



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

“DEPRESIÓN Y SENTIDO DE VIDA EN ALUMNOS DE
UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL DE
TRUJILLO”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autora:

Gloria Elizabeth Zapata Quispe

Asesor:

Dr. Carlos Borrego Rosas

Trujillo – Perú

2016

APROBACIÓN DE LA TESIS

El (La) asesor(a) y los miembros del jurado evaluador asignados, **APRUEBAN** la tesis desarrollada por el(la) Bachiller **Gloria Elizabeth Zapata Quispe**, denominada:

“DEPRESIÓN Y SENTIDO DE VIDA EN ALUMNOS DE UNA INSTITUCIÓN EDUCATIVA NACIONAL DE TRUJILLO”

Ps. Carlos Borrego Rosas
ASESOR

Ps. Cesar Vásquez Olchece
JURADO
PRESIDENTE

Ps. Yrina Roldán López
JURADO

Ps. Paulo Florián Arana
JURADO

DEDICATORIA

A mi familia, en especial a mis padres por apoyarme incondicionalmente y confiar en mí en este camino, a mi hija y mi esposo por haber sido mi mayor fuente de motivación.

AGRADECIMIENTO

Doy gracias principalmente a Dios por cuidarme y guiarme durante toda mi vida. A mis padres, por su cariño, ejemplo y apoyo incondicional.

A mis hermanos por su apoyo y consejos.

A mi hija por ser mi fuente de motivación para el desarrollo de mi carrera profesional.

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada del Norte por el trato amable y personalizado que me brindaron durante estos 6 años de formación. Principalmente a mi asesor por darme los conocimientos para el desarrollo de la presente investigación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|--|-----------|
| CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN..... | 10 |
| 1.1. Realidad problemática | 10 |
| 1.2. Formulación del problema..... | 12 |
| 1.3. Justificación..... | 12 |
| 1.4. Limitaciones | 12 |
| 1.5. Objetivos | 13 |
| 1.5.1. <i>Objetivo General</i> | 13 |
| 1.5.2. <i>Objetivos Específicos</i> | 13 |
| CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO..... | 14 |
| 2.1. Antecedentes | 14 |
| 2.2. Bases Teóricas | 16 |
| 2.2.1. Depresión en Adolescentes | 16 |
| 2.2.1.1. <i>Aproximaciones conceptuales</i> | 17 |
| 2.2.1.2. <i>Síntomas depresivos en la adolescencia</i> | 19 |
| 2.2.1.3. <i>Reseña Histórica</i> | 19 |
| 2.2.1.4. <i>Factores de Riesgo</i> | 21 |
| 2.2.1.5. <i>Modelo Cognitivo: Procesamiento de la información</i> | 24 |
| 2.2.2. <i>Sentido de Vida</i> | 26 |
| 2.2.2.1. <i>Definición</i> | 26 |
| 2.2.2.2. <i>Teoría Humanística - Existencial</i> | 29 |
| 2.2.2.3. <i>Logoterapia</i> | 30 |
| 2.2.2.4. <i>Satisfacción con la vida en la adolescencia</i> | 32 |
| 2.3. Definición de términos básicos | 33 |
| 2.3.1. <i>Depresión</i> | 33 |
| 2.3.2. <i>Sentido de vida</i> | 33 |
| CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS..... | 33 |
| 3.1. Formulación de la hipótesis | 33 |
| 3.1.1. <i>Hipótesis General</i> | 33 |
| 3.1.2. <i>Hipótesis Específicas</i> | 33 |
| 3.2. Operacionalización de variables | 34 |
| 3.3. Tipo de diseño de investigación..... | 35 |
| <i>No experimental: Correlacional</i> | 35 |
| 3.4. Material. | 35 |
| 3.4.1. <i>Unidad de estudio</i> | 36 |
| 3.4.2. <i>Población</i> | 36 |
| 3.4.3. <i>Muestra</i> | 36 |
| 3.5. Métodos. | 36 |
| 3.5.1. <i>Técnicas de recolección de datos y análisis de datos</i> | 36 |
| 3.5.2. <i>Procedimientos</i> | 38 |
| CAPÍTULO 4. DESARROLLO..... | 38 |

| | |
|---------------------------------------|-----------|
| CAPÍTULO 5. RESULTADOS | 40 |
| CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN | 57 |
| CAPÍTULO 7. Bibliografía | 66 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|-----------|
| Tabla 1: Nivel de depresión de los alumnos evaluados | 40 |
| Tabla 2 : Nivel de depresión por dimensiones de los alumnos evaluados | 41 |
| Tabla 3: Nivel de sentido de vida de los alumnos de un colegio público de Trujillo..... | 42 |
| Tabla 4 : Nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos evaluados | 43 |
| Tabla 5 : Nivel de depresión y nivel de sentido de vida de los alumnos evaluados | 44 |
| Tabla 6 : Nivel de depresión en la dimensión estado de ánimo disforico y nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos evaluados | 45 |
| Tabla 7 : Nivel de depresión en la dimensión ideas de autodesprecio y nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos evaluados | 47 |
| Tabla 8: Nivel de depresión y nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos de un colegio público de Trujillo | 49 |
| Tabla 9: Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov sobre depresión y sentido de vida..... | 51 |
| Tabla 10: Análisis Correlacional de las variables de Depresión y Sentido de vida | 52 |
| Tabla 11: Análisis Correlacional del estado de ánimo disfórico y el sentido de realización en los alumnos evaluados | 53 |
| Tabla 12: Análisis Correlacional del estado de ánimo disfórico y la frustración en los alumnos evaluados | 54 |
| Tabla 13: Análisis Correlacional de ideas de autodesprecio y sentido de realización en los alumnos evaluados | 55 |
| Tabla 14: Análisis Correlacional de ideas de autodesprecio y frustración en los alumnos evaluados | 56 |

RESUMEN

El presente estudio tuvo como objetivo encontrar el grado de correlación entre la variable depresión y la variable sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de la ciudad de Trujillo. Para llevar a cabo esta investigación se trabajó con una muestra de 250 adolescentes cuyas edades oscilaban entre los 14 y 16 años pertenecientes a una institución nacional de la ciudad de Trujillo, a dichos sujetos se les aplicó dos instrumentos, el Cuestionario de Depresión Infantil de María Kovacs y el Logotest de Elizabeth Lukas para medir sentido de vida.

Por otro lado la investigación demuestra que existe una correlación inversa altamente significativa de grado medio entre las variables de depresión y sentido de vida alcanzando un índice de correlación de Spearman de -0.456 , lo que quiere decir que al aumentar el índice de depresión en estudiantes con características similares a la de esta muestra, el nivel de sentido de vida será menor.

Palabras clave: Depresión, adolescentes, sentido de vida, frustración, vacío existencial.

ABSTRACT

This investigation aimed to find the correlation between the depression variable and the sense of life in adolescents of a national educational institution in the city of Trujillo . This research was worked with a sample of 250 teenagers aged between 14 and 16 years belonging to a national institution in the city of Trujillo, who were applied two instruments, the Children's Depression Inventory (CDI) by Maria Kovacs and Elizabeth Lukas' Logotest to measure sense of life.

On the other hand, the research shows that there is a highly significant inverse correlation of medium grade between the variables of depression and sense of life reaching a Spearman correlation index off -0456, which means that increasing the rate of depression in students similar to this sample, the level of sense of life will be less.

Keywords: Depression, teenagers, sense of life, frustration, existential void.

CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad problemática

La depresión es una de las enfermedades mentales por la que las personas atraviesan en diferentes etapas de sus vidas. En la actualidad, ya no sólo se habla de adultos afectados, sino también adolescentes y niños que experimentan síntomas preocupantes como falta de motivación, alteración del sueño y del apetito, irritabilidad, autolesiones, aislamiento, entre otras citas.

En la adolescencia el ser humano atraviesa diversos cambios tanto físicos, psicológicos y sociales los cuales puede ocasionar en él un desequilibrio emocional si no cuenta con los recursos para entenderlos y sobrellevarlos, a esto se le añade el hecho de que este ser humano se desenvuelve en un mundo cada vez más dinámico, donde la aceptación social depende de prototipos estandarizados, amantes de la velocidad y la tecnología, lo que conlleva muchas veces a quemar etapas, un mundo de padres ausentes donde la familia es un punto poco importante en el día a día. Los padres actuales buscan satisfacer al niño de forma básica sin dedicarle tiempo a la enseñanza de valores o de habilidades sociales, al fortalecimiento del autoestima, a desarrollar en el niño herramientas necesarias para enfrentar la vida. Es común que en la adolescencia el ser humano empiece a descubrir y desarrollar su sentido crítico, es aquí donde comienza a oponerse a muchas normas sociales y pautas establecidas cuestionándose con frecuencia el qué, para qué y porqué de muchas cosas, sobre todo el propósito de su existencia vital. Estas preguntas acerca del propósito de la vida son planteadas con actitudes diversas, algunos pueden adoptar una posición pasiva y de meditación y otros una actitud ansiosa y desesperada. (Rogers, 1993). En la adolescencia es común que se adopte una posición de incertidumbre con respecto al tema y la particularidad de esta cuestión es que la respuesta debe ser descubierta por cada individuo de forma personal, al no hallar un propósito específico, esto puede generar en el adolescentes síntomas que pueden llegar a afectar la percepción sobre sí mismo llegando a autodesvalorizarse, trayendo como consecuencia desmotivación, desgano, apatía para enfrentar la vida no encontrando una razón importante por la cual vivir, muchos adolescentes pueden llegar a no entender para qué están en el mundo sintiéndose insignificantes para el resto a tal punto de creer que da igual su existencia.

Ante alarmante situación profesionales de distintas ramas de la salud se han visto en la obligación de estudiar este fenómeno profundamente con la finalidad de intervenir, y en el mejor de los casos, prevenir problemas severos que se generen a consecuencia de este trastorno.

Después de su reconocimiento, la investigación de la depresión infantil ha avanzado hasta convertirse en la actualidad en uno de los temas más importantes de la psicopatología infantil. Kaslow (1999) señala que su avance se debe al elevado número de casos presentes en la población, así como por las alarmantes perturbaciones que causa en el desarrollo de los niños y adolescentes.

En esta etapa vital también puede ser difícil el diagnóstico ya que la queja fundamental en muchas ocasiones no es la tristeza o un estado de ánimo bajo. En la primera infancia pueden aparecer síntomas como quejas somáticas vagas o difusas, problemas con la alimentación, enuresis, etc., mientras que en la adolescencia puede manifestarse en un comportamiento irritable- desafiante con diversos trastornos de conductas asociados, en los que se incluyen el consumo de sustancias psicoactivas, conductas parasuicidas, problemas escolares, etc. (Del Barrio, 2005). Es por ello que usualmente este trastorno se diagnostica acompañado de otros.

La depresión es una de las enfermedades mentales más prevalentes en la población y aqueja cada día más a los adolescentes. En la "Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo" afirman que la prevalencia de depresión en niños y adolescentes se ha incrementado en los últimos cincuenta años, esto se ve evidenciado en estudios epidemiológicos que demuestran que este desorden se presenta en un promedio de 3 a 8% de los adolescentes, mientras que en la población adulta se presenta en un 4.5% de la población. (Acosta, y otros, 2011)

En el paciente depresivo hay un factor que se encuentra muy marcado, este hace referencia al "sentido de vida", aquello que guía y direcciona nuestras conductas y decisiones. Fabry (2003) define al sentido de vida como la búsqueda de una definición, un propósito, un destino, una misión.

No hallar un sentido de vida provoca en las personas desmotivación y ansiedad lo que las hacen pensar en opciones que muchas veces no son beneficiosas para su vida. (Gómez del Campo del Paso, 2011)

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre depresión y sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo?

1.3. Justificación

Teóricamente no existen estudios objetivos que evidencien una relación entre el trastorno depresivo y el sentido de vida, mucho menos en la población adolescente, es por ello que este trabajo busca disminuir en cierto modo el vacío teórico que existe sobre este tema tanto a nivel mundial como nacional.

En la actualidad es alarmante las diversas situaciones por las que está atravesando la juventud, problemas sociales como las drogas, la delincuencia, los homicidios, los suicidios, la violencia, las conductas autodestructivas son señales de un deterioro significativo en la salud mental del adolescente, las cuales deben alertar a padres y profesionales a tomar cartas en el asunto. Es por esta razón que se creyó conveniente el estudio de estas variables con el fin de comprobar el índice de depresión adolescente en nuestra localidad y la manera como este trastorno influye en el modo de percibir el mundo y darle un sentido a sus vidas ya que de ella dependerá la manera como se conduzcan y las decisiones que tomen en distintas situaciones.

Además siendo los índices de depresión infantil tan elevados, este trabajo pretende servir como evidencia de una realidad por la que atraviesan los estudiantes de instituciones educativas nacionales a nivel regional y de esta manera genere posteriores planes de acción que se dirijan a ayudar a esta población vulnerable.

Al poder identificar el índice de padecimiento de este trastorno, que posiblemente no se haya identificado con anterioridad, se podrá prevenir en la población que no es afectada e intervenir en la población afectada y de este modo se podrá brindar y generar futuros hombres con una salud mental adecuada y además con ganas de vivir y ser útiles para la sociedad.

1.4. Limitaciones

Los resultados de la presente investigación se centrarán en la teoría de Kovacs para la depresión y de Elizabeth S. Lukar para sentido de vida.

Los resultados se generalizarán únicamente a la población estudiada y poblaciones con características similares.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Determinar la relación entre Depresión y sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Describir la depresión en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo.
- Describir el sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo
- Determinar la relación entre los indicadores (estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio) de la depresión infantil y los indicadores (frustración existencial y sentido de realización) de sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo.

CAPÍTULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Internacionales:

En los últimos años ha habido un incremento en el número de investigaciones sobre la depresión infantil y el sentido de vida, variables que se han abordado desde diversos enfoques. Estas investigaciones pretenden atender la increíble problemática que se evidencia en la actualidad relacionada a los adolescentes, su estado de ánimo variable, desmotivación y su desinterés por disfrutar de la vida de forma saludable, así como la importancia de encontrar, en los adolescentes un propósito para sus vidas.

En el 2008, se realizó una investigación titulada: “Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico” cuyo objetivo era comprobar la relación entre el sentido de la vida y la desesperanza en un grupo de 302 sujetos. La hipótesis afirmaba una relación significativa, de signo negativo, entre ambas variables. Los instrumentos que se aplicaron fueron el Purpose in life test (Test de sentido de vida, PIL) y la Hopelessness Scale (Escala de desesperanza). Los estadísticos que se utilizaron fueron el coeficiente de correlación de Pearson y el coeficiente *rho* de Spearman (rs). Los resultados hallados apoyaron la hipótesis planteada: el logro de sentido se asocia a nivel nulo-mínimo de desesperanza, mientras que el vacío existencial se asocia a nivel moderado-alto de desesperanza, de manera estadísticamente significativa. (García, Gallego, & Pérez, 2009)

El departamento de Psicología Evolutiva y de la Educación de la Universidad de Huelva publicó una investigación titulada “Predictores de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos en la adolescencia”, cuyo objetivo pretendía analizar el cambio que se produce en cada una de estas variables durante la etapa de la adolescencia, además de estudiar qué factores explican dicho cambio. El método empleado fue un diseño de tipo longitudinal con dos oleadas separadas por un año. Se trabajó con una muestra compuesta por 714 alumnos tanto hombres como mujeres. Los resultados demostraron que los síntomas depresivos aumentan conforme avanzaba el seguimiento y la satisfacción vital disminuye, además se descubrieron muchos factores que se relacionan con estos cambios tales como las relaciones familiares, la adaptación escolar, una mejor relación con los iguales, estilos

de vida más saludables, mejor autoestima, mayor satisfacción corporal, etc. todos estos están estrechamente ligados a una mayor satisfacción vital y a una menor presencia de síntomas depresivos durante la etapa de la adolescencia. (Gómez, 2014)

A nivel internacional la variable depresión y sentido de vida en adolescentes cuenta con un número moderado de investigaciones a pesar de estar estrechamente relacionadas.

Nacionales:

En el estudio denominado “Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana”, de corte transversal, se hizo uso de la base de datos del Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental 2002. La población estudiada comprendió a los residentes de 12 a 17 años, así mismo se trabajó con diversos cuestionarios para medir variables demográficas y socioeconómicas. En los resultados se observó que la prevalencia actual del episodio depresivo en adolescentes fue del 8.6%, de los cuales se identifica un mayor índice en jóvenes que atraviesan los 15 a 17 años de edad, así como de sexo femenino. (Vargas, Tovar, & Valverde, 2010)

Durante abril del mismo año se publicó un interesante estudio denominado “Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres: prevalencia y factores de relación interpersonales asociados”, para dicho estudio se trabajó con una muestra de 176 alumnas con edades entre los 15 y 19 años, el instrumento que se empleó constó de dos partes, la primera que se encargó de medir datos sociodemográficos y la segunda conformada por la escala de Depresión para Adolescente de Reynolds (EDAR). En los resultados se halló una prevalencia de depresión de 29.5%. Al analizar la presencia de depresión con las características sociodemográficas se observa que la edad, las horas extras de estudio fuera de las clases, antecedentes de violencia sexual y violencia escolar estuvieron estadísticamente asociadas. (Ramírez, 2010)

En el 2011 un estudio no experimental de tipo correlacional titulado “Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima”. La muestra estuvo constituida por 362 estudiantes, hombres y mujeres de una universidad privada de Lima, que cursaban los primeros dos años de sus carreras y cuyas edades oscilaban entre los 16 y 22 años. Se empleó la escala de Satisfacción con la Vida de Pavot & Diener, así como la ACS para medir la variable afrontamiento. En cuanto a los resultados se pudo observar que más de la mitad de los evaluados están satisfechos con sus vidas

alcanzando una cifra del 60% que se encuentran en los niveles satisfechos y muy satisfechos con sus condiciones vitales. Al analizar la variable Satisfacción por áreas se identificó que es el área familiar aquella en la que tienen mayor satisfacción seguida de la amical dejando en último lugar al área académica (Mikkelsen, 2011)

Local:

A nivel local son escasas las investigaciones que tienen como temática las variables estudiadas en la presente investigación, sin embargo se pudo acceder a una investigación realizada en el año 2009 por Gonzales y Toro sobre "Funcionamiento familiar y sentido de vida de los jóvenes estudiantes de la Universidad César Vallejo de Trujillo", en el estudio, de diseño descriptivo correlacional, se seleccionó una muestra de 370 universitarios, a quienes se les aplicó la Escala de Cohesión y Adaptabilidad Familiar FACES II de David H. Olson y el inventario de Logotest de Elizabeth Lukas. En dicha investigación se pudo concluir que en la dimensión realización del sentido de vida los estudiantes se ubican en un nivel adecuado representado por un 52,7 % y en la dimensión de frustración existencial se evidencia un nivel alto que representa 36,7% en los jóvenes estudiantes. Al apreciar los resultados se pudo determinar que los jóvenes estudiantes que pertenecen a un rango balanceado de funcionamiento familiar obtienen un nivel adecuado en el sentido de vida con un 52,5%. También se pudo concluir que existe una relación altamente significativa entre el funcionamiento familiar y el sentido de vida, lo que significaría que las personas que viven en condiciones familiares favorables y de relaciones familiares armoniosas pueden tener mayor facilidad para encontrarle un propósito significativo a sus vidas.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Depresión en Adolescentes:

Se conoce como depresión al conjunto de síntomas que altera el estado de ánimo llegando a hacer que el paciente se sienta triste y con desánimo, sin embargo este no es síntoma suficiente para diagnosticar un síndrome depresivo, este tendrá que estar acompañado por otros síntomas relacionados como pérdida de peso, alteraciones del sueño, pensamientos suicidas, alteración del sistema motor, etc. (Arévalo, 2008). Si el personal especializado decide el diagnóstico final de depresión sólo ante la presencia de tristeza este estaría incurriendo en un falso diagnóstico ya que, como se sabe, es una característica común de los adolescentes el estado de

ánimo ambivalente y muy cambiante, además de ser este síntoma común en diferentes síndromes o trastornos por lo tanto es importante tener en cuenta cada uno de los criterios para abordar de la mejor manera.

2.2.1.1. Aproximaciones conceptuales:

El uso diagnóstico de la depresión infantil ha sido todo un reto para los psiquiatras y psicólogos ya que es imposible trasladar los criterios de la depresión en adultos al ámbito infantil. Esta última se manifiesta de maneras muy distintas y estas manifestaciones están lejos de parecerse a la de la depresión propiamente dicha. Otra de las dificultades con las que se enfrentan los psicólogos y psiquiatras al momento de diagnosticar este trastorno es el factor edad, es decir, si bien muchas veces los adultos no saben explicar el origen o manifestación de sus síntomas en los niños esto puede ser mucho más difícil, ellos no tienen aún la capacidad para expresar a través de palabras lo que les pasa lo que dificulta aún más la detección de la dificultad. (Polaino, 1988)

Siguiendo la línea de definición del término algunos autores consideran importante hacer una diferenciación entre la depresión como síntoma, la depresión como síndrome y como trastorno. Si hablamos de depresión como síntoma podemos decir que es aquel estado de ánimo disfórico, es decir el paciente manifestará una sensación de tristeza, melancolía, desanimo, etc. Este viene a ser únicamente un síntoma ya que se caracteriza por ser transitorio y presentarse ante algún hecho doloroso en cualquier momento de la vida, esta condición en comúnmente atravesada por los adolescentes en diversas circunstancias de su vida. Por otro lado tenemos al síndrome depresivo el cual viene a ser el conjunto de manifestaciones o síntomas que van más allá que un desanimo o tristeza temporal. Estos pueden ser de índole conductuales, somáticos, cognitivos y motivacionales (Cuevas & Teva, 2006). Por último los autores describen a la depresión como trastorno el cual marca la diferencia a los anteriores descritos debido a su persistencia y la repercusión que estos síntomas pueden tener en las diversas áreas de la vida del sujeto. En la actualidad los autores se encuentran enfrentados en dos puntos de vista, unos por un lado afirman que los síntomas de la depresión en adultos pueden llegar a ser equiparables con los de los niños y adolescentes, mientras que otros afirman que es necesario hacer una evaluación de los síntomas tomando en cuenta la etapa de desarrollo del paciente (Ramirez, 2009) . Por lo tanto es importante resaltar que no

cabe duda de la existencia del trastorno en la población infantil sin embargo las manifestaciones varían enormemente al de los adultos.

II.2.1.3. Descripción clínica:

Según el DSM IV y el CIE 10 así como algunos autores refieren que la depresión infantil presenta criterios similares a los de la depresión en adultos (Waslick, Kandel, & Kakourous, 2003). El DSM IV – TR agrega dos características que difieren con la depresión en adultos una de ellas es la presencia de irritabilidad en vez del estado de ánimo depresivo y la falta de peso y variación del apetito. (Ramirez, 2009)

Por otro lado Weinberg *et al* (citado por Del Barrio, 2005) propone una clasificación completamente distinta a las ya mencionadas ya que esta toma en cuenta con exclusividad las características propias de la infancia y la adolescencia haciendo una marcada distinción en los criterios patológicos para ambas poblaciones: Criterios diagnóstico de Weinberg *et al*.

- A. Disforia o autoatribución de cualidades y rasgos negativos.
- B. Al menos dos de los siguientes síntomas:
 - 1. Agresión
 - 2. Problemas de sueño
 - 3. Descenso en el rendimiento escolar
 - 4. Socialización disminuida
 - 5. Cambio de actitud hacia la escuela
 - 6. Quejas somáticas
 - 7. Falta de energía
 - 8. Cambios en el apetito
 - 9. Cambios de peso.
- C. Estos síntomas representarían un cambio en la conducta habitual del niño.
- D. Los síntomas durarán al menos un mes.

Si bien es cierto son muchos los autores que han clasificado de formas distintas los criterios diagnósticos para este trastorno todos tienen muchos puntos en común y siguen la misma línea al momento de describir los síntomas.

2.2.1.2. Síntomas depresivos en la adolescencia:

Como se ha venido viendo la depresión es un trastorno que genera costes significativos tanto a nivel personal como social. Si bien es cierto, muchas teorías ortodoxas consideran a la depresión como un trastorno que se experimenta en la edad adulta, las corrientes contemporáneas conciben a la adolescencia como un período de especial riesgo para la aparición de los primeros síntomas depresivos. (Rudolph, *Developmental influences on interpersonal stress generation in depressed youth.*, 2008).

En los adolescentes las características, prevalencia y curso van a variar con respecto a lo observado en el trastorno depresivo adulto. Por lo tanto este deberá ser medido y observado desde una perspectiva diferente.

En cuanto a la duración de este en la adolescencia varía según algunos estudios, sin embargo se puede hablar de una media de 7 a 9 meses de manifestaciones de los síntomas aproximadamente. (Birmaher, y otros, 1996). Para el diagnóstico clínico de la depresión adolescente se utilizan los mismos que con los adultos solo que con algunos matices. Es así que una de estas diferencias es la irritabilidad el cual tiene valor clínico en la adolescencia mas no en la adultez, además el criterio de duración de la distimia es de un año. (Avenevoli & Steinberg, 2001).

Al comparar los índices de síntomas específicos en diversos grupos de edad, desde la infancia hasta la adultez se hallaron diversas diferencias en los síntomas que se experimentan por ejemplo: en cuanto a la agitación, retardo, fatiga, culpa y tristeza, además de otros síntomas como ansiedad y molestias psicósomáticas. (Weiss & Garber, 2003). Otras investigaciones han demostrado que los adolescentes deprimidos tienen mayor probabilidad de experimentar desesperanza o indefensión, falta de energía, hipersomnia, pérdida de peso e ideación suicida, en comparación con los pre adolescentes deprimidos (Avenevoli & Steinberg, 2001). Así, los adolescentes parecen sufrir más síntomas vegetativos que los preadolescentes.

2.2.1.3. Reseña Histórica:

La depresión infantil es un síndrome que ha existido desde siempre, evidencia de esto son los documentos que se refieren a la nostalgia o melancolía en menores de edad desde el siglo XVII (Jimenez, 1995). Por otro lado, en el siglo XIX aparecen los textos sobre depresión infantil destacando nombres como Delasiuve, Filibilio o

Moreau de Tours en Francia; de Vida Perera en España, Charles West en Gran Bretaña y Emminghaus en Alemania. (Polaino, 1988)

En el año 1930 el psicoanálisis interviene en el desarrollo teórico de dicho trastorno ya que, tomaron una posición de rechazo a la existencia del síndrome en poblaciones infantiles lo que trazó las investigaciones con respecto al tema prolongando los debates medio siglo. (Wicks-Nelson & Israel, 1997). Ya en 1960 algunos autores empiezan a referir que este tipo de depresión, en algunos casos, se manifestaba a través de otros síntomas que diferían mucho de la depresión común, tales como bajo rendimiento escolar, irritabilidad, euforia, etc. (Rodríguez, 2000)

Formalmente es admitido como trastorno en el IV Congreso Europeo de Paidopsiquiatría en el año 1971. En 1978 y 1980 empieza el debate entre distintos puntos de vista en torno al mismo tema. Por un lado tenemos a Lefkowitz y Burton quienes se oponían al concepto de depresión infantil refiriendo que los síntomas que manifiesta el cuadro depresivo para esta población son síntomas transitorios y completamente normales siendo parte del estadio vital por el que atraviesan y por lo tanto no debería ser considerado un cuadro patológico (Lefkowitz & Burton, 1978). A éste punto de vista se le enfrentaba el de Costello quien refiere que existe una diferencia contundente entre síntoma y síndrome ya que para considerar a la depresión un síndrome este debe carecer de transitoriedad y debe seguir una serie de criterios que sí se han evidenciado en esta población. (Costello, 1980)

Por último en el año 1980 a través del DSM III se logra llegar al consenso entre los diversos puntos de vista con respecto a la existencia de la depresión infantil. A partir de esto se pudo crear instrumentos psicométricos para determinar la presencia o no del síndrome así como avanzar en cuestión teórica y conceptual. (Kaslow, Croft, & Hartcher, 1999). La investigación bibliométrica sobre los trabajos de investigación publicados en España en el periodo de 1875 al año 2002 acerca de la depresión infantil son evidencia de esto, en ella se encontraron 208 estudios, donde el 54% son de contenido teórico y de esta cifra el 18% hace referencia al diagnóstico y clasificación de la depresión infantil y el 8% trata sobre factores de riesgo y prevención del síndrome. (Diez, 2003).

Hoy en día la depresión infantil y adolescente es ya de uso diagnóstico por los profesionales de psicología y psiquiatría a nivel mundial y cuenta con una gran

cantidad de información y respaldo teórico así como instrumentos de medición validados que sirven como complemento diagnóstico en la labor psicológica.

2.2.1.4. Factores de Riesgo:

Muchas investigaciones afirman que en la actualidad la depresión es un trastorno que cada vez aparece a más temprana edad y coexiste con otro tipo de patologías tales como ansiedad crónica, trastornos de comportamiento destructivo, etc. (Cash, 2004).

Existen diversos factores que intervienen en el desarrollo de la enfermedad, estos factores determinantes pueden ser de índole personal y/o ambiental.

1. Factores Personales: Dentro de los factores personales tenemos a aquellos de índole biológico y psicológico.

a. Factores Biológicos: Existen numerosas investigaciones que han descubierto alteraciones en la producción neurológica de ciertos neurotransmisores en pacientes deprimidos tales como: La serotonina deficiente, la misma que produce variaciones en funciones como el sueño, el apetito, genera ansiedad, angustia, inestabilidad emocional, etc. La alteración en la noradrenalina produce ansiedad, dificultades para disfrutar de las cosas, distractibilidad, sudoración, falta de concentración, temblor, palpitaciones, mareos e irritabilidad. Por último tenemos a la acetilcolina la cual interviene en las funciones cognitivas tales como la memoria, además de alterar el ánimo, disminuir la energía y sentir un cansancio constante. (De la Portilla Mayo, 2006)

En cuanto a factores genéticos se dice que la historia trasgeneracional de depresión es uno de los más frecuentes factores de riesgo (Bhatia, 2007)

En cuanto a factores neuroanatómicos Steingard et al (1996 citado por Waslick et al, 2003) realizan un estudio con una muestra de niños y adolescentes en etapas iniciales de depresión y logran hallar un encogimiento de la amígdala derecha e izquierda a comparación de menores sin el trastorno. (Waslick, Kandel, & Kakourous, 2003)

Por lo tanto se puede concluir que existen diversas investigaciones que demuestran alteraciones neurológicas en personas con el mismo trastorno el cual explica gran parte de su sintomatología y manifestaciones tanto en niños, adolescentes, como en adultos.

Por otro lado, en cuanto a factores de género muchas investigaciones refieren que el sexo femenino es un factor de riesgo para el desarrollo de depresión en adolescentes (Papadakis, Prince, & Jones, 2006). Se podría decir que en poblaciones americanas las adolescentes manifiestan tres a cuatro veces más síntomas que los adolescentes hombres. (Bailey, Zauszniewski, Heinzer, & Hermstrom-Krainess, 2007)

b. Factores Psicológico: Aquí podemos tomar en cuenta factores como el temperamento, la personalidad y aspectos cognitivos.

Si hablamos de temperamento esta es una parte de la personalidad biológicamente determinada que tiene que ver con estructuras neurológicas y aspectos endocrinos sobre los cuales se gestará la personalidad. (Del Barrio, 2005). Se han publicado investigaciones que demuestran la relación existente entre temperamento y personalidad. Tal es el caso del estudio realizado a una muestra de 193 adolescentes ingleses entre 11 y 16 años, aquí se descubre una significativa relación entre ambas variables sobre todo en adolescentes de sexo femenino. (Goodyer, Ashby, Altham, & Vice, 1993)

En cuanto a la relación entre factores cognitivos y depresión infantil tenemos a los estilos atribuciones negativos, pensamientos pesimistas sobre ellos mismos y sobre el futuro (Del Barrio, 2005). Por otro lado tenemos algunas investigaciones en poblaciones latinoamericanas, tal es el caso de (Rosselló & Berríos, 2004), ellos descubren que existe una relación altamente significativa entre la depresión infantil y otras variables como pensamientos suicidas y baja autoestima.

2. Factores Ambientales:

a. Episodios vitales: Estar expuestos a acontecimientos traumáticos aislados o ya sea una acumulación de episodios perturbadores y desagradables para el sujeto durante el transcurso de su vida pueden generar en él sintomatología depresiva. Las etapas evolutivas juegan un rol decisivo en la manera como la persona asume los hechos de la vida, podríamos decir que de los 0 a 6 años los temas que más influirán en el niño será los que guarden relación a los vínculos familiares, si hablamos de niños entre los 7 y 12 años ya los temas que tengan que ver con la escuela serán importante para ellos, sin embargo los adolescentes se verá más

afectados por temas sociales, transformaciones corporales, aspectos sexuales, etc. (Del Barrio, 2005)

b. Vínculos Familiares: Con respecto a la estructura familiar cabe resaltar que es de vital importancia para el adolescente la calidad y funcionalidad de los vínculos familiares para crear en él seguridad y recursos para enfrentar las contrariedades de la vida. Por lo tanto el clima familiar influirá en el desarrollo de la depresión infantil ya que la forma en que los padres se relacionan muchas veces se tornan más negativa a medida que los hijos adquieren más edad, esto, unido a los cambios y características de la adolescencia pueden generar síntomas emocionales. (Del Barrio, 2005). (Kasen, Cohen, Brook, & Hartmark, 1996) descubren que la situación familiar después de un divorcio jugaba un papel muy importante sobre el desarrollo de diversos trastornos emocionales. Estas consecuencias se manifestaban con independencia del temperamento del niño y otros factores externos y estos variaban con respecto al sexo del menor. En los varones que vivían sólo con la madre tenían altas probabilidades de manifestar depresión a comparación de las niñas. Y en el caso de familias reestructuradas, es decir donde ya había otro varón asumiendo el papel de padre y pareja de la madre, las hijas tenían mayor posibilidad de padecer trastornos de ansiedad y emocionales como la depresión.

El trato negativo que los padres dan a los hijos puede generar un clima familiar hostil y por lo tanto dar pie a trastornos emocionales como por ejemplo la falta de control que algunos padres tienen sobre sus emociones y son descargadas hacia el hijo (Poznaski y Zrull, 1970 citado en Del Barrio, 2005), actitudes coercitivas que limitan la conducta autónoma del menor haciendo que el niño se sienta incapaz, ineficaz, inútil, etc. (Bandura et al., 1996 citado en Del Barrio, 2005), inatención por parte de los padres hacia sus hijos lo que puede provocar en el niño sentirse solo y abandonado. El exceso de expectativas sobre los hijos les crea inseguridades, auto sabotaje, etc. (Stark, 1990 citado en Del Barrio 2005).

c. Escuela: Dentro de la escuela es donde el niño pasa gran parte de su tiempo y donde vivencia una gran cantidad de episodios, aquí complementa la formación de su identidad, su autoestima, aprende a relacionarse a competir y a sentirse o no

capaz de hacer las cosas igual, mejor o peor que el resto. Aquí encontramos factores importantes como el rendimiento escolar y la relación con sus pares.

En cuanto a rendimiento académico existen teorías que afirman que la depresión vendría a ser causa del bajo rendimiento académico mientras en otros casos este último sería el generador de la depresión. (Del Barrio, 2005)

En base a las relaciones sociales los niños, adolescentes y en general adultos deprimidos presentan problemas para interactuar y establecer relaciones amicales satisfactorias. En una investigación se encontró que existe una relación significativa entre las relaciones sociales negativas, la ansiedad y la depresión. (Gaspar de Matos, Barret, Dadds, & Shortt, 2003), esto quiere decir que los menores que presentan mayor grado de depresión y ansiedad tienen mayores problemas para relacionarse con otros niños. En la niñez y adolescencia esto se puede manifestar en su falta de motivación por participar en actividades propias de su edad, conductas desadaptativas como irritación o agresión hacia sí mismo o hacia otras personas u objetos (Cuevas & Teva, 2006). Todo ello puede provocar rechazo y por ende aislamiento social.

2.2.1.5. Modelo Cognitivo: Procesamiento de la información.

Si bien es cierto existen diversas teorías que explican el trastorno depresivo en adultos estos se han extendido para dar explicación al trastorno en infantes por lo tanto no existe modelo teórico específico para niños y adolescentes (Ramirez, 2009). Sin embargo en la presente investigación se trabajó con el cuestionario de depresión infantil (CDI) de Kovacs el cual se basa en un modelo teórico cognitivo propuesto por Beck el cual forma parte del grupo de los modelos del procesamiento de la información. Esta teoría visualiza al hombre como un sistema que constantemente se encuentra procesando información, esta información se encuentra dentro de un medio dinámico y cambiante por lo tanto es necesario que el ser humano se adapte a estos cambios de forma vertiginosa. (Sanz & Berríos, 1995). Siguiendo con los mismos autores ellos plantean que el hombre construye la realidad de forma activa seleccionando, codificando, almacenando y recuperando los datos que percibe del medio. Por lo tanto el concepto sobre sí mismo así como la información del entorno suelen variar y de la misma manera se ven afectadas las respuestas y conductas del sujeto. Por esta razón la forma como es procesada la

información va a jugar un papel fundamental en el desarrollo del trastorno depresivo.

Modelo Cognitivo de la depresión:

Propuesto por Beck en el año 1967. Este modelo propone tres elementos que le dan explicación los cuales son la triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Beck, Ruch, Shaw, & y Emery, 1983). Existe estudios que afirman que al igual que en adultos en la población infantil también hay presencia de distorsión cognitiva, lo mismo ocurre con la autopercepción o alteración del autoestima presentes en infantes con sintomatología depresiva. (Figueras, 2006). Lo que ayuda a concluir que las características del trastorno en ambas poblaciones son similares.

La **triada cognitiva** está conformada por tres factores cognitivos de los cuales depende la autopercepción negativa como la tendencia a subestimarse, criticarse y remarcar sus propios defectos, visualizarse como torpe, desgraciado, incapaz de lograr ser feliz (Beck, Ruch, Shaw, & y Emery, 1983). Al momento de interpretar las situaciones este asumirá que se le exige demasiado y que las dificultades a las que se enfrenta son imposibles de superar todo ello le imposibilita alcanzar lo que se propone. El tercer pilar es la visión negativa de su futuro la cual se refiere a la anticipación de problemas, sufrimientos y fracasos imposibles de evadir o superar. (Beck et al.). Debido a estos tres factores que generan preocupación se desencadenan los síntomas característicos del trastorno.

Los **esquemas** son responsables de interpretar con regularidad ciertas situaciones similares. Estos a su vez son responsables de localizar, diferenciar y codificar los estímulos del entorno. Por lo tanto de estos dependerá la forma en que es estructurada la información. (Beck et al.) En pacientes psiquiátricos la información se ajusta a fuertes esquemas inadecuados. Estos esquemas hacen más activos y son evocados con un número cada vez mayor de estímulos, lo que con lleva a perder voluntad sobre sus procesos de pensamiento y se vuelva incapaz de recurrir de esquemas más adecuados. (Beck et al.). En el paciente deprimido pasa lo mismo, conforme el grado de depresión va aumentando el individuo va teniendo pensamientos cada vez más negativos, distorsionando cada vez más las situaciones y le resulta cada vez más difícil concentrarse en estímulos externos o emprender actitudes mentales voluntarias. En los adolescentes de edad escolar

estos síntomas tienden a alterar su rendimiento académico debido a su incapacidad para enfocar su atención, retener información y así como su falta de motivación.

Los **errores cognitivos** sistemáticos dan validez a sus concepciones a pesar de que pueda existir evidencia contraria. Entre los errores cognitivos que refiere Beck en su teoría se encuentran:

- ✓ La inferencia arbitraria: conclusión en ausencia de evidencia
- ✓ La abstracción selectiva: Selección de un elemento poco relevante de una situación para interpretar la experiencia total.
- ✓ Generalización excesiva: Elaboración de conclusiones a partir de hechos aislados los cuales son aplicados a otras situaciones que pueden o no estar relacionadas con dichas situaciones.
- ✓ Maximización o minimización: Evaluación exagerada de situaciones incrementando o disminuyendo su significado.
- ✓ Personalización: Atribución que se hace la persona a sí misma de fenómenos externos sin una base firme para hacer tal conexión.
- ✓ Pensamiento absolutista o dicotómico: Relaciona a la clasificación de las experiencias en función a una o dos categorías opuestas. El paciente deprimido tiende a describirse utilizando los extremos negativos. (Beck, Ruch, Shaw, & y Emery, 1983)

El modelo de procesamiento de información señala que los eventos producidos en edades tempranas forman un estilo de pensamiento con esquemas cognitivos inadecuados acerca de uno mismo y del entorno actual y futuro. Estos esquemas se mantienen latentes en la persona y se activan cuando surge algún acontecimiento análogo a la experiencia que les dio origen.

2.2.2. Sentido de Vida

2.2.2.1. Definición:

Hasta ahora se ha hablado de ese “algo” terapéutico que se necesita para que se realice una sanación psicológica concreta y exitosa, para Frankl ese

“algo” hace referencia a encontrarle **el sentido** a la situación concreta y en general a la existencia. (Gengler, 2009)

Para la logoterapia esta sería la principal fuente de motivación de cada ser humano, por tal motivo ni la voluntad de placer que propone Freud, ni la voluntad de poder que propone Adler son tan determinantes como la *voluntad de sentido*. Por lo tanto este sentido no es algo que construimos a lo largo de nuestra vida si no algo que se encuentra, es decir, la vida no carece de sentido, éste preexiste al sujeto quien debe buscarlo hasta encontrarlo. (Frankl, 1983)

Por lo tanto este es considerado único y específico para cada individuo en un determinado contexto, es labor de cada persona definirlo, gracias a ello se logrará dar un significado adecuado que responda a sus propias necesidades vitales. (Velasco, 2004).

Este funciona como una especie de proyecto que escoge la persona alrededor de una causa, ya sea la persona amada, una obra científica, el sufrimiento, la gloria de Dios, etc. Cuando éste se frustra puede dar origen a una neurosis que nace en el núcleo espiritual del sujeto. (Manrique Tisnés, 2011) Dichas neurosis pueden resultar muchas veces beneficiosas más que perjudiciales, ya que, para la logoterapia el sentido de vida se puede hallar de tres formas: 1) realizando una acción, 2) teniendo algún principio, 3) por el sufrimiento (Frankl, 1983)

El sentido de vida, para Frankl, debe ser el eje central de la psicoterapia, por tal motivo él no utiliza el término enfermedad o patología, él habla de pérdida del sentido refiriéndose a un vacío existencial,” (Gengler, 2009). Este vendría a ser lo que origina todo “trastorno mental”.

Este vacío existencial se manifiesta a través de 3 grupos de síntomas básicos: Los síntomas depresivos, los síntomas agresivos con o sin control de impulsos, y las adicciones. (Gengler, 2009). Frankl refiere que las conductas delictivas tales como el suicidio, el abuso de sustancias psicoactivas, etc, es una respuesta que actúa como consecuencia al vacío existencial. (Manrique, 2011)

Algunos autores como Battista y Almond, Harlow y Bentler, Débats y Wezeman (citados por Kraus, Rodríguez, & Dixe, 2009) realizaron diversas

investigaciones empíricas donde encuentran correlaciones significativas entre el vacío existencial y otras variables como la ideación suicida, la toxicoddependencia, la depresión y la ansiedad. Por otro lado estudios enfocados en hallar relación entre el vacío existencial y la desesperanza encuentran que la frustración del sentido de vida se asocia a la desesperanza la cual se puede manifestar como duda, ausencia de metas vitales, falta de control sobre la propia vida y riesgo de suicidio. (García, Gallego, & Pérez, Sentido de vida y desesperanza: un estudio empírico, 2009)

1) Frustración existencial:

Para la logoterapia el principal postulado lo constituye la “Voluntad de sentido”, que para Frankl es la “primera fuerza motivante del hombre en la lucha por encontrar un sentido a su propia vida. Este sentido es único y específico, por lo tanto es la propia persona quien tiene que encontrarlo es así como el hombre logra alcanzar un significado que satisfaga su propia voluntad de sentido. (Frankl, 1979). Cuando esa búsqueda no haya un fin, es decir, cuando la “voluntad de sentido” no es satisfecha ocurre una “frustración existencial”, un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia. (Frankl, Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia, 1994).

Por lo tanto esta frustración se experimenta cuando el desarrollo de un sentido de vida se ve frustrado en la medida en que las metas, anhelos o expectativas de vida no sean realizados o los parámetros de vida de seguridad y certidumbre sean afectados por situaciones de crisis donde no se cuenta con las herramientas adecuadas para afrontarlos. (Castro C. , 2010), en estas situaciones, la manifestación de una serie de sensaciones y cambios en la vida de la persona surge como “síntomas” de un estado de frustración existencial que afecta nuestro sentido de vida que ha sido denominado por Frankl como un “vacío existencial” que vendría a ser la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa. (Frankl, 1994). Ante esto las personas presentan la sensación de que sus vidas carecen total y definitivamente de un sentido. Se experimenta un vacío interior y de absurdidad de la vida, una incapacidad para sentir las cosas y los seres que nos rodean. (Lipovetske, 1995).

Cuando un individuo se encuentra existencialmente frustrado, la vida pierde sentido. Su dinámica cotidiana responde a la rutina y al cumplimiento de sus deberes o compromisos sin ningún tipo de ánimo o interés. Quien considera que “la vida no tiene sentido” cree que no vale la pena vivirla y la única sensación que tiene es el vacío que alberga dentro de sí. (Castro C. , 2000)

Una persona en ésta situación manifiesta un comportamiento indiferente, apático, le da igual las cosas, no tiene ningún afán, la persona carece de ideales, pueden tener tristeza, melancolía, angustia, desencanto, soledad, depresión, caer en el alcoholismo, drogadicción, conformismo, realizar actos violentos contra otros y contra sí mismo, desmotivación y desvincularse de la sociedad. (Castro C. , 2000)

2.2.2.2. **Teoría Humanística - Existencial:**

La presente investigación describe la variable sentido de vida desde el punto de vista existencialista, específicamente se basa en la logoterapia de Viktor Frankl. La psicología existencialista, considerada como la tercera fuerza de la psicología después del psicoanálisis y el conductismo, nace como respuesta a la realidad que se venía viviendo en los años 60 en Estados Unidos, años turbulentos donde las protestas y manifestaciones contra la guerra de Vietnam eran constantes, movilizaciones a favor de los derechos civiles, es en esta época que el movimiento hippie se rebela contra los valores tradicionales de la nación. Esta realidad tan dinámica y cambiante hizo que se cree la necesidad de una psicología que no sólo describa “la mente” o el “cuerpo” del ser humano sino se tome en cuenta el espíritu de éste **(Tabías Imbernón, 2009)**.

Dicho movimiento se opone al uso del método científico experimental dentro de la psicología visto como deshumanizante y despersonalizado, por el contrario ofrece una alternativa en la psicoterapia que orienta al consultante hacia la realización personal y lejos de explicar la conducta humana en base a estímulos, genética o experiencias tempranas le dan relevancia a lo que ellos llaman “realidad subjetiva” (Tabías Imbernón, 2009).

En dicha época era necesario incluir factores que vayan más allá del conductismo y el psicoanálisis para dar explicación a la conducta del ser

humano, esta corriente ayudó para que se cuestionen aspectos que la psicología tradicional no tomaba en cuenta. El existencialismo fue padre de múltiples modelos que en la actualidad ayudan y enriquecen a la psicología, sin embargo, hoy en día habiendo tantas corrientes y modelos psicoterapéuticos es importante adoptar una posición ecléctica como parte de nuestra práctica profesional, esto nos ayudará a rescatar todos aquellos aportes funcionales y útiles de cada corriente y modelo, los cuales pueden ser puestos en práctica en diferentes casos, llevándonos a resultados exitosos.

Este modelo nace de la filosofía del romanticismo y la fenomenología, que diferían mucho del racionalismo o el empirismo ya que lejos de pensar que la verdad se alcanza mediante la razón o del análisis de las ideas derivadas de la experiencia ellos consideran la verdadera fuente de información válida a la propia naturaleza humana específicamente los instintos y sentimientos irracionales. Para los existencialistas los aspectos humanos con mayor relevancia eran sus interpretaciones personales y subjetivas sobre la vida. (Tabías Imbernón, 2009). Los primeros filósofos considerados existencialistas fueron Kierkegaard, Nietzsche y Dostoievsky, todos ellos pusieron especial énfasis en la importancia de la existencia humana centrándose en los sentimientos de la persona, su libertad de elección, su individualidad y responsabilidad personal. (Tabías Imbernón, 2009)

2.2.2.3. Logoterapia:

La logoterapia es una corriente psicoterapéutica que en sus inicios no tenía la intención de desligarse del psicoanálisis ortodoxo, sino por el contrario, su finalidad era complementar los alcances teóricos de éste y darle un toque humanizado y de esta forma volverlo más completo, sin embargo con el paso del tiempo este se fue volviendo cada vez más autónomo e independiente. **(Gengler, 2009)**

Viktor Frankl, neurólogo psiquiatra, padre de la logoterapia, basa su teoría en las autoreflexiones hechas en los campos de concentración, es aquí donde gracias a su capacidad para analizar y su curiosidad por darle explicación a la conducta humana le funcionan para poder sobrevivir a esta difícil situación. Frankl vio morir triste e inhumanamente a sus amigos y familiares ya sea por inanición, hambre, enfermedad o tortura. Es aquí donde puede darse cuenta el papel importante que

juega tener un motivo por el cual seguir viviendo y no rendirse, la dignidad humana no podía perderse, la resistencia interior a la tortura, las ganas de seguir viviendo por alguien o por algo. (Madueño, 2002)

El modelo existencial sirve como marco teórico para esta corriente ya que es sobre todo una terapia espiritual de la vida la cual concibe al ser humano como un ser capaz de alzarse por sobre su situación por más adversa que esta sea.

Dentro de la teoría de Frankl él considera que el ser humano posee tres dimensiones principales: 1) La dimensión somática, que vendría a ser la que está constituida por el ámbito biológico, 2) la dimensión psíquica, conformada por la realidad psicodinámica del hombre, 3) y la dimensión noética que abarca lo que vendría a ser el alma humana, este es incapaz de ser sometido a un reduccionismo biologicista, ni psíquico. Aquí se encuentran conceptos abstractos como la libertad, responsabilidad, etc. (Gengler, 2009).

Este enfoque pudo incorporar por primera vez los conceptos espirituales al ámbito psicológico. Frankl consideraba que las situaciones hostiles y traumáticas de la experiencia humana pueden ser superadas gracias a esta dimensión espiritual y de esta forma poder desarrollar personas sin ningún tipo de dificultad psicológica. (Gengler, 2009).

La logoterapia concibe al ser humano como un ser que no se encuentra determinado por sus condicionamientos sino como un ser que se va haciendo y que puede llegar a ser de diversas maneras, por lo tanto su conducta no es cien por ciento predecible.

Para la logoterapia lo que llega a motivar la conducta del ser humano es la voluntad de sentido. El ser humano no sólo busca satisfacer sus necesidades básicas o se conduce en base al principio del placer o poder, lo que él necesita es encontrar un fuerte sentido a su vida. (Madueño, 2002)

En el ámbito psicoterapéutico, para Frankl, el cambio se realiza en el momento en que el paciente es capaz de alzarse por encima de su situación dañina, es por ello que la logoterapia también es denominada como una "Psicología Elevada" ya que las personas al ser poseedores de una dimensión espiritual, este tendrá la potencialidad para elevarse y sobrellevar la realidad. (Gengler, 2009)

El ser humano atraviesa durante su vida por diversos cambios y crisis, si bien es cierto, a algunos les toca enfrentar momentos más difíciles que a otros, la diferencia

radica en la capacidad de resiliencia que se posee para pararnos y, como decía Frankl, “A PESAR DE TODO DIGO SÍ A LA VIDA”. (Frankl, El hombre en búsqueda de sentido, 1983)

En la adolescencia estas situaciones pueden ser incluso más complicadas ya que, si bien es cierto el grado de responsabilidades que asume un adolescente no es igual a la de un adulto, sin embargo este atraviesa crisis y situaciones que pueden determinar el desarrollo de su vida adulta, tales como la identidad de género que en esta etapa se concretiza, la elección de una carrera profesional, asumir sus cambios físicos y anímicos, su necesidad de autonomía, su hambre de libertad, sus ganas de experimentar cosas nuevas, etc. Todas estas situaciones son asumidas por personas que están dejando de ser niños, por tal motivo, aún no cuentan con las herramientas y recursos necesarios para enfrentar de forma positiva dichas experiencias. Psicoterapéuticamente estudiar la mente o centrarse en las conductas del adolescente no serviría de mucho, sin embargo si analizamos la dimensión espiritual y ayudamos a la persona a elevarse frente a las adversidades este tendrá la capacidad de superar cualquier dificultad o crisis. Frankl citando a Nietzsche resume casi toda la propuesta logoterapéutica en una frase emblema: “Quien tiene un porqué para vivir puede soportar cualquier cómo” (Madueño, 2002)

2.2.2.4. Satisfacción con la vida en la adolescencia:

En la actualidad la psicología positiva centra su atención, no solo en el campo de lo “anormal” o lo patológico sino también visualiza una necesidad de abarcar temas como la satisfacción vital, la felicidad y el bienestar psicológico. (Vásquez, 2009).

Durante la adolescencia la presencia de una mayor satisfacción vital se asocia a múltiples consecuencias positivas como por ejemplo: a) de tipo escolar, b) de tipo interpersonal, de tipo intrapersonal (mayor sentido vital, mayor gratitud, mayor autoestima, etc). (Proctor, Linley, & Maltby, 2010). En un estudio trasversal aplicado a adolescentes estadounidenses, en el año 2003 por Gilman y Huebner encontraron que los adolescentes que estaban más satisfechos con su vida presentaban menos estrés, mejores relaciones sociales, mejor actitud hacia sus profesores y mejor salud mental. (Lewin-Bizan, Bowers, & Lerner, 2010).

Por lo tanto es relevante el estudio de la satisfacción vital en la adolescencia y los factores que influyen en ella ya que de esta depende su buen desenvolvimiento en todos los aspectos de su vida.

2.3. Definición de términos básicos

2.3.1. Depresión: Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.

2.3.2. Sentido de vida: Significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado.

CAPÍTULO 3. HIPÓTESIS

3.1. Formulación de la hipótesis

3.1.1. Hipótesis General:

Existe relación entre la Depresión y el Sentido de vida en alumnos de una institución educativa de Trujillo.

3.1.2. Hipótesis Específicas:

- Existe relación entre los indicadores (estado de ánimo disfórico e ideas de autodesprecio) de la depresión infantil y los indicadores (frustración existencial y sentido de realización) de sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo.

3.2. Operacionalización de variables

| Variable | Definición conceptual | Dimensiones | Indicadores |
|-----------------|--|---------------------------|--|
| Depresión | <p><i>Definición conceptual</i></p> <p><i>Trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente.</i></p> | Estado de ánimo disfórico | <i>Expresión o muestra de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo.</i> |
| | | | <i>Cambios en el estado de ánimo, mal humor, irritabilidad, se enfada fácilmente, llora con facilidad.</i> |
| | | | <i>Es negativista y resulta difícil de complacerle</i> |
| | | Ideas de Auto desprecio | <i>Sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad.</i> |
| | | | <i>Presenta ideas de persecución, deseos de muerte y tentativas de suicidio,</i> |
| | | | <i>Revela ideas de escaparse y huir de su casa.</i> |
| Sentido de Vida | <p><i>Significado concreto de la vida de cada individuo en un momento dado</i></p> | Sentido de realización | <i>Propio bienestar</i> |
| | | | <i>Autorrealización</i> |
| | | | <i>Familia</i> |
| | | | <i>Ocupación principal</i> |
| | | | <i>Sociedad</i> |
| | | | <i>Intereses</i> |

| | | | |
|--|--|---------------------------------------|------------------------------|
| | | | <i>Experiencias</i> |
| | | | <i>Servicio a ideales</i> |
| | | | <i>Necesidad vital</i> |
| | | <i>Frustración</i> | <i>Tener rabia frecuente</i> |
| | | <i>Deseo de empezar todo de nuevo</i> | |
| | | <i>Necesidad de llenar vacíos</i> | |
| | | <i>Sentirse sobrecargado</i> | |
| | | <i>Desasosiego</i> | |
| | | <i>Falta de sentido</i> | |
| | | <i>Desesperanza</i> | |

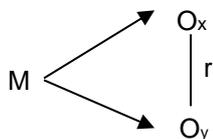
3.3. Tipo de diseño de investigación.

No experimental: Correlacional

3.4. Material.

3.4.1. Tipo de diseño de investigación: El diseño de contrastación utilizado es diseño descriptivo correlacional “Este diseño se orienta a la determinación de una misma muestra de sujetos o el grado de relación existente entre dos fenómenos o eventos observados” (Sánchez, 1998)

El diagrama es el siguiente:



Donde:

M: Población

O_x: Depresión en los estudiantes de una institución educativa nacional de Trujillo

O_y: Sentido de vida de los estudiantes de una institución educativa nacional de Trujillo

r: Relación entre depresión y sentido de vida de los estudiantes de una institución educativa nacional de Trujillo

3.4.2. Unidad de estudio.

Estudiantes de educación secundaria de una institución educativa nacional

3.4.3. Población.

La población estuvo constituida por un total de 600 estudiantes matriculados de entre 13 y 16 años de edad pertenecientes al 3º, 4º y 5º de secundaria distribuidos en 5 secciones por grado de una institución educativa nacional de la ciudad de Trujillo

3.4.4. Muestra.

El presente estudio se realizó en una muestra de 250 alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo

La muestra se obtuvo de la aplicación de la fórmula de Cochran.

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

$$n = 250$$

3.5. Métodos.

3.5.1. Técnicas de recolección de datos y análisis de datos

✓ Cuestionario de depresión infantil (CDI):

FICHA TÉCNICA:

El nombre original del inventario es "Children's Depression Inventory C.D.I.", traducido en "Inventario de Depresión Infantil C.D.I.", autora María Kovacs (1977) con procedencia de Canadá, adaptado al español por Polonio Lorente (1988) España y adaptado a nuestra realidad nacional por Edmundo Arévalo Luna (2009), su administración puede ser individual o colectiva para niños y niñas de 8 a 16 años de edad. La prueba tiene una duración: de 15 a 20 minutos y su objetivo general es evaluar síntomas depresivos más esenciales en los niños de 8 a 16 años a través de las siguientes dimensiones: Estado

de ánimo disfórico (visión negativa del medio y del futuro), Ideas de auto desprecio (visión negativa de sí mismo).

Confiabilidad:

El instrumento, en la versión adaptada, alcanzó un coeficiente de confiabilidad de 0.9176 a través del coeficiente Alfa de Crombach.

Validez:

En la prueba se aprecia que los ítems se correlacionan de manera significativa, con los puntajes totales de los demás ítems del inventario ($p < 0.001$), lo cual indica que todos los ítems del CDI contribuyen al diagnóstico de los síntomas depresivos y son pertinentes al mismo.

✓ LOGOTEST

FICHA TÉCNICA

El logotest fue creado en Viena en el año 1986 por Elizabeth Lukas, cuyo objetivo principal es conocer el sentido de vida y los síntomas de frustración de la persona. (González & Toro, 2009). La prueba se basa en la teoría existencialista, específicamente en la logoterapia propuesta por Viktor Frank, sin embargo, las dimensiones de realización y frustración son propuestas por la autora del instrumento. (Lukas, 1986).

Anteriormente a esta, la investigación tradicional hizo uso de la prueba (PIL) (Purpose in life), el cual es un gran precedente ya que las primeras investigaciones sobre sentido de vida se basaron en dicha prueba. Luego de la creación del logotest ambas pruebas se utilizaban de la mano debido a su alta complementariedad. (Noblejas, 1999).

Confiabilidad

La confiabilidad fue determinada por Lukas mediante el método de las mitades, para la escala total como para las dimensiones de realización y frustración existencial. Los valores arrojaron una r de 0,87 (Lukas, 1986).

En la adaptación a la realidad trujillana, González y Toro hallaron mediante el método de las mitades y el corrector de Spearman - Brown, una confiabilidad de 0,85. (González & Toro, 2009)

Validez

La validez ítem-test se realizó usando la fórmula de Producto Momento de Pearson, obteniendo valores mayores a ,20. (González & Toro, 2009)

3.5.2. Procedimientos

Para poder llevar a cabo la investigación se procedió en primer lugar a revisar el marco teórico, aquí se descartó e incluyó algunos temas tomando en cuenta la muestra y objetivos de la investigación.

Posteriormente se contactó con la institución nacional y se procedió a la aplicación de los instrumentos.

Una vez aplicados los instrumentos se llevó a cabo la realización de la base de datos.

Por último se procesó los datos estadísticamente para obtener los resultados que darían respuestas a las hipótesis y objetivos planteados.

CAPÍTULO 4. DESARROLLO

Para la presente investigación fue necesario , en un primer momento, hacer los trámites pertinentes para obtener la autorización del centro educativo nacional donde se aplicarían las pruebas y se llevaría a cabo el estudio, se acordó retribuir los resultados obtenidos por el estudio a nivel general, a continuación se procedió a solicitar el número total de estudiantes matriculados en los grados de tercero, cuarto y quinto de secundaria para obtener una muestra significativa de alumnos, antes de la aplicación formal de la investigación se ejecutó una prueba piloto con la finalidad de comprobar la validez y confiabilidad de los inventarios a utilizar.

A continuación se realizó las coordinaciones para la aplicación y se escogió al azar las secciones que participarían en el estudio.

La aplicación de las pruebas se realizó en forma grupal, se evaluaron a dos secciones por grado de cuarenta alumnos cada una aproximadamente, se inició explicando a los alumnos los objetivos de la investigación y las instrucciones para su ejecución.

Una vez aplicados los cuestionarios se llevó a cabo la corrección e interpretación de las pruebas para luego realizar el procesamiento estadístico con el objetivo de comprobar las hipótesis y objetivos planteados.

Para el análisis de los datos, como primer paso, se realizó una crítica- codificada de los datos que consiste en revisar las pruebas que presentan algún problema en su llenado, seguidamente se enumeró cada una de las fichas de respuesta, luego las respuestas fueron llenadas en la hoja de cálculo en el programa Excel armando así la base de datos, posteriormente se procesó estos datos en el programa SPSS 22.0 para empezar con el análisis correspondiente para lo cual se hizo uso de métodos para obtener tanto la estadística descriptiva como la estadística inferencial tales como: El coeficiente Alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad de ambos instrumentos, por consistencia interna, prueba de Kolmogorov-Smirnov para evaluar el cumplimiento o no de la normalidad de las variables de la investigación, construcción de tablas de distribución de frecuencia simples y porcentuales. Se realizó la prueba de las hipótesis a través de la correlación de Spearman que permitió establecer la correlación entre la depresión y el sentido de vida. Posteriormente se empezó a discutir los resultados obtenidos con los antecedentes y el marco teórico de la investigación para concluir con la redacción de las conclusiones y recomendaciones necesarias para lo cual se tomó en cuenta la los límites de la investigación.

CAPÍTULO 5. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos en la aplicación de la investigación. Primero se empezará describiendo los resultados en cuanto a la variable Depresión y sus dimensiones, seguido de la variable sentido de vida y sus dimensiones así como las relaciones halladas entre ambas.

Tabla 1

Nivel de depresión de los alumnos evaluados.

| Nivel de Depresión | N° | % |
|--------------------------|------------|--------------|
| Normal | 63 | 25.2 |
| Mínimo y Moderado | 124 | 49.6 |
| Severa | 36 | 14.4 |
| Grado máximo | 27 | 10.8 |
| Total | 250 | 100.0 |

En la tabla 1 se observa que el 49.6% de los estudiantes evaluados se encuentran dentro de un nivel mínimo y moderado de depresión.

Tabla 02

Nivel de depresión por dimensiones de los alumnos evaluados

| Nivel de Depresión | n _o | % |
|----------------------------------|----------------|--------------|
| Estado de ánimo disfórico | - | |
| Normal | 69 | 27.6 |
| Mínimo y Moderado | 115 | 46.0 |
| Severa | 39 | 15.6 |
| Grado máximo | 27 | 10.8 |
| Ideas de Autodesprecio | - | |
| Normal | 86 | 34.4 |
| Mínimo y Moderado | 86 | 34.4 |
| Severa | 47 | 18.8 |
| Grado máximo | 31 | 12.4 |
| Total | 250 | 100.0 |

Fuente: Información obtenida de los test

En la tabla 2 se observa que el 46% de los alumnos evaluados presentan un nivel moderado de estado de ánimo disfórico y 68.8% se encuentran en un nivel normal y moderado en cuanto a ideas de autodesprecio.

Tabla 03

Nivel de sentido de vida de los alumnos de un colegio público de Trujillo

| Nivel de Sentido de Vida | n_o | % |
|-------------------------------------|----------------------|--------------|
| Adecuado sentido de vida | 96 | 38.4 |
| Tendencia al sentido de vida | 87 | 34.8 |
| Carente de sentido de vida | 67 | 26.8 |
| Total | 250 | 100.0 |

En la tabla 3 se puede observar que el 38.4% de los alumnos evaluados poseen un adecuado sentido de vida.

Tabla 4

Nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos evaluados

| Nivel de Sentido de Vida | n_o |
|---------------------------------|----------------------|
| Sentido de realización | |
| Adecuada realización | 75 |
| Tendencia a la realización | 119 |
| Carente de realización | 56 |
| Frustración | |
| Alta frustración | 65 |
| Tendencia a la frustración | 105 |
| Baja frustración | 80 |
| Total | 250 |

En la tabla 4 se puede identificar a un 47.6% de los alumnos evaluados con tendencias a la realización, así mismo el 42% presentan tendencias a la frustración.

Tabla 5:

Nivel de depresión y nivel de sentido de vida de los alumnos evaluados

| Nivel de Sentido de Vida | Nivel de Depresión | | | | | | | | Total | |
|---|--------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Normal | | Mínimo y Moderado | | Severa | | Grado máximo | | n _o | % |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % | | |
| Adecuado sentido de vida | 38 | 15.2 | 49 | 19.6 | 8 | 3.2 | 1 | 0.4 | 96 | 38.4 |
| Tendencia al sentido de vida | 18 | 7.2 | 47 | 18.8 | 13 | 5.2 | 9 | 3.6 | 87 | 34.8 |
| Carente de sentido de vida | 7 | 2.8 | 28 | 11.2 | 15 | 6.0 | 17 | 6.8 | 67 | 26.8 |
| Total | 63 | 25.2 | 124 | 49.6 | 36 | 14.4 | 27 | 10.8 | 250 | 100.0 |

En la tabla 5 se puede observar que el 15.2% de los alumnos evaluados se encuentran en un nivel de depresión normal y adecuado sentido de vida. El 18.8% se encuentran en un nivel mínimo y moderado de depresión y posee tendencia al sentido de vida. El 6% de los alumnos se encuentran en un nivel severo de depresión y por lo tanto poseen un carente sentido de vida. Y el 6.8% de los alumnos poseen un grado máximo de depresión y carente sentido de vida.

Tabla 6

Nivel de depresión en la dimensión estado de ánimo disfórico y nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos evaluados

| Nivel de Sentido de Vida por Dimensiones | Nivel de Depresión en la dimensión Estado de ánimo disfórico | | | | | | | | Total | |
|--|--|-------------|-------------------|-------------|----------------|-------------|----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Normal | | Mínimo y Moderado | | Severa | | Grado máximo | | n _o | % |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % | | |
| Sentido de realización | | | | | | | | | | |
| Carente de realización | 33 | 13.2 | 34 | 13.6 | 7 | 2.8 | 1 | 0.4 | 75 | 30.0 |
| Tendencia a la realización | 30 | 12.0 | 58 | 23.2 | 19 | 7.6 | 12 | 4.8 | 119 | 47.6 |
| Adecuada realización | 6 | 2.4 | 23 | 9.2 | 13 | 5.2 | 14 | 5.6 | 56 | 22.4 |
| Frustración | | | | | | | | | | |
| Alta frustración | 31 | 12.4 | 28 | 11.2 | 4 | 1.6 | 2 | 0.8 | 65 | 26.0 |
| Tendencia a la frustración | 24 | 9.6 | 55 | 22.0 | 21 | 8.4 | 5 | 2.0 | 105 | 42.0 |
| Baja frustración | 14 | 5.6 | 32 | 12.8 | 14 | 5.6 | 20 | 8.0 | 80 | 32.0 |
| Sentido de Vida | | | | | | | | | | |
| Carente de sentido de vida | 41 | 16.4 | 45 | 18.0 | 9 | 3.6 | 1 | 0.4 | 96 | 38.4 |
| Tendencia al sentido de vida | 20 | 8.0 | 43 | 17.2 | 16 | 6.4 | 8 | 3.2 | 87 | 34.8 |
| Adecuado sentido de vida | 8 | 3.2 | 27 | 10.8 | 14 | 5.6 | 18 | 7.2 | 67 | 26.8 |
| Total | 69 | 27.6 | 115 | 46.0 | 39 | 15.6 | 27 | 10.8 | 250 | 100.0 |

En la tabla 6 se observa que el 23.2% de los alumnos evaluados se encuentran en un nivel mínimo y moderado de estado disfórico y poseen tendencias a la realización. El 22% de los alumnos poseen un nivel mínimo y moderado de estado de ánimo disfórico y poseen tendencia a la frustración. El 17.2% de los alumnos poseen un nivel mínimo y moderado de estado de ánimo disfórico y poseen tendencia al sentido de vida.

Tabla 7

Nivel de depresión en la dimensión ideas de autodesprecio y nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos evaluados

| Nivel de Sentido de Vida por Dimensiones | Nivel de Depresión en la dimensión Ideas de Autodesprecio | | | | | | | | Total | |
|---|--|-------------|----------------------|-------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Normal | | Mínimo y Moderado | | Severa | | Grado máximo | | n _o | % |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % | | |
| Sentido de realización | | | | | | | | | | |
| Carente de realización | 36 | 14.4 | 26 | 10.4 | 13 | 5.2 | 0 | 0.0 | 75 | 30.0 |
| Tendencia a la realización | 42 | 16.8 | 42 | 16.8 | 18 | 7.2 | 17 | 6.8 | 119 | 47.6 |
| Adecuada realización | 8 | 3.2 | 18 | 7.2 | 16 | 6.4 | 14 | 5.6 | 56 | 22.4 |
| Frustración | | | | | | | | | | |
| Alta frustración | 32 | 12.8 | 21 | 8.4 | 9 | 3.6 | 3 | 1.2 | 65 | 26.0 |
| Tendencia a la frustración | 37 | 14.8 | 34 | 13.6 | 24 | 9.6 | 10 | 4.0 | 105 | 42.0 |
| Baja frustración | 17 | 6.8 | 31 | 12.4 | 14 | 5.6 | 18 | 7.2 | 80 | 32.0 |
| Sentido de Vida | | | | | | | | | | |
| Carente de sentido de vida | 47 | 18.8 | 31 | 12.4 | 16 | 6.4 | 2 | 0.8 | 96 | 38.4 |
| Tendencia al sentido de vida | 29 | 11.6 | 30 | 12.0 | 16 | 6.4 | 12 | 4.8 | 87 | 34.8 |
| Adecuado sentido de vida | 10 | 4.0 | 25 | 10.0 | 15 | 6.0 | 17 | 6.8 | 67 | 26.8 |
| Total | 86 | 34.4 | 86 | 34.4 | 47 | 18.8 | 31 | 12.4 | 250 | 100.0 |

En la tabla N°7 se observa que el 33.6% de los alumnos evaluados se encuentran en un nivel normal y moderado de ideas de autodesprecio y con tendencia a la realización. El 14.8% de los alumnos evaluados se encuentran en un nivel normal de ideas de autodesprecio y con tendencias a la frustración. El 18.8% se encuentra en un nivel normal de ideas de autodesprecio y carente sentido de vida.

Tabla 8

Nivel de depresión y nivel de sentido de vida por dimensiones de los alumnos de un colegio público de Trujillo

| Nivel de Sentido de Vida por Dimensiones | Nivel de Depresión | | | | | | | | Total | |
|---|--------------------|-------------|----------------------|-------------|----------------|-------------|-----------------|-------------|----------------|--------------|
| | Normal | | Mínimo y Moderado | | Severa | | Grado máximo | | n _o | % |
| | n _o | % | n _o | % | n _o | % | n _o | % | | |
| Sentido de realización | | | | | | | | | | |
| Carente de realización | 30 | 12.0 | 38 | 15.2 | 6 | 2.4 | 1 | 0.4 | 75 | 30.0 |
| Tendencia a la realización | 28 | 11.2 | 62 | 24.8 | 18 | 7.2 | 11 | 4.4 | 119 | 47.6 |
| Adecuada realización | 5 | 2.0 | 24 | 9.6 | 12 | 4.8 | 15 | 6.0 | 56 | 22.4 |
| Frustración | | | | | | | | | | |
| Alta frustración | 29 | 11.6 | 31 | 12.4 | 3 | 1.2 | 2 | 0.8 | 65 | 26.0 |
| Tendencia a la frustración | 22 | 8.8 | 58 | 23.2 | 18 | 7.2 | 7 | 2.8 | 105 | 42.0 |
| Baja frustración | 12 | 4.8 | 35 | 14.0 | 15 | 6.0 | 18 | 7.2 | 80 | 32.0 |
| Sentido de Vida | | | | | | | | | | |
| Carente de sentido de vida | 38 | 15.2 | 49 | 19.6 | 8 | 3.2 | 1 | 0.4 | 96 | 38.4 |
| Tendencia al sentido de vida | 18 | 7.2 | 47 | 18.8 | 13 | 5.2 | 9 | 3.6 | 87 | 34.8 |
| Adecuado sentido de vida | 7 | 2.8 | 28 | 11.2 | 15 | 6.0 | 17 | 6.8 | 67 | 26.8 |
| Total | 63 | 25.2 | 124 | 49.6 | 36 | 14.4 | 27 | 10.8 | 250 | 100.0 |

El 24.8% de los estudiantes evaluados poseen un nivel mínimo y moderado de depresión y tendencias a la realización. El 23.2% en encuentran en un nivel moderado de depresión y tendencia a la frustración. El 18.8% poseen un nivel moderado de depresión y tendencia al sentido de vida.

Tabla 9

Prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov sobre depresión y sentido de vida.

| Variab les | Z de Kolmogorov- Smirnov | Probabilidad p | Significancia |
|----------------------------------|---|---------------------------------|--|
| Depresión | 1.674 | 0.007 | Altamente significativa. Los datos no son normales |
| Estado de ánimo disfórico | 1.926 | 0.001 | Altamente significativa. Los datos no son normales |
| Ideas de Autodesprecio | 2.079 | 0.000 | Altamente significativa. Los datos no son normales |
| Sentido de realización | 1.377 | 0.045 | Significativa. Los datos no son normales |
| Frustración | 2.573 | 0.000 | Altamente significativa. Los datos no son normales |
| Sentido de Vida | 1.517 | 0.020 | Altamente significativa. Los datos no son normales |

Tabla 10

Análisis Correlacional de las variables de Depresión y Sentido de vida.

| Variables | Depresión | | |
|------------------------|-----------------|--------------|-------------------------|
| | Correlación | Probabilidad | Significancia |
| | Spearman | | |
| Sentido de Vida | -0.456** | 0.000 | Altamente significativo |

Fuente: Información obtenida de los test

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 10 muestra que existe una correlación altamente significativa de grado moderado entre las variables de depresión y sentido de vida, las cuales se relacionan de forma inversa, es decir, si una de ellas aumenta la otra disminuirá. Por lo tanto se acepta la hipótesis general.

Tabla 11

Análisis Correlacional del estado de ánimo disfórico y el sentido de realización en los alumnos evaluados.

| Variables | Estado de ánimo disfórico | | |
|------------------------|---------------------------|--------------|-------------------------|
| | Correlación | Probabilidad | Significancia |
| | Spearman | | |
| Sentido de realización | -0.417** | 0.000 | Altamente significativo |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 11 muestra que existe una correlación altamente significativa de grado moderado entre el estado de ánimo disfórico y el sentido de realización, las cuales se relacionan de forma inversa, es decir, si una de ellas aumenta la otra disminuirá. Por lo tanto se acepta la hipótesis específica número uno.

Tabla 12

Análisis Correlacional del estado de ánimo disfórico y la frustración en los alumnos
evaluados

| Variables | Estado de ánimo disfórico | | |
|-------------|---------------------------|--------------|-------------------------|
| | Correlación Spearman | Probabilidad | Significancia |
| Frustración | 0.360** | 0.000 | Altamente significativo |

Fuente: Información obtenida de los test

****.** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 12 muestra que existe una correlación altamente significativa de grado moderado entre el estado de ánimo disfórico y la frustración, las cuales se relacionan de forma directa, es decir, si una de ellas aumenta la otra también aumentará. Por lo tanto se acepta la hipótesis específica número dos.

Tabla 13

Análisis Correlacional de ideas de autodesprecio y sentido de realización en los alumnos evaluados.

| Variables | Ideas de autodesprecio | | |
|------------------------|------------------------|--------------|-------------------------|
| | Correlación | Probabilidad | Significancia |
| | Spearman | | |
| Sentido de realización | -0.422** | 0.000 | Altamente significativo |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 13 muestra que existe una correlación altamente significativa de grado moderado entre las ideas de autodesprecio y el sentido de realización, las cuales se relacionan de forma inversa, es decir, si una de ellas aumenta la otra disminuirá. Por lo tanto se acepta la hipótesis específica número tres.

Tabla 14

Análisis Correlacional de ideas de autodesprecio y frustración en los alumnos evaluados.

| Variables | Ideas de autodesprecio | | |
|-------------|-------------------------|--------------|-------------------------|
| | Correlación Spearman | Probabilidad | Significancia |
| Frustración | 0.287** | 0.000 | Altamente significativo |

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La tabla 14 muestra que existe una correlación altamente significativa de grado débil entre las ideas de autodesprecio y la frustración, las cuales se relacionan de forma directa, es decir, si una de ellas aumenta la otra también aumentará. Por lo tanto se acepta la hipótesis específica número cuatro.

CAPÍTULO 6. DISCUSIÓN

Luego de haber hecho el análisis estadístico de los datos y la descripción de los mismos pasaremos a la contratación de la hipótesis con el marco teórico y los antecedentes para dar respuesta a la formulación del problema y plantear las conclusiones y recomendaciones.

Los resultados hallados afirman que existe una correlación inversa altamente significativa y de grado moderado entre depresión y sentido de vida, lo que quiere decir que en la medida en que se experimente un estado de abatimiento e infelicidad de forma prolongada o transitoria, menor será el significado concreto que el sujeto le asigne a su vida.

Este resultado es consistente con las afirmaciones propuestas por Frankl donde refiere que el sentido de vida debe ser el eje central de la psicoterapia ya que él atribuye el origen de toda patología a la pérdida de sentido denominándolo vacío existencial (Gengler, 2009), este vacío puede manifestarse a través de diversos síntomas básicos dentro de los cuales se encuentran los síntomas depresivos. Por lo tanto, al igual que en nuestros resultados, Luckas refiere que al no hallar un sentido a la existencia el sujeto experimenta una frustración existencial en la que se manifiesta desesperanza, expectativas sobre el futuro caracterizados por la apatía, el cansancio, la falta de ilusión, la sensación de inutilidad de la vida, el fatalismo y la desorientación existencial, pudiendo llevar a las ideas suicidas. (Luckas, 2001). La desesperanza, por su parte, está relacionada en el modelo desarrollado por Beck y sus colaboradores, con sentimientos y cogniciones negativas acerca de uno mismo, del mundo y del futuro, correlacionado significativamente con ideas y tendencias suicidas; a mayor nivel de desesperanza, mayor frecuencia e intensidad de ideas suicidad y mayor probabilidad, por lo tanto, de materializar una conducta suicida. (Beck A., 1990)

Esta correlación puede apoyarse en las cifras estadísticas arrojadas por la propia investigación debido a que el 25.2% de los adolescentes evaluados manifiestan síntomas depresivos en grados severo y máximo, y por otro lado el 26.8% se encuentran en un nivel carente de sentido de vida lo que demostraría relación en cuanto a estos resultados. Los adolescentes que se encuentran en un grado carente de sentido de vida estarían experimentando un vacío existencial, esto debido a que en esta etapa de desarrollo los jóvenes se encuentran buscando aquellos proyectos que para Frankl (1983) son parte fundamental para encontrar el sentido vital, este es el caso de una persona amada, una

obra científica, el sufrimiento, la gloria de Dios, entre otros. El vacío existencial generaría en el adolescente manifestaciones severas de depresión que según Cuevas & Tevas (2006) estos van más allá de un desanimo o tristeza temporal los cuales pueden ser de índole conductual, somático, cognitivo y/o motivacional.

Valezco,(2004) considera a la etapa de la adolescencia como un momento de preparación y conformismo, momento en el que los jóvenes tienen mucho por realizar, pero poco realizado, mucho por poseer, pero aún poco poseído, es decir, como una etapa en que sus metas e identidades están en la categoría de realizar, en proyecto, o en calidad de posibilidad. Es por ello que se explica la inestabilidad y la búsqueda inexacta aún de un sentido de vida en los adolescentes pero sin embargo ya se evidencia una tendencia e interés en encontrarla. En la presente investigación se halló que el 34.8% de los adolescentes evaluados presentan una tendencia al sentido de vida lo que coincide en cierta manera con el 46.6% de alumnos que se encuentran en un nivel mínimo y moderado de depresión ya que al estar aún en la búsqueda ambivalente de un sentido de vida específico es ahí donde se experimentan síntomas mínimos de depresión lo que Cuevas y Tevas (2006) considerarían como síntoma depresivos caracterizado por ser transitorio y presentarse ante algún hecho doloroso en cualquier momento de la vida, este se puede manifestar a través de sensaciones de tristeza, melancolía, desanimo he incluso irritabilidad sobre todo en el caso de los adolescentes. Al ser la adolescencia una etapa tan compleja y a su vez un período de especial riesgo para la aparición de los primeros síntomas depresivos según Rudolph (2008) se debería poner especial atención incluso en las pequeñas y más simples manifestaciones de este trastorno.

Esta conclusión concuerda con la hallada por Gómez en el año 2014, donde se trabajó con 714 adolescentes de la ciudad de Huelva, España, cuyas edades oscilaban entre los 11 y 16 años. Los resultados arrojaron que los síntomas depresivos se incrementan y la satisfacción vital disminuye tras el seguimiento de la muestra estudiada.

Otras investigaciones hacen hallazgos similares a los de estos estudios, tal es el caso de Battista y Almond, Harlow y Bentler , Débats y Wezeman (citados por Kraus, Rodriguez, & Dixe, 2009) cuyas conclusiones encuentran correlaciones significativas entre el vacío existencial y otras variables como la ideación suicida y la depresión.

Así también se pudo establecer una relación altamente significativa de signo positivo y de grado moderado entre estado de ánimo disfórico, y frustración existencial. Lo que quiere decir que en la medida en el que aumente el grado de tristeza, soledad, desdicha,

indefensión y/o pesimismo el sujeto experimentará episodios frecuentes de rabia, deseo de empezar todo de nuevo, necesidad de llenar vacíos, desasosiego, falta de sentido y desesperanza.

La frustración existencial, para Frankl, es la pérdida del sentimiento de que la vida es significativa. (Frankl V. 1994). Por lo tanto al no encontrar un sentido la vida empieza a carecer de significado, se experimenta un vacío interior y de absurdidad de la vida que se manifiesta a través de un comportamiento indiferente, apático, le da igual las cosas, no tiene ningún afán, la persona carece de ideales, pueden tener tristeza, melancolía, angustia, desencanto y soledad. (Castro, 2000). Así mismo García, Gallego, & Pérez, 2009 refieren que cuando no se alcanza el logro existencial se origina una frustración que se asociaría a la desesperanza caracterizada por la duda sobre el sentido de la vida; por un vacío existencial que se manifestaría en un estado de tedio, percepción de falta de control sobre la propia vida y ausencia de metas vitales.

Por otro lado, Frankl fue uno de los primeros autores que se refiere al término “neurosis noogénica” o neurosis existencial; la cual se caracteriza por la presencia de síntomas clínicos, es decir está causado por la pérdida de sentido en los sujetos asociada con la pérdida de determinados valores. (Zaldívar Pérez, 1997). Muchas personas buscan ayuda profesional debido a la pérdida de sentido personal, presentado síntomas depresivos, o síntomas de angustia, desesperanza, ansiedad, melancolía, estado de ánimo disfórico lo que muchas veces es acompañado por síntomas somáticos. Dentro de las características más sobresalientes del cuadro presentado por estos sujetos son: la desesperanza y la falta de un proyecto de vida presente o futuro lo que se conoce como frustración existencial. (Zaldívar Pérez, 1997). Por lo tanto se concluye que la presencia de frustración existencial desencadena una serie de síntomas dentro de los cuales el estado de ánimo disfórico junto a otros síntomas depresivos es muy común.

Los hallazgos de este estudio son consistentes con los de García, Gallego, & Pérez, 2009 donde se busca correlacionar las variables sentido de vida y desesperanza en 302 sujetos de la ciudad de España con una edad media de 21.58 años. Si bien es cierto las características contextuales y de la muestra no son similares a los de la presente investigación, los resultados hallados permiten afirmar que existe una asociación significativa de signo positivo entre el vacío existencial y la desesperanza tal y como nuestra hipótesis afirma.

Por otro lado se afirma una correlación inversa altamente significativa y moderada entre las dimensiones estado de ánimo disforico y sentido de realización lo que quiere decir que a mayor expresión de tristeza, soledad, desdicha, indefensión y/o pesimismo menor será el sentido de satisfacción y bienestar en las diferentes áreas de la vida como por ejemplo familiar, laboral, social, entre otras. El sentido de realización implica la consecución de un nivel adecuado de salud física, mental y familiar, de relación de afectividad, relaciones de amistad, apoyo social y estabilidad espiritual, con capacidad de amar y experimentar paz interior (González K. ., 2009). Por lo tanto los adolescentes necesitan mantener un bienestar relativamente constante en cada una de estas áreas para así lograr un adecuado sentido de realización y a su vez evitar experimentar síntomas como la disforia. Este resultado corrobora los hallazgos de Kang, (2001) en una muestra de adolescentes estadounidenses de origen coreano hallaron que un mayor compromiso con la iglesia está relacionado con una espiritualidad más fuerte y esto, al mismo tiempo predice menos síntomas depresivos en las chicas y un mejor rendimiento académico en los varones. Así mismo Rasic, Kisely y Langille (2013) mostraron que entre las chicas adolescentes dar mucha importancia a la religión está asociada con menos síntomas depresivos, menos ideaciones suicidas y menos uso de alcohol y cannabis. Estos datos contribuyen en la afirmación de la correlación hallada ya que la espiritualidad y religiosidad, parte importante del sentido de realización, predice una menor manifestación de síntomas depresivos y estado de ánimo disfórico en adolescentes.

Otro aspecto importante para encontrar un sentido de realización son las relaciones familiares, como se sabe, desde los primeros modelos teóricos, la depresión se ha considerado un trastorno que aparece dentro del contexto familiar (Gómez, 2014). De acuerdo a diversas teorías los conflictos dentro del entorno familiar ponen en riesgo las emergentes capacidades biológicas, psicológicas y emocionales de los niños creando así una mayor vulnerabilidad a la depresión. (Rudolph, Development influences on interpersonal stress generation in depressed youth, 2008). Es así que al llegar a la adolescencia estos niños cuyas relaciones familiares han sido inadecuadas y al no haber desarrollado las capacidades necesarias para hacer frente a las dificultades propias del periodo tienden a presentar un mayor riesgo de depresión.

El sentido de realización también implica bienestar en cuanto a las relaciones amicales. Las teorías interpersonales de la depresión se centran en las interacciones entre los individuos y sus contextos sociales. Según estas teorías los individuos deprimidos llevan a cabo conductas desadaptativas que producen respuestas negativas en los demás,

generando estrés y conflicto con sus pares, por lo tanto estas dificultades en las relaciones intensifican o promueven la presencia y recurrencia de la depresión. (Gotlib, 1992).

Por su parte, Crumbaugh y Maholick, Maslow, Chamberlain e Zika, Débats e Wezeman, Park e Folkman,; Ryff y Singer (citados por Kraus, Rodriguez y Dixe, 2009) han encontrado que el sentido de realización se relaciona con aspectos psicológicos positivos como autenticidad, competencia para la toma de decisiones, satisfacción vital, felicidad, afectos positivos y estrategias de adaptación . Por lo tanto es una variable que influye de manera positiva en la salud y en el alivio del sufrimiento inevitable en la vivencia del dolor y la tristeza. En el caso de los adolescentes es importante tomar en cuenta que los menores de edad tienden a ser más sensibles a su entorno y presentan un estado de ánimo reactivo en mayor medida que las personas adultas (Basile, 2002). Ellos pueden no verbalizar su disforia o no demostrar su tristeza constante, es decir, las alteraciones del estado de ánimo se expresan a menudo en días variados, algunos de los cuales el estado de ánimo, la conducta y los sentimientos son normales, mientras existen otros períodos intercalados de sentimiento de depresión e irritabilidad.

Por otro lado se pudo establecer una correlación positiva altamente significativa y de grado débil entre ideas de autodesprecio y frustración. Lo que quiere decir que en la medida en que aumenta el sentimiento de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad en los jóvenes mayor será el nivel de rabia frecuente, deseo de empezar todo de nuevo, necesidad de llenar vacíos y desesperanza. A los menores de edad les resulta difícil expresar los sentimientos de culpabilidad, sin embargo estos se manifiestan a través de sus conductas y palabras al momento de referirse a si mismos, es frecuente que proyecten sus sentimientos de baja autoestima en creencias autorreferenciales tales como “todo el mundo me odia”, o “no soy un buen chico” (Basile, 2002). Estas ideas generan en él un sentimiento de frustración que se caracterizaría por un sentimiento de falta de sentido de la propia existencia. (Frankl V. , 1994). Por lo tanto el adolescente experimenta ideas de persecución, deseo de muerte y en algunos casos graves, posible tentativa de suicidio e ideas de escaparse y huir de sus hogares. (Arevalo Luna, 2008).

La teoría cognitiva de Beck refiere que existen tres elementos que dan explicación a la depresión dentro de los cuales la triada cognitiva es parte fundamental de la conformación de estos síntomas, la triada cognitiva está conformada por tres factores cognitivos de los cuales depende la autopercepción negativa como la tendencia a subestimarse, criticarse y

remarcar sus propios defectos, visualizarse como torpe, desgraciado, incapaz de lograr ser feliz (Beck, Ruch, Shaw, & y Emery, 1983). Al momento de interpretar las situaciones este asumirá que se le exige demasiado y que las dificultades a las que se enfrenta son imposibles de superar todo ello le imposibilita alcanzar lo que se propone llegando así a experimentar frustración frecuente.

Estos resultados guardan relación con lo referido por Córdova (2013) quien afirma que la investigación acerca del riesgo suicida y conductas autodestructivas se ha centrado en estudios de tipo epidemiológicos y a su vez reconocen como una importante causa las situaciones de frustración existencial. Para Lukas (1986) la frustración se manifiesta a través de sentimientos de sobrecarga, desasosiego, falta de sentido y desesperanza. Según Villas, (2004) el sentimiento de desesperanza, síntoma que está estrechamente relacionado a la frustración existencial, es uno de los más importantes factores de riesgo de conductas suicidas, estos autores hallaron en un grupo de estudiantes adolescentes una clara relación entre desesperanza e ideación suicida: a mayores niveles de desesperanza, mayor presencia de pensamientos autodestructivos. Por lo tanto la desesperanza correlaciona de manera directa y significativa con ideaciones y tendencias suicidas, de tal modo que a mayor grado de desesperanza, mayor riesgo de suicidio.

Como último punto, se pudo establecer una relación inversa altamente significativa de grado moderado entre ideas de autodesprecio y sentido de realización. Lo que significa que mientras que los niveles de propio bienestar y autorrealización se encuentren adecuados, menor serán los sentimientos de irritabilidad, incapacidad, fealdad y culpabilidad. El sentido de realización se asocia al bienestar que la persona puede experimentar en las diversas áreas de su vida tales como familia, trabajo, sociedad, estudios, intereses, experiencias, ideologías y necesidades vitales. (Luckas, 2001).

Si bien es cierto la construcción de la propia identidad es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida, constituye una cuestión central de la adolescencia debido a la convergencia de cambios físicos, cognitivos y sociales. (Erikson, 1996). En este periodo evolutivo, la identidad abarca no sólo las ideas y los sentimientos propios sobre el sí mismo, sino también la perspectiva de convergencia entre estas ideas y sentimientos y los roles adultos potenciales tales como opciones ocupacionales, relaciones, creencias y valores. (Mestre, 2001) . Aquí evidenciamos como ambas dimensiones se relacionan ya que la idea que el adolescente tiene sobre sí mismo y como se autopercibe influencia directamente en que tan capaz se puede sentir para enfrentar retos, escoger una carrera, asumir

responsabilidades así como relacionarse con sus pares, mantener creencias e ideas entre otros roles propios de la transición de niño a adulto.

En la adolescencia parte importante del sentido de realización es el aspecto social, aquí los menores esperan ser aceptados y reconocidos como parte del grupo amical, esta área contribuye en la formación de su identidad. Para Coleman (2011) aquellos adolescentes que han alcanzado el logro de la identidad es más probable que estén mejor adaptados en una serie de situaciones sociales.

Cuando el adolescente experimenta síntomas como las ideas de autodesprecio quiere decir que su autoconcepto se encuentra afectado, este es un constructo psicológico que se adquiere a través de las experiencias del sujeto y de los otros factores significativos que le rodean, entre los que ocupan un primer lugar los padres (Mestre, 2001). La mayoría de las aproximaciones al desarrollo de autoconcepto se basa en el supuesto que el niño gradualmente internaliza creencias acerca de sí mismo que el entorno le comunica. (Bedner, 1989). Las teorías tradicionales sobre el desarrollo del autoconcepto tienden a enfatizar el aprendizaje social e interpersonal. Este punto de vista sugiere que los individuos gradualmente adquieren sentimientos acerca de ellos mismos que reflejan el trato que han recibido de su ambiente social (Bandura, 1986), Es decir, los adolescentes en gran parte se describen y valoran a sí mismos de la misma forma en que son vistos y valorados por otros. Siguiendo esta perspectiva la familia y la escuela son los dos núcleos más relevantes en el desarrollo cognitivo, personal, emocional y socio-afectivo del adolescente. (Mestre, 2001). Esto se debe a que en ambos contextos los adolescentes son evaluados y comparados con sus iguales, esto contribuye a configurar un auto concepto y una valoración positiva o negativa de si mismos. Por lo tanto estos autores corroboran los resultados hallados concluyendo que el bienestar en las diversas áreas de la vida del adolescentes, principalmente la funcionalidad familiar y las relaciones sociales, generarán un sentido de realización adecuado lo que a su vez disminuirá en el menor la probabilidad de desarrollar una autopercepción negativa así como conductas autodestructivas.

CONCLUSIONES

1. Se logró establecer una correlación inversa altamente significativa entre las variables depresión y sentido de vida en alumnos de una institución educativa nacional de Trujillo.
2. En cuanto al nivel de depresión en los alumnos de una institución educativa de Trujillo se halló que existe un 74.8% de adolescentes que presentan síntomas depresivos en diversos niveles, desde el mínimo y moderado hasta el grado grave.
3. Con respecto a sentido de vida se pudo encontrar que el 26.8% de los adolescentes evaluados se encuentran en un nivel carente de sentido de vida mientras que el 34.8% se ubica en una tendencia hacia la búsqueda del sentido de vida.
4. Se halló una correlación altamente significativa de signo positivo entre las dimensiones estado de ánimo disfórico y frustración existencial, de igual manera se estableció una correlación directa altamente significativa entre ideas de autodesprecio y frustración existencial. Por otro lado se encontró que las dimensiones de estado de ánimo disfórico y sentido de realización guardan una correlación negativa altamente significativa, así como en el caso de ideas de autodesprecio y sentido de realización guardan una relación similar a la anteriormente mencionada.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución educativa realizar un estudio específico y detallado con la finalidad de detectar aquellos casos críticos que forman parte de los niveles severo y máximos de síntomas depresivos, de esta forma prevendrían trastornos mucho más severos, podrían realizar programas de intervención y prevención basados probablemente en el modelo cognitivo de Beck en el cual se busca modificar aquellos esquemas cognitivos con los cuales el adolescente cuenta e influyen en la forma como procesa la información del medio y sobre si mismo , es así como ayudarían a esos jóvenes a desarrollar herramientas y recursos para enfrentar los retos de la vida adulta.

- Se recomienda e incentiva a otros estudiantes y profesionales de la salud mental investigar de forma mucho más profunda estos temas de bienestar emocional en adolescentes ya que la depresión es un trastorno que se propaga con mucha más facilidad en la actualidad y en el caso de los adolescentes este es un tema mucho más preocupante y alarmante debido a la sutil y confusa manifestación de sus síntomas.

- Con respecto a otros profesionales de la salud se recomienda implementar dentro de sus planes operativos programas de intervención y prevención de depresión infantil y adolescente donde se trabaje de forma integral tanto con la familia, la escuela y el menor, de esta forma se puede evitar, en la medida de lo posible, trastornos mucho más severos, riesgo de suicidio, conductas delictivas, drogo dependencia, entre otros.

REFERENCIAS

CAPÍTULO 7. Bibliografía

- Abello, D., O., B., Mercado, S., & Solano, D. (2014). Prevalencia de depresión infantil en colegios oficiales de Barranquilla. *Revista de la facultad de psicología*, 190-201.
- Acosa, A., Rodríguez, A., & Lotero, J. (2008). Epidemiología de los trastornos de ansiedad y depresión en adolescentes de una población rural. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 4-8.
- Acosta, M., Marcilla, T., Correa, J., Saavedra, M., F., R., Cruz, J., & Duran, S. (2011). Depresión en la infancia y adolescencia: enfermedad de nuestro tiempo. *Neurociencia*, 20--25.
- Anatrella, T. (1994). *Contra la sociedad depresiva*. España: Sal Terrae.
- Arévalo Luna, E. (2008). *Adaptación y estandarización del CDI para las ciudades de Trujillo, Chiclayo y Piura*. Trujillo.
- Avenevoli, S., & Steinberg, L. (2001). The continuity of depression across the adolescent transition. *Advances in Child Development and Behavior*, 139-173.
- Bailey, M., Zauszniewski, J., Heinzer, M., & Hermstrom-Krainess, M. (2007). Patterns of depressive symptoms in children. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 20(2), 86-95.
- Bandura, R. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Prentice Hall.
- Basile, H. (2002). Depresión y suicidio infantil diagnóstico precoz y prevalencia psicosocial. *Interpsiquis*, 1-18.
- Beck, A. B. (1990). Relationships between hopelessness and ultimate suicide: A replication with psychiatry outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 190-195.
- Beck, A., Ruch, A., Shaw, B., & Emery, G. (1983). *Terapia cognitiva de la desesperación*. Bilbao: Desclee de Brouwer.
- Bedner, R. W. (1989). *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Wasigton, DC: American Psychological Association.
- Bhatia, S. (2007). Childhood and adolescent depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Birmaher, B., Ryan, N., Williamson, D., Brent, D., Kaufman, J., Dahl, R., . . . Nelson, B. (1996). Childhood and adolescent depression: a review of the past 10 years; part I. *Journal of the American Academy of Child and adolescent psychiatry*, 1427-1439.
- Castro, C. (2000). *La vida no tiene sentido. El vacío existencial en estudiantes de pregrado de la U.C.A.B.* Caracas: Universidad Católica Andrés Bello.
- Castro, C. (27 de julio de 2010). El vacío existencial. Caracas, Venezuela.
- Coleman, J. (2011). *The nature of adolescence*. Nueva York: Psychology Press.
- Córdova, A. E. (2013). Detección de riesgo suicida en una muestra de adolescentes estudiantes de escuelas secundarias. *Psicología y Educación*, 7-21.
- Costello, C. (1980). Childhood depression: Three basic but question assumptions in the Leftowitz and burtin critique. *Psychological Bulletin*, 87(1), 185-190.
- Cuevas, M., & Teva, I. (2006). Evaluación y tratamiento de la depresión infantil. (M. Bermúdez, & A. Bermúdez, Edits.) *Manual de psicología clínica infantil*, 219-268.
- De la Portilla Mayo, S. (2006). Depresión en la infancia y la adolescencia. (S. d. Velásquez, Ed.) *Bases Teóricas en la Psiquiatría Infantil*, 63-34.
- Del Barrio, M. (2005). Trastornos depresivos. *Psicopatología del niño y adolescente*, 229-262.
- Diez, M. (2003). Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España. *International Journal of clinical and health psychology*(3), 645-653.
- Erikson, E. H. (1996). *The problem of ego-identity*. Boston: Allyn y Bacon.
- Fabry, J. (2003). *La búsqueda del significado*. México: LAG.

- Figueras, A. (2006). *Multimétodo y multiinformante de la sintomatología depresiva en niños y adolescentes*. Barcelona, España.
- Frankl, V. (1979). *El hombre en busca de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1983). *El hombre en búsqueda de sentido*. Barcelona: Herder.
- Frankl, V. (1994). *Ante el vacío existencial. Hacia una humanización de la psicoterapia*. Barcelona: Herder.
- García, J., Gallego, E., & Pérez, E. (2009). Sentido de vida y desesperanza: un estudio empírico. *Revista Universitas Psychologica*, 8(2), 447-454.
- García, J., Gallego, J., & Pérez, E. (2009). Sentido de la vida y desesperanza: un estudio empírico. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*, 447-454.
- Gaspar de Matos, M., Barret, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 3.
- Gengler, J. (2009). Análisis Existencial y Logoterapia: Bases Teóricas para la Práctica Clínica. *Psiquiatría y Salud Mental*, 200-202.
- Gómez del Campo del Paso, M. ., (2011). Sentido de vida y éxito. *Uracha Revista de Psicología*, 124-146.
- Gómez, D. (2014). *Predictores de la satisfacción vital y de los síntomas depresivos en la adolescencia*. Huelva.
- Góngora, V., & Grinhauz, A. (2011). Validación del cuestionario MLQ de sentido en la vida en población adolescente de la ciudad de Buenos Aires. *Técnicas y procesos de evaluación psicológica*, 119-120.
- González, K. ., (2009). Funcionamiento Familiar y sentido de vida en los jóvenes estudiantes de la universidad César Vallejo de Trujillo. *Psicol*, 110-124.
- González, K., & Toro, K. (2009). Funcionamiento familiar y sentido de vida en los jóvenes estudiantes de la universidad César Vallejo de Trujillo. *Revista Psicológica*, 110-125.
- Goodyer, I., Ashby, L., Altham, P., & Vice, C. (1993). Temperament and major depression en 11 to 16 year olds. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(8), 1409-1423.
- Gotlib, I. &. (1992). Psychological aspects of depression: Toward a cognitive-interpersonal integration. *Oxford: John Wiley and Sons*.
- Jimenez, M. (1995). Depresión Infantil: Aspectos Clínicos. En M. Jimenez, *Depresión Infantil: Aspectos Clínicos* (págs. 89-108). Granada: Aljive .
- Kang, P. &. (2001). The role of religius involvement on depression, risky behavior, and academic performace among Koren American adolescent. *Journal of adolescence*, 767-778.
- Kasen, S., Cohen, P., Brook, J., & Hartmark, C. (1996). A multiple-risk internaction model: Effectos of temperament and divorce in psychiatry disorders in children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 121-150.
- Kaslow, N., Croft, S., & Hartcher, C. (1999). *Depression and bipolar disorder en children and adolescents*. New York: Oxford University press.
- Kraus, T., Rodriguez, M., & Dixe, M. (2009). Sentido de vida, Saudade e desenvolvimiento humano. *Revista Referencia*, 77-88.
- Leftowitz, M., & Burton, N. (1978). Childhood depression. & A critique of the concept. *Psychological Bulletin*, 85(4), 716-726.
- Lewin-Bizan, S., Bowers, E., & Lerner, R. (2010). One good thing leads to another: Cascades of positive youth development among American adolescents . *Development and Psychopathology*, 761-772.
- Lipovetske, G. (1995). *La era del vacío. Ensayos sobre el individuo en el mundo contemporáneo* . Barcelona: Anagrama .
- Luckas, E. (2001). *Paz vital, pelinitud y placer de vivir. Los valores de la logoterapia*. Barcelona: Paidós.

- Lukas, E. (1986). *Logo-test. Test para la medición de la realización interior de sentido y de la frustración existencial*. Buenos Aires: Almagesto.
- Madueño, M. M. (10 de Octubre de 2002). La logoterapia, descubriendo el sentido de la vida: Una visión existencial . Lima, Lima, Perú.
- Manrique Tisnés, H. (2011). Descripción del sentido de la vida en adolescentes infractores de la ciudad de Medellín . *Revista colombiana de ciencias sociales*, 113-138.
- Manrique, H. (2011). Descripción del sentido de vida en adolescentes infractores de la ciudad de Medellín. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 113-138.
- Mestre, V. S. (2001). Clima familiar y desarrollo del autococepto. Un estudio longitudinal en población adolescentes. *Revista latinoamericana de psicología*, 243-259.
- Mikkelsen, F. (2011). *Satisfacción con la vida y estrategias de afrontamiento en un grupo de adolescentes universitarios de Lima*. Lima - Perú.
- Noblejas, M. (1999). Estructura factorial de los test PIL Y Logotest. *Boletín de logoterapia y análisis existencial*, 67-84.
- Ospira-Ospira, F., Hinestrosa-Upegui, M., Paredes, M., Guzmán, Y., & Granados, C. (2011). Síntomas de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados de 10 a 17 años en Chía, Colombia. *Salud Pública*, 908-920.
- Papadakis, A., Prince, R., & Jones, N. &. (2006). Self- regulation, rumination, and vulnerability to depression in adolescent girl. *Development and Psycopatology*, 815-829.
- Polaino, A. e. (1988). *La depresión infantil* (12ª ed.). Madrid: Morata.
- Proctor, C., Linley, P. A., & Maltby, J. (2010). Very happy youths: benefits of very high life satisfaction among adolescents . *Social Indicators Research*, 519-532.
- Ramírez, F. (2010). Sintomatología depresiva en adolescentes mujeres; prevalencia y factores de relación interpersonal asociados. *Revista Peruana de Epidemiología*, 65-71.
- Ramirez, R. (2009). *Adaptación del inventario de depresión infantil de Kovacs en escolares de la ciudad de Cajamarca*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Rasic, D. W. (2013). Longitudinal associations of cannabis and illicit drug with depression, suicidal ideation and suicidal attempts among Nova Scotia high school student. *Drug and alcohol dependence*, 49-53.
- Rodriguez, J. (2000). *La depresión infantil*. Madrid: Pirámide.
- Rogers, C. (1993). *El proceso de convertirse en persona* . México: Paidós .
- Rosselló, J., & Berríos, M. (2004). Ideación suicida, actitudes disfuncionales, eventos de vida estresantes y autoestima en una muestra de adolescentes puertorriqueños. *Revista interamericana de psicología*, 2, 295-302.
- Rudolph, K. (2008). Development influences on interpersonal stress generation in depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 673-679.
- Rudolph, K. (2008). Developmental influences on interpersonal stress generation in depressed youth. *Journal of Abnormal Psychology*, 673-679.
- Sánchez, H. &. (1998). *Metodología y diseño en la investigación científica*. Lima: Mantaro.
- Sanz, J., & Berríos, M. (1995). *Trastornos del estado de ánimo: Teorías psicológicas*. McGraw-Hill: Madrid.
- Suana, V. V. (2004). El sentido de vida en los adolescentes un modelo centrado en la persona . México D.F., México.
- Tabías Imbernón, C. y.-V. (2009). Psicoterapia Humanístico-Existenciales: fundamentos filosóficos y metodológicos . *Asociación Española Neuropsiquiátrica*, 437-453.
- Vargas, H., Tovar, H., & Valverde, J. (2010). Prevalencia y factores asociados con el episodio depresivo en adolescentes de Lima Metropolitana. *Revista Peruana de Epidemiología*, 91-98.
- Vásquez, C. (2009). La ciencia del bienestar psicológico. . *La ciencia del bienestar. Funcionamiento y una psicología positiva*, 13-46.

- Velasco, S. (2004). *El sentido de vida en los adolescentes: Un modelo centrado en la persona*. México: Universidad Iberoamericana.
- Villas, F. V. (2004). Feelings of hopelessness in a Spanish university population: Descriptive analysis and its relationship to adapting university, depressive symptomatology and suicidal ideation. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 326-334.
- Waslick, B., Kandel, R., & Kakourous, A. (2003). *La depresión en niños y adolescentes*. Barcelona: Ars Medica.
- Weiss, B., & Garber, J. (2003). Developmental differences in the phenomenology of depression. *Development and Psychopathology*, 403-430.
- Wicks-Nelson, R., & Israel, A. (1997). *Psicopatología del niño y del adolescente*. Madrid: Prentice Hall.
- Zaldívar Pérez, D. (1997). Perdida de sentido y neurosis existencial . *Revista Cuabana de Psicología* , 65-69.

ANEXOS

Anexo nº 1:

INVENTARIO C.D.I.
(ADAPTACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN: EDMUNDO ARÉVALO LUNA - 2008)

NOMBRES _____ Y APELLIDOS.....
 EDAD:.....FECHA DE HOY.....
 COLEGIO:.....GRADO.....
 /SECCION.....VIVES CON: Papá () Mamá () Hermanos () Abuelos ()
 Otros () Especifica.....

INSTRUCCIONES:

Este es un cuestionario que tiene oraciones que están en grupos de tres. Escoge, de cada grupo, una oración, la que mejor diga cómo te has portado, como te has sentido o que has sentido en las ÚLTIMAS DOS SEMANAS, luego coloca una marca como una "X" en los espacios que correspondan. No hay respuesta correcta ni falsa, solo trata de contestar con la mayor sinceridad, lo que es cierto para ti. Aquí tienes unos ejemplos:

1

- A. Siempre leo libros
- B. Algunas veces leo libros.
- C. Nunca leo libros

2

- A. Me divierten los recreos
- B. A veces me divierten los recreos
- C. Me aburren los recreos

| Nº | Ítems | Nº | Ítems |
|----|---|----|---|
| 1 | A. Rara vez me siento triste <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me siento triste <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/> | 2 | A. Las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> B. No estoy seguro si las cosas me van a salir bien <input type="checkbox"/> C. Me siento triste todo el tiempo <input type="checkbox"/> |
| 3 | A. Hago la mayoría de las cosas bien <input type="checkbox"/> B. Hago muchas cosas mal <input type="checkbox"/> C. Todo lo hago mal <input type="checkbox"/> | 4 | A. Muchas cosas me divierten <input type="checkbox"/> B. Me divierten algunas cosas <input type="checkbox"/> C. Nada me divierte <input type="checkbox"/> |
| 5 | A. Raras veces soy malo <input type="radio"/> B. Soy malo muchas veces <input type="radio"/> C. Soy malo todo el tiempo <input type="radio"/> | 6 | A. Rara vez pienso que me van a pasar cosas malas <input type="checkbox"/> B. Me preocupa que puedan pasarme cosas malas <input type="checkbox"/> C. Estoy seguro que me pasarán cosas malas <input type="checkbox"/> |

| | | | |
|----|---|----|--|
| 7 | A. Me gusto a mi mismo <input type="radio"/> B. No me gusto a mi mismo <input type="radio"/> C. Me odio a mi mismo <input type="radio"/> | 8 | A. Generalmente no tengo la culpade las cosas malas <input type="radio"/> B. Tengo la culpa de muchas cosas malas <input type="radio"/> C. Tengo la culpa de todas las cosas malas <input type="radio"/> |
| 9 | A. Nunca he pensado en matarme <input type="radio"/> B. A veces pienso en matarme Pero No lo haría <input type="radio"/> C. Quiero matarme <input type="radio"/> | 10 | A.Rara vez tengo ganas de llorar <input type="checkbox"/> B.Muchos días me dan ganas de llorar <input type="checkbox"/> C.Siento ganas de llorar todos losDías <input type="checkbox"/> |
| 11 | A.Rara vez me molesta algo <input type="checkbox"/> B.Las cosas me molestan muchasveces <input type="checkbox"/> C.Las cosas me molestan todoel tiempo <input type="checkbox"/> | 12 | A.Me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/> B.Muchas veces no me gusta estar con otras personas <input type="checkbox"/> C.Yo no quiero estar con otras Personas <input type="checkbox"/> |
| 13 | A.Me decido fácilmente por algo,cuando quiero <input type="radio"/> B.Es difícil para mi decidirme por algo <input type="radio"/> C.No puedo decidirme por algo <input type="radio"/> | 14 | A. Me veo bien <input type="radio"/> B. Hay algunas cosas malas enmi apariencia <input type="radio"/> C. Me veo horrible <input type="radio"/> |
| 15 | A. Hacer las tareas del colegiono es problema <input type="radio"/> B. Muchas veces me cuestaesfuerzo hacer las tareas del colegio <input type="radio"/> C. Todo el tiempo me cuesta muchoesfuerzo hacer tareas del colegio <input type="radio"/> | 16 | A. Duermo muy bien <input type="checkbox"/> B.Varias noches tengo problemaspara dormir <input type="checkbox"/> C. Todas las noches tengo problemas para dormir. <input type="checkbox"/> |
| 17 | A. Rara vez me siento cansado <input type="checkbox"/> B. Muchos días me siento cansado <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me sientoCansado <input type="checkbox"/> | 18 | A. Como muy bien <input type="checkbox"/> B. Varios días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> C. La mayoría de los días no tengo ganas de comer <input type="checkbox"/> |
| 19 | A.No me preocupan dolores nienfermedades <input type="checkbox"/> B.Muchas veces me preocupandolores y enfermedades <input type="checkbox"/> C.Todo el tiempo me preocupanDolores y enfermedades <input type="checkbox"/> | 20 | A. No me siento solo <input type="checkbox"/> B. Muchas veces siento solo <input type="checkbox"/> C.Todo el tiempo me siento solo <input type="checkbox"/> |

| 21 | A. Siempre me divierto en el colegio <input type="radio"/> B. Solo de vez en cuando me divierto en el colegio <input type="radio"/> C. Nunca me divierto en el colegio <input type="radio"/> | 22 | A. Tengo muchos amigos <input type="checkbox"/> B. Tengo muchos amigos, pero quisiera tener más <input type="checkbox"/> C. No tengo amigos <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------|---|---|---|-------|----|----|-------------|----------|--|--|--|---------|--|--|--|-------|--|--|--|
| 23 | A. Mi rendimiento en el colegio es bueno <input type="radio"/> B. Mi rendimiento en el colegio no es tan bueno como antes <input type="radio"/> C. Mi rendimiento en el colegio es malo <input type="radio"/> | 24 | A. Soy tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/> B. Puedo ser tan bueno como otros alumnos, si yo quisiera <input type="radio"/> C. Nunca podré ser tan bueno como otros alumnos <input type="radio"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 25 | A. Estoy seguro que hay personas que me quieren <input type="radio"/> B. No estoy seguro si alguien me quiere <input type="radio"/> C. Nadie me quiere realmente <input type="radio"/> | 26 | A. Generalmente hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/> B. Muchas veces no hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/> C. Nunca hago caso en lo que me dicen <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 27 | A. Me llevo bien con los demás <input type="checkbox"/> B. Muchas veces me peleo con los demás <input type="checkbox"/> C. Todo el tiempo me peleo con los demás <input type="checkbox"/> | <table border="1"> <thead> <tr> <th>AREAS</th> <th>PD</th> <th>Pc</th> <th>Diagnostico</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Disforia</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Auodest</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | AREAS | PD | Pc | Diagnostico | Disforia | | | | Auodest | | | | TOTAL | | | |
| AREAS | PD | Pc | Diagnostico | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Disforia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Auodest | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Anexo nº 2:

LOGOTEST
Elisabeth Lukas

| | | |
|--|------------------|---------------------|
| Sexo: M – F | Edad..... | Escuela..... |
| <p>Instrucciones: Le las siguientes afirmaciones. En aquellas que coincidan o reflejen su propio caso, Marque "Sí". Y en aquellas donde exprese una opinión contraria a la suya marque "NO"</p> | | |
| <p>1.- Si soy sincera (a) yo lo que prefiero es una vida agradable y tranquila sin grandes dificultades y con suficiente respaldo económico.</p> | | |
| <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No </p> | | |

2.- Tengo ideas definidas sobre como quiero ser y en que quisiera tener éxito y trato de alcanzar estas ideas en la medida de lo posible

Sí

No

3.- Me siento a gusto en el calor de mi hogar, dentro de mi círculo familiar (o mi comunidad) y quisiera contribuir a que mis futuros hijos también se lleguen a sentir cómodas dentro de su círculo familiar

Sí

No

4.- Encuentro verdadera realización personal en el ejercicio de mis actividades académicas

Sí

No

5.- Tengo compromisos y relaciones fraternas con varias personas y el cumplir con ellas me causa alegría.

Sí

No

6.- Hay una materia o actividad que me interesa particularmente acerca de la cual deseo saber siempre más y a la cual me dedico en cuanto tengo tiempo.

Sí

No

7.- Experimento gozo en cierto tipo de vivencias (gusto por el arte, contemplación de la naturaleza, etc.) que no quisiera perder.

Sí

No

8.- Creo en una tarea religiosa o política (o en una tarea al servicio de progreso) y estoy dispuesto a actuar a favor de ella.

Sí

No

9.- Mi vida se ve ensombrecida por adversidades, preocupaciones o enfermedades, sin embargo me esfuerzo mucho por mejorar esta situación.

Sí

No

II.- Señale con una cruz el grado de frecuencia en que usted ha tenido estas vivencias, procure, por favor, ser sincero.

1.- La sensación de rabia o enojo impotente porque creyó que todo lo que había hecho hasta ahora era en vano.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca

2.- El deseo de ser nuevamente niña y poder comenzar todo de nuevo desde el principio.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca

3.- La observación de que usted trata de presentar su vida ante sí misma o ante otras personas como más sustanciosa y rica de lo que realmente es.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca

4.- Aversión a dejarse molestar por pensamientos profundos y en ocasiones incómodos sobre su modo de ser y actuar.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca

5.- La esperanza de poder transformar un fracaso o desgracia, a pesar de todo, en un hecho positivo, con poner todo su esfuerzo por conseguirlo.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca

6.- Experiencia de angustia que se le impone y produce ante ustedes un doloroso interés hacia todo lo que se le presenta.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca

7.- El pensamiento de decir, ante la proximidad de la muerte, que no valió la pena vivir.

Muy frecuente

Algunas veces

Nunca