



Universidad
Norbert Wiener

Powered by **Arizona State University**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA**

Tesis

Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana
en un distrito de lima, 2024

**Para optar el Título Profesional de
Licenciado en Psicología**

Presentado por:

Autor: Torre Guerra, Gerardo Samuel

Código ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-1579-7158>

Asesor: Dr. Turriate Chávez, Jairo Jaime

Código ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3238-251X>

Lima – Perú

2025

 Universidad Norbert Wiener	DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA Y DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN		
	CÓDIGO: UPNW-GRA-FOR-033	VERSIÓN: 01 REVISIÓN: 01	FECHA: 08/11/2022

Yo Gerardo Samuel Torre Guerra, egresado de la Facultad de **Ciencias de la Salud** y Escuela Académica Profesional de **Psicología** de la Universidad privada Norbert Wiener declaro que el trabajo de investigación “Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024” Asesorado por el docente: Dr. Jairo Jaime Turriate Chavez DNI 47490285 ORCID 0000-0003-3238-251X tiene un índice de similitud de **14 (catorce) %** con código oid:14912:427646927 verificable en el reporte de originalidad del software Turnitin.

Así mismo:

1. Se ha mencionado todas las fuentes utilizadas, identificando correctamente las citas textuales o paráfrasis provenientes de otras fuentes.
2. No he utilizado ninguna otra fuente distinta de aquella señalada en el trabajo.
3. Se autoriza que el trabajo puede ser revisado en búsqueda de plagios.
4. El porcentaje señalado es el mismo que arrojó al momento de indexar, grabar o hacer el depósito en el turnitin de la universidad y,
5. Asumimos la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión en la información aportada, por lo cual nos sometemos a lo dispuesto en las normas del reglamento vigente de la universidad.



.....
 Firma de autor 1
 Gerardo Samuel Torre Guerra
 DNI:46401932

.....
 Firma de autor 2
 Nombres y apellidos del Egresado
 DNI:



.....
 Firma del Asesor
 Dr. Jairo Jaime Turriate Chavez
 DNI:47490285.....

Lima, 15 de febrero de 2025

Dedicatoria

La presente investigación se lo dedico a mi madre, por darme ese impulso en continuar mis estudios, a mis hermanos por ese apoyo económico y moral que me brindaban a diario y a mi esposa por ser mi soporte y ayuda idónea en los momentos más difíciles de mi vida universitaria.

Agradecimiento

Ante todo, agradezco a Dios por la vida, salud, conocimiento y sabiduría. También, mi gratitud es hacia mis padres, hermanos y esposa quienes me brindaron su apoyo incondicional en todo tiempo. Extiendo también mi gratitud a la escuela de psicología y mi asesor el Dr. Jairo Jaime Turriate Chavez y los maestros que me guiaron en mi desarrollo profesional.

Índice

Portada	iii
Título	iii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice de contenido.....	v
Índice de tablas	vii
Resumen	viii
Abstract.....	ix
INTRODUCCIÓN.....	x
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	1
1.1. Planteamiento del problema	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.2.1. Problema general.....	3
1.2.2. Problemas específicos	4
1.3. Objetivos de investigación.....	4
1.3.1. Objetivo general	4
1.3.2. Objetivos específicos.....	4
1.4. Justificación	5
1.4.1. Teórica.....	5
1.4.2. Metodológica.....	5
1.4.3. Práctica	6
1.5. Limitaciones de la investigación	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1. Antecedentes.....	7
2.1.1. Antecedentes Internacionales	7
2.1.2. Antecedentes Nacionales	9
2.2. Bases teóricas	11
2.3. Formulación de hipótesis.....	21
2.3.1. Hipótesis general	21
2.3.2. Hipótesis específicas	21
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	23
3.1. Método de investigación.....	23

3.2. Enfoque de la investigación.....	23
3.3. Tipo de investigación	23
3.4. Diseño de investigación.....	23
3.5. Población, muestra y muestreo.....	24
3.6. Variables y operacionalización.....	26
3.7. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
3.7.1. Técnica	28
3.7.2. Descripción de instrumentos	28
3.7.3. Validez.....	29
3.7.4. Confiabilidad.....	29
3.8. Plan de procesamiento y análisis de datos.....	30
3.9. Aspectos éticos	31
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS	32
4.1 Resultados.....	32
4.1.1. Análisis descriptivo de resultados.....	32
4.1.2. Prueba de hipótesis	34
4.1.3. Discusión de resultados	38
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	42
5.1 Conclusiones.....	42
5.2 Recomendaciones	43
REFERENCIAS	45
ANEXOS	45
Anexo 01: Matriz de consistencia	45
Anexo 02: Instrumentos de medición	45
Anexo 03: Aprobación del Comité de Ética	45
Anexo 04: Formato de consentimiento informado	62
Anexo 05: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos	45
Anexo 06: Reporte de similitud	64

Índice de tablas

Tabla 1 Matriz de operacionalización de variables	25
Tabla 2 Frecuencia y porcentaje de las variables demográficas	31
Tabla 3 Frecuencia y porcentaje de la variable autoestima y dimensiones	32
Tabla 4 Frecuencia y porcentaje de la variable depresión	32
Tabla 5 Prueba de bondad de ajuste normal	33
Tabla 6 Correlación entre la autoestima y sintomatología depresiva	33
Tabla 7 Correlación entre la dimensión sí mismo y sintomatología depresiva	34
Tabla 8 Correlación entre la dimensión social y sintomatología depresiva	35
Tabla 9 Correlación entre la dimensión familiar y sintomatología depresiva	35

Resumen

Esta investigación tuvo por objetivo analizar la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima. De esta forma, se delimitó un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, nivel correlacional, tipo básico y corte transversal; para lo cual se seleccionó a 169 congregantes entre varones y mujeres una iglesia cristiana del distrito de Santa Anita, a quienes se les encuestó con la Escala de Autoestima de Coopersmith y Escala de Depresión de Beck. Se halló una correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva ($\rho=-0.65$; $p=0.00<0.05$) de manera inversa y moderada; asimismo, la sintomatología depresiva se correlacionó significativamente de manera inversa con las dimensiones: sí mismo ($\rho=-0.61$; $p=0.00<0.05$), social ($\rho=-0.36$; $p=0.00<0.05$) y familiar ($\rho=-0.50$; $p=0.00<0.05$). Se concluyó que los congregantes que presenten una mayor autoestima verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.

Palabras clave: autoestima, sintomatología, depresiva, congregantes, iglesia.

Abstract

This research aimed to analyze the relationship between self-esteem and depressive symptoms in congregants of a Christian church in a district of Lima. Thus, a quantitative approach, non-experimental design, correlational level, basic type and cross-sectional were delimited; for which 180 congregants between men and women were selected from a Christian church in the district of Santa Anita, who were surveyed with the Coopersmith Self-Esteem Scale and the Beck Depression Scale. A significant correlation was found between self-esteem and depressive symptoms ($\rho = -0.65$; $p = 0.00 < 0.05$) in an inverse and moderate manner; Likewise, depressive symptoms were significantly inversely correlated with the dimensions: self ($\rho = -0.61$; $p = 0.00 < 0.05$), social ($\rho = -0.36$; $p = 0.00 < 0.05$) and family ($\rho = -0.50$; $p = 0.00 < 0.05$). It was concluded that congregants with higher self-esteem will see a decrease in the level of depression they could develop.

Keywords: self-esteem, symptoms, depressive, congregants, church.

INTRODUCCIÓN

La depresión en adultos peruanos es un problema significativo de salud pública, caracterizado por una alta prevalencia que afecta negativamente la calidad de vida, la funcionalidad diaria y el bienestar emocional. Factores socioeconómicos, culturales y la falta de acceso adecuado a servicios de salud mental contribuyen a su persistencia. A menudo, los adultos peruanos enfrentan barreras como el estigma asociado con los trastornos mentales y la insuficiencia en la cobertura de servicios especializados, lo que agrava el problema (Chuco, 2021).

El primer capítulo se enfocó en introducir y describir el problema, abordando los objetivos del estudio, la motivación detrás de su ejecución y las limitaciones presentes.

El segundo capítulo revisó el contexto histórico tanto a nivel nacional como internacional, presentó los fundamentos teóricos que respaldan la investigación y formuló las hipótesis correspondientes.

En el tercer capítulo, se detalló la metodología empleada en la investigación, incluyendo el enfoque, el diseño, el tipo y el alcance del estudio, así como la población investigada, la selección de la muestra y el procedimiento para la recolección de datos. También se explicaron los instrumentos utilizados y sus propiedades psicométricas.

El cuarto capítulo expone los resultados obtenidos, con datos descriptivos e inferenciales para evaluar las hipótesis planteadas, seguido de una discusión de dichos resultados.

Finalmente, el quinto capítulo resumió las conclusiones del estudio y ofreció recomendaciones basadas en los hallazgos.

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

Según la Real Academia Española (RAE, 2019) refiere que la autoestima es la estima o la consideración que tiene una persona de sí misma. Asimismo, Low et al. (2022) señalaron que la autoestima puede variar según la aprobación o desaprobación de las demás personas, lo que podría distorsionar la percepción que se tiene sobre sí mismo tanto a nivel mental como físico.

Un estudio en Tailandia realizado por Tapsinsaree et al. (2022) encontraron que el 57.2% de los participantes experimentaron un nivel moderado de bienestar espiritual, además, un 86.1% reportaron tener un nivel moderado de autoestima, lo que sugiere que la espiritualidad podría estar asociada con niveles similares de autoestima, ya que un alto porcentaje de participantes con bienestar espiritual también presentaron una autoestima moderada.

Esto puede deberse al papel que desempeñan las iglesias al abordar las necesidades de las personas con problemas de salud mental, ya que ofrecen un espacio de educación, apoyo y pertenencia a una comunidad unida de congregantes, además, brinda acogida a aquellos que a menudo se sienten excluidos o aislados, proporcionando un acercamiento cercano y adicional dentro de la comunidad (Smith y Mwititi, 2018).

En este sentido, la autoestima puede verse influenciada por las creencias religiosas, esta relación puede ser tanto positiva como negativa, por ello, es crucial considerar como esta conexión también impacta en la depresión, ya que la depresión es un trastorno mental frecuente y se calcula que afecta a más de 300 millones de personas en el mundo, afectando más a mujeres que a hombres; las edades más susceptibles son entre 15 a 29 años (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021).

En Colombia, Uscategui (2023) encontró que el 33.7% de participantes presentaron síntomas depresivos, mientras que el 27.6% reportaron tener baja religiosidad, esto sugiere que las personas con una menor conexión religiosa podrían estar más propensas a experimentar una mayor sintomatología depresiva, ya que la religiosidad y la espiritualidad a menudo proporcionan un sistema de apoyo emocional, sentido de pertenencia y un propósito.

De manera similar, en Chile un estudio realizado por Hermosilla et al. (2023) señala que los adventistas tuvieron un 25% menos de probabilidad de sentirse tristes o deprimidos en comparación con los no adventistas, quienes presentaron una probabilidad del 11.3% de experimentar estos síntomas, además, entre los jóvenes adventistas, solo el 5.4% expreso preocupación por situaciones que pudieran causarles pánico, mientras que el grupo no adventista, el 24.2% mostro una mayor probabilidad de sufrir ansiedad o pánico relacionado con esas situaciones.

En el Perú, el Ministerio de Salud (2018), refiere que en los Estudios Epidemiológicos de la Salud Mental (EISM), indican que anualmente, el 20.7% de la población mayor de 12 años padecen un tipo de trastorno mental y entre los más frecuentes están los episodios depresivos con una prevalencia anual que varía del 4% en Lima rural y se estima un promedio nacional del 7.6%.

Debido a esto, es crucial mitigar los efectos depresivos a través de la autoestima como explica Gutiérrez (2021) quien destaca en su estudio que la mayoría de los jóvenes de la iglesia de Huánuco presentaron un alto nivel de creencias religiosas, alcanzando un 74.55%, esto se contraste con el 61.82% de jóvenes que mostraron un nivel elevado de autoestima, lo que sugiere una posible relación entre la fortaleza de las creencias religiosas y el desarrollo de una autoestima positiva entre los miembros de la iglesia, lo que a su vez, ayuda a combatir con el desánimo, el aislamiento y la depresión.

Asimismo, Cárdenas (2023) en su estudio, señala que el 44% de los congregantes de Lima Metropolitana tuvieron un nivel medio de autoestima y el 40% reportan un nivel promedio de satisfacción vital, esto sugiere que los congregantes experimentan un bienestar emocional moderado, lo que podría estar influenciado por el apoyo social y espiritualidad que reciben en su comunidad religiosa, esta cercanía a la espiritualidad podría contribuir a una mayor autoestima lo que resulta beneficioso para reducir los síntomas depresivos.

Por ello, esta investigación tuvo la finalidad de aportar y generar nuevos enfoques que puedan combatir con la baja autoestima y mitigar los síntomas depresivos, ya que, las causas de la sintomatología depresiva las cuales son diversas (el estrés por la pérdida de un empleo, la carga familiar, viven en casas o departamentos alquilados, y el aumento de los precios) y pueden afectar el bienestar psicológico de una persona (Castillo y Gómez, 2022). Así como, la baja autoestima, pueden ser perjudiciales al no poder controlar su estado psicológico (Castro et al., 2022).

En este sentido, el presente estudio pretende investigar la relación entre las variables en cuestión. En particular, se destaca la importancia de examinar la conexión entre la autoestima y la sintomatología depresiva en 169 congregantes, con el fin de comprender cómo esta población se relaciona con el aumento de la autoestima y la disminución de la depresión. Por ello, a través de esta investigación, se busca generar conocimiento que, en el futuro, permita diseñar intervenciones efectivas para mejorar la salud mental.

1.2. Formulación del problema

1.2.1. Problema general

¿Cuál es la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuál es el nivel de autoestima en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?
- ¿Cuál es el nivel de sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión sí mismo y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión social y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?
- ¿Cuál es la relación entre la dimensión hogar y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?

1.3. Objetivos de investigación

1.3.1. Objetivo general

Determinar la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar el nivel de autoestima en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.
- Identificar el nivel de sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.
- Determinar la relación entre la dimensión sí mismo y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.
- Determinar la relación entre la dimensión social y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

- Determinar la relación entre la dimensión hogar y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

Se llevó a cabo el estudio con la finalidad de brindar nuevos conocimientos, esto se realizó al relacionar la autoestima y la sintomatología depresiva, por ello se compendió investigaciones de revistas, artículos, tesis, organizaciones que abordan las variables mencionadas, de tal manera que permitirá avalar la teoría, como consecuencia de la investigación se obtuvieron resultados que servirán como propuesta para nuevos conocimientos a las ciencias de la salud mental en el ámbito psicológico al demostrarse que existe relación entre dichas variables. En este sentido, las teorías empleadas para esta investigación son: Modelo teórico de Stanley Coopersmith (1967) y la Teoría cognitiva de la depresión (2010).

1.4.2. Metodológica

Por lo tanto, para el estudio de este grupo de personas se utilizó los instrumentos de evaluación del comportamiento: el Inventario de Autoestima de Coopersmith validado por Mendoza y Villar (2021) y el Inventario de depresión de Beck validado por Barreda (2019); ambos instrumentos con una confiabilidad de Alfa de Cronbach estadísticamente bueno y validada mediante jueces de expertos. Este trabajo no solo asegura que los resultados obtenidos sean representativos y válidos, sino que también contribuye al avance de la comunidad científica, ya que proporciona instrumentos metodológicamente sólidos que pueden ser utilizados como referencia en futuros estudios tanto a nivel nacional como internacional. Al estar alineados con estándares académicos, estos instrumentos también promueven la comparabilidad de datos en investigaciones similares, facilitando la creación

de un cuerpo de conocimiento sostenible en el ámbito de la psicología y las ciencias sociales en Perú.

1.4.3. Práctica

A partir de los resultados de la presente investigación servirán como base para futuras investigaciones. Por ejemplo, llevar a cabo investigaciones complementarias enfocadas en desarrollar estrategias o programas de intervención diseñados para prevenir o abordar eficazmente problemas relacionados con la salud mental. Estos aportes no solo buscan contribuir al campo académico, sino también proporcionar herramientas prácticas que puedan ser implementadas en la población adulta con el fin de mejorar su salud mental. En consecuencia, este estudio propondrá acciones específicas orientadas a investigar los problemas emocionales experimentados por los jóvenes adultos que forman parte de una congregación cristiana, promoviendo su bienestar emocional y su desarrollo personal dentro de un ambiente de apoyo comunitario.

1.5. Limitaciones de la investigación

1.5.1. Temporal

Se realizó en el periodo de 6 meses perteneciente al año 2024, a los congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima.

1.5.2. Espacial

La investigación se realizó a los congregantes de una iglesia cristiana del distrito de Santa Anita.

1.5.3. Recursos

Los recursos utilizados para el estudio son autofinanciados.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes de la investigación

2.1.1. Antecedentes internacionales

Muñoz et al. (2023) en su investigación que tuvo como propósito analizar la relación entre la salud mental, autoestima y la satisfacción vital a alumnos en un centro universitario al sur de Chile. Fue de tipo descriptivo correlacional, con un enfoque cuantitativo y diseño transversal no experimental, su muestra fueron 452 participantes entre hombres y mujeres. Se usaron la escala de depresión, ansiedad y estrés (DASS-21) de Lovibond y Lovibond, la escala de satisfacción a la vida (SAV) y la escala de autoestima de Rosenberg. Se evidenció que la salud mental en cuestión de depresión, ansiedad y estrés (DAE) el 31% muestra niveles de depresión alta, del mismo modo la ansiedad con un 26.3% y estrés con un 27.4%, en relación con la satisfacción con la vida, la autoestima y DAE, indica una relación negativa y significativa moderadas ($r = -.422$ $p = .000$ y $r = -.635$ $p = .000$). Del mismo modo, se observa que la correlación entre salud mental (dimensión depresión) y la autoestima, mostrando una correlación negativa y significativa siendo esta fuerte ($r = -.717$ $p = .000$). En conclusión, los estudiantes que obtuvieron puntajes altos en salud mental (DAE) evidenciaban menor satisfacción a la vida y menor autoestima. De la misma forma, se observa que a medida que aumenta la depresión, disminuye la autoestima en los estudiantes.

Lara (2023) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la autoestima e ideación suicida en los estudiantes universitarios. Su investigación fue del tipo correlacional, con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental, corte transversal, contó con una muestra de 110 universitarios, el 73.6% fueron mujeres y el 26.4% hombre. Para la recolección de datos se usaron la Escala de Autoestima de Rosenberg (EAR) y el Inventario de Ideación Suicida Positiva y Negativa (PANSI). Se evidenció que existe una correlación positiva entre la autoestima e ideación suicida positiva ($\rho = 0,568$; $p < 0,001$); sin embargo,

entre la autoestima e ideación suicida negativa existe una correlación positiva y significativa ($\rho = 0,370$; $p < 0,001$). También se encontró que el 14.5% presenta baja autoestima. En conclusión, existen factores de riesgo como problemas económicos, depresión grave, abusos, conflictos y enfermedades que afectan a un mínimo de la población universitaria, del mismo modo factores protectores como una buena inteligencia emocional y autoconfianza que trae beneficios a más del 62.7% que presentó una autoestima alta.

Cubillos et al. (2022) en su investigación tuvo como objetivo describir si es significativa la relación entre la percepción de bienestar subjetivo, ansiedad, depresión y los recursos personales de la percepción del apoyo social y de la autoestima en adultos jóvenes de la ciudad de Bogotá-Colombia. Su investigación fue del tipo no experimental, con un alcance descriptivo correlacional, de estudio cuantitativo, su muestra fueron 213 participantes. Para la recolección de datos se usaron la Escala de Afectividad Positiva y Negativa (PANAS), Escala de Satisfacción con la Vida (SWLS), Escala de Ansiedad de Zung, Escala de Depresión de Beck, Escala de Autoestima de Rosenberg y la Escala de Apoyo Social. Los resultados indicaron que respecto al bienestar subjetivo con la depresión, se encontró una relación débil, significativa y positiva ($R = ,28$, $p < ,01$) es decir que, un elevado grado de afecto negativo en la vida de las personas incrementa la recurrencia de sentimientos de tristeza, por otro lado la relación entre la depresión y la autoestima mostró una relación débil, significativa y negativa ($R = -,17$, $p < ,05$), indicando que los participantes no presentan sintomatología depresiva alta, sin embargo la sensación de malestar generalizada aumenta al no percibirse a sí mismos de forma agradable.

Hermosilla et al. (2022) en su estudio tuvo como objetivo comparar los niveles de depresión, ansiedad y estrés según la pertenencia al adventismo durante la pandemia de COVID-19 en residentes de Maipú, Chile. El estudio fue de tipo transversal, analítico y correlacional, con una muestra de 176 participantes. El cuestionario usado fue el DASS-21

el cual mide la escala de Depresión, Ansiedad y estrés. Los resultados señalaron que la población adventista obtuvo mejores indicadores, con puntajes menores en la sub escala de depresión ($p=0.002$) y ansiedad ($p<0.001$), aunque no en el estrés ($p=0.086$). Además, hubo relación entre pertenecer al adventismo y la ansiedad (OR ajustado 3,59; IC95%: 1,19-10,82). Concluyendo que las personas al sentirse pertenecientes a una comunidad como es el adventismo, la ansiedad y la depresión disminuyen.

García et al. (2021) en su investigación tuvo como objetivo principal establecer la relación entre la soledad percibida, síntomas depresivos y autoestima. Fue una investigación correlacional con un diseño no experimental, obteniendo una muestra de 113 participantes con un rango de edad entre los 18 a 25 años. Se aplicó la Escala UCLA de Loneliness para medir la soledad, la Escala de Depresión de Goldberg y la Escala de Autoestima de Rosenberg. Se evidenció una correlación negativa alta entre la soledad y la autoestima ($r=-,63$; $p<.001$), de la misma forma una correlación negativa alta entre los síntomas depresivos y la autoestima ($r=-,74$; $p<.001$), evidenciando entre más altos los niveles de depresión, más bajos los niveles de autoestima. En conclusión, el estudio determinó que, entre mayores niveles de soledad, mayor nivel de depresión y niveles bajo de autoestima. Del mismo modo, mayores niveles de depresión son igual a menores niveles de autoestima.

2.1.2. Antecedentes nacionales

Cárdenas (2023) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre las variables psicológicas autoestima y satisfacción con la vida en personas religiosos de una iglesia cristiana de San Juan de Lurigancho, Lima. El estudio fue de tipo descriptivo correlacional, con un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y transversal, en 50 congregantes. Para ello se utilizaron la escala de autoestima de Rosenberg (RSE) y la escala de satisfacción con la vida de Diener (SWLS). Los resultados dieron a conocer que existe

una correlación de ($r = 0.112$) entre ambas variables, lo que da a entender que a medida que la autoestima aumenta, también lo hará la satisfacción con la vida.

Remuzgo y Rivera (2023) en su investigación tuvieron como propósito analizar la relación entre el ciberbullying, autoestima y depresión en jóvenes. El estudio es tipo correlacional con un diseño empírico asociativo, contó con una muestra de 300 participantes. Se aplicó la Escala de Ciberbullying, la Escala de Autoestima de Rosenberg e Inventario de Depresión de Beck. Los resultados indican que existe relación negativa y significativamente alta entre el ciberbullying y las dimensiones ($r_s = -.213$) y positiva ($r_s = .279$) de la autoestima de igual forma entre el ciberbullying y la depresión ($r_s = .343$), del mismo modo la depresión y las dimensiones negativa ($r_s = -.560$) y negativa ($r_s = .601$) de la autoestima. Se concluyó de esta investigación que dada las evidencias que si existe correlación altamente significativa entre el ciberbullying, depresión y autoestima.

También Pariapaza (2023) en su investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre el nivel de autoestima y depresión en pacientes con tuberculosis en la Microred de Vilque Chico de la provincia de Huancané-Puno. Su estudio fue de tipo descriptivo, contó con una muestra de 40 pacientes que oscilan entre los 18 a 80 años. Los instrumentos para la recolección de datos fueron el cuestionario de autoestima de Rosenberg y el test de autovaloración de depresión de Zung. Los resultados indicaron que existe una relación positiva alta entre el nivel de autoestima y depresión en pacientes con tuberculosis ($r=0,994$; $p<0,01$), también se encontró que el 54.75% tenían autoestima baja y solo el 14.50% autoestima alta a lado de un 58.88% con depresión grave y un 15.13% límites normales de depresión. Finalmente se concluye que si existe relación entre la autoestima y depresión en pacientes con tuberculosis evidenciando que a menor autoestima se incrementó los niveles de depresión moderada y grave.

Gutiérrez (2021) en su investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre las creencias religiosas y la autoestima de los adolescentes de la iglesia Fuente de Vida, Tacna, 2020. Tuvo como metodología un enfoque cuantitativo, de nivel correlacional y de diseño no experimental transversal, en 55 participantes. Los instrumentos usados fueron la Escala de religiosidad y el Inventario de Autoestima Coopersmith forma escolar. Los resultados dieron a conocer que hubo una asociación positiva entre las creencias religiosas y la autoestima (.260**), donde los participantes presentaban un nivel alto de creencias religiosas (74.55%). Concluyendo que, los adolescentes al tener una alta espiritualidad basada en sus creencias causarían que estos mismos tengan una visión clara de sí mismos, así como una valoración positiva en relación a su valor como persona.

2.2. Bases teóricas

2.2.1 Definiciones sobre la autoestima

Coopersmith (1990, citado por Lingan, 2018) refiere, la autoestima es el examen que un individuo se hace y en muchas ocasiones mantiene de sí mismo, esto quiere decir la aceptación o rechazo referente a lo que piensa ser capaz, competente e importante a su vez esto implica un determinado valor o criterio personal de su autoestima, evidenciado en su comportamiento o conducta que la persona tiene.

También, Branden (1995), define la autoestima como una necesidad humana fundamental que funciona dentro del individuo con o sin su consentimiento. Por eso es indispensable para la propia supervivencia por el valor total del yo y los juicios sobre la valía de manera que los sentimientos y actitudes de aprobación hacia uno mismo, nos lleve a una percepción de amor por parte de los demás, (González y López, 2001); además una de las principales diferencias que tenemos los seres humanos con los animales es la consciencia de sí mismos y la capacidad de definir o establecer, darle valor o no a una identidad, (Mckay y Fanning, 1991). En concordancia con lo expuesto, Cataño et al. (2008) mencionan que la

autoestima es el aprecio de la persona que va unido al sentimiento de valía y confianza en sí mismo, que lo hace sentir suficientemente competente para el enfrentamiento de las circunstancias de la vida.

Abraham Maslow (1975) integra la autoestima dentro de la autorrealización del ser humano teniéndolo como un peldaño para sentirse realizados, afirmando que las personas autorrealizadas poseen una madurez alta, salud y autosatisfacción para ellos necesita satisfacer ciertas necesidades como: vida, inmunidad, seguridad, pertenencia, afecto, respeto, autoestima y autorrealización. Del mismo modo, se entiende que cada persona tiene un YO positivo, único y bueno que a menudo se va empañando por un sentimiento de ser indignos y sin valor a esto atribuye un sentido real a que si desea ser el mismo debe construir un camino que le lleve a ello (Rogers, 1992).

Rosenberg (1965) hace alusión al término como “una actitud positiva o negativa hacia un objeto particular, el yo. La alta autoestima refleja la percepción de que uno es suficiente.

La autoestima está vinculada con las interacciones con personas cercanas; en otras palabras, las relaciones interpersonales contribuyen al desarrollo de la autoestima, y en este proceso se manifiesta (cariño o afecto), así como también lo contrario (odio) y de acuerdo con eso, la persona forma la concepción de lo que es. Además, considera distintos aspectos influyentes como la familia, el círculo social, la escuela, el trabajo, el entorno en general, la dependencia, la sensibilidad o susceptibilidad de cada sujeto.

2.2.2. Componentes de la autoestima

Las personas reflejan su autoestima de forma global de acuerdo a sus componentes, que se dividen en tres: componente cognitivo, componente emocional y componente conductual (Roa, 2013).

1. Componente cognitivo: También llamado como autoconcepto, autoimagen, autopercepción y autoconocimiento. Se refiere a la percepción personal que cada individuo tiene de sí mismo y de su personalidad, siendo fundamental fortalecer la autoestima mediante creencias firmes y convicciones propias, con el fin de superar conflictos y prevenir una disminución en la autoestima.
2. Componente emocional (evaluativo): Se refiere a la combinación de valores, sentimientos y emociones que provienen en gran medida de la aceptación, valoración y aprecio hacia uno mismo. Este componente puede ser positivo o negativo.
3. Componente conductual: Está relacionado con la capacidad de tomar decisiones de manera coherente, lo que implica una autoafirmación del individuo en busca de una adaptación. Involucra conductas responsables, autónomas, coherentes y autodirigidas.

2.2.3. Dimensiones de la autoestima

La percepción del individuo puede ser de forma variada dependiendo de la valoración que se da así mismo, actualmente, existen 5 dimensiones de la autoestima (Roa, 2013).

1. Autoconcepto personal: Percepción de la propia identidad de la persona. Incluye la responsabilidad, autonomía y el autocontrol.
2. Autoconcepto físico: Valoración de su imagen corporal y presencia física, así como también, de las competencias, habilidades e intelecto.
3. Autoconcepto académico o laboral: Experiencias, fracasos, logros, metas a corto, mediano y largo plazo con respecto al ámbito académico o laboral. Incluye la productividad del individuo, la superación de obstáculos y las capacidades.
4. Autoconcepto familiar: Autoevaluación en el ámbito familiar a través de los miembros pertenecientes.

5. Autoconcepto social: La autoevaluación en el contexto social es el resultado de las interacciones sociales, teniendo en cuenta la capacidad y las habilidades para resolver problemas, adaptarse al entorno.

2.2.4. Niveles de autoestima

Según Coopersmith (1967) refiere que la conducta o comportamiento de los individuos se manifiesta de diferentes maneras de acuerdo a su nivel de autoestima que se clasifica por los siguientes niveles:

- Autoestima alta: Valor y capacidad que posee una persona para el enfrentamiento de problemas de forma resolutiva, demostrando seguridad y confianza en sí misma, sin que los hechos o comentarios ajenos afecten su desempeño personal.
- Autoestima relativa o media: Es una sujeción relativa que las personas tienen de sí misma, generando cierta inestabilidad en la percepción propia.
- Autoestima baja: La persona demuestra inferioridad con respecto a su exterior. Generalmente, no tienen claro sus objetivos, no se han aprendido a valorar, demuestran inseguridad, indefensa e desconfianza ante cualquier adversidad y muestra de afecto.

2.2.5. Factores que favorecen el desarrollo de la autoestima

Según Posse y Melgosa (2001) mencionan que los componentes que incluyen en la formación de un autoconcepto son los siguientes:

- El grado de aspiración: las personas irán encaminando sus metas y logros según los tengan definidos de tal forma que sus conductas serán guiadas a sus objetivos.
- La aprobación del mundo: los individuos muchas veces se proyectan de acuerdo con comentarios de familiares o amigos, porque esto ejerce una fuerte influencia en sus decisiones.

- El grado de responsabilidad asignado: en la niñez al ser asignado por tareas en el ámbito familiar o educativo, harán que desarrolle su autoestima y esto se verá reflejado en la vida adulta.
- El efecto de los medios de comunicación: los niños, jóvenes y adultos diariamente son influenciados por imágenes que se promueven en los medios de comunicación y las redes sociales produciendo impactos sugestivos en la persona.
- El estilo de vida: la alimentación, recreación, vestimenta así mismo como el hacer deporte favorecen y estimulan el desarrollo satisfactorio de la autoestima.
- Valores: Incrementar el nivel de conciencia facilita alcanzar metas específicas, ya que, a mayor conciencia, mayor coherencia en los pensamientos. Este factor involucra la responsabilidad, la sinceridad, la colaboración, la empatía, goce de derechos y cumplimiento de deberes.

2.2.6. Deficiencias de la autoestima como factor de la vulnerabilidad

Los niveles bajos en la autoestima de las personas se asocian con una diversidad de síntomas psicopatológicos como la ansiedad, síntomas depresivos, desesperanza, desmotivación, insomnio y tendencias suicidas (Rolando, 2016). Mientras que, los individuos con un alto nivel de autoestima manifiestan resiliencia y comportamientos adaptativos que se acompañan de mayor autonomía, resolución de conflictos y motivación al logro.

2.2.7. Modelo teórico de Stanley Coopersmith

El autor refiere que la autoestima en el individuo es de constante evaluación de sí mismo o así mismo, esto como resultados de experiencias subjetivas transmitidas mediante un habla articulado o expresiones corporales evidenciando cómo nos consideramos. Para ello el autor postula cuatro factores teóricos que contribuyen a la formación de la autoestima. (Saffie, 2000, citado de Coopersmith 1967).

El primer factor es la cantidad de aceptación, respeto y preocupación que recibe el sujeto de las personas que lo rodean y que tanto ha significado en su vida, este proceso para el autor empieza a en la niñez, cuando el niño empieza a distinguir su cuerpo como un todo a través de las experiencias y exploraciones de sí mismo, su ambiente y las personas que lo rodean. Así mismo, el segundo factor es el de las historias de los éxitos y el lugar o posición que ocupa el sujeto dentro de su comunidad, este factor será desarrollado en las experiencias del sujeto al sentir la necesidad de compartir para adaptarse a su entorno, a su vez su importancia radica en que permite la comunicación de manera directa, continua, segura e integrando y armonizando nuestro interior a través de estos elementos que dan sentido al proceso de formación de la autoestima.

Del mismo modo, el tercer factor es la manera en que las experiencias son percibidas y afrontadas de acuerdo con los valores y aspiraciones de la persona porque cada individuo tendrá diferente manera de percibir según donde se encuentre que puede ser estando solo, en el colegio, con su familia o amigos que conlleva a afirmaciones positivas o negativas sobre cómo se mira así mismo y cómo lo miran las personas. Finalmente, el cuarto factor es la manera de cómo el sujeto responde a una evaluación respondiendo de forma conductual a su nivel de autoestima, si este se encuentra bajo, las conductas serán de aislamiento, desánimo, incapaces de expresarse, etc.

Estos cuatro factores son de suma importancia para que Coopersmith pueda elaborar los ítems que evaluarían el nivel de autoestima en las personas.

2.2.8. Autoestima en adultos y su relación con la religión

La relación entre la religión y la autoestima es un tema complejo que asocia los factores culturales, sociales e individuales. Asimismo, la autoestima se basa en la valoración que tiene el sujeto sobre sí mismo, el cual puede verse influida por las creencias religiosas y el entorno espiritual que profesa. Por otro lado, las religiones desde el aspecto moral y ético

brindan un propósito y significado de vida en los seres humanos (Villa et al., 2024). Finalmente, puede incrementar el efecto positivo en la autoestima, ya que la comunidad cristiana brinda una sensación de apoyo a sus congregantes, el cual es primordial para el desarrollo de la autoestima positiva.

Finalmente, la religión puede establecer una estructura para manejar las situaciones y adversidades, lo que refuerza la autoestima. En este sentido, la religión actual es un recurso de apoyo a los congregantes desde el perdón y el cambio que, para muchos fieles se convierte como un elemento clave para reforzar la resiliencia y la autoestima (Villa et al., 2024).

2.2.9. Considerar dimensiones de autoestima

Dimensión “Sí mismo”: hace referencia a las actitudes favorables hacia la persona, la valoración positiva sobre sí mismo, las características físicas y psicológicas (Mendoza y Villar, 2021).

Dimensión “Social”: se basa en las relaciones interpersonales, la aceptación social, las habilidades sociales con los amigos y compañeros, seguridad interpersonal y la receptividad por otros sujetos (Mendoza y Villar, 2021).

Dimensión “Familiar”: está relacionado con los vínculos del hogar, las cualidades en las relaciones familiares, objetividad en el hogar y la convivencia e independencia entre los integrantes (Mendoza y Villar, 2021).

2.2.10. Definiciones sobre la depresión

Beck et al. (2010) menciona que la depresión es un fallo que se da en el procesamiento de las situaciones, coyunturas o circunstancias que atraviesa una persona. Este mecanismo de procesar se da en el pensamiento que al generar una emoción negativa ocasionara un actuar o conducta inadecuada.

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define la depresión como un trastorno de salud mental común que afecta a más de 264 millones de personas en todo el

mundo y que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza, falta de placer e interés en actividades realizadas previamente con gratificación. Además, genera sentimientos de melancolía, infelicidad, culpa, falta de autoestima y trastornos del sueño en quien la padece.

Es el estado de ánimo negativo conformado por problemas cognitivos, somáticos y conductuales (Rolando, 2016). Se presenta de forma frecuente en los adolescentes, reflejándose en síntomas de apatía, irritabilidad, inutilidad, dificultad para concentrarse, tristeza excesiva, entre otros. Sin embargo, hoy en día se reconoce a la depresión como una enfermedad multifactorial que afecta a los grupos poblacionales de todas las edades por motivos personales, familiares, pérdidas emocionales o laborales, e incluso por incapacidad de adaptación a los cambios.

Consecuentemente Martínez (2003) menciona que la depresión en las personas varía desde un ligero abatimiento o sentimiento de incapacidad, desaliento, inutilidad y pérdida de interés en forma leve, mientras tanto en una manera más profunda existe tensión desagradable, acompañado de pena y el individuo puede estar tenebroso, angustiado o preocupado hasta llegar a un punto de sufrimiento físico y emocional. Mientras que, Jiménez y Pantoja (2007) concluyen que este es el resultado de una dificultad para relacionarse con su entorno.

2.2.11. Signos y síntomas de la depresión

En base a la Clasificación Internacional de Enfermedades, onceava revisión (CIE-11) manifiesta que la depresión se caracteriza por que el individuo presenta una tristeza persistente y también los siguientes síntomas como:

- Pérdida de interés o placer en las actividades cotidianas.
- Energía reducida o fatiga.
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones.
- Cambios en el apetito o peso.

- Alteraciones del sueño.
- Agitación o retraso psicomotor.
- Sentimiento de inutilidad o culpa.
- Pensamiento de muerte o suicidio.

Así mismo los doctores Rodríguez y Lara (2021) aluden que para un buen diagnóstico deben persistir los signos y síntomas dos semanas como mínimo, también seis síntomas definidos para el episodio moderado y ocho para el episodio grave.

2.2.12. Dimensiones de la depresión

Según William Zung (1965), las dimensiones de la depresión son:

- a. Estado afectivo persistente: caracterizado por tristeza, melancolía, acompañado de sensaciones de llanto.
- b. Trastornos fisiológicos: manifestaciones corporales como perdido de peso o disminución de la libido sexual, problemas cardiovasculares o músculo - esqueléticos.
- c. Trastornos psicomotores: representa cansancio o fatiga extrema que impide realizar las actividades diarias.
- d. Trastornos psíquicos: respuestas negativas hacia su persona, sensación de vacío o desesperanza unido a pensamiento e ideas suicidas que afectan la concentración, percepción, atención y memoria.

2.2.13. Sintomatología depresiva

La sintomatología depresiva produce una disfunción psicomotora, cognitiva y de otros tipos como la concentración deficiente, la pérdida de deseo sexual, pérdida de interés o placer, cansancio, alteraciones en el sueño, así como también, un estado de ánimo depresivo y desalentador la mayoría del tiempo. Los individuos con sintomatología depresiva mantienen pensamientos suicidas e incluso pueden intentarlo. También involucra otros

trastornos mentales como las crisis de pánico y ansiedad, que se presentan en algunos casos de forma frecuente y complican el diagnóstico (Remuzgo y Rivera, 2023).

Los pacientes con cualquier forma de depresión son más probables del consumo excesivo de alcohol o de otras sustancias psicotrópicas.

Asimismo, este trastorno reduce las respuestas inmunitarias protectoras, aumentando el riesgo de padecimiento de enfermedades como accidentes cerebrovasculares e infartos de miocardio, dado que, durante la depresión, se liberan citocinas y otros elementos que incrementan la coagulación sanguínea y reducen la variabilidad de la frecuencia cardíaca, todos ellos factores de riesgo potenciales (Remuzgo y Rivera, 2023).

Entre los síntomas más frecuentes se encuentran: ansiedad, irritabilidad, cansancio, sentimientos de culpa e inutilidad, pensamientos negativos y de muerte, pérdida de energía (Sistema Nacional de Salud, 2014).

2.2.14. Teoría cognitiva de la depresión

El modelo cognitivo según Beck, et al. (2010) está desarrollada por tres conceptos para explicar cómo se forma la depresión:

El primer concepto es la triada cognitiva el consiste en tres componentes: en el primer componente el individuo presentará pensamientos negativos de uno mismo, adjudicándose las cosas malas que le suceden por algún desperfecto de forma mental, moral o física. El segundo componente el individuo percibe sus vivencias de modo negativo, culpando al mundo que le presenta obstáculos difíciles de superar lo que trae como consecuencia una frustración que le impide alcanzar sus objetivos. Este último componente se enfoca en el futuro, donde el individuo se plasma proyectos a largo plazo y con alcance complicado, donde eventualmente solo espera limitaciones, tristezas y frustraciones.

El segundo concepto es el de la organización estructural del pensamiento o esquemas depresivos el cual consiste en que la persona selecciona un estímulo externo, estos serán

codificados por medio de los esquemas cognitivos, donde serán categorizados y evaluados por las experiencias vividas en el pasado. En las personas con depresión estos esquemas se ven distorsionados por esquemas idiosincráticos produciendo alteraciones en sus procesos de pensamiento.

Por último, el tercer concepto es el de errores en el proceso de información para explicarlo Beck et al. (2010, cita Beck de 1967) donde indica que estos pensamientos se mantienen a pesar de una evidencia contraria. El primer error es el de inferencia arbitraria esto concerniente a la respuesta de adelantar una determinada conclusión. El segundo error es el de abstracción selectiva esto tocante al estímulo que consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto. Así mismo el tercer error es el de generalización excesiva alusivo a la respuesta de generar una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados. También está el cuarto error que es el de maximización y minimización correspondiente a la respuesta de dar valor a un evento. De igual forma el quinto error es el de personalización que es relativo a la respuesta del individuo de atribuirse fenómenos externos. Por último, el sexto error es el del pensamiento absolutista dicotómico concerniente a la respuesta del individuo de clasificar las experiencias en solo dos posiciones y la persona con depresión se atribuye la posición del extremo negativo.

2.3. Formulación de hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Hi: Existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024 .

2.3.2. Hipótesis específicas

- H1: Existe relación entre la dimensión de sí mismo y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

- H2: Existe relación entre la dimensión social y la sintomatología depresiva en adultos de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.
- H3: Existe relación entre la dimensión hogar y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Método de investigación

El método de investigación fue hipotético – deductivo. Con respecto al tema Rodríguez y Pérez (2017) mencionan que, en este método, se emplean hipótesis como base para desarrollar nuevas deducciones. Se parte de una hipótesis derivada de principios, leyes o datos empíricos, utilizando reglas de inferencia para llegar a predicciones que luego se contrastan con la realidad.

3.2. Enfoque de la investigación

Esta investigación fue de enfoque cuantitativo. Según Hernández y Mendoza (2018) un enfoque cuantitativo es un método que utiliza la recopilación de datos para probar hipótesis basadas en mediciones numéricas y análisis estadísticos para crear patrones de comportamiento.

3.3. Tipo de investigación

El tipo de investigación fue básico porque no está interesada por un conjunto de conocimientos y estudios sobre la producción y la distribución de la riqueza, sino que sirve de cimiento para el desarrollo fundamental de una investigación aplicada y tecnológica en favor de la ciencia (Ñaupas et al. 2018).

3.4. Diseño de investigación

El diseño de investigación fue no experimental y transversal. Según Hernández y Mendoza (2018) es aquella que se lleva a cabo sin manipulación intencional de variables y en la que los fenómenos se observan en su entorno natural solo para analizarlos y diseñar secciones transversales para la recopilación de datos. Datos durante un período de tiempo con el fin de caracterizarlos y análisis de variables en el momento de ocurrencia y la correlación dada. Ese es el caso de este diseño de investigación porque se usaron datos ya

existentes para comparar y determinar la interrelación que tiene las variables autoestima y sintomatología depresiva.

3.5. Nivel de investigación

Asimismo, el nivel de investigación fue correlacional. Según Hernández y Mendoza (2018) refieren que este nivel se caracteriza porque mide la relación, asociación o similitud que presentan dos o más variables, aplicando técnicas estadísticas. Por consiguiente, en la presente investigación se empleará un estudio correlacional para determinar si existe relación entre la autoestima y la sintomatología depresiva en adultos de una iglesia cristiana.

3.6. Población, muestra y muestreo

3.6.1. Población

Arispe et al. (2020) la definen como un grupo de elementos que son objeto de estudio y que cumplen con diferentes características, con el fin de calcular muestras representativas. El presente proyecto de investigación tuvo como población a 300 congregantes entre varones y mujeres de una iglesia cristiana del distrito de Santa Anita.

3.6.2. Muestra

Arispe et al. (2020) definen la muestra como un subconjunto de la población, siendo una parte representativa en donde se llevará a cabo la investigación. Para realizar esta investigación se tuvo una muestra de 169 congregantes entre varones y mujeres una iglesia cristiana del distrito de Santa Anita.

$$n = \frac{NZ^2pq}{e^2(N - 1) + Z^2pq}$$

$$n=169$$

3.6.3. Muestreo

El estudio fue de muestreo no probabilístico por conveniencia, se caracteriza porque el investigador selecciona la muestra siguiendo algunos criterios de inclusión y exclusión (Hernández y Mendoza, 2018). De tal forma para que se realice esta investigación se contaron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- Adultos varones o mujeres entre 20 y 40 años.
- Congregantes de una iglesia cristiana del distrito de Santa Anita.
- Adultos que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Adultos que no completaron la totalidad de los ítems de los cuestionarios
- Congregantes que reciben tratamiento farmacológico para la depresión.
- Congregantes que reciben tratamiento psicológico para la depresión.

3.7. Variables y operacionalización

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Escala valorativa (niveles y rangos)
Autoestima	Branden (1995), define la autoestima como una necesidad humana fundamental que funciona dentro del individuo con o sin su consentimiento	El inventario de autoestima de Coopersmith validado por Mendoza y Villar (2021) que presenta 3 dimensiones	Si mismo	<ul style="list-style-type: none"> - Actitudes favorables hacia sí mismo. - Auto percepción positiva. - Valoración de características físicas. - Valoración de características psicológicas. 	Ordinal Verdadero (1) Falso (0)	Alto (10-13) Medio (5-9) Bajo (0-4)
			Social	<ul style="list-style-type: none"> - Aceptación social. - Habilidades con amigos. - Receptividad por otras personas. - Seguridad interpersonal. 		Alto (4-6) Medio (2-3) Bajo (0-1)
			Familiar	<ul style="list-style-type: none"> - Cualidades en las relaciones familiares. - Convivencia e independencia. - Objetividad en la familia. 		Alto (4-6) Medio (2-3) Bajo (0-1)

Sintomatología depresiva	Es el estado de ánimo negativo conformado por problemas cognitivos, somáticos y conductuales (Rolando, 2016).	El inventario de depresión de Beck validado por Barraza (2019) que presenta 1 dimensión	Unidimensional	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimiento de culpa - Llanto - Melancolía - Criticarse así mismo - Sentimiento de ser castigado - Ideación suicida - Pérdida de energía en realizar sus actividades - Falta de interés por el sexo - Dificultad en la concentración. 	Ordinal	No muchas veces 0 Algunas veces 1 Casi Siempre 2 Siempre 3	0 a 13 mínima 14 a 19 leve 20 a 28 moderada 29 a 63 grave
--------------------------	---	---	----------------	---	---------	---	--

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Técnica

La recolección de datos se realizó con la técnica de la encuesta. Según Casas et al. (2003) esta técnica es definida como un instrumento de adquisición, utilizado en el proceso de recolección de datos de un grupo representativo de personas dentro de una muestra, permitiendo la obtención de datos rápidos y eficaces para evaluar características conductuales.

3.8.2. Descripción de instrumentos

Variable 1: Autoestima

- **Nombre:** Escala de Autoestima de Coopersmith versión adulta
- **Autor original:** Stanley Coopersmith
- **Año de desarrollo:** 1975
- **Autor de adaptación:** Karen Mendoza y Grecia Villar en el 2020
- **Administración:** Individual o colectiva
- **Duración:** Aproximadamente 20 minutos
- **Aplicación:** De 16 en adelante
- **N° Total de ítems:** 25 ítems

Variable 2: Sintomatología depresiva

- **Nombre:** Escala de Depresión de Beck
- **Autor original:** Aron Beck, Robert Steer y Gregory Brown
- **Año de desarrollo:** 1996
- **Autor de adaptación:** Dennys Barreda en el 2019
- **Administración:** Individual o colectiva
- **Duración:** 10 a 15 minutos
- **Aplicación:** De 13 en adelante

- **N° Total de ítems:** 21 ítems

3.8.3. Validez

Autoestima

En el Perú, se hallaron evidencias como en la investigación de Lachira (2014); dónde evaluó el instrumento mediante diez jueces expertos en el área de psicología, medicina, enfermería y docentes en la investigación, obteniéndose un puntaje de 0,012, por lo tanto, $P < 0,05$ estableciendo una concordancia estadísticamente significativa. Consecuentemente, Lingan (2018) evaluó el instrumento mediante la validez de constructo por el método de análisis de sub test-test donde el R de Pearson fue altamente significativo en las áreas sí mismo, social y familiar ($r = .896$, $r = .700$, $r = .689$; $p < 0.05$). Para la investigación usaremos la validez de Mendoza y Villar (2021) que fue mediante la validez de contenido donde cuatro jueces expertos que dieron su aprobación como “ADECUADO” en otras palabras cumple con los requisitos para su aplicación.

Depresión

En el Perú se encontraron evidencias significativas en la investigación de Barreda (2019) donde se evaluó la validez de constructo y de contenido mediante cinco jueces expertos en la psicología de la depresión. Para la validez de constructo se aplicó la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .95$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($X^2 = 3603.2$ $p < .001$) donde el valor es menor a $.001$. La validez de contenido fue mediante el valor de V de Aiken arrojó un $.99$ obteniéndose un 100% de ítems válidos. Por lo tanto, el instrumento es válido para medir el constructo de la depresión en nuestro país.

3.8.4. Confiabilidad

Autoestima

El test de Autoestima de Coopersmith fue validado y adaptado por Mendoza y Villar en el año 2020 en su investigación denominada: Autoestima y ansiedad en estudiantes de

una universidad privada de Huancayo, 2020. El puntaje obtenido fue de .872 según Alfa de Cronbach, que demuestra la confiabilidad del instrumento es estadísticamente bueno. También, Lingan (2018) mediante consistencia interna obtuvo un Alpha de Cronbach de .79 dando fiabilidad del instrumento para ser aplicado en el Perú.

Depresión

El inventario de depresión de Beck (BDI-II) fue validado y adaptado en el Perú por Barreda (2019) en su investigación propiedades psicométricas del inventario de depresión de Beck-II en una muestra clínica de 400 personas tuvo una confiabilidad mediante consistencia interna de Alfa de Cronbach de .93 lo que demuestra una confiabilidad alta del instrumento en muestras clínicas y población general. Por lo tanto, el instrumento es confiable para usar en nuestro país.

3.9. Plan de procesamiento y análisis de datos

Esta etapa de la investigación se llevó a cabo durante los meses de mayo a agosto del año 2024. Contó con dos fases:

La primera fase consistió en contactar con los adultos congregantes de una iglesia cristiana dentro del distrito de Santa Anita e informarles sobre el propósito del estudio. A continuación, se procedió a entregar el consentimiento informado de forma presencial en la iglesia a la que acudían los feligreses mediante una reunión.

La segunda fase se centró en la aplicación de los instrumentos de manera presencial, dirigida a los adultos a través de hojas de papel bond impresas con las pruebas psicométricas, para que completaran la evaluación. El procesamiento de los datos se llevó a cabo mediante el programa SPSS. Se comenzó con la prueba de normalidad de Kolmogórov-Smirnov para obtener datos de cada variable, considerando las dimensiones que la conformaban para su respectivo análisis de resultados y conclusiones. Posteriormente, se utilizó la prueba de correlación de Spearman para la contrastación de hipótesis.

3.10. Aspectos éticos

Se consideraron los principios siguientes: Autonomía, ya que antes de aplicar el instrumento de recolección de datos, se aclararon dudas sobre los objetivos y beneficios de este proyecto de investigación, de manera concreta y sencilla, a través de un consentimiento informado, teniendo en cuenta el contexto sociocultural. No obstante, se informó sobre la confidencialidad, es decir, que su participación sería anónima y voluntaria, respetando las opiniones de cada uno de ellos (Álvarez, 2018).

Asimismo, la beneficencia, dado que este estudio de investigación benefició a la universidad, organismos de salud mental, así mismo permitió evaluar los niveles de autoestima que presentan los adultos jóvenes después de la pandemia por el COVID-19, corrigiendo así las deficiencias que los aquejan (Álvarez, 2018).

Del mismo modo, la no maleficencia, porque se informó a los adultos jóvenes participantes que no habría riesgo a futuro; la recopilación de información no les afectaría ni física, emocional ni socialmente. El siguiente estudio tuvo como objetivo determinar el grado de relación entre la autoestima y la sintomatología depresiva (Álvarez, 2018).

Por último, la justicia, dado que el proyecto de investigación no hizo diferencia alguna entre el género de los participantes entrevistados, se trató de igual manera a cada uno de ellos, dando un servicio respetuoso en todo momento (Álvarez, 2018).

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

4.1 Resultados

4.1.1 Análisis descriptivo de resultados

Tabla 2

Frecuencia y porcentaje de las variables demográficas

Variables		<i>F</i>	%
Edad	20 a 25 años	31	17.2
	26 a 35 años	66	36.7
	36 a 40 años	83	46.1
Sexo	Femenino	94	52.2
	Masculino	86	47.8

Nota: *f*= frecuencia: %= porcentaje

Según los resultados de la tabla 2, se evidencia que el rango de edad más frecuente fue el grupo de 36 a 40 años con el 46.1%, seguido del grupo de 26 a 35 año con el 36.7%, finalizando con el grupo de 20 a 25 años con el 17.2%. Por otro lado, respecto al sexo, el 52.2% de los congregantes encuestados fueron mujeres y el 47.8% fueron varones.

Tabla 3

Frecuencia y porcentaje de la variable autoestima y dimensiones

Dimensión / Variable	Baja		Media		Alta	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sí mismo	21	11.7	67	37.2	92	51.1
Social	18	10	76	42.2	86	47.8
Familiar	13	7.2	51	28.3	116	64.4
Autoestima	5	2.8	93	51.7	82	45.6

Nota: *f*= frecuencia: %= porcentaje

Según los resultados de la tabla 3, se observa que la categoría alta lideró en las dimensiones: sí mismo con el 51.1%, social con el 47.8% y familiar con el 64.4%; asimismo, el 51.7% presentó una autoestima media, seguido del 45.6%, reportaron una autoestima alta y en menor medida el 2.8% evidenció una baja autoestima.

Tabla 4*Frecuencia y porcentaje de la variable depresión*

Dimensión / Variable	Mínima		Leve		Moderado		Grave	
	<i>f</i>	%	<i>F</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Depresión	101	56.1	39	21.7	24	13.3	16	8.9

Nota: f= frecuencia: %= porcentaje

Según los resultados de la tabla 4, se observa que el 56.1% de los congregantes a la iglesia presentaron una depresión mínima, seguido del 21.7% que demostró un nivel leve, el 13.3% manifestó una depresión moderada y el 8.9% que se encontraba en un nivel grave de depresión.

Tabla 5*Prueba de bondad de ajuste normal*

Variables	K-S	Sig.
Sí mismo	.175	.000
Social	.147	.000
Familiar	.214	.000
Autoestima	.123	.000
Depresión	.128	.000

Según los resultados de la tabla 5, la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov reveló que no se observó una distribución normal en ninguno de los casos ($p < 0.05$). En consecuencia, se decidió emplear métodos estadísticos no paramétricos, como la prueba de correlación de Spearman, para realizar la prueba de hipótesis.

4.1.2. Prueba de hipótesis

Hipótesis general de la investigación:

Ho: No existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

H1: Existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

Tabla 6

Correlación entre la autoestima y sintomatología depresiva

		Sintomatología depresiva
Autoestima	Rho	-0.65
	Sig.	0.00

Nota: Rho= Coeficiente de Spearman, p= probabilidad de significancia

Según los resultados de la tabla 6, se evidencia una correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva ($\rho = -0.65$; $p = 0.00 < 0.05$) de manera inversa y moderada; es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana. Lo que se traduce en que, los congregantes que presenten una mayor autoestima verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.

Hipótesis específica 1 de la investigación:

Ho: No existe relación entre la dimensión de sí mismo y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

H1: Existe relación entre la dimensión de sí mismo y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

Tabla 7

Correlación entre la dimensión sí mismo y sintomatología depresiva

		Sintomatología depresiva
Sí mismo	Rho	-0.61
	Sig.	0.00

Nota: Rho= Coeficiente de Spearman, p= probabilidad de significancia

Según los resultados de la tabla 7, se evidencia una correlación significativa entre la autoestima en sí mismo y la sintomatología depresiva ($\rho=-0.61$; $p=0.00<0.05$) de manera inversa y moderada; es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la autoestima en sí mismo y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana. Lo que se traduce en que, los congregantes que presenten una mayor autoestima en sí mismo verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.

Hipótesis específica 2 de la investigación:

Ho: No existe relación entre la dimensión social y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

H1: Existe relación entre la dimensión social y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

Tabla 8

Correlación entre la dimensión social y sintomatología depresiva

		Sintomatología depresiva
Social	Rho	-0.36
	Sig.	0.00

Nota: Rho= Coeficiente de Spearman, p= probabilidad de significancia

Según los resultados de la tabla 8, se evidencia una correlación significativa entre la autoestima social y la sintomatología depresiva ($\rho = -0.36$; $p = 0.00 < 0.05$) de manera inversa y débil; es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la autoestima social y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana. Lo que se traduce en que, los congregantes que presenten una mayor autoestima social verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.

Hipótesis específica 3 de la investigación:

Ho: No existe relación entre la dimensión familiar y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

H1: Existe relación entre la dimensión familiar y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

Tabla 9

Correlación entre la dimensión familiar y sintomatología depresiva

		Sintomatología depresiva
Familiar	Rho	-0.50
	Sig.	0.00

Nota: Rho= Coeficiente de Spearman, p= probabilidad de significancia

Según los resultados de la tabla 9, se evidencia una correlación significativa entre la autoestima familiar y la sintomatología depresiva ($\rho = -0.50$; $p = 0.00 < 0.05$) de manera inversa y débil; es así que se rechaza la hipótesis nula; por lo que, existe relación entre la autoestima familiar y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana. Lo que se traduce en que, los congregantes que presenten una mayor autoestima familiar verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.

4.2. Discusión de resultados

Luego de realizar el análisis estadístico, es propicio discutir dichos resultados. Es así que, en relación a la hipótesis general, la cual fue existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana; se encontró que la autoestima y la sintomatología depresiva de manera significativa inversa y moderada ($\rho = -0.65$; $p = 0.00 < 0.05$). Lo que significa que los congregantes que presenten una mayor autoestima verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar. El resultado anterior es similar a lo encontrado por Cubillos et al. (2022) en un grupo de 213 adultos colombianos, al evidenciarse una correlación débil, significativa y negativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva ($r = -0.17$; $p < .05$).

Este hallazgo coincide con la teoría de Coopersmith (1967), quien sostiene que la autoestima, definida como la evaluación continua que una persona realiza de sí misma, influye directamente en su bienestar emocional, donde, esta evaluación interna se suman las evaluaciones externas, que cuando son negativas, pueden desencadenar pensamientos autocríticos y una visión pesimista del futuro, factores fundamentales en el desarrollo de la depresión si no se manejan adecuadamente, por ello, estas dos variables. Del mismo modo, Jiménez (2022) en su estudio refiere que las personas al presentar bajos niveles de autoestima debido a factores que afectan su percepción respecto a su valor como persona, lo que hace que desarrollen una mayor depresión, destacando la importancia de los resultados para promover estrategias que, a través del fortalecimiento de la autoestima contribuyan a la prevención de los síntomas depresivos.

En relación a la hipótesis específico 1, se dio a conocer que si existe relación entre la dimensión de sí mismo y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana; se encontró que la autoestima y la dimensión de sí mismo de manera significativa inversa y moderada ($\rho = -0.65$; $p = 0.00 < 0.05$). Lo que significa que los congregantes que presenten

una mayor autoestima en sí mismo verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar. El resultado anterior es similar a lo encontrado por Ramos (2020) en un grupo de 224 adultos peruanos, al evidenciarse una correlación débil, significativa y negativa entre la autoestima en sí mismo y sintomatología depresiva ($p < 0.05$).

Esto se contraste con la teoría propuesta por James (1890) quien aborda la autoestima a través de la relación entre el “yo real” y el “yo ideal”, los cuales deben mantenerse en equilibrio para que las actitudes favorables hacia uno mismo, la valoración positiva de las características físicas y psicológicas, y el bienestar general sean favorables, sin embargo, cuando una persona percibe una discrepancia entre quien es en realidad y quien aspira ser, puede experimentar sentimientos de fracaso o insuficiencia. Del mismo modo, Pariapaza (2023) en su estudio refiere las personas al presentar mayor autoestima tienden a tener una visión más proactiva de sus problemas y desafíos, percibiéndolos de manera menos abrumadora y mantienen una actitud más positiva hacia sí mismos, esto sugiere que, si la autoestima en sí mismo de los congregantes de una iglesia, es probable que se observe una disminución en los niveles de depresión.

En relación a la hipótesis específico 2, la cual fue existe relación entre la dimensión social y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana; se encontró que la autoestima y la dimensión social de manera significativa inversa y débil ($\rho = -0.36$; $p = 0.00 < 0.05$). Lo que significa que los congregantes que presenten una mayor autoestima social verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar. El resultado anterior es similar a lo encontrado por Ramos (2020), al evidenciarse una correlación débil, significativa y negativa entre la autoestima social y sintomatología depresiva ($p < 0.05$).

Esto se contraste con la teoría realizada por Rosenberg (1965) quien explica que la autoestima de una persona está influenciada por las evaluaciones sociales que recibe de sus relaciones cercanas, como amigos, familiares o compañeros, donde la aceptación o rechazo

social impacta directamente en la autoevaluación de la persona, ya que una baja autoestima puede generar sentimientos de aislamiento o rechazo, lo que a su vez puede contribuir al desarrollo de síntomas depresivos. De manera similar, Vásquez y Vargas (2022) destacan que la autoestima social alta está vinculada a una mayor sensación de pertenencia, apoyo social y aceptación, factores que pueden ayudar a mitigar los sentimientos de soledad y desesperanzas las cuales podrían desencadenar que una persona vaya generando sentimientos adversos.

De acuerdo a la hipótesis específico 3, la cual encontró que existe relación entre la dimensión familiar y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana; se encontró que la autoestima y la dimensión familiar de manera significativa inversa y moderado ($\rho = -0.50$; $p = 0.00 < 0.05$). Lo que significa que los congregantes que presenten una mayor autoestima familiar verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar. El resultado anterior es similar a lo encontrado por Ramos (2020) en un grupo de 224 adultos peruanos, al evidenciarse una correlación débil, significativa y negativa entre la autoestima familiar y sintomatología depresiva ($p < 0.05$).

Esto se contrasta con la teoría propuesta por Bronfenbrenner (1979) quien sostiene que la familia juega un papel fundamental en el desarrollo de la autoestima de una persona, ya que es el primer entorno donde el individuo establece sus primeras interacciones significativas (apoyo emocional, calidad de apego, etc.), dichas interacciones permiten desarrollar una autoestima positiva, sin embargo, si esto no se trabaja de forma positiva, puede darse el caso de que la autoimagen se distorsione negativamente generando sentimientos de insuficiencia o pensamientos pesimistas, que son factores clave para que la depresión no incremente. De forma similar, en el estudio de Vásquez y Vargas (2022) refieren al sentido de apoyo, valor y pertenencia dentro del entorno familiar, puede contribuir a una mayor resiliencia emocional y bienestar general, por lo que se debe procurar la

formación familiar para un buen desarrollo de la autoestima y con ello, poder mitigar cualquier efecto adverso que pueda perjudicar la salud mental.

Por último, se detallan las implicaciones teóricas y prácticas de este estudio, que aportan a la comprensión de las variables analizadas, de las cuales se basan en los antecedentes y que está respaldado por la información teórica y conceptual, lo cual es primordial para el conocimiento psicológico.

En relación con las implicaciones prácticas de la investigación, los hallazgos sirven de utilidad para fomentar a los responsables de la institución participante diseñen e implementen medidas y programas de concientización, así como de la promoción del bienestar las cuales están dirigidos a la muestra del trabajo para poder afrontar la problemática del estudio.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. Se halló una correlación significativa entre la autoestima y la sintomatología depresiva ($\rho=-0.65$; $p=0.00<0.05$) de manera inversa y moderada. Esto significa que, los congregantes que presenten una mayor autoestima verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.
2. Respecto a los niveles de autoestima, se evidenció que el 45.6% manifestaron niveles altos, seguido del nivel medio con 51.7% y nivel bajo de 5%.
3. Respecto a los niveles de depresión se reportó que el 8.9% presentaron niveles graves, el 13.3% nivel moderado, el 21.7% nivel leve y el 56.1% nivel mínimo.
4. Se halló una correlación significativa entre la autoestima en sí mismo y la sintomatología depresiva ($\rho=-0.61$; $p=0.00<0.05$) de manera inversa y moderada. Esto significa que, los congregantes que presenten una mayor autoestima en sí mismo verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.
5. Se halló una correlación significativa entre la autoestima social y la sintomatología depresiva ($\rho=-0.36$; $p=0.00<0.05$) de manera inversa y débil. Esto significa que, los congregantes que presenten una mayor autoestima social verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.
6. Se halló una correlación significativa entre la autoestima familiar y la sintomatología depresiva ($\rho=-0.50$; $p=0.00<0.05$) de manera inversa y débil. Esto significa que, los congregantes que presenten una mayor autoestima familiar verán disminuido el nivel de depresión que podrían desarrollar.

5.2 Recomendaciones

1. En función al objetivo general, se recomienda que los altos mandos de la iglesia cristiana desarrollen diversos programas de intervención enfocados a la prevención y concientización sobre los efectos negativos de la autoestima con el propósito de fortalecer las percepciones negativas de los congregantes e incrementar la autovaloración con el fin de mitigar los sentimientos que puedan generar síntomas de depresión.
2. En función a los niveles de autoestima, se recomienda al pastor de la iglesia, implementar charlas sobre la importancia de la autoestima dentro de las predicaciones grupales que estén enfocados en potenciar las habilidades sociales, autoconcepto, empatía y resolución de conflictos con el objetivo de fortalecer los niveles de autoestima en los congregantes de la iglesia.
3. En función a los niveles de depresión, se recomienda que el ministerio pastoral integre un psicólogo con el propósito de brindar escucha activa y consejería psicológica a los congregantes, además de brindar técnicas de terapia cognitiva conductual (TCC) con la finalidad de mejorar los niveles de depresión.
4. En función a la relación entre la autoestima en sí mismo y la sintomatología depresiva, se sugiere a los catequistas fomentar una autoestima positiva a los congregantes de la iglesia a través de las clases de catequesis donde creen dinámicas grupales que abarquen temas como auto evaluación, el reconocimiento de metas personales y la confianza, con el propósito de incrementar la autoestima en sí mismo y con ello aminorar la vulnerabilidad a la sintomatología depresiva, promoviendo un autoconcepto resiliente y una perspectiva equitativa frente a los problemas.
5. En función a la relación entre la autoestima social y la sintomatología depresiva, se recomienda a los diáconos por medio la administración de servicios comunitarios,

fomentar actividades para los congregantes, realicen eventos que promuevan el compañerismo y la conexión social, y así que puedan generar un sentido de pertenencia con sus compañeros y su comunidad, además, con ello se busca reducir la sensación de aislamiento, lo cual favorece a la protección frente a los síntomas depresivos.

6. Por último, en base a la relación entre la autoestima familiar y la sintomatología depresiva, se recomienda a los pastores enseñar sobre la importancia de la familia como base de apoyo emocional, donde se implemente un servicio de consejería que fomente la comunicación y escucha activa entre padres e hijos, esto ayudaría a fortalecer los lazos familiares y promover la autoestima dentro del hogar, previniendo la desconexión emocional y disminuir el riesgo de experimentar síntomas depresiva.

REFERENCIAS

- Álvarez, P. (2018). Ética e investigación. *Boletín Redipe*, 7(2), 122-149.
<https://revista.redipe.org/index.php/1/article/view/434/430>
- American Psychiatric Association. (2013). *Guía de consulta de los criterios de diagnóstico DSM – 5*. American Psychiatric Association.
<https://www.eafit.edu.co/ninos/reddelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
- Arispe, M., Yangali, S., Guerrero, A., Lozada, R., Acuña, A. y Arellano, C. (2020). *La investigación científica: una aproximación para los estudios de posgrado* [Tesis de pregrado, Universidad Internacional del Ecuador]. Repositorio de la Universidad Internacional del Ecuador. <https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/4310>
- Barreda, V. (2019). Propiedades Psicométricas del Inventario de Depresión de Beck-II (IDB-II) en una muestra clínica. *Revista de investigación en psicología*, 22(1), 39-52.
<http://dx.doi.org/10.15381/rinvp.v22i1.16580>
- Beck, T., Rusho, J., Shaw, F. y Emery, G. (2010). *Terapia cognitiva de la depresión* (1° ed.). Desclee de Brouwer.
- Bogaert, H. (2012). La depresión: etiología y tratamiento. *Ciencia y Sociedad*, 37(2), 183-197. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=87024179002>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development: Experiments by Nature and Design* (1ªed.). Harvard University Press.
https://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/familia_contemporanea/modulo1/la-ecologia-del-desarrollo-humano-bronfenbrenner-copia.pdf
- Canales, H., De Alvarado, L. y Pineda, B. (1994). *Metodología de la investigación: manual para el desarrollo de la salud* (1° ed.). Organización panamericana de la salud.

- Cardenas, S. (2023). *Autoestima y satisfacción vital en personas religiosas de una iglesia cristiana, San Juan de Lurigancho, Lima, 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad Católica de Trujillo]. Recuperado de la Universidad Católica de Trujillo. <https://repositorio.uct.edu.pe/server/api/core/bitstreams/082d90e6-678a-4f4b-81a0-5a89b9ec76be/content>
- Cardona, D., Estrada, A. y Byron, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26(2), 206-215. <https://www.redalyc.org/pdf/843/84326204.pdf>
- Casas, J., Repullo, J. y Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos. *Atención primaria*, 31(8), 527-538. <https://core.ac.uk/download/pdf/82245762.pdf>
- Castello, J. (2012). *La superación de la dependencia emocional*. Corona Boreales. <https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/f2ee45a1d6669f1a8a8fcab2ed95e252.pdf>
- Castillo, K. y Gómez, T. (2022). *Estrés parental durante la pandemia del covid-19* [Tesis de pregrado, Universidad Católica de Santa María]. Repositorio de la Universidad Católica De Santa María. <https://repositorio.ucsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12920/12196/76.0486.PS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Castro, E., Palacios, M., Calderón, I. y González, E. (2022). Efectos de estilos de crianza sobre la depresión en adolescentes escolarizados de una muestra peruana. *Revista de investigación en psicología*, 25(2), 39-54. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/23811/189>

- Cataño, D., Restrepo, S., Portilla, N. y Ramírez, H. (2008). Autoestima y sexualidad en adolescentes: Validación de una escala. *Revista de investigación Andina*, 10(16), 57-66.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012481462008000100005&script=sci_abstract&tytlng=es
- Chuco, E. (2021). *Calidad de vida y depresión en adultos mayores del centro poblado de Huaynacancha, Junín* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma del Perú]. Repositorio de la Universidad Autónoma del Perú.
<https://repositorio.autonoma.edu.pe/handle/20.500.13067/1316>
- Coopersmith, S. (1967). *Manual de evaluación de la autoestima en adultos*. Dwarf.
- Cubillos, K., Gómez, L., Melo, C. y Villalba, M. (2022). *Bienestar subjetivo, su relación con indicadores de salud mental y algunos recursos personales en adultos jóvenes de Bogotá* [Tesis de pregrado, Universidad Piloto de Colombia]. Repositorio de la Universidad Piloto de Colombia.
<https://repository.unipiloto.edu.co/handle/20.500.12277/11704>
- García, D., Susana, M. y Aybar, N. (2021). *Correlación entre la soledad, depresión y autoestima en jóvenes dominicanos* [Tesis de pregrado, Universidad Iberoamericana]. Repositorio de la Universidad Iberoamericana.
https://repositorio.unibe.edu.do/jspui/bitstream/123456789/1068/4/19-0637_TF.pdf
- Gonzales, N. y López, A. (2001). *Autoestima: medición y estrategias de intervención en una experiencia de la reconstrucción del ser* (1° ed.). Universidad Autónoma del estado de México
- Gutiérrez, C. (2021). *Relación entre las creencias religiosas y la autoestima de adolescentes de la iglesia fuente de vida, Tacna – 2020* [Tesis de pregrado, Universidad de

- Huánuco]. Repositorio de la Universidad de Huánuco.
<https://repositorio.udh.edu.pe/handle/123456789/3204>
- Hermosilla, A., Carreño, J. y Morales, I. (2023). Depresión, ansiedad y estrés según pertenencia a una religión durante la pandemia en Maipú, Chile, durante el 2022. *Rev. Med. Hum*, 23(1),15-24. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rfmh/v23n1/2308-0531-rfmh-23-01-15.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (1° ed.). Mc Graw Hill.
- James, W. (1890). *Los principios de la psicología* (ed.). Holt and Company.
<http://117.250.119.200:8080/jspui/bitstream/123456789/118/1/William%20james%20THE%20PRINCIPLES%20OF%20PSYCHOLOGY.pdf>
- Jiménez, L. y Pantoja, V. (2007). Autoestima y relaciones interpersonales en sujetos adictos a Internet. *Psicología segunda poca*, 26(1), 78-89.
<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/repse/v26n1/v26n1a06.pdf>
- Jiménez, M. (2022). *Competencias emocionales y bienestar subjetivo en adultos emergentes*. [Tesis de posgrado, Universidad de Valencia]. Repositorio de la Universidad de Valencia. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=309754>
- Lachira, Y. y Iparraguirre, A. (2014). *Risoterapia: intervención de enfermería en el incremento de la autoestima en adultos mayores del Club " Mis Años Felices", 2013* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Repositorio de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/3534/Lachira_yl.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Lara, X. (2023). *Autoestima y su relación con la ideación suicida en estudiantes universitarios*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio de

la Universidad Técnica de Ambato.

<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/38593/1/Lara%20Flores%20Marian%20Xiomara.pdf>

- Lingan, F. (2018). *Autoestima y su relación con la felicidad en cónyuges de la Iglesia Adventista del Séptimo Día del distrito Misionero de Huaycán, Lima, 2017*. [Tesis de posgrado, Universidad Peruana Unión]. Repositorio de la Universidad Peruana Unión. <http://repositorio.upeu.edu.pe/handle/20.500.12840/1167>
- Low, A., Hopper, W., Angelescu, I., Mason, L., Will, G., & Moutoussis, M. (2022). Self-esteem depends on beliefs about the rate of change of social approval. *Sci Rep*, 12(1), 3-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35459920/>
- Martínez, M. (2003). *El paciente con enfermedad en estado terminal y el rechazo a la eutanasia* [Tesis de pregrado no publicada]. Universidad de Toluca.
- Martínez, V. y Villasante, R. (2022). *Autoestima en estudiantes universitarios de Psicología e Ingeniería de una Universidad Privada de Piura, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego. <https://repositorio.upao.edu.pe/handle/20.500.12759/9330>
- Maslow, A. (1975). *Motivación y personalidad*. Sagitario.
- McKay, M. y Fanning, P. (1991). *Autoestima: Evaluación y mejora*. Martínez Roca.
- Mendoza, M. y Villar, M. (2021). *Autoestima y ansiedad en estudiantes de una Universidad Privada de Huancayo, 2020* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana los Andes]. Repositorio de la Universidad Peruana los Andes. <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2221>
- Ministerio de Salud del Perú. (2018, noviembre). Lineamientos de política sectorial en salud mental: Perú 2018. Ministerio de Salud del Perú.

<https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/279661lineamientos-de-politica-sectorial-en-salud-mental-peru-2018>

- Muñoz, M., Mayorga, C. y Jiménez, A. (2023). Salud mental, autoestima y satisfacción vital en universitarios del sur de Chile. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 21(2), 1-27. <https://dx.doi.org/10.11600/rlesnj.21.2.5428>
- Naranjo, M. (2007). Autoestima: un factor relevante en la vida de la persona y tema esencial del proceso educativo. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 7(3), 1-28. <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/9296/17752>
- Ñaupas, H., Palacios, J., Valdivia, R. y Romero, E. (2018). *Metodología de la investigación cuantitativa – cualitativa y redacción de la tesis* (5° ed.). Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud (2021). *Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión (CIE-11)*. Organización Mundial de la Salud. <https://icd.who.int/browse11>.
- Organización Mundial de la Salud. (2021, marzo). Un reporte sobre la depresión. Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Pariapaza, M. (2023). *Autoestima y depresión en pacientes con tuberculosis en la Micro red de Vilque Chico de la Provincia de Huancané, periodo 2022* [Tesis de pregrado, Universidad Privada San Carlos]. Repositorio de la Universidad Privada San Carlos. http://34.127.45.135/bitstream/handle/UPSC/509/Marina_PARIAPAZA_MAMANI.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Posse, R. y Melgosa, J. (2001). *Para el niño: el arte de saber educar*. Safeliz
- Ramón y Cajal, S. (2009). *Los Tónicos de la Voluntad: reglas y consejos sobre la investigación científica*. Formación Alcalá.

- Ramos, V. (2020). Autoestima en relación con la sintomatología depresiva en adolescentes de Lima Norte. *Revista de Investigación y Casos en Salud*, 5(3), 106-117.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7770612>
- Real Académica Española (2019). Autoestima. Recuperado de <https://www.rae.es/diccionario-estudiante/autoestima>
- Remuzgo, R. y Rivera, M. (2023). *Cyberbullying, autoestima y depresión en jóvenes de Lima Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad César Vallejo]. Repositorio de la Universidad César Vallejo.
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/113168>
- Roa, A. (2013). *La educación emocional, el autoconcepto, la autoestima y su importancia en la infancia*. *Edetania*, (44), 241-258.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4596298>
- Rodríguez, A. y Pérez, O. (2017). Métodos científicos de indagación y de construcción del conocimiento. *Revista Escuela de Administración de Negocios*, (82), 1-26.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=20652069006>
- Rodríguez, G. y De Lara, G. (2021). Principales cambios diagnósticos de la CIE-11 en los trastornos afectivos. *Psiquiatría*, 25, 1-17.
https://psiquiatria.com/trabajos/usr_526558525.pdf
- Rogers, C. (1992). *El proceso de convertirse en persona*. Paidós Ibérica.
- Rojas, E. (1984). *Psicopatología de la depresión*. Salvat
- Rolando, A. (2016). *La autoestima en adolescentes*. Honduras.
<https://www.monografias.com/docs111/autoestima-adolescentes-rosenberg/autoestima-adolescentes-rosenberg2>
- Rosenberg, M. (1965). *La autoestima del adolescente y la sociedad*. Paidós
- Saffie, N. (2000). *¿Valgo o no valgo? Autoestima y rendimiento académico*. LOM ediciones.

- Silva, S. y Luque, Y. (2022). Miedo al Covid-19, ansiedad, depresión y satisfacción familiar durante la pandemia Covid-19 en adultos de Lima Metropolitana. *Revista de investigación y casos en salud*, 6(1), 39–47.
<https://doi.org/10.35626/casus.1.2022.322>
- Sistema Nacional de Salud. (2014). *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión en el adulto*. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia.
- Trapsinsaree, D., Pothiban, L., Chintanawat, R. & Wonghongkul, T. (2022). Factors Predicting Spiritual Well-Being among Dependent Older People. *Trends in sciences*, 19(1), 1-11.
- Uscategui, L. (2023). *Asociación entre Sintomatología Depresiva y Religiosidad en Usuarios de Atención Primaria en Bucaramanga* [Tesis de grado, Universidad de Santander]. Recuperado de la Universidad de Santander.
<https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/975276e4-abb1-471b-89a4-18f9ab839044/content>
- Villar, P. Arias, H., Chiglino, C. y Monsalve, D. (2024). *Relación entre las creencias religiosas cristianas y la autoestima en residentes de Bucaramanga y su Área Metropolitana* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Bucaramanga]. Repositorio de la Universidad Autónoma de Bucaramanga.
<https://apolo.unab.edu.co/en/projects/relaci%C3%B3n-entre-las-creenciasreligiosas-cristianas-y-la-autoestim>
- Vivar, L. (2023). *Factores asociados a baja autoestima en estudiantes de Medicina Humana de ocho universidades de Latinoamérica* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Antenor Orrego]. Repositorio de la Universidad Privada Antenor Orrego.
<https://hdl.handle.net/20.500.12759/10170>

Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of general psychiatry*, 12(1), 63-70. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14221692/>

ANEXOS

Anexo 01: Matriz de consistencia

Título: Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DISEÑO METODOLÓGICO
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuál es el nivel de autoestima en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Analizar la relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar el nivel de autoestima en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>H1: Existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024</p> <p>H0: No existe relación entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de</p>	<p>Autoestima</p> <p>Si mismo Social Familiar</p> <p>Depresión</p>	<p>Tipo: básico</p> <p>Método y diseño de la investigación</p> <p>El método: hipotético – deductivo Diseño: experimental y transversal</p> <p>Población muestra</p>

<p>¿Cuál es el nivel de sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión sí mismo y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión social y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?</p> <p>¿Cuál es la relación entre la dimensión hogar y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024?</p>	<p>Identificar el nivel de sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>Analizar la relación entre la dimensión sí mismo y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>Analizar la relación entre la dimensión social y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>Analizar la relación entre la dimensión hogar y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p>	<p>Lima, 2024</p> <p>Hipótesis específicas</p> <p>H1: Existe relación entre la dimensión de sí mismo y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>H0: No existe relación entre la dimensión de sí mismo y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>H1: Existe relación entre la dimensión social y la sintomatología depresiva en adultos de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>H0: No existe relación entre la dimensión social y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>H1: Existe relación entre la dimensión hogar y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p> <p>H0: No existe relación entre la dimensión hogar y la sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.</p>	<p>Unidimensional</p>	<p>Población: 300 Muestra: 169</p> <p>Instrumento 1: Inventario de autoestima de Coopersmith Instrumento 2: Inventario de depresión de Beck II</p>
--	---	---	-----------------------	--

Anexo 02: Instrumentos de medición

Inventario de autoestima de Coopersmith versión adultos

Edad: Sexo: (M) (F) Fecha: Estado civil:

Marque con una Aspa (X) debajo de V o F, de acuerdo con los siguientes criterios:

V cuando la frase **SI** coincide con su forma de ser o pensar

F si la frase **No** coincide con su forma de ser o pensar

Nº	FRASE DESCRIPTIVA	V	F
1	Usualmente las cosas no me molestan		
2	Me resulta difícil hablar frente a un grupo		
3	Hay muchas cosas de mi que cambiaría si pudiese		
4	Puedo tomar decisiones sin mayor dificultad		
5	Soy muy divertido (a)		
6	Me altero fácilmente en casa		
7	Me toma mucho tiempo acostumbrarme a cualquier cosa nueva		
8	Soy popular entre las personas de mi edad		
9	Generalmente mi familia toma en cuenta mis sentimientos		
10	Me rindo fácilmente		
11	Mi familia espera mucho de mí		
12	Es bastante difícil ser "Yo mismo"		
13	Me siento muchas veces confundido		
14	La gente usualmente sigue mis ideas		
15	Tengo una pobre opinión acerca de mí mismo		
16	Hay muchas ocasiones que me gustaría irme de mi casa		
17	Frecuentemente me siento descontento con mis estudios.		
18	No estoy tan simpático como mucha gente		
19	Si tengo algo que decir, usualmente lo digo		
20	Mi familia me comprende		
21	Muchas personas son más preferidas que yo		
22	Frecuentemente siento como si mi familia me estuviera presionando		
23	Frecuentemente me siento desalentado con lo que hago		
24	Frecuentemente desearía ser otra persona		
25	No soy digno de confianza		

Inventario de Depresión de Beck (BDI-2)

Edad: Sexo: (M) (F) Fecha: Estado civil:

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

<p>1. Tristeza</p> <p>0 No me siento triste. 1 Me siento triste gran parte del tiempo 2 Me siento triste todo el tiempo. 3 Me siento tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.</p>	<p>2. Pesimismo</p> <p>0 No estoy desalentado respecto del mi futuro. 1 Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2 No espero que las cosas funcionen para mí. 3 Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puede empeorar.</p>
<p>3. Fracaso</p> <p>0 No me siento como un fracasado. 1 He fracasado más de lo que hubiera debido. 2 Cuando miro hacia atrás, veo muchos fracasos. 3 Siento que como persona soy un fracaso total.</p>	<p>4. Pérdida de Placer</p> <p>0 Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1 No disfruto tanto de las cosas como solía hacerlo. 2 Obtengo muy poco placer de las cosas que solía disfrutar. 3 No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.</p>
<p>5. Sentimientos de Culpa</p> <p>0 No me siento particularmente culpable. 1 Me siento culpable respecto de 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.</p>	<p>6. Sentimientos de Castigo</p> <p>0 No siento que este siendo castigado 1 Siento que tal vez pueda ser castigado. 2 Espero ser castigado. 3 Siento que estoy siendo castigado.</p>
<p>7. Disconformidad con uno mismo.</p> <p>0 Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1 He perdido la confianza en mí mismo. 2 Estoy decepcionado conmigo mismo. 3 No me gusto a mí mismo.</p>	<p>8. Autocrítica</p> <p>0 No me critico ni me culpo más de lo habitual 1 Estoy más crítico conmigo mismo de lo que solía estarlo 2 Me critico a mí mismo por todos mis errores</p>

	<p>3 Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.</p>
<p>9. Pensamientos o Deseos Suicidas</p> <p>0 No tengo ningún pensamiento de matarme.</p> <p>1 He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría</p> <p>2 Querría matarme</p> <p>3 Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.</p>	<p>10. Llanto</p> <p>0 No lloro más de lo que solía hacerlo.</p> <p>1 Lloro más de lo que solía hacerlo</p> <p>2 Lloro por cualquier pequeñez.</p> <p>3 Siento ganas de llorar, pero no puedo.</p>
<p>11 Agitación</p> <p>0 No estoy más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>1 Me siento más inquieto o tenso que lo habitual.</p> <p>2 Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto</p> <p>3 Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.</p>	<p>12 Pérdida de Interés</p> <p>0 No he perdido el interés en otras actividades o personas.</p> <p>1 Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas.</p> <p>2 He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas.</p> <p>3.Me es difícil interesarme por algo.</p>
<p>13. Indecisión</p> <p>0 Tomo mis propias decisiones tan bien como siempre.</p> <p>1 Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones</p> <p>2 Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones.</p> <p>3 Tengo problemas para tomar cualquier decisión.</p>	<p>14. Desvalorización</p> <p>0 No siento que yo no sea valioso</p> <p>1 No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme</p> <p>2 Me siento menos valioso cuando me comparo con otros.</p> <p>3 Siento que no valgo nada.</p>
<p>15. Pérdida de Energía</p> <p>0 Tengo tanta energía como siempre.</p> <p>1. Tengo menos energía que la que solía tener.</p> <p>2. No tengo suficiente energía para hacer demasiado</p> <p>3. No tengo energía suficiente para hacer nada.</p>	<p>16. Cambios en los Hábitos de Sueño</p> <p>0 No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño.</p> <p>1a. Duermo un poco más que lo habitual.</p> <p>1b. Duermo un poco menos que lo habitual.</p> <p>2a Duermo mucho más que lo habitual.</p> <p>2b. Duermo mucho menos que lo habitual</p> <p>3a. Duermo la mayor parte del día</p> <p>3b. Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme</p>
<p>17. Irritabilidad</p>	<p>18. Cambios en el Apetito</p>

<p>0 No estoy tan irritable que lo habitual. 1 Estoy más irritable que lo habitual. 2 Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3 Estoy irritable todo el tiempo.</p>	<p>0 No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a. Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b. Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a. Mi apetito es mucho menor que antes. 2b. Mi apetito es mucho mayor que lo habitual 3a . No tengo apetito en absoluto. 3b. Quiero comer todo el día.</p>
<p>19. Dificultad de Concentración</p> <p>0 Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1 No puedo concentrarme tan bien como habitualmente 2 Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo. 3 Encuentro que no puedo concentrarme en nada.</p>	<p>20. Cansancio o Fatiga</p> <p>0 No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1 Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3 Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía</p>
<p>21. Pérdida de Interés en el Sexo</p> <p>0 No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1 Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2 Estoy mucho menos interesado en el sexo. 3 He perdido completamente el interés en el sexo.</p>	<p>MUCHAS GRACIAS POR SU PARTICIPACION</p>

Anexo 3: Aprobación del Comité de Ética



COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA E INTEGRIDAD CIENTÍFICA

CONSTANCIA DE APROBACIÓN

Lima, 29 de octubre de 2024

Investigador(a)
Gerardo Samuel Torre Guerra
Exp. N°: 0528-2024

De mi consideración:

Es grato expresarle mi cordial saludo y a la vez informarle que el Comité Institucional de Ética e Integridad Científica de la Universidad Privada Norbert Wiener (CIEIC-UPNW) **evaluó y APROBÓ** los siguientes documentos:

- Protocolo titulado: **“Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024” Versión 02 con fecha 17/09/2024.**
- Formulario de Consentimiento Informado Versión **02** con fecha **17/09/2024.**

El cual tiene como investigador principal al Sr(a) Gerardo Samuel Torre Guerra.

La APROBACIÓN comprende el cumplimiento de las buenas prácticas éticas, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo de investigación y la confidencialidad de los datos, entre otros.

El investigador deberá considerar los siguientes puntos detallados a continuación:

1. **La vigencia** de la aprobación es de **dos años** (24 meses) a partir de la emisión de este documento.
2. **Toda enmienda o adenda** se deberá presentar al CIEIC-UPNW y no podrá implementarse sin la debida aprobación.
3. Si aplica, **la Renovación** de aprobación del proyecto de investigación deberá iniciarse treinta (30) días antes de la fecha de vencimiento, con su respectivo informe de avance.

Es cuanto informo a usted para su conocimiento y fines pertinentes.

Atentamente,

Raúl Antonio Rojas Ortega

Presidente

Comité Institucional de Ética e Integridad Científica
UPNW



Anexo 4: Formato de consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Instituciones: Universidad Privada Norbert Wiener

Investigadores: Gerardo Samuel, Torre Guerra

Título: Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024.

Propósito del estudio

Lo invitamos a participar en un estudio llamado: “Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Privada Norbert Wiener, Gerardo Samuel Torre Guerra, el propósito de este estudio es determinar la relación que existe entre la autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024. Su ejecución ayudará o permitirá proponer acciones con el fin de reducir los problemas emocionales que aquejan a la población adulta que congrega en una iglesia.

Procedimientos

Si usted decide participar en este estudio, se le realizará lo siguiente:

- Leer el consentimiento informado
- Responder el inventario de autoestima
- Responder el inventario de depresión de Beck.

La entrevista/encuesta puede demorar unos 30 minutos y (según corresponda, añadir a detalle). Los resultados de la/la encuesta se le entregarán a usted en forma individual o almacenarán respetando la confidencialidad y el anonimato.

Riesgos

Su participación en el estudio no presentará mayor riesgo porque sus datos serán confidenciales.

Beneficios

Usted no se beneficiará de ninguna manera

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por la participación. Tampoco recibirá ningún incentivo económico, ni medicamentos, dulces o gaseosas a cambio de su participación.

Confidencialidad

Nosotros guardaremos la información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita

su identificación. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio.

Derechos del paciente

Si usted se siente incómodo durante la entrevista, podrá retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna inquietud o molestia, no dude en preguntar al personal del estudio. Puede comunicarse con el investigador principal, Gerardo Samuel Torre Guerra al teléfono 943444553 o al comité que validó el presente estudio, Dra. Yenny M. Bellido Fuentes, presidenta del Comité de Ética para la investigación de la Universidad Norbert Wiener, tel. +51 924 569 790. E-mail: comite.etica@ uwiener.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio. Comprendo qué cosas pueden pasar si participo en el proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar, aunque yo haya aceptado y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Recibiré una copia firmada de este consentimiento.

Firma del Participante

Nombre:

DNI:

Firma del Investigador

Nombre: Gerardo S. Torre G.

DNI: 46401932

Anexo 5: Carta de aprobación de la institución para la recolección de los datos



“Año del Bicentenario, la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

Santa Anita, 06 de junio de 2024

Asunto: Autorización para aplicación de instrumentos psicométricos

Sr. Rvdo. Urbano La Serna Chagray.

Presbitero de la zona 122 de la “Iglesia Cristiana Pentecostés

Movimiento Misionero Mundial”

Presente:

De mi mayor consideración,

Me es grato dirigirme a usted para saludarlo cordialmente y presentarme, Gerardo Samuel Torre Guerra e identificado con DNI: 46401932. Actualmente, egresado de la Universidad Privada Norbert Wiener, facultad de Ciencias de la Salud, de la carrera de Psicología, identificado con código: 2018101545; quien se encuentra desarrollando un trabajo de investigación titulada: “Autoestima y sintomatología depresiva en congregantes de una iglesia cristiana en un distrito de Lima, 2024” para ostentar el título de Licenciatura en Psicología.

En ese sentido, le agradeceré que me brinde las facilidades que el caso amerita para realizar la presente investigación, con previa coordinación con los feligreses de las congregaciones a su cargo, para cumplir con la evaluación de las pruebas psicológicas antes señaladas, considerando un tiempo de 30 minutos como máximo para el desarrollo de cada evaluación. Asimismo, solicito se me brinde las facilidades para la investigación.

Sin otro asunto particular, me despido de usted renovándole mi especial consideración y respeto.

Gerardo Samuel Torre Guerra
DNI: 46401932
Cel: 943444553

Rvdo. Urbano La Serna Ch.

Anexo 6: Reporte de similitud

Reporte de similitud

NOMBRE DEL TRABAJO

Torre Guerra Gerardo_tesis.pdf

AUTOR

Gerardo Torre

RECuento DE PALABRAS

16055 Words

RECuento DE CARACTERES

92688 Characters

RECuento DE PÁGINAS

74 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

780.5KB

FECHA DE ENTREGA

Feb 7, 2025 9:48 AM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Feb 7, 2025 9:49 AM GMT-5

● 14% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Material citado
- Coincidencia baja (menos de 8 palabras)

● 14% de similitud general

Principales fuentes encontradas en las siguientes bases de datos:

- 12% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 12% Base de datos de trabajos entregados
- 5% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

FUENTES PRINCIPALES

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	repositorio.uwiener.edu.pe Internet	3%
2	uwiener on 2024-10-14 Submitted works	<1%
3	hdl.handle.net Internet	<1%
4	repositorio.uladech.edu.pe Internet	<1%
5	repository.unipiloto.edu.co Internet	<1%
6	docplayer.es Internet	<1%
7	repositorio.ucv.edu.pe Internet	<1%
8	scielo.org.pe Internet	<1%