión se van presentando en los adolescentes.

## **2.2. Bases teóricas**

### **Resiliencia**

El término resiliencia es un término que a la actualidad va en constante cambio, pero en una misma línea, diversos autores, tales como Yaría (2005), quien propone que la resiliencia es una de las formas en como el ser humano emplea estrategias beneficiosas y constructivas para la resolución de conflictos para que, de esta manera, puedan vivir enfrentando las situaciones problemáticas consideradas irresolubles.

Para Wagnild y Young (1993) la resiliencia “es una cualidad de la personalidad que modera el efecto negativo del estrés y fomenta la adaptación; ello connota vigor emocional y es usado para describir a sujetos que muestran valentía y adaptabilidad ante los infortunios de la vida”. (p.06) haciendo referencia a un tipo de

capacidad que va formando el constructo de la personalidad, como una característica propia del ser humano para lograr una adaptación biopsicosocial.

La resiliencia pasa a ser más que una fuerza de positivismo, que a su vez atribuye una modificación palpable a la vista de los demás; de la misma manera , propone pasar del realismo hacia la esperanza considerando el " piso bien firme", que nos refiere que se sea consciente de las limitaciones de cada persona y su situación, considerando que existen ciertos dolores que perduran mucho tiempo a lo que se tendría que aprender a vivir con ellas (Davidson, 2016; Santana, 2019; Van, 2017), para Puig y Rubio (2012) la resultante de su estudio, determina la existencias de variables conceptuales que se centran en el individuo y su definición y el estudio, que dividen en tres grupos conceptuales.

- conceptos centrados en el sujeto: guiados a crear conceptos referentes a los recursos intrínsecos que posee cada persona y que lo exploran en pro de superación y crecimiento ante eventos traumáticos.
- conceptos centrados en los resultados: referido a la capacidad que cada persona tiene y genera sumado a la aparición de la resiliencia, que no quiere decir que sea más que una característica o habilidad innata, sino, más bien adquirida, como resultado o consecuencia de eventos traumáticos.
- conceptos centrados en el proceso: centrada en el recorrido que cada persona da durante el afronte de situaciones complicadas, y que no se fía de los resultados, por el contrario, contribuye y aporta en valor en base a los métodos que aportan a llegar a la superación.



Por otro lado, Puig y Rubio (2012) refieren que la resistencia es un fenómeno multidimensional y complejo, conformado por unas dimensiones paradigmáticas, procesal, rasgo, estrategia y potencialidad.

### ***Características de resiliencia.***

Teniendo definiciones ya claras de resiliencia, a continuación, se presentan algunas características resaltantes de la primera variable.

Dentro de las características que presenta una persona desde un punto de vista resiliente se considera como más importante la adaptabilidad en ambientes cambiantes entre episodios de riesgo y protección, de forma intrínseca y extrínseca (Davidson, 2016; Olson, 2008; Olson et al., 1985; Santana, 2019).

Mientras Wolin y Wolin (1993) propusieron siete pilares de resiliencia, en base a lo planteado por los anteriores autores frente a las personas resilientes. Los pilares refieren los siete caracteres principales del ser resiliente que son:

- Introspección: es la percepción real de sí mismo construido en base a los pensamientos, emoción, acto y limitación; cuyo resultado permitirá consolidar un mejor afronte ante la adversidad o situaciones complicadas.
- Independencia: refiere a la capacidad de establecer ciertos límites físico emocionales de uno mismo y factores externos, como el entorno social, familiar.
- Capacidad de relacionarse: nos permite conectar positivamente con el entorno social, estableciendo reglas y permitiendo fomentar lazos positivos, íntimos que generen satisfacción entre sus pares.
- Iniciativa: nos plantea que ser resiliente convierte al sujeto en un ser capaz de poder asumir de manera voluntaria y consecuente, retos que le permita

generar una mejora progresiva, asumiendo las situaciones problemáticas a lo largo de su crecimiento.

- Humor: que refiere a la cualidad, capacidad de poder superar las situaciones problemáticas con honor y buena disposición.
- Creatividad: refiere a la capacidad de recrear, generar innovar a partir de la complejidad y desorden.
- Moralidad: referida principalmente a la conciencia moral y al propio compromiso de valores sociales y el cumplimiento de la norma.

Siguiendo con Suárez (1993), este realiza una actualización a los 7 pilares ya antes expuestos por Wolin y Wolin, planteando cuatro componentes:

- De competencia social: englobada por habilidades de conducta positiva intrínsecas y extrínsecas que se conforman por autoestima, adaptación a los cambios, humor, flexibilidad, creatividad, optimismo y las de motivación altruista.
- De resolución de problemas: relacionado con la iniciativa que toma el mismo sujeto, haciendo uso de sus habilidades que aportan a la solución, empleando sus propios recursos, como el pensamiento reflexivo de formas flexibles.
- De autonomía: relacionado a la propia identidad del sujeto y su independencia planteada con control.
- De expectativas positivas: que presenta una postura alentadora centrada en el cuidado preventivo de coherencia y anticipación.

Polk (1997) nos presenta un consolidado específico de las características de resiliencia, donde elaboró veintiséis características de resiliencia, las cuales se resumieron en seis y posteriormente a cuatro grupos que se presentan a continuación:

- De patrón disposicional: que nos presenta los beneficios de atribución físico psicológicos y psicosociales con relación al ego y de competencia social y sentido de self.
- De patrón relacional: que agrupa caracteres que influyen en la resiliencia, donde estos patrones hacen uso de los aspectos internos como externos en relación a la relación de confianza en su red social.
- De patrón situacional: en el que nos presenta un acercamiento de caracteres frente a situaciones estresantes que a su vez se evidencia como habilidades de connotación cognitiva. Dicho patrón posee la habilidad de evaluarse por el sujeto y su propia capacidad para enfrentar situaciones de experiencias de consecuencia de acción.
- De patrón filosófico: determinado por las propias creencias individuales.

### ***Tipos de resiliencia***

Ya una vez conocido las características expuestas los autores anteriormente, a continuación, se presentará algunas propuestas que definen los tipos de resiliencia; así Sánchez (2015) nos propone cuatro tipos de la resiliencia, que se presentan a lo largo de la vida del individuo.

- Resiliencia individual. Situada en cada persona cuando asume situaciones traumáticas a lo largo de su vida, con una actitud positiva que fomentan la aparición de respuesta positiva que forma el carácter personal.

- Resiliencia familiar: los eventos o situaciones traumáticas asumidas y afrontados desde el entorno familiar, que a su vez actuara como una sola unidad, fomentando así una autoestima y respuesta positiva familiar.
- Resiliencia social o comunitaria: se tiene como protagonistas por las áreas sociales cercanos al sujeto, grupo o comunidad que experimenta situaciones complicadas.
- Resiliencia grupal: aquí sobresale la combinación de las capacidades y habilidades, innatas para recuperarse o sobreponerse ante situaciones traumáticas de la persona como del sistema social, donde los procesos sociales e intrapsíquicos se manifiestan de forma conjunta, generando así un aprendizaje positivo.

### ***Factores que condicionan la resiliencia***

Partiendo de esta definición de resiliencia, a continuación, se presentan en descripción factores que a su vez condicionan la presencia o manifestación de resiliencia en el individuo.

Rimari (2008) nos refiere que la resiliencia se halla condicionada por factores protectores internos y ambientales, cada una con características básicas que se presentan a continuación.

*Factores protectores internos: determinado por características personales que brindan resiliencia.*

- Brindar servicios o ayuda a otras personas o a una causa de bien común.

- Usar estrategias para una convivencia positivas, como optar por conductas asertivas, centradas en la solución de problemas con un control adecuado de los impulsos.
- Sociabilidad; centrada en la capacidad de ser compañero, amigo y entablar relaciones saludables y positivas.
- Sentido del humor, autonomía para el control interno, teniendo perspectivas positivas en la planeación del presente y futuro personal del sujeto con independencia.
- Flexibilidad, que permite generar un aprendizaje y su conexión mediante la automotivación
- "Es idóneo o idónea" referido a la competencia personal de emociones, sentimientos de autoestima y propia confianza del sujeto

***Factores protectores externos o ambientales.*** Presentan características entorno a las familias, escuelas y todo entorno donde el sujeto se desenvuelve que generan la aparición de la resiliencia.:

- Fomentar vínculos y relaciones estrechas, donde se valoren y alienten la educación.
- Usar una forma de integración respetuosa cálida y no crítica.
- Determinar y dejar limitaciones claras, tales como reglas, leyes, normas impuestas por la sociedad.
- Generar relaciones de apoyo y acompañamiento con otras personas.
- Promover actitudes de responsabilidades, prestando apoyo y servicio brindando ayuda requerida a otras personas.

- Dar acceso a los recursos para una adecuada satisfacción de necesidades básicas que requiere todo ser humano., tales como salud, vivienda, educación, trabajo, entre otros.
- Expresar planes de éxito de grandes valorativos y en base a la realidad.
- Promover y establecer proyectos de vida en base a metas.
- Promover desarrollo y valores pro sociales altruistas en la convivencia.
- Brindar conductas de liderazgo, toma de decisiones en base a participaciones significativas.
- Valorar y apreciar talentos específicos y generales de cada sujeto

### ***Modelos teóricos de resiliencia***

#### *Psicología positiva.*

Conforme a lo indicado por Seligman y Csikszentmihalyi (2000), el estudio de las enfermedades de la mente fueron abordados específicamente por la psicología tradicional; de modo que en los procesos pertinentes que se empleaba para entonces, se desestimaba la relevancia de aspectos positivos e intrínsecos de la persona (bienestar, satisfacción, optimismo, esperanza y felicidad) que generan beneficios a los seres humanos.

Durante mucho tiempo, los estudios psicológicos estuvieron centrados en los factores de riesgo y vulnerabilidad social, como responsables de los problemas psicológicos, centrados en los temores, sentimientos de culpa y conflictos de conducta social, que generan trastornos ansiosos, depresivos entre otros (American Psychological Association, 2019; Caycho y Castilla, 2020; Villarreal y Paz, 2017). Además, sostiene que se fue dejando de lado o restando importancia a aquellas

capacidades y recursos internos que previenen algunos desequilibrios de correspondencia mental.

Ante ello, la psicología positiva nos propone hacer un estudio del comportamiento humano en base a la perspectiva alentadora, con el objetivo de generar una mirada más amplia de la psicología clínica que rompa los esquemas únicos de sufrimiento seguido del alivio y abordar al sujeto desde enfoques integradores desde el cual se tiene al sujeto como un agente participativo que fabrica su propia realidad. (Greco et al., 2007)

La idea está centrada en base a estudios anteriores que refieren los beneficios de experimentar emociones positivas que favorecen los pensamientos saludables y funcionales creativos que aporten para la solución de problemas, generando una flexibilidad cognitiva, quee proponen a su vez respuestas positivas con generosidad y altruismo, incrementando así sus propios recursos intelectuales y previniendo las tendencias depresivas (Fiszbein et al., 2016; Freudenthaler y Neubauer, 2005; Leyva, 2019; Pérez, 2012)

Con la misma base, autores que investigan la resiliencia, y comprende la capacidad que tiene el sujeto para hacerle frente a las adversidades de su vida, sobreponiéndose y siguiendo su desarrollo funcional; dejan al descubierto la relación muy íntima que existe entre las emociones positivas y la resiliencia.

Por su parte Fredrickson (2001) afirma con relación a las emociones positivas que estas estimulan por lo general cambios cognitivos y posteriores cambios conductuales, favoreciendo la construcción de recursos personales (físico, psicológico, social) como medio de afronte en circunstancias difíciles o problemáticas; de la misma forma el aprendizaje de capacidades permiten la vivencia de emociones positivas que

pueden funcionar como recursos importantes para el vital desarrollo de procesos resilientes.

### ***Visión logoterapéutica de la resiliencia***

Acevedo (2002) plantea que el principal objetivo de la logoterapia es el acompañamiento que se le brinda al sujeto en la decadencia espiritual y así contribuir en la búsqueda del sentido de vida y acompañamiento en la escala valorativa de experiencias diaria, donde menciona que "cada persona tiene la oportunidad de vivir valores de creación (dar) de vivencias ( recibir) y de actitudes (en circunstancias) siendo estas acontecimientos intransferible que posee cada ser humano, por el valor y la posibilidad de desarrollo y crecimiento en su existencia" (p. 31).

### **Depresión**

Existen diversos autores que dan una definición a la depresión, ya que en la actualidad es un problema de salud pública, fuertemente asociada a un incremento de discapacidad funcional y de agravarse llegaría a ser mortal; así, Ugarriza y Escurra (2002) refieren que "la depresión, más que un desorden del estado de ánimo, afectan a todas las áreas del funcionamiento incluyendo a las áreas comportamentales, somáticas, emocionales y cognitivo" (p. 85)

Mientras tanto Reynolds (1989) propone a la depresión como un estado emocional generador de cambios, modificador de humor y de alimentación, varedor de sueño y precursor de problemas en la concentración, que reduce la actividad, con fatigas e irritabilidad y que se puedan ver como normales dentro de los parámetros



comportamental del adolescente. Además, refiere que estos síntomas y signos depresivos, son pasados por alto confundidos con otros problemas en los adolescentes.

De la misma manera Barradas (2014) plantea a la depresión como el estado emocional que aparece como estado de abatimiento que no genera felicidad; por el contrario, infelicidad de ser transitorio o permanente, donde dominan los síntomas afectivos y también la sintomatología de tipo cognitiva, consiente, además somático en mayor o menor proporción.

Se proponen diferencias entre la depresión y tristeza, determinando así que la depresión no es sinónimo de tristeza aun cuando la tristeza este muy presente con síntoma en la depresión (Baldeón et al., 2019). Para los autores quienes plantean que la tristeza está constituida por una emoción de reacción común en todos los sujetos frente a pérdidas de objetos con valor afectivo (Sarrín, 2018). Mientras tanto la depresión es un conjunto de experiencias que van afectando casi todas las áreas de vida del sujeto, ello se debe al carácter de reacción múltiple de sus manifestaciones (Dominguez y Centeno, 2017).

Otros autores como Albrecht y Herrick (2007) añaden que la depresión es una condición patológica compleja cargada de múltiples causas que predetermina la probabilidad de que el sujeto desarrolle dicha condición.

### ***Características de la depresión***

Después de revisar las definiciones apropiadamente, a continuación, se conocerán las características que agrupa la variable depresión, planteadas por Molina y Arranz (2010):

#### **a) Síntomas psicológicos.**

- Tristeza.

- Perdida en el interés de las cosas, de anterior interés.
- Ansiedad.
- Vacío emocional.
- Pensamientos negativos
- Dificultades de concentración y memoria.
- Delirios.
- Alucinaciones.

b) síntomas físicos.

- Dificultades de sueño: problemas para logra conciliar sueño, además de despertares precoz o incremento de las horas de sueño.
- Lentitud físico mental
- Incremento o disminución de apetito.
- Incremento o disminución del peso.
- Perdida de interés sexual.
- Fatiga
- Cansancio.
- Estreñimiento
- Alteración del ciclo menstrual en las mujeres.

Continuando, Bellak y Small (2004) nos presentan la siguiente denominación de características de la depresión.

- Disminución del habla psicomotora.
- Disminución psicomotora del andar y los gestos
- Sujeto sin ganas de vivir

- Sujetos que consideran que la vida no vale nada o la pena
- Sensación de fatiga.
- Problemas para tomar decisiones.
- Pesadumbres.
- Ciertas cualidades obsesivas.
- Inapetencia.
- Problemas intestinales.

### ***Factores desencadenantes de la depresión***

Para Hoyos y Torres (2012) presentan tres factores que desencadenan la depresión las cuales son:

- Factores de carácter biológico: determinados por la herencia o alteraciones estructural y funcional del sistema nervioso central.
- Factores de carácter psicológico: se hallan en el constructo de la personalidad, con factores relacionados al desarrollo y creencias personales.
- Factores de carácter sociales: se halla en los contextos sociales, económico, ideológicos y roles.

### ***Modelos teóricos de la depresión***

#### *Teoría cognitiva.*

Beck y Alford (2009) dieron una definición de depresión, como consecuencia directa de la distorsión de la forma de razonar de los sujetos y no como un trastorno de tipo afectivo en sí. Paula (2007) propuso como postulado principal. “los trastornos

del estado de ánimo son resultados de una alteración del procesamiento de la información, fruto de la activación de esquemas latentes" (p. 109).

De la misma manera detallo los elementos principales de este modelo teórico para la alteración emocional y conductual que se presenta a continuación.

- Los sujetos desarrollan en sus primeras etapas de vida una continuidad de esquemas básicos que sirven para organizar sus sistemas cognitivos.
- Los sujetos pueden tener pensamientos o esquemas de representación mental de manera automática, sin intervenciones de procesos de razonamientos previos.
- Los sujetos pueden tener distorsiones cognitivas en el pensamiento del constructo de la información.
- Ciertos acontecimientos vitales de carácter estresantes, pueden activar esquemas de tipo disfuncional.

Korman y Sarudiansky (2011) nos plantean un enfoque de teoría cognitiva que engloba cualquier influencia sobre la cognición que debería mostrarse seguida de modificación en el estado de ánimo y, en consecuencia, cambios en la conducta.

Mientras tanto Parris. (1989) expone que la teoría cognitiva determina la manifestación de la depresión por medio de cuatro elementos cognitivos que refiere como claves.

- La triada cognitiva: hace referencia a aquella alteración del constructo cognitivo existente en el individuo y su entorno, así como a su mundo y hacia su futuro.
- Pensamientos automáticos negativos: dan origen a los pensamientos fatalistas que ejecuta el sujeto, lo que hace que se reduzca el descenso emocional.
- Distorsión de la percepción y del procesamiento de la información.

- Disfunción de los esquemas.

### ***Teoría conductual de la depresión***

Caballo, Salazar y Carrobles (2011) hacen referencia a la teoría de análisis conductual que centra su objeto de estudio en la conducta y el comportamiento de los individuos depresivos que a su vez se hallan considerablemente reducida, lo que quiere decir, que la manifestación de una conducta dependerá de sus consecuencias; de tal modo, cuando estas desaparezcan o son negativas, los individuos dejarán de emitirlas.

Según Lewinsohn (citado por Gerrig y Zimbardo, 2005), " en lugar de buscar las raíces de la depresión en el inconsciente, el modelo conductual se enfoca en los efectos de la cantidad de razonamiento positivo y castigo que recibe una persona" (p. 490).

## **2.3. Formulación de hipótesis**

### **2.3.1. Hipótesis general**

Resiliencia y sintomatología depresiva están relacionadas de manera inversa y significativa en los adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

### **2.3.2. Hipótesis específicas**

He1. Resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva como somático motivacional y cognitivo motivacional; están relacionadas de forma inversa y significativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

- He2. Sintomatología depresiva y los factores de resiliencia tales como: competencia personal y aceptación de sí mismo; están relacionadas de forma inversa y significativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- He3. Predomina los niveles altos sobre los niveles medios y bajo en lo que representa a las actitudes resilientes en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- He4. Predominan los niveles bajo, sobre los niveles medio y alto en lo que respecta a sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- He5. Los integrantes de segunda etapa comparada con los integrantes de tercera, cuarta y quinta etapa muestran mayor sintomatología depresiva, en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021
- He6. Los jóvenes y adolescentes de la región Lima a comparación de los jóvenes adolescentes de las regiones Ayacucho, Cusco Arequipa muestran mayor capacidad resiliente en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021

## **CAPÍTULO III. METODOLOGÍA**

### **3.1. Método de investigación**

La siguiente investigación se desarrolló bajo el método hipotético deductivo. Popper (2008) nos refiere que este método, está determinado en crear hipótesis en base a los antecedentes, las cuales se determinan por universal, representado por las teorías científicas y a su vez empíricas, representadas por la realidad problemática en curso, donde a su vez se plantean los fenómenos.

### **3.2. Enfoque de investigación**

El estudio siguió el enfoque cuantitativo, porque usó la recolección de datos para corroborar las hipótesis planteadas, en base a la medición numérica, como también el análisis estadístico, con la finalidad de establecer las características de comportamiento y probar teorías (Hernández y Mendoza, 2018).

### **3.3. Tipo de investigación**

La investigación fue de tipo correlacional, ya que tuvo como objetivo medir la correlación entre las dos o más variables en contextos específicos (Toro y Parra, 2016).

### **3.4. Diseño de investigación**

El estudio estuvo basado en el diseño no experimental, ya que no existió manipulación de las variables, a su vez de corte transversal, ya que la recopilación de la información se dio en el mismo momento, una sola vez a cada unidad de análisis. (Hernández y Mendoza, 2018)

### **3.5. Población, muestra y muestreo**

#### **Población**

La población viene a ser el grupo de casos definidos, limitados y accesibles, los cuales serán parte de la referencia para la selección de las unidades muestrales (Arias, Villasis y Miranda, 2016). Para esta investigación, la población estuvo conformada por jóvenes y adolescentes institucionalizados en la casa de acogida Don Bosco, ubicados en diferentes departamentos del Perú, cuyas edades estuvieron comprendidas entre los 12 a 23 años, en las distintas etapas formativas.

#### **Muestra**

La muestra es el sub conjunto o parte del universo o población, seleccionados por diversos métodos, siempre teniendo en cuenta, la representatividad del universo. Ñaupas, Novoa, Mejia y Villalobos (2011) indican que la muestra es representativa, siempre y cuando la asocien a las características de los sujetos de la población universal. La muestra para la siguiente investigación estuvo conformada por 120 participantes entre adolescentes y jóvenes de entre 12 a 23 años de edad que actualmente viven en las casas de acogida Don Bosco ubicados en los departamentos de Lima, Cusco, Arequipa y Ayacucho, divididos en las diferentes etapas formativas desde la 2° hasta las 5°.

#### **Muestreo**

El muestreo fue de tipo no probabilístico, donde todos los sujetos o integrantes, no tuvieron la misma posibilidad de participación. El muestreo utilizado fue por conveniencia, que a su vez aplicará los criterios de inclusión y exclusión.



### ***Criterios de inclusión.***

- Jóvenes y adolescentes varones que residen en las casas de acogida Don Bosco 2021 Perú.
- Jóvenes y adolescentes varones entre 12 y 23 años de edad.
- Jóvenes y adolescentes que formen parte de las etapas formativas de 2°, 3°, 4° y 5° año de educación.

### ***Criterios de exclusión***

- Jóvenes y adolescentes con dificultades cognitivas y mentales.
- Jóvenes y adolescentes que por motivos de pandemia no viven en la casa don Bosco.
- Jóvenes y adolescentes que el 2021 retornaron con sus familias por efectos de la pandemia.
- Adolescentes menores de 12 años y mayores 23 años.
- Adolescentes que se hallen en la primera etapa formativa

## **3.6. Variables y operacionalización**

### **Variable 1: Resiliencia**

*Definición conceptual:* Según Wagnild y Young (1993) la resiliencia se conceptualiza como la característica de la personalidad positiva que favorece la adaptación individual a situaciones difíciles, como presiones u obstáculos, de las que logra salir exitoso.

*Definición operacional:* La resiliencia como constructo está compuesto por dos factores: *Competencia personal* y la *Aceptación de uno mismo y de la vida*, formulados en cinco dimensiones: Ecuanimidad, Perseverancia, Confianza en sí

mismo Satisfacción personal, Sentirse bien solo. por tanto, será medida a través de un constructo de 5 variables latentes, en las que se distribuye 25 reactivos, es decir, ítems, los mismos que están, sujetos a un sistema de alternativas oscilantes desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta el 7 (totalmente de acuerdo); las puntuaciones directas serán calculadas mediante la suma de valores obtenidos en las respuestas, entendiéndose que, cuanto mayor es la puntuación alcanzada, mayores son las evidencias de resiliencia en una persona, y viceversa.

### **Variable 2: Sintomatología depresiva**

*Definición conceptual:* Es el estudio de los síntomas asociados a la depresión, los mismos que impactan de manera negativa en el estado de ánimo de la persona, desencadenando negatividad en los sentimientos y pensamientos; basados en los indicadores de la somatización motivacional y en aspectos de conocimiento para la regulación del afecto.

*Definición operacional:* Será medido a través de una construcción de 2 variables latentes, una de ellas (Somático Motivacional) explicada a través de 13 reactivos, y la otra (Cognitivo afectivo), por 8 reactivos; estos están sujetos a un sistema de respuesta oscilantes desde 0 hasta 3; la sumatoria de valores en las respuestas darán las puntuaciones directas, las mismas que son indicadores de una alta depresión cuando los valores son más altos, y viceversa.

**Tabla 1.***Matriz de operacionalización de las variables resiliencia y sintomatología depresiva*

Variables	Dimensiones	Indicadores	Instrumentos	Escala valorativa (niveles o rango)
Resiliencia	Competencia personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Confianza en sí mismo</li> </ul>	Escala de Resiliencia (ER) Wagnild Gail M. y Young Heather M.	Hasta 74 = bajo 75-124 = medio 125 a más = alto
	Aceptación de sí mismo y de la vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentirse bien solo</li> <li>• Ecuanimidad</li> <li>• Satisfacción personal</li> </ul>		
Sintomatología depresiva	Somático Motivacional	Alteración bioquímica del cerebro, que lleva a una conducta negativa de la persona y su entorno	Inventario de depresión de Beck II- adaptado (BDI-IIA)	Menor a 6 = no presenta 7-11= leve 12-16= moderado 17-63= grave
	Cognitivo-Afectivo	Respuesta distorsionada de pensar, actuar razonar		

### **3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

#### **3.7.1. Técnica**

En la siguiente investigación se utilizaron técnicas psicométricas de evaluación para la recolección de los datos e información. Esta técnica permitió operacionalizar el constructo hipotético; por consiguiente, el uso de esta técnica está centrada en la interpretación de los puntajes obtenidos (Argibay, 2006).

#### **3.7.2. Descripción de instrumentos**

##### **Variable 1: Resiliencia**

###### *Ficha técnica*

- Nombre: Escala de Resiliencia (ER)
- Autor: Wagnild y Young
- Año: 1993
- Procedencia: Estados Unidos
- Estudios de validez en un medio peruano: Novella (2002)
- Rango de aplicación: Adolescentes y/o adultos.

###### *Descripción*

Es una herramienta de medición elaborada por Wagnild y Young (1988), reformulada por ellos mismos en 1993; posee una estructura de dos grandes factores, en los que se distribuyen veinticinco reactivos, los mismos que tienen un sistema de alternativas de siete anclajes, oscilantes desde 1 a 7; por lo tanto, las puntuaciones directas oscilan desde 25 hasta 175.

## ***Propiedades psicométricas***

### *Validez*

Fueron realizados por Wagnild y Young; en diferentes pruebas piloto, desarrollando estudios sobre la estructura, en un inicio, analizando aspectos para identificar evidencias de validez factorial exploratoria; logrando reproducir, a través de la estadística, el constructo teórico inicialmente planteado; este proceso se determinó mediante el método de extracción de componentes principales, con rotación varimax.

### *Confiabilidad*

Los autores originales del estudio, determinaron esta propiedad con el método de consistencia interna para la validez interna de los ítems. de  $\alpha = 87$  a nivel general, así como por áreas compuesto por los 2 factores, para lo cual aplicaron el método estadístico medida de Kaiser – Meyer- Olkin (KMO).

La confiabilidad general fue de  $\alpha = 0.85$  en una muestra de cuidadores; además, de dos muestras en estudiantes con  $\alpha = 0.86$  y  $\alpha = 0.85$ ; mostrando índices aceptables de consistencia interna. Angelina Novella en el 2002, obtuvo un coeficiente de  $\alpha = 0.89$  con el alfa de Cronbach (Baca, 2013).

## **Variable 2: Sintomatología depresiva de Beck**

### ***Ficha técnica***

- Nombre: Inventario de depresión de Beck II- adaptado (BDI-IIA)
- Autor: Beck, Steer y Brown
- Año: 1996

- Procedencia:
- Estudios de validez en un medio peruano: Carranza (2013)
- Tipo de aplicación: Individual o colectiva
- Total de ítems: 21 ítems
- Rango de aplicación: Adolescentes y adultos

### ***Descripción***

Es una herramienta de medición creada por Beck et al. (1996), revisada y estandarizada por Carranza (2013); está basada en una estructura de dos factores, en donde se distribuyen veintiún reactivos, los mismos que están sujetos a un sistema de alternativas de cuatro anclajes, oscilando desde 0 hasta 3, por lo que las puntuaciones directas oscilaron desde 0 a 63 puntos.

- Factores: Factor I: Componente somático-motivacional. Ítems: 6, 7, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21.
- Factor II: Componente cognitivo-afectivo. Ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10

### ***Propiedades psicométricas***

#### *Validez*

Según Carranza, (2013), El cuestionario original fue realizado a través de 10 criterios de jueces  $p < 0.01$ , y la validez de constructo por medio del análisis de ítem-test: .30 y, análisis factorial. En tal sentido, para este estudio se utilizó la prueba piloto y el análisis de ítems test, obteniendo resultados superiores a  $r_{i-t} = .25$ , en ambos casos, el cual se evidencian validez.

### *Confiabilidad*

Carranza (2013) para su estudio sometió a prueba mediante consistencia interna de Alpha de Cronbach .87, correlación pares y nones  $r=0.803$ ,  $p<0.01$ , coeficiente de Guttman  $r=0.799$ ( $p<0.01$ ), test-retes  $r=0.996$ ,  $p<0.01$ .

Asimismo, para fines de este estudio, se determinó la confiabilidad en ambas escalas, usando el coeficiente de McDonald's, cuyos resultados se muestran mayores a ,70, el cual evidencian valores aceptables de confiabilidad. ver anexo (6-7)

### **3.8. Procesamiento y análisis de datos**

Se recurrió tanto a la estadística descriptiva como a la inferencial. descriptiva a fin de conocer cómo se van comportando el fenómeno psicológico correspondientes a las variables en su entorno natural, expresados en frecuencias y porcentajes. Inferencial, como primer procedimiento se determinó si los datos se ajustan o no a la distribución normal, esto empleando la prueba de kolmogorov smirnov, cuyos valores de probabilidad señalaron que las distribuciones no se ajustan a una distribución normal.

Luego, a fin de dar respuesta a los objetivos correlacionales y comparativos; en el primer caso se empleó la prueba de significancia estadística no paramétrica Rho de Spearman, que está sujeta a la significancia estadística el nivel de 0.05, por ende, si el valor de probabilidad está menor a dicho dato se asume que existe una correlación significativa entre las variables estudiadas, caso contrario, no. También, para comparar las puntuaciones directas de la variable estudiada según otras que tengan más de 2 categorías se empleó la prueba H de Kruskal Wallis. esto está sujeto a la significancia estadística a nivel de 0.05, donde las probabilidades menores a dicha cifra señalan que si

existe diferencias significativas de las puntuaciones directas según las categorías estudiadas.

Cabe mencionar que para señalar el predominio del un determinado nivel, sea de resiliencia o de sintomatología depresiva, se recurrió a la prueba Chi cuadrado para una sola muestra, cuyas valoraciones de probabilidad, de ser menor a .05, se señala que sí existe diferencias significativas entre las proporciones internas de la variable, de modo contrario, no.

### **3.9. Aspectos éticos**

Respetará las normas de la American Psychological Association (APA) para citar y referenciar a diferentes autores y demás material bibliográfico consultado para esta investigación.

Respetará y considerará el principio de anonimato y confidencialidad de quienes forman parte de la investigación mediante el consentimiento informado debidamente firmado; asimismo se mantendrá en reserva la identidad de los sujetos participantes de la muestra, mientras que los datos obtenidos solamente serán de utilidad para el tratamiento estadístico.

Principio de objetividad para el análisis consecuente de cada parte de la estructura del cuerpo científico como también para utilizar referentes que correspondan a fuentes de información verídicas e intelectualmente emitidos de manera honestas y libres de conflictos de interés.

Por último, la investigación pasara por el procedimiento de revisión mediante el software de detección de similitud (TURNITIN).



## CAPÍTULO IV. PRESENTACION Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

### 4.1. Resultados

#### 4.1.1. Análisis descriptivos de resultados

Se describen las variables sociodemográficas respecto a la muestra de estudio.

**Tabla 2.**

*Características de la muestra*

<b>Variables Sociodemográficas</b>	<b>Categorías</b>	<b>f</b>	<b>%</b>
Regiones	Lima	48	39,3
	Arequipa	35	28,7
	Ayacucho	20	16,4
	Cusco	19	15,6
Etapa formativa	2	22	18,0
	3	39	32,0
	4	40	32,8
	5	21	17,2
Grupo etario	Hasta 15	41	33,6
	De 16 a 17	32	26,2
	De 18 a más	49	40,2

*Nota.*- f: frecuencia; %: porcentaje.

En la tabla 2 se presentan los resultados descriptivos sobre las características de la muestra, donde se puede apreciar que cuatro de cada diez, fueron de Lima (39.3%), tres de cada diez, de Arequipa (28.7%), sólo 16.4% fueron de Ayacucho y una proporción similar de Cuzco (15.6%). Cerca de la quinta parte fueron de la segunda etapa formativa (18.0%), mientras que la tercera parte fueron del tercer proceso de etapa formativa (32.0%) y una proporción similar, de la cuarta (37.8%) y finalmente, cerca de la quinta parte de los evaluados fueron de la etapa formativa 5 (17.2%). Por último, la tercera parte de los evaluados tuvieron hasta 15 años de edad (33.6%), mientras la cuarta parte tuvieron edades desde los 16 a los 17 años de edad (26.2%), y dos de cada cinco, de 18 a más años de edad (40.2%).

#### 4.1.2. Prueba de hipótesis

**Tabla 3.**

*Análisis de ajuste de las distribuciones a la curva normal.*

Variables / dimensiones	K-S-L	g.l.	p.
Resiliencia	,188	122	<.001
<i>Competencia personal</i>	,174	122	<.001
<i>Aceptación de uno mismo</i>	,129	122	<.001
Sintomatología depresiva	,262	122	<.001
<i>Somático - motivacional</i>	,252	122	<.001
<i>Cognitivo-afectivo</i>	,213	122	<.001

Nota.- K-S-L: Prueba de significancia estadística Kolmogórov-Smirnov con corrección de Lilliefors; g.l.: grados de libertad; p: significancia estadística

Con el fin de determinar si la distribución de nuestros datos se ajusta o no a la curva normal, se recurrió a la prueba de K-S-L, cuyos resultados, dado el valor de probabilidad, el cual es menor a .05, se rechazó la hipótesis nula ( $H_0$ =No existe diferencias significativas al interior de la distribución) y se aceptó la alterna ( $H_1$ =Sí existe diferencias significativas al interior de la distribución), por tanto, se concluye que la distribución de los datos evaluados no se ajusta a la distribución normal, lo cual sugiere que, para atender a los objetivos de investigación, se debe emplear pruebas no paramétricas, en este caso, la de significancia estadística que toma como insumo al coeficiente de correlación de Spearman.

#### **En atención al objetivo general**

- Objetivo general: Determinar la relación a modo de correlación, entre resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

- Hipótesis general: Resiliencia y sintomatología depresiva estas relacionadas de manera inversa en los adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
  - Hipótesis estadística
    - Ho: NO existe correlación significativa entre las variables
    - H1: SÍ existe correlación significativa entre las variables
- Nivel de significación: .05....  $p \leq .05$  entonces Rechazo Ho

**Tabla 4.**

*Relación entre resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021(n=122)*

		Sintomatología depresiva
Resiliencia	<i>Rho</i>	-.636
	<i>p</i>	<.001
	<i>r<sup>2</sup></i>	.40

*Nota.*- Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; p: Significancia estadística evaluada a nivel .05; *r<sup>2</sup>*: Tamaño del efecto.

La resiliencia y la sintomatología depresiva se correlacionan de manera muy significativa ( $p < .001$ ); la asociación de estas variables describe una pendiente negativa ( $\rho < 0$ ) con una fuerza moderada-alta; y con un tamaño del efecto grande.

#### **En atención al primer objetivo específico**

- Objetivo específico 1: Determinar la relación entre resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

- Hipótesis específica 1: Resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva como somático motivacional y cognitivo motivacional; están relacionada de forma inversa y significativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- Hipótesis estadística
  - Ho: Existe correlación significativa entre las variables
  - H1: No existe correlación significativa entre las variables

Nivel de significación: .05....  $p \leq ,05$  entonces Rechazo Ho

**Tabla 5.**

*Relación entre resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021. (n=122)*

		Dimensiones de sintomatología depresiva	
		Somático Motivacional	Cognitivo afectivo
Resiliencia	<i>Rho</i>	-.629	-.559
	<i>p</i>	<.001	<.001
	<i>r<sup>2</sup></i>	.40	.31

*Nota.- Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; p: Significancia estadística evaluada a nivel .05; r<sup>2</sup>: Tamaño del efecto.*

La resiliencia y las dimensiones de la sintomatología depresiva se correlacionaron de manera muy significativa ( $p < .001$ ), asociándose de manera inversa ( $\rho < 0$ ) con una fuerza de asociación moderada-alta y un tamaño del efecto grande.

#### **En atención al segundo objetivo específico**

- Objetivo específico 2: Determinar la relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia expresados en los factores de competencia personal y

aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.

- Hipótesis específica 2: Sintomatología depresiva y los factores de resiliencia tales como: competencia personal y aceptación de sí mismo; están relacionados de forma inversa y significativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
  
- Hipótesis estadística
  - Ho: Existe correlación significativa entre las variables
  - H1: No existe correlación significativa entre las variables

Nivel de significación: .05....  $p \leq ,05$  entonces Rechazo Ho

**Tabla 6.**

*Relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia, en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021. (n=122)*

		Factores de resiliencia	
		Competencia personal	Aceptación de uno mismo
Sintomatología depresiva	<i>Rho</i>	-.621	-.542
	<i>p</i>	<.001	<.001
	<i>r<sup>2</sup></i>	.39	.29

*Nota.*- Rho: Coeficiente de correlación de Spearman; p: Significancia estadística evaluada a nivel .05; *r<sup>2</sup>*: Tamaño del efecto.

La sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia se correlacionaron de manera muy significativa ( $p < .001$ ), asociándose de manera inversa ( $\rho < 0$ ) con una fuerza de asociación moderada-alta y un tamaño del efecto grande.

### En atención al tercer objetivo específico

- Objetivo específico 3: Describir las actitudes resilientes según los factores de competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso del distrito de Perú, 2021.
- Hipótesis específica 3: Predomina los niveles altos sobre los niveles medios y bajo en lo que representa a las actitudes resilientes en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

**Tabla 7.**

*Resiliencia en general y por factores en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso del distrito de Perú, 2021. Lima, 2021. (n=122)*

Niveles	Factores de resiliencia						Resiliencia en general		
	Competencia personal			Aceptación de sí mismo y de la vida			f	%	Res.
	f	%	Res.	f	%	Res.			
Bajo	12	9,8	-28,7	25	20,5	-15,7	14	11,5	-26,7
Medio	33	27,0	-7,7	47	38,5	6,3	33	27,0	-7,7
Alto	77	63,1	36,3	50	41,0	9,3	75	61,5	34,3
	X <sup>2</sup> =54.115; p<.001			X <sup>2</sup> =9.164; p<.001			X <sup>2</sup> =47.918; p<.001		

*Nota.* - f: frecuencia; %:porcentaje.

Predomina de manera significativa el nivel alto ( $p<.001$ ), tanto en general como en las dimensiones de resiliencia; cabe señalar que, en segundo lugar, predomina el nivel medio en la dimensión Aceptación de sí mismo y de la vida.

### En atención al cuarto objetivo específico

- Objetivo específico 4: Describir las sintomatologías depresivas de manera general y por dimensiones tales como, somático motivacional y cognitivo afectivo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.

- Hipótesis específica 4: Predominan los niveles bajo, sobre los niveles medio y alto en lo que respecta a sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

**Tabla 8.**

*Niveles de sintomatologías depresivas de manera general. Lima, 2021. (n=122)*

Niveles	Factores de depresión						Sintomatología depresiva general		
	Somático-motivacional			Cognitivo-afectivo			f	%	Res.
	f	%	Res.	f	%	Res.			
Mínimo	94	77,0	63,5	95	77,9	64,5	97	79,5	66,5
Leve	20	16,4	-10,5	21	17,2	-9,5	19	15,6	-11,5
Moderado	6	4,9	-24,5	3	2,5	-27,5	3	2,5	-27,5
Severo	2	1,6	-28,5	3	2,5	-27,5	3	2,5	-27,5
	X <sup>2</sup> =182.131; p<.001			X <sup>2</sup> =188.951; p<.001			X <sup>2</sup> =198.918; p<.001		

*Nota.*- f: frecuencia; %:porcentaje.

Predomina de manera significativa el nivel mínimo de sintomatología depresiva (p<.001), tanto en general y en sus dimensiones.

#### **En atención al quinto objetivo específico**

- Objetivo 5. Comparar las actitudes resilientes de manera general y por factores, competencia personal y aceptación de sí mismo; según región y etapa formativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- Hipótesis 5. Los integrantes de segunda etapa comparada con los integrantes de tercera, cuarta y quinta etapa muestran mayor sintomatología depresiva, en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- Hipótesis estadística
  - Ho: Existe diferencias significativas entre las medianas
  - H1: No existe diferencias significativas entre las medianas

Nivel de significación: .05.... p≤ ,05 entonces rechazo Ho

**Tabla 9.**

*Análisis comparativo de la resiliencia en general y por dimensiones según sexo y grupo etario. Lima, 2021. (n=122)*

	Variable	Categorías	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis
Competencia personal	Región	Lima	48	64,67	H=2.954; g.l.=3; p= .399
		Arequipa	35	56,89	
		Ayacucho	19	69,89	
		Cusco	20	54,00	
	Etapa de formación	2da	22	40,75	H=14.583; g.l.=3; p= .002
3ra	39	56,06			
4ta	40	70,94			
Aceptación de sí mismo y de la vida	Región	Lima	48	60,33	H=6.278; g.l.=3; p= .099
		Arequipa	35	56,50	
		Ayacucho	19	79,63	
		Cusco	20	55,83	
	Etapa de formación	2da	22	47,00	H=10.235; g.l.=3; p= .017
3ra	39	54,47			
4ta	40	69,25			
Resiliencia en general	Región	Lima	48	63,07	H=4.331; g.l.=3; p= .228
		Arequipa	35	55,71	
		Ayacucho	19	74,76	
		Cusco	20	55,25	
	Etapa de formación	2da	22	42,57	H=15.268; g.l.=3; p= .002
3ra	39	54,05			
4ta	40	70,40			
		5ta	21	78,21	

*Nota.* - U: prueba de significancia estadística U de Mann Whitney; H: Prueba de significancia estadística H de Kruskal Wallis; p: significancia estadística evaluada a nivel .05; g.l.: grados de libertad; T. Edad: tercera edad.

La resiliencia, en general y en sus dos dimensiones se diferencian de manera significativa según la etapa de formación ( $p < .05$ ). No sucede así con la región, ya que, el valor de probabilidad muestra que la resiliencia y las dimensiones no evidencian diferencias significativas según esta variable ( $p > .05$ ). Cabe señalar que, las mayores puntuaciones de resiliencia general y de sus dimensiones, recae en los evaluados que están en la cuarta y quinta etapa de formación.

### En atención al sexto objetivo específico

- Objetivo 6. Comparar la sintomatología depresiva de manera general y por dimensiones expresados en, somático motivacional y cognitivo afectivo, según



región y etapa formativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

- Hipótesis 6. Los jóvenes y adolescentes de la región Lima a comparación de los jóvenes adolescentes de las regiones Ayacucho, Cusco Arequipa muestran mayor capacidad resiliente en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.
- Hipótesis estadística
  - Ho: Existe diferencias significativas entre las medianas
  - H1: No existe diferencias significativas entre las medianas

Nivel de significación: .05....  $p \leq ,05$  entonces Rechazo Ho

**Tabla 10.**

*Análisis comparativo de los síntomas depresivos de manera general y por dimensiones según sexo y grupo etario. Lima, 2021. (n=161)*

	Variable	Categorías	N	Rango promedio	H de Kruskal Wallis
Somático-Motivacional	Región	Lima	48	65,47	H=11.579; g.l.=3; p=.009
		Arequipa	35	68,40	
		Ayacucho	19	36,84	
		Cusco	20	63,33	
	Etapa de formación	2da	22	85,45	H=14.538; g.l.=3; p=.002
3ra		39	61,09		
4ta		40	50,64		
5ta		21	57,86		
Cognitivas-Afectivo	Región	Lima	48	61,75	H=7.031; g.l.=3; p=.071
		Arequipa	35	72,64	
		Ayacucho	19	49,66	
		Cusco	20	52,65	
	Etapa de formación	2da	22	74,45	H=3.730; g.l.=3; p=.292
3ra		39	57,79		
4ta		40	59,24		
5ta		21	59,12		
Síntomatología depresiva	Región	Lima	48	63,31	H=9.486; g.l.=3; p=.023
		Arequipa	35	71,10	
		Ayacucho	19	40,53	
		Cusco	20	60,28	
	Etapa de formación	2da	22	85,11	H=12.857; g.l.=3; p=.005
3ra		39	59,99		
4ta		40	52,93		
5ta		21	55,90		

*Nota.* - U: prueba de significancia estadística U de Mann Whitney; H: Prueba de significancia estadística H de Kruskal Wallis; p: significancia estadística evaluada a nivel .05; g.l.: grados de libertad; T. edad: tercera edad.

La sintomatología depresiva, general y la dimensión somático-motivacional se muestran significativamente diferentes según la religión y la etapa de formación ( $p < .05$ ); no así con la dimensión cognitivas-afectivo; y aquí no evidencia diferencias significativas ni por la región ni por la etapa de formación ( $p > .05$ ). Cabe señalar que las mayores evidencias de sintomatología depresiva general y de forma somático motivacional, recaen más en los evaluados de la región Arequipa y en los que están en la segunda y/o tercera etapa de formación.

### 4.1.3. Discusión de resultados

El estudio se desarrolló orientado a determinar la relación entre la resiliencia y la sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes que se encuentran institucionalizados en casas de acogidas cuya estructura corresponde a una índole religiosa.

Cabe señalar que, los evaluados han estado en situaciones de vulnerabilidad o riesgo social, es por tanto que de alguna manera han llegado a estas instituciones de casa de acogida (Jaime, 2000). Además, antes de discutir los resultados es menester recordar que la resiliencia es una competencia o característica de la personalidad, la cual está orientada a resolver de manera exitosa la problemática es que se le presenta a la persona a modo de adversidades o en un contexto catastrófico (Jaime, 2000). Por otro lado, la sintomatología depresiva, no es sino un conjunto de síntomas que son los indicadores principales para un cuadro de depresión; usualmente la gráfica corresponde a un estado de ánimo irritable relativamente permanente, con muestras de exceso de tristeza y con evidencias que van desde el exceso de tristeza hasta la pérdida del interés por la actividad sexual. (Jaime, 2000)

Para dar atención al objetivo general, los datos fueron evaluados empleando la prueba de significancia estadística que emplea como insumo al coeficiente de correlación rho de Spearman; reportando la existencia de una correlación significativa entre las variables centrales de la investigación; los datos se asociaron describiendo una pendiente negativa; lo cual lleva a interpretarse de modo que cuanto mayores son las evidencias de haber desarrollado la resiliencia, menores han de ser las muestras de sintomatología depresiva; la dispersión de los datos evidencia una fuerza de asociación moderada. Por otro lado, el coeficiente de determinación que, para los análisis de correlación hace las veces del tamaño del efecto, mostró que estos resultados evidencian un tamaño del efecto

grande. Es preciso señalar que ambas variables comparten el 40% de la varianza explicada.

Estos resultados pueden ser explicados en base al potencial de recomposición que tiene la resiliencia; una persona resiliente gestiona de manera personal las posibles soluciones a la adversidad a la que se está enfrentando; usualmente afronta los problemas centrándose de manera radical en la solución de los mismos; prácticamente se trata de una persona que tiene una autoeficacia en potencia y un empoderamiento psicológico en alto nivel; es por estas razones que estas personas van a presentar menores evidencias de sintomatología depresiva, ya que por lo general, estas personas tienden a verse devastadas cuando los problemas se le avecinan; por tanto es lógico inferir que las personas que tienden a mostrar mayores muestras de sintomatología depresiva, no hayan desarrollado adecuadamente el comportamiento resiliente.

Estos hallazgos son similares a los encontrados por Holguin y Rodríguez (2021) en Lima, Arequipeño y Gaspar (2017) en la misma ciudad; ya que luego de evaluar la relación entre estas variables encontraron una correlación inversa y significativa, a la misma interpretación: a mayor resiliencia menor sintomatología depresiva.

Sobre la base de lo expuesto y contrastado se acepta la hipótesis general de investigación, la cual señaló que: La Resiliencia y sintomatología depresiva estas relacionadas de manera inversa en los adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021

El primer objetivo específico de esta investigación estuvo centrado en determinar la relación entre la resiliencia y las dimensiones de las variables sintomatología depresiva. Cabe mencionar que cuando se refiere a la primera dimensión, somático-motivacional, Se trata de una alteración bioquímica del cerebro que es la causante del

desencadenamiento de conductas negativas de la persona las cuales están configuradas como des adaptativas; mientras la dimensión cognitivo-afectivo, hace referencia a una respuesta distorsionada que producto del pensamiento que no le permite actuar de manera razonable.

Los resultados mostraron que la resiliencia y las dimensiones de la sintomatología depresiva se correlacionaron de manera significativa, la interacción de los datos describió pendientes negativas; la interpretación que merece estos resultados está orientada a afirmar que cuanto mayor es la tendencia a desarrollar la resiliencia, menores son las evidencias correspondientes a la presencia de sintomatología depresiva asociada aspectos somático motivacional, y cognitivo afectivo. La fuerza de asociación entre las variables relacionadas es moderada con un tamaño del efecto grande. Según el coeficiente de determinación se puede mencionar que las variaciones vistas en la resiliencia explican en un 40% la sintomatología somático motivacional y en un 31% la sintomatología depresiva asociada al cognitivo afectivo.

Luego de revisar la literatura se encontraron investigaciones cuyos resultados son coherentes a los encontrados en el presente estudio entre ellas se tiene a Carretero (2018) en España, Sánchez y Xavier (2018) en el mismo país, quienes encontraron que estas dimensiones de la sintomatología depresiva se correlacionaron de manera significativa e inversa con la resiliencia.

Por lo expuesto se acepta la primera hipótesis específica de investigación, la cual señaló que la resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva como somático motivacional y cognitivo motivacional; están relacionada de forma inversa y significativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

El segundo objetivo específico de investigación estuvo orientado a determinar la relación entre la sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia. Cabe señalar que estas son 2: competencia personal y aceptación de uno mismo. La primera hace referencia a la confianza que la persona tiene de sí misma y a la capacidad de adaptarse a situaciones de soledad; la segunda está vinculada a la A ecuanimidad que pueda tener una persona para interactuar con su entorno y la satisfacción que tenga consigo misma.

Los resultados evidenciaron que la sintomatología depresiva y las dimensiones de la resiliencia se correlacionaron de manera significativa ( $p < .05$ ) la interacción de los datos describe pendientes negativas, lo cual lleva a interpretar que cuanto mayor es el desarrollo de competencia personal y de aceptación de uno mismo menores han de ser las evidencias de sintomatología depresiva. La fuerza de asociación de estos resultados muestra un nivel moderado con un tamaño del efecto grande. La sintomatología depresiva comparte el 39% de la varianza explicada con la dimensión competencia personal, y el 29% con la dimensión aceptación de uno mismo.

Luego de revisar la literatura se encontraron investigaciones cuyos resultados son coherentes a los encontrados en el presente estudio entre ellas se tiene Holguin y Rodríguez (2021) en Lima, Arequipeño y Gaspar (2017) en la misma ciudad, quienes encontraron que estas dimensiones de la sintomatología depresiva se correlacionaron de manera significativa e inversa con la resiliencia.

Sobre la base del expuesto se acepta la segunda hipótesis de investigación la cual señaló que la, sintomatología depresiva y los factores de resiliencia tales como: competencia personal y aceptación de sí mismo; están relacionados de forma inversa y significativa en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

El tercer objetivo específico de la investigación está orientado a describir las actitudes recientes en general y por dimensiones. Como ya se mencionó anteriormente, al tratarse de un objetivo descriptivo se calculó la distribución de frecuencias con su respectivo porcentaje. Además, a fin de determinar el predominio de un determinado nivel sobre otros se empleó la prueba chi cuadrado de una sola muestra.

En general, la resiliencia predomina el nivel alto de resiliencia con un 61.5%, lo que quiere decir que, tres de cada cinco evaluados ha desarrollado en nivel alto la resiliencia. Por otro lado, se aprecia que el 27% de los evaluados presentaron un nivel medio de resiliencia; en términos cualitativos, se puede afirmar que 3 de cada 10 tienden a presentar este nivel. Sólo el 11.5% presentó un nivel bajo, lo cual puede ser expresado a que uno de cada 10 evaluados tiene baja resiliencia.

En relación a la dimensión de competencia personal, predomina de manera significativa sobre los otros niveles el nivel alto con el 63.1%; cualitativamente se puede expresar de modo que actriz de cada 5 evaluados tiene un nivel alto de competencia personal; Por otro lado, está el nivel medio con un 27%, dada la cercanía al 30% este puede ser expresado a que 3 de cada 10 evaluados presenta este nivel. Sólo un 9,8% presentó un nivel bajo lo cual es lo mismo decir que uno de cada 10 evaluados no ha desarrollado de manera eficaz las competencias personales que configura la resiliencia.

Con respecto a la dimensión aceptación de sí mismo y de la vida, predomina evidentemente el nivel alto con el 41%, cualitativamente esto puede ser expresado de modo que 2 de cada 5 evaluados presentan este nivel; con una proporción similar se encuentra el nivel medio con el 38.5%, cuya interpretación cualitativa es la misma que la anterior; finalmente la quinta parte, es decir, el 20,5% presentó un nivel bajo del desarrollo de la aceptación de sí mismo y de la vida. Sobre la base de lo expuesto la dimensión en la que se presenta mayores dificultades en su desarrollo es la última descrita.

Por tanto, se acepta la tercera hipótesis específica de investigación, la cual señaló que, predomina los niveles altos sobre los niveles medios y bajo en lo que representa a las actitudes resilientes en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

El cuarto objetivo específico estuvo orientado a describir la sintomatología depresiva de manera general y por dimensiones.

Los resultados generales mostraron el predominio significativo del nivel mínimo con el 79.5%, lo cual puede ser expresado de modo que cuatro de cada 5 evaluados no presentan evidentemente la sintomatología depresiva. La segunda proporción más grande corresponde al nivel leve con el 15.6%; con proporciones más pequeñas se puede evidenciar al nivel moderado y severo sólo con el 2,5% respectivamente.

Con respecto a la dimensión somático-motivacional, predomina evidentemente el nivel mínimo con el 77%, dada la cercanía al 80% se puede interpretar de modo que cuatro de cada 5 presenta este nivel; en segundo lugar, está el nivel leve con el 16 4%; seguido a ello está el nivel moderado sólo con el 4.9% y con una proporción aún menor está el nivel severo con el 1.6%.

En relación a la dimensión cognitivo-afectivo, predominio De igual modo el nivel mínimo con el 77.9%; igual al caso anterior dada la cercanía al 80%, esta puede ser interpretada de modo que cuatro de cada 5 evaluados presentó este nivel; en segundo lugar está el nivel leve con el 17 2%, lo cual se puede expresar que la quinta parte de los evaluados presenta la sintomatología depresiva basada en aspectos cognitivo afectivo, Con proporciones más pequeñas se encuentra el nivel moderado y severo con el 2.5% respectivamente.



En términos generales se puede mencionar que la mayoría de los evaluados no presenta evidentemente sintomatología depresiva; está de manera leve en la quinta parte de los evaluados, y en proporciones muy pequeñas, por debajo el 5%, los evaluados con niveles moderados y severos de sintomatología depresiva.

Sobre lo expuesto se acepta la quinta hipótesis específica de investigación, la cual señaló que los integrantes de segunda etapa comparada con los integrantes de tercera, cuarta y quinta etapa muestran mayor sintomatología depresiva, en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

El quinto objetivo específico estuvo centrado en comparar la resiliencia general y por dimensiones según la región de procedencia y la etapa de formación de los evaluados.

Los resultados mostraron que la variable región de procedencia no se mostró como aspectos diferenciadores de la variable resiliencia general y por dimensiones; no así con la etapa de formación la cual sí se mostró estadísticamente diferenciadora. Mostraron mayores evidencias de resiliencia a aquellos evaluados que se encontraban en la cuarta y quinta etapa de formación respecto a los que aún se encuentran en las anteriores etapas. Esto quiere decir Que el Estado en el que se está desarrollando la resiliencia es de manera indistinta a la región en la que se encuentre el evaluado.

El último objetivo específico de la investigación estuvo enfocado en comparar la sintomatología depresiva general y por dimensiones, según en la región de procedencia y la etapa de formación en la que se encuentran los evaluados.

La variable región se mostró estadísticamente diferenciadora de la sintomatología depresiva general y de la dimensión somática emocional, en ambos casos hay mayor evidencia de sintomatología depresiva en los evaluados procedentes de Arequipa. Mientras, la variable correspondiente a la etapa de formación también se mostró

diferenciadora en dichos aspectos solamente, mostrando mayores evidencias en aquellos evaluados que aún se encuentran en la segunda y/o tercera etapa de formación. Cabe mencionar que los resultados vinculados a la dimensión cognitiva-afectivo, suele darse de manera indistinta a la región y/o a la etapa de formación.

Finalmente, sobre la base de lo expuesto y contrastado se acepta la última hipótesis específica de investigación la cual señaló que los jóvenes y adolescentes de la región Lima a comparación de los jóvenes adolescentes de las regiones .Ayacucho, Cusco Arequipa muestran mayor capacidad resiliente en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021.

Como se pudo apreciar, la resiliencia y la sintomatología depresiva están relacionadas de manera altamente notable; pudiéndose evidenciar la importancia de promover el desarrollo de la resiliencia en los niños y en las personas que lo necesiten, a fin de prevenir el desarrollo de posibles sintomatologías depresivas.

## CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

### 5.1. Conclusiones

1. Los adolescentes que han desarrollado de manera adecuada la resiliencia, es decir, las competencias personales para hacer frente a las dificultades y salir adelante de manera exitosa a pesar de los problemas posiblemente catastróficos que se les haya podido presentar, tienden a presentar menores síntomas asociadas a la depresión.
2. Los adolescentes y los jóvenes que han desarrollado adecuadamente la resiliencia van a mostrar menores evidencias de alteración bioquímica cerebral la cual pueda desencadenar una conducta negativa o desadaptativa; así también, van a haber menores evidencias de una respuesta distorsionada cuya reacción sería una actuación irracional.
3. Los adolescentes y jóvenes que han desarrollado de manera específica las competencias personales para afrontar a las dificultades y además de eso, han construido una auto aceptación eficaz, tienden a evidenciar menores muestras de sintomatología depresiva.
4. Predomina de manera notable el nivel alto de desarrollo de la resiliencia en general y según las competencias personales y la aceptación de sí mismo; las mayores dificultades que se muestra en cuanto al desarrollo de la resiliencia está basada en la aceptación de sí mismo y de la vida; y aquí la quinta parte de los evaluados Presentaron niveles bajos en este aspecto.
5. Predominó el nivel mínimo de sintomatología depresiva tanto en general como en los aspectos somáticos motivacional y en relación al cognitivo afectivo

6. Los adolescentes y jóvenes que se encuentran en la cuarta etapa de formación tienden a presentar mayores evidencias de haber desarrollado más la resiliencia, comparados con los que están en etapas inferiores. Dicho desarrollo se da de manera similar en todas las regiones estudiadas.
7. Los adolescentes y jóvenes que pertenecen a la región de Arequipa y los que se encuentran en la segunda y tercera etapa de formación, tienden a mostrar mayores muestras de sintomatología depresiva, sobre todo de tipo somático motivacional, es decir, pueden evidenciar más una alteración bioquímica en las funciones cerebrales que los lleva a desencadenar conductas negativas.

## **5.2. Recomendaciones**

1. A los futuros investigadores, desarrollar estudios de réplica en otros contextos o regiones que no han sido incluidas en esta investigación, a fin de sumar información y complementar la a la encontrada en el presente estudio,
2. A los responsables de las casas hogares, brindarles las herramientas necesarias para que se pueda implementar talleres y programas enfocados al desarrollo de la resiliencia.
3. Del mismo modo, sugerir a los profesionales encargados de las casas hogares, realizar un tamizaje periódico a fin de detectar posibles sintomatologías depresivas, para ser tratadas a tiempo.

## 5. REFERENCIAS

- Acevedo, G. (2002). Logoterapia y resiliencia. *NOUS*, 1(6), 23-40.  
[https://nanopdf.com/download/logoterapia-y-resiliencia\\_pdf#](https://nanopdf.com/download/logoterapia-y-resiliencia_pdf#)
- Alba, J., y Calvete, E. (2019). Relaciones entre depresión, estrés y esquemas disfuncionales tempranos en adolescentes. *Revista internacional de psicología clínica y de la salud*, 27(2), 183-198. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7057536>
- Albrecht, A., y Herrick, C. (2007). *100 preguntas y respuestas sobre la depresión*. Editorial EDAF.  
[https://books.google.com.pe/books/about/100\\_preguntas\\_y\\_respuestas\\_sobre\\_la\\_depr.html?id=kh\\_4mfiIcjMC&redir\\_esc=y](https://books.google.com.pe/books/about/100_preguntas_y_respuestas_sobre_la_depr.html?id=kh_4mfiIcjMC&redir_esc=y)
- American Psychological Association. (2019). *Señales de advertencia: Violencia en la familia* [Salud]. <https://www.apa.org/centrodeapoyo/advertencia#>
- Arequipeño, F., y Gaspar, M. (2017). *Resiliencia, felicidad y depresión en adolescentes de 3° y 5° grado de nivel secundario* [Tesina de Licenciatura, Universidad peruana la unión].  
[https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/397/Flor\\_Tesis\\_bac\\_hiller\\_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/397/Flor_Tesis_bac_hiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Arequipeño, F., y Lastra, H. (2016). Optimismo como factor protector de la ansiedad en estudiantes de Psicología de una universidad privada de Tarapoto. *Revista de Investigación Apuntes Psicológicos*, 1(1), 58-67.  
[https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri\\_apsicologia/article/view/875](https://revistas.upeu.edu.pe/index.php/ri_apsicologia/article/view/875)
- Baldeón, P., Luna, C., Mendoza, S., y Correa, L. (2019). Depresión del adulto mayor peruano y variables sociodemográficas asociadas: Análisis de ENDES 2017. *Revista*

de la Facultad de Medicina Humana, 19(4), 47-52.  
<https://doi.org/10.25176/RFMH.v19i4.2339>

Barradas, M. (2014). *Depresión en Estudiantes Universitarios: Una Realidad Indeseable*.

Palibrio; Illustrated edición. <https://www.amazon.com/-/es/Dra-Mar%C3%ADa-Esther-Barradas-Alarc%C3%B3n/dp/1463380488?asin=1463380488&revisionId=&format=4&depth=1>

Carretero, R. (2018). Resiliencia e inteligencia emocional. Variables de protección en menores residentes en recursos de protección. *Pedagogía social Revista interuniversitaria*, 32(1), 1339-149. [https://doi.org/10.7179/PSRI\\_2018.32.10](https://doi.org/10.7179/PSRI_2018.32.10)

Castro, C., y Rocha, L. (2018). *Sintomatología depresiva y resiliencia en estudiantes de educación primaria de Lima Metropolitana* [Tesina de Licenciatura, Universidad Femenina del Sagrado Corazón].  
<https://repositorio.unife.edu.pe/repositorio/handle/20.500.11955/402>

Caycho, A., y Castilla, C. (2020). Evaluación de un modelo bifactorial y propiedades psicométricas del FACES III en estudiantes peruanos. *Interacciones*, 6(2), e160-e160. <https://doi.org/10.24016/2020.v6n2.160>

Davidson. (2016, enero 21). *Escala de Resiliencia CD-RISC*.  
<https://miespacioresiliente.wordpress.com/2016/01/21/escala-de-resiliencia-cd-risc/>

Dominguez, S., y Centeno, S. (2017). *Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana* [Carta al editor].  
<http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2016.07.009>

Fiszbein, A., Cosentino, C., y Cumsille, B. (2016). *El desafío del desarrollo de habilidades en América Latina. Un diagnóstico de los problemas y soluciones de política pública*.

- (1ra ed.). Diálogo Interamericano, Mathematica Policy Research, CAF.  
<http://scioteca.caf.com/handle/123456789/1031>
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions. In positive psychology: The broaden and build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226.  
<http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>
- Freudenthaler, H., y Neubauer, A. (2005). Emotional intelligence: The convergent and discriminant validities of intra- and interpersonal emotional abilities. *Personalidad y diferencias individuales*, 39(3), 569-579. <https://scihub.se/https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.02.004>
- Greco, C., Ison, M., y Morelato, G. (2007). Emociones positivas: Una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Revista Psicodebate*, 1(7), 81-94. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645315>
- Hernández, R., y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. McGrawHill.  
<https://documentcloud.adobe.com/link/review?uri=urn:aaid:scds:US:e3fc8849-3a4a-4999-9aa0-3ba089f080b1>
- Holguin, J., y Rodríguez, M. (2020). Proactividad y resiliencia en estudiantes emprendedores de Lima. *Propósitos y Representaciones*, 8(2), 1-15.  
<http://dx.doi.org/10.20511/pyr2020.v8n2.367>
- Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi (INSM “HD-HN”). (2018). *64 CASOS DE INTENTOS DE SUICIDIO ENTRE ESCOLARES* [Salud]. Sala de prensa virtual.  
<https://www.insm.gob.pe/oficinas/comunicaciones/notasdeprensa/2018/028.html>

- Jaime, A. (2000). Familia y socialización política la transmisión de orientaciones ideológicas en el seno de la familia española. *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, 92(52), 71-92. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=758098>
- Leyva, A. (2019). *Propiedades psicométricas del cuestionario de Baron I-CE en personal del ejército peruano, Huaraz-2019* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo]. <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/44609>
- Lucio, M. (2018). Resiliencia en niños que han vivido maltrato infantil. Centros de acogimiento institucional de Azuay y Cañar. 2016. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 36(2), 28-36. <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/32200/1/3%20Resiliencia%20Niños%20Maltrato%20Infantil%2028-36.pdf>
- Molina, L., y Arranz, B. (2010). *Depresión*. Editorial Amat. <https://es.scribd.com/document/462612806/Comprender-la-depresion>
- Olson, D. (2008). Circumplex Model of Marital and Family Systems. *Journal of Family Therapy*, 22(2), 144-167. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.00144>
- Olson, D., Portner, J., y Lavee, Y. (1985). "*Faces III*": *Family Adaptability & Cohesion Evaluation Scales, Family Social Science*. St. Paul.
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2019). *Suicidio* [Salud]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
- Pérez, A. (2012). *Inteligencia emocional y motivación del estudiante universitario* [Tesis de doctorado, Universidad de Las Palmas de Gran Canaria]. [https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/9776/2/0675369\\_00000\\_0000.pdf](https://accedacris.ulpgc.es/bitstream/10553/9776/2/0675369_00000_0000.pdf)
- Polk, L. (1997). Hacia una teoría de la resiliencia de alcance medio. *Avances en la Ciencia de la Enfermería*, 19(3), 1-13. <https://doi.org/10.1097/00012272-199703000-00002>



- Puig, G., y Rubio, J. (2012). *Manual de resiliencia aplicada*. Gedisa S.A.  
<https://www.tagusbooks.com/leer?isbn=9788497846608&li=1&idsource=3001>
- Reynolds, W. (1989). *Reynolds Child Depression Scale: Professional manual* (2da ed.). Psychological Assessment Resources. <https://www.parinc.com/Products/Pkey/354>
- Rimari, L. (2008). La resiliencia. ¿Cómo forjar personas resilientes en nuestras escuelas? *Revista pedagógica del maestro peruano*, 1(1), 1-14. <http://files.cer-lacandelaria.webnode.es/200000378-0be830ce21/LA%20RESILIENCIA%202.pdf>
- Rodríguez, A., Ramos, E., Ros, I., y Fernández, A. (2015). Relaciones de la resiliencia con el autoconcepto y el Apoyo Social Percibido en una muestra de adolescentes. *Acción Psicológica*, 12(2), 1-14. <https://dx.doi.org/10.5944/ap.12.2.14903>
- Salgado, A. (2009). Felicidad, resiliencia y optimismo en estudiantes de colegios nacionales de la ciudad de Lima. *Liberabit*, 15(2), 133-141. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v15n2/a07v15n2.pdf>
- Sánchez, O., y Méndez, F. (2018). Estatus social y sintomatología depresiva en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 26(3), 513-528. <https://www.proquest.com/openview/78dc030f320a57853c3ff68788686876/1?pq->
- Santana, E. (2019). La construcción de la resiliencia familiar en la experiencia de la discapacidad: Una posibilidad para generar procesos inclusivos. *Sinéctica*, 53(3), 01-23. [https://doi.org/10.31391/S2007-7033\(2019\)0053-012](https://doi.org/10.31391/S2007-7033(2019)0053-012)
- Sarrín, M. (2018). Depresión en Adultos Mayores – Tu Salud [Org.]. *Universidad Peruana Cayetano Heredia*. <https://tusalud.cayetano.edu.pe/index.php/2021/06/30/depression-en-adultos-mayores/>

- Seligman, M., y Csikszentmihalyi, M. (2000). Psicología positiva: Una introducción. *Psicólogo estadounidense*, 55(1), 5-14. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.5>
- Suárez, E. (1993). Resiliencia o capacidad de sobreponerse a la adversidad. *Medicina y sociedad*, 15(3), 18-22. <http://uniapae.apaebrasil.org.br/wp-content/uploads/2019/10/RESILIENCE-O-CAPACIDAD-DE-SOBREPONERSE-A-LA-ADVERSIDAD.pdf>
- Ugarriza, N., y Ecurra, M. (2002). Adaptación psicométrica de la Escala de Depresión para Adolescentes de Reynolds (EDAR) en estudiantes de secundaria de Lima metropolitana. *Revista de la Universidad de Lima*, 5(1), 83-130. <https://doi.org/10.26439/persona2002.n005.872>
- Van, J. P. (2017). *Teoría general de los sistemas* (5ta ed.). EDITORIAL TRILLAS S.A. DE C.V. . <http://190.57.147.202:90/xmlui/handle/123456789/2535>
- Villarreal, D., y Paz, A. (2017). Cohesión, adaptabilidad y composición familiar en adolescentes del Callao, Perú. *Propósitos y Representaciones*, 5(2), 21-64. <http://www.scielo.org.pe/pdf/pyr/v5n2/a02v5n2.pdf>
- Wagnild, G., y Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7850498/>
- Wolin, S., y Wolin, S. (1993). *The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Arise above Adversity*. Villard Books. [https://books.google.com.pe/books?id=7UF3-Wjg4SoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](https://books.google.com.pe/books?id=7UF3-Wjg4SoC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false)
- Yaría, A. (2005). *Drogas: Escuela, familia y prevención* (1era ed.). Bonum.

## ANEXOS

### Anexo 1: Matriz de consistencia

<b>TITULO</b>	<b>Resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso. Perú. 2021</b>		
<b>PROBLEMA</b>	<i>¿Existe relación entre la resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021?</i>		
<b>OBJETIVOS</b>	<i>Resiliencia y sintomatología depresiva estas relacionadas de manera inversa en los adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.</i>		
	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Determinar la relación entre resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021</li> <li>✓ Determinar la relación entre sintomatología depresiva y las dimensiones de resiliencia expresados en los factores de competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.</li> <li>✓ Describir las actitudes resilientes según los factores de competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso del distrito de Perú, 2021.</li> <li>✓ Describir las sintomatologías depresivas de manera general y por dimensiones tales como, somático motivacional y cognitivo afectivo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.</li> <li>✓ Comparar las actitudes resilientes de manera general y por los factores de competencia personal y aceptación de sí mismo en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.</li> <li>✓ Comparar la sintomatología depresiva de manera general y por dimensiones expresados en, somático motivacional y cognitivo afectivo según regiones en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú, 2021.</li> </ul>		
<b>HIPOTESIS</b>	<i>Resiliencia y sintomatología depresiva, están relacionado de manera inversa en población adulto durante la crisis sanitaria en el distrito de Santiago de Surco, Lima 2020.</i>		
	<p>He1. Resiliencia y las dimensiones de sintomatología depresiva como; somático motivacional y cognitivo afectiva; están relacionados de forma inversa y significativa.</p> <p>He2. Sintomatología depresiva y los factores de resiliencia tales como, competencia personal y aceptación de sí mismo; están relacionados en forma inversa y significativa.</p> <p>He3. Las mujeres comparado con los hombres, los adultos comparados con los jóvenes muestran mayor capacidad resilientes.</p> <p>He4. Los hombres comparados con las mujeres, los adultos comparados con los jóvenes.</p> <p>He5. Los integrantes de segunda etapa comparada con los integrantes de tercera, cuarta y quinta etapa muestran mayor sintomatología depresiva, en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021</p> <p>He6 Los jóvenes y adolescentes de la región Lima a comparación de los jóvenes adolescentes de las regiones Ayacucho, Cusco Arequipa muestran mayor capacidad resiliente en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso de Perú 2021</p>		
<b>METODOLOGÍA</b>	<b>VARIABLES</b>	Resiliencia	
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Competencia personal</li> <li>✓ Aceptación de sí mismo</li> </ul>	
			Sintomatología depresiva
		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Somático motivacional</li> <li>✓ Cognitivo afectivo</li> </ul>	
<b>TIPO Y DISEÑO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Método: Hipotético deductivo</li> <li>✓ Enfoque: Cuantitativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tipo: Descriptivo correlacional</li> <li>✓ Diseño: No experimental</li> </ul>

Anexo 2: Instrumentos



## INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK II ADAPTADO (BDI-IIA)

Usted vive en la casa de acogida Don Bosco: SI      NO.

Edad.....

Etapas formativas:.....

Región o departamento.....

Este siguiente cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cuidadosamente cada uno de ellos. Seguido elija **uno** de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido **las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy**. Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo.

1.	Tristeza	
	0	No me siento triste.
	1	Me siento triste gran parte del tiempo.
	2	Estoy triste todo el tiempo.
	3	Estoy triste y tan feliz que no puedo soportarlo.
2.	Pesimismo	
	0	No me he desanimado respecto a mi futuro.
	1	Me siento más desanimado respecto a mi futuro que antes
	2	No espero que las cosas funcionen para mí
	3	Siento que no hay esperanza para mí en el futuro y que las cosas van a empeorar
3.	Fracaso	
	0	No me siento como un fracasado
	1	He fracasado más de debido
	2	Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos
	3	Siento que como persona soy un fracaso total
4.	Pérdida de placer	
	0	Obtengo tanta satisfacción de las cosas como antes
	1	No disfruto tanto de las cosas como antes
	2	Obtengo muy poco placer de las cosas
	3	No puedo obtener ningún placer de las cosas
5.	Sentimientos de culpa	
	0	No me siento culpable
	1	Me siento culpable respecto a varias cosas que he hecho o que debería haber hecho
	2	Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo
	3	Me siento culpable todo el tiempo
6.	Sentimientos de castigo	
	0	No siento que esté siendo castigado
	1	Creo que tal vez estoy siendo castigado
	2	Espero ser castigado
	3	Siento que estoy siendo castigado

7.	Disconformidad con uno mismo	
	0	Siento acerca de mí lo mismo que siempre
	1	He perdido la confianza en mí mismo
	2	Estoy decepcionado de mí mismo
	3	No me gusta a mí mismo
8.	Autocrítica	
	0	No me critico ni me culpo más de lo habitual
	1	Estoy más crítico conmigo mismo que antes
	2	Me critico a mí mismo por todos mis errores
	3	Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede
9.	Pensamientos o deseos suicidas	
	0	No pienso en matarme
	1	He pensado en <u>matarme</u> pero no lo haría
	2	Desearía matarme
	3	Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo
10.	Llanto	
	0	No lloro más de lo usual
	1	Lloro más que antes
	2	Lloro por cualquier pequeñez
	3	Siento ganas de <u>llorar</u> pero no puedo
11.	Agitación	
	0	No estoy más inquieto o tenso que antes
	1	Me siento más inquieto o tenso que antes
	2	Estoy tan inquieto que me es difícil quedarme tranquilo
	3	Estoy tan inquieto que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo
12.	Pérdida de interés	
	0	No he perdido el interés en otras actividades o personas
	1	Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas
	2	He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas
	3	Me es difícil interesarme por algo
13.	Indecisión	
	0	Tomo decisiones tan bien como siempre
	1	Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones
	2	Encuentro más dificultad que antes para tomar decisiones
	3	Tengo problemas para tomar cualquier decisión
14.	Desvalorización	
	0	Siento que soy valioso
	1	No me considero tan valioso y útil como antes
	2	Me siento menos valioso cuando me comparo con los demás
	3	Siento que no valgo nada
15.	Pérdida de energía	
	0	Tengo tanta energía como siempre
	1	Tengo menos energía que antes
	2	No tengo suficiente energía para hacer algunas cosas
	3	No tengo energía suficiente para hacer nada

16.	Cambios en los hábitos de sueño	
	0	No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño
	1	Duermo un poco más que lo habitual
	2	Duermo un poco menos que lo habitual
	3	Duermo mucho más que lo habitual
	4	Duermo mucho menos que lo habitual
	5	Duermo la mayor parte del día
	6	Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme
17.	Irritabilidad	
	0	No estoy más irritable que antes
	1	Estoy más irritable que antes
	2	Estoy mucho más irritable que antes
	3	Estoy irritable todo el tiempo
18.	Cambios en el apetito	
	0	No he experimentado ningún cambio en mi apetito
	1	Mi apetito es un poco menor que antes
	2	Mi apetito es un poco mayor que antes
	3	Mi apetito es mucho menor que antes
	4	Mi apetito es mucho mayor que antes
	5	No tengo apetito en absoluto
	6	Quiero comer todo el tiempo
19.	Dificultad de concentración	
	0	Puedo concentrarme tan bien como siempre
	1	No puedo concentrarme tan bien como antes
	2	Me es difícil mantener la atención en algo por mucho tiempo
	3	Encuentro que no puedo concentrarme en nada
20.	Cansancio o fatiga	
	0	No estoy más cansado o fatigado que lo habitual
	1	Me fatigo o me canso más fácilmente que antes
	2	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que antes solía hacer
	3	Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que antes solía hacer
21.	Pérdida de interés en el sexo	
	0	No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo
	1	Estoy menos interesado en el sexo que antes
	2	Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo
	3	He perdido completamente el interés en el sexo

### Escala de Resiliencia.

Este siguiente cuestionario consta de 25 enunciados. Por favor, lea cuidadosamente cada uno de ellos. Seguido elija **uno** de enunciado. Marque con un círculo o aspa el número correspondiente al enunciado elegido. Verifique que no haya elegido más de uno.

1. Totalmente desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Parcialmente en desacuerdo.
4. Indiferente.
5. Parcialmente de acuerdo.
6. De acuerdo.
7. Totalmente de acuerdo.

N°	Preguntas	1	2	3	4	5	6	7
1	Cuando pienso algo lo realizo.							
2	Generalmente me las arreglo de una manera u otra.							
3	Dependo más de mí mismo que de otras personas							
4	Es importante para mí mantenerme interesado en las cosas							
5	Puedo estar solo si tengo que hacerlo.							
6	Me siento orgulloso de haber logrado cosas en mi vida.							
7	Usualmente veo las cosas a largo plazo.							
8	Soy amigo de mí mismo.							
9	Siento que puedo manejar varias cosas al mismo tiempo.							
10	Soy decidido.							
11	Rara vez me pregunto cuál es la finalidad de todo.							
12	Tomo las cosas una por una.							
13	Puedo enfrentar dificultades porque las he experimentado anteriormente.							
14	Tengo autodisciplina.							
15	Me mantengo interesado en las cosas.							
16	Por lo general encuentro algo de qué reírme.							
17	El creer en mí mismo me permite atravesar tiempos difíciles.							
18	En una emergencia soy una persona en quien se puede confiar.							
19	Generalmente puedo ver una situación de varias maneras.							
20	Algunas veces me obligo a hacer <u>cosas</u> aunque no quiera.							
21	Mi vida tiene significado.							
22	No me lamento de las cosas por las que no puedo hacer nada.							
23	Cuando estoy en una situación difícil generalmente encuentro Una salida.							
24	Tengo la energía suficiente para hacer lo que debo hacer.							
25	Acepto que hay personas a las que yo no les agrado.							

**GRACIAS POR SU PARTICIPACIÓN**

### Anexo 3: Validez del instrumento

**Tabla 11.**

*Validez de correlación ítem – test por dimensión de las escalas de resiliencia y sintomatología depresiva.*

Factores de resiliencia				Dimensiones de depresión			
F1RE		F2RE		D1DE		D2DE	
Ítem	R <sub>i-t</sub>	Ítem	R <sub>i-t</sub>	Ítem	R <sub>i-t</sub>	Ítem	R <sub>i-t</sub>
R1	,614	R7	,785	D6	,330	D1	,391
R2	,706	R8	,756	D7	,360	D2	,379
R3	,502	R11	,804	D11	,408	D3	,403
R4	,689	R12	,792	D12	,508	D4	,440
R5	,632	R16	,764	D13	,442	D5	,306
R6	,715	R21	,748	D14	,502	D8	,318
R9	,586	R22	,789	D15	,584	D9	,397
R10	,715	R25	,780	D16	,492	D10	,455
R13	,509			D17	,499		
R14	,665			D18	,393		
R15	,698			D19	,576		
R17	,774			D20	,644		
R18	,793			D21	,388		
R19	,748						
R20	,310						
R23	,837						
R24	,729						

F1RE= Competencia personal / F2RE= Aceptación de sí mismo// D1DE=Somático motivacional// D2DE= Cognitivo afectivo//



#### Anexo 4: Confiabilidad del instrumento

**Tabla 12.**

*Fiabilidad por consistencia interna de las escalas de resiliencia y sintomatología depresiva*

Variables	N° Ítems	Confiabilidad	
		Cronbach's $\alpha$	McDonald's $\omega$
Resiliencia	25	,940	,948
Competencia personal	17	,933	,939
Aceptación de sí mismo	8	,774	,800
Depresión	21	,845	,878
Somático motivacional	13	,791	,836
Cognitivo afectivo	8	,680	,700

## Anexo 5: Aprobación del comité de ética.



### COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA PARA LA INVESTIGACIÓN

Lima, 11 de mayo de 2021

Investigador(a):  
**Quispe Caballero, Yuly**  
Exp. N° 405-2021

Cordiales saludos, en conformidad con el proyecto presentado al Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, titulado: **“RESILIENCIA Y SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES Y JÓVENES INSTITUCIONALIZADOS DE CASA DE ACOGIDA DE ÍNDOLE RELIGIOSO. PERÚ 2020”**, el cual tiene como investigador principal a **Quispe Caballero, Yuly**.

Al respecto se informa lo siguiente:

El Comité Institucional de Ética para la investigación de la Universidad Privada Norbert Wiener, en sesión virtual ha acordado la **APROBACIÓN DEL PROYECTO** de investigación, para lo cual se indica lo siguiente:

1. La vigencia de esta aprobación es de un año a partir de la emisión de este documento.
2. Toda enmienda o adenda que requiera el Protocolo debe ser presentado al CIEI y no podrá implementarla sin la debida aprobación.
3. Debe presentar 01 informe de avance cumplidos los 6 meses y el informe final debe ser presentado al año de aprobación.
4. Los trámites para su renovación deberán iniciarse 30 días antes de su vencimiento juntamente con el informe de avance correspondiente.

Sin otro particular, quedo de Ud.,

Atentamente



Yenny Marisol Bellido Fuentes  
Presidenta del CIEI- UPNW

## Anexo 6: Formato del consentimiento informado

### ASENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El presente documento de consentimiento informado contiene información que lo ayudará a decidir si desea ser parte en el siguiente estudio de investigación en salud: relacionado con Psicología. Por lo que solicito que antes de participar es preciso conocer y entender los apartados siguientes, use el tiempo prudencial y lea con detenimiento la información brindada en líneas más abajo si existen dudas al respecto, ponganse en contacto telefónico o por medio de correo electrónico con la investigadora con la investigadora. Tenga en consideración de No otorgar su consentimiento hasta que comprenda la información y todas sus dudas estén resueltas.

Título del proyecto	: “Resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso. Perú. 2021.
Investigador principal	: QUISPE CABALLERO, Yuly.
Propósito del estudio	: Determinar la relación a modo de correlación, entre resiliencia y sintomatología depresiva en adolescentes y jóvenes institucionalizados de casas de acogida de índole religioso.
Participantes	: Adolescentes y Jóvenes de las casas de acogida Don Bosco. Perú.
Participación	: Completando la encuesta
Participación voluntaria	: Si
Beneficios por participar	: Ninguno
Inconvenientes y riesgos	: Ninguno
Costo por participar	: Ninguno
Remuneración por participar	: Ninguno
Confidencialidad	: Total
Renuncia	: Cuando lo considere durante la encuesta
Consultas posteriores	: Tf. 977989088 yuale9@gmail.com (Yuly, Quispe Caballero)
Contacto con el Comité de Ética	: <b>correo comité de ética</b>

## Anexo 7: Carta de aprobación de la institución para la recolección de datos.

"Año del bicentenario del Perú: 200 años de independencia"

Lima 07 agosto del 2021.

Solicito: Autorización para la aplicación de instrumentos psicológicos en jóvenes y adolescentes de las Casas de Acogida Don Bosco Perú.

Sacerdote.

Rafael, Vildozo Murillo, SDB, Director de las Casas de Acogida Don Bosco.

Presente:

Yo, Yuly Quispe Caballero, identificada con DNI: N°. 45747769, Bachiller de la Escuela Académico Profesional de Psicología, de la universidad privada, Norbert Wiener. Es muy grato poder dirigirme a usted para expresar un cordial saludo y al mismo tiempo, requiero se me autorice aplicar los instrumentos psicológicos en los adolescentes y jóvenes habitantes de las diferentes casas de acogida Don Bosco, con los cuales procederé a recoger la información necesaria para desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Licenciada en Psicología. El título nombre de mi proyecto de investigación es: "RESILIENCIA Y SINTOMATOLOGIA DEPRESIVA EN ADOLESCENTES Y JOVENES INSTITUCIONALIZADOS DE CASAS DE ACOGIDA DE INDOLE RELIGIOSOS PERU, 2021." y siendo de mucha importancia contar con la aprobación de su persona.

Quedo al pendiente de su respuesta.

Atentamente.



Bach: Yuly Quispe Caballero.

DNI: 45747769



## **Anexo 8: Informe del Turnitin**

## Anexo 9: Permisos para la utilización de las pruebas.

### SOLICITO AUTORIZACION Recibidos x



**yuly quispe caballero** <yuale9@gmail.com>

13 ene 2021, 11:04



para renzo.carranza ▾

Buen día Mg. Carranza, reciba un cordial saludo de mi parte y a su vez felicitarlo por su gran labor y contribución a la investigación psicológica de nuestro país. le saluda Yuly Quispe Caballero Bachiller en psicología. Respetando las leyes de protección intelectual. Solicito su autorización para utilizar el Inventario de Depresión de Beck Adaptado (BD1-IIA) para la realización y ejecución de mi proyecto de tesis de investigación de licenciatura.

Quedo pendiente de su respuesta.

Muchas gracias, saludos cordiales.

Atte: Quispe Caballero Yuly.



**Renzo Carranza** <renzo.carranza@upeu.edu.pe>

28 ene 2021, 10:01



para mí ▾

Hola Yuly, si bien no soy el autor original, de mi parte no hay problema que puedas usar la adaptación.

Saludos,

-----

Mg. Renzo Carranza Esteban

Investigador CONCYTEC: [Perfil](#)

SCOPUS-ID: <https://www.scopus.com/authid/detail.uri?authorId=57197806655>

Researchgate: [https://www.researchgate.net/profile/Renzo\\_Carranza\\_Esteban](https://www.researchgate.net/profile/Renzo_Carranza_Esteban)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4086-4845>

Scholar Google: <https://scholar.google.es/citations?user=6ufoN0-FAAAA&hl=es>



**yuly quispe caballero** <yuale9@gmail.com>

lun, 21 feb, 12:25 (hace 3 días) ☆ ↶ ⋮

para angelinanovella ▾

Buen día Estimada Angelina Novello, reciba un cordial saludo de mi parte y a su vez felicitarla por su gran labor y contribución a la investigación psicológica de nuestro país. le saluda Yuly Quispe Caballero Bachiller en psicología. Respetando las leyes de protección intelectual. Solicito su autorización para utilizar Escala de Resiliencia (ER) 2002 Adaptado por usted Angelina Novello. Para la realización y ejecución de mi proyecto de tesis de investigación de licenciatura.

Quedo pendiente de su respuesta.

Muchas gracias, saludos cordiales.

Atte: Quispe Caballero Yuly.



**angelina Novella**

lun, 21 feb, 16:04 (hace 3 días) ☆

Yuly, antes que todo necesito envíes por esta vía el protocolo de la ER, que piensas usar, ya que tengo que verificar que sea el correcto.



**yuly quispe caballero**

mié, 23 feb, 13:13 (hace 21 horas) ☆

Buenas tardes, muy agradecida por su respuesta, adjunto a continuación el ED, Atenta a su respuesta.



**angelina Novella**

mié, 23 feb, 18:46 (hace 15 horas) ☆ ↶ ⋮

para mí ▾

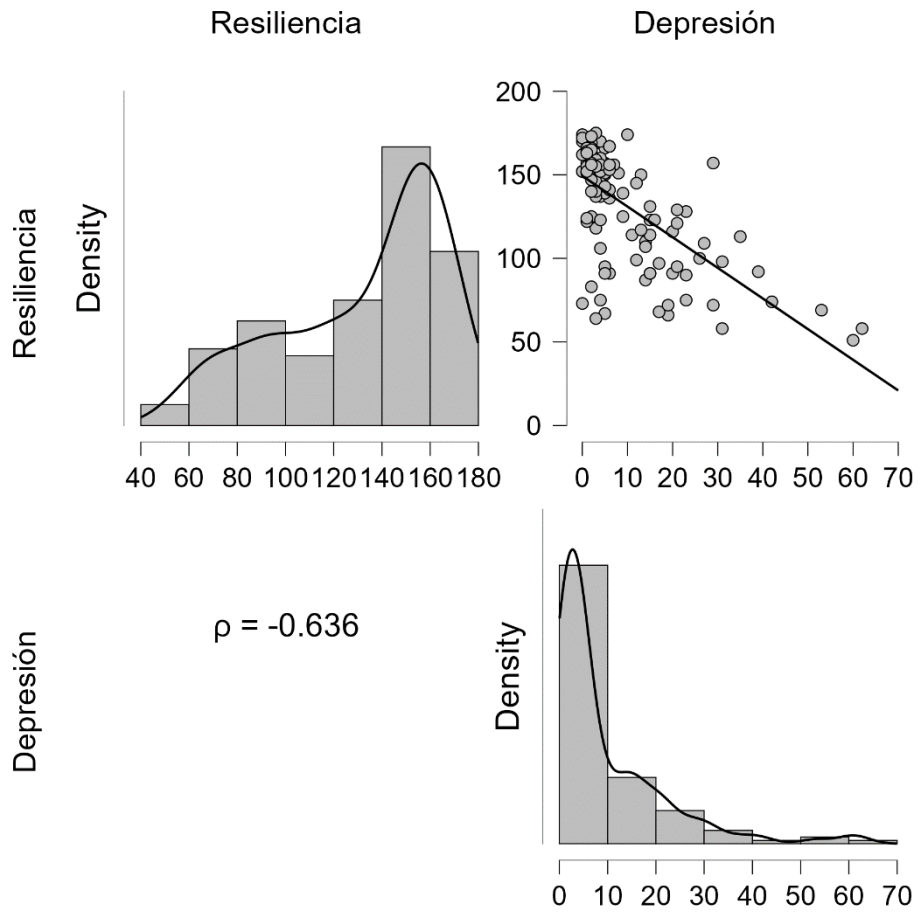
Yuly, puedes usar la ER, es correcta.



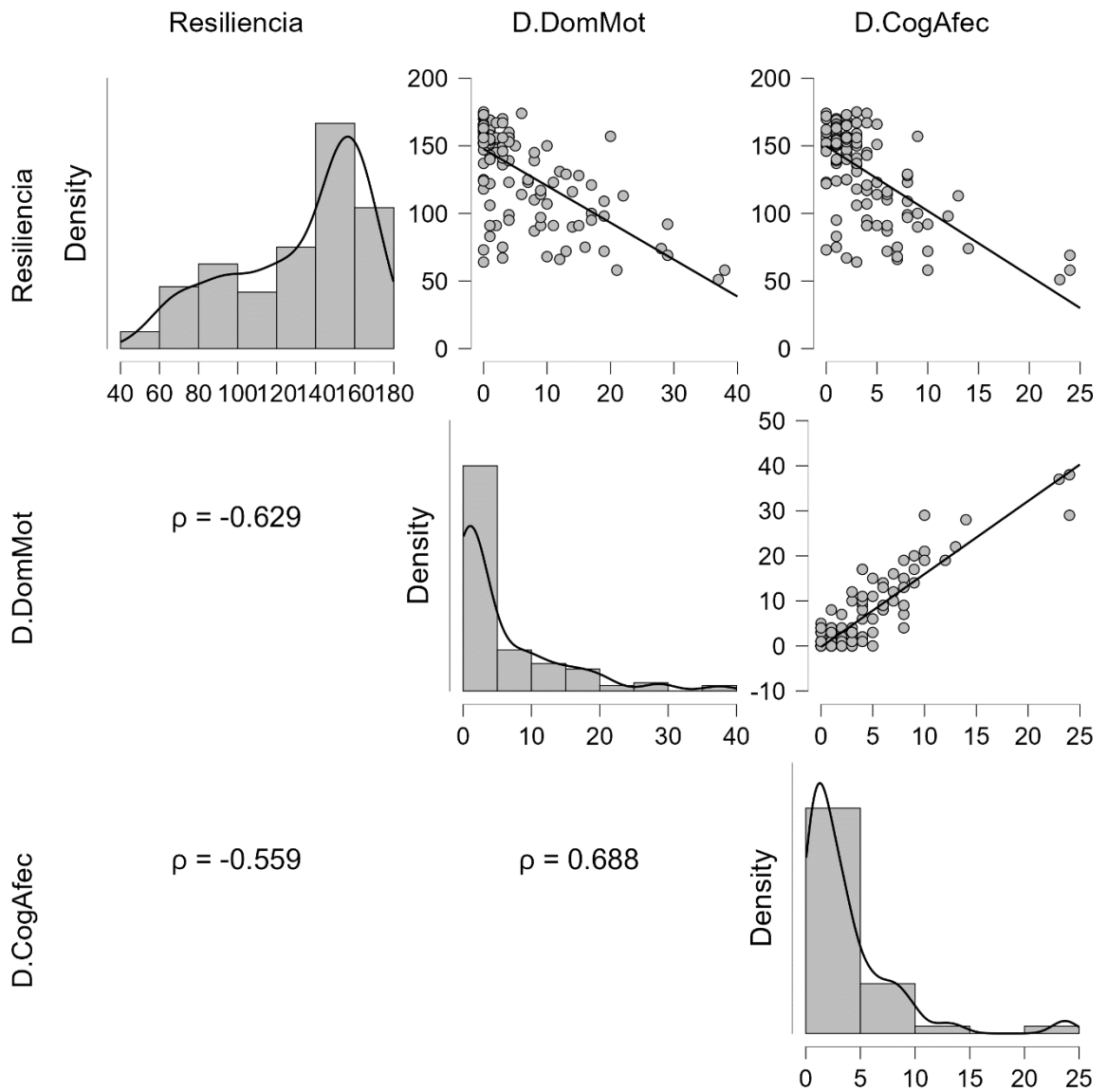








Correlation plot



Correlation plot

