



UNIVERSIDAD SALESIANA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INCORPORADA A LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MÉXICO

CLAVE: 3156-25

“CORRELACIÓN ENTRE LA PRUEBA PERFIL DE VALORES HARTMAN CON LA PRUEBA BIRLESON EN LA MEDICIÓN DE DEPRESIÓN EN ADOLESCENTES”

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

L I C E N C I A D A E N P S I C O L O G Í A

P R E S E N T A :

ROSAMARI MORALES RODRÍGUEZ

DIRECTORA DE TESIS: LIC. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY

MÉXICO, D. F.

OCTUBRE 2011



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***Dedico este trabajo a mi papá y a mi mamá
Quienes siempre han estado en
Mis éxitos y fracasos***

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

*QUIEN ILUMINA CADA PASO DE MI VIDA.
ME DIO LA FE, LA FORTALEZA, LA SALUD Y LA ESPERANZA NECESARIA PARA CUMPLIR UNO DE
LOS SUEÑOS MÁS IMPORTANTES DE MI VIDA.
Y PONER EN MI CAMINO A LAS PERSONAS QUE ME AYUDARON A LOGRARLO.*

*AGRADEZCO A TODAS LAS PERSONAS QUE HAN ESTADO A LO LARGO DE ESTE PROYECTO,
A QUIENES NO CREYERON EN ÉL PORQUE ME INCENTIVARON A CULMINARLO
Y A QUIENES SI ME APOYARON, DE DIVERSAS FORMAS, CON SU APOYO Y COMPRENSIÓN
NUNCA LO OLVIDARÉ.*

PRIMERO, QUIERO AGRADECER A LA MTRA. MARTHA LAURA JIMÉNEZ MONROY:

*POR SU ORIENTACIÓN, MANERA DE TRABAJAR, PACIENCIA, PERSISTENCIA DURANTE TODO
ESTE TIEMPO. GRACIAS POR CREER EN MI Y PERMITIRME APRENDER DE TI, COMO SER
HUMANO, PROFESORA, PSICÓLOGA Y AMIGA.*

MIS PROFESORES:

*EMILIANO LEZAMA, AGUSTÍN SOLÍS, ALEJANDRO JUÁREZ, ISAAC ROJAS, FRANCISCO
OCHOA, IGNACIO MALDONADO, JULIETA GONZÁLEZ, CYNTHIA BUSTAMANTE, ...ETC.).
AGRADEZCO SU INVALUABLE INTERÉS PARA SABER FORMARME, DEJADO EN MI UN SENTIDO DE
RESPONSABILIDAD Y SERIEDAD HACIA MI PROFESIÓN.*

LA PSICÓLOGA JULIETA VIRGINIA FLORES SALGADO:

*QUIEN ME ENSEÑO LA APLICACIÓN DE LA PRUEBA PERFIL DE VALORES HARTMAN
GRACIAS POR COMPARTIR TODA TU EXPERIENCIA Y CONOCIMIENTOS DEJANDO EN MI LA
PASIÓN POR LA PSICOLOGÍA.*

JOSÉ DAVID TORRES ALMANZA, AMIGO Y PSICÓLOGO:

*POR BRINDARME TU AMISTAD, TENERME PACIENCIA AYUDARME A VER MIS ERRORES Y
APOYARME A CORREGIRLOS.*

MIS AMIGOS:

*(DE ZARA, SERVICIO SOCIAL, UNIVERSIDAD, A ISA, OLGA Y VANE)
POR DARME UNA ESTRUCTURA COMO SER HUMANO, APOYÁNDOME SIEMPRE.*

MIS HERMANAS ANA Y PATRICIA:

POR SU EJEMPLO EN TODOS LOS SENTIDOS.

A MIS ABUELITOS JUANA Y JERÓNIMO:

QUIENES HE ADMIRADO TODA MI VIDA.

A MI COMPAÑERO Y AMIGO HUGO REYES:

*POR ESTAR AHÍ CONMIGO, BRINDARME TU APOYO, CONFIANZA Y SEGURIDAD PARA LA
REALIZACIÓN DE ESTA META.*

| | |
|--|----|
| Índice | I |
| Resumen | II |
| Introducción | |
| | |
| Capítulo 1 Adolescencia | 1 |
| 1.1 Definición | 2 |
| 1.2 .Etapas | 3 |
| 1.2.1 Pre-adolescencia | 4 |
| 1.2.2 Adolescencia temprana | 4 |
| 1.2.3 Adolescencia propiamente dicha | 5 |
| 1.2.4 Adolescencia Tardía | 6 |
| 1.2.5 Post- Adolescencia | 7 |
| 1.3 Teorías de la Adolescencia | 8 |
| 1.3.1. Teoría de Desarrollo de Freud | 8 |
| 1.3.2 Teoría del establecimiento de la Identidad del Yo de Erick Erikson | 9 |
| 1.3.3. Teoría de los mecanismos de defensa del adolescente según Anna Freud (1936) | 11 |
| 1.3.4. Teoría de la Adolescencia de Edward Spranger | 12 |
| | |
| Capítulo 2 Depresión | 16 |
| 2.1 ¿Qué es Depresión? | 17 |
| 2.2 Criterios para diagnosticar la presencia de un episodio mayor (Según el DSM-IV TR) | 18 |
| 2.3 Clasificación de la Depresión | 19 |
| 2.4 Signos y síntomas físicos | 19 |
| 2.5 Criterios para el Diagnóstico de los Síntomas Depresivos | 20 |
| 2.5.1 Los Síntomas Cardinales | 20 |

| | | |
|--|--|----|
| 2.5.2 | Los Síntomas Adicionales | 21 |
| 2.6. | Manifestaciones de la Depresión según Beck | 22 |
| 2.6.1 | Manifestaciones Emocionales | 22 |
| 2.6.2 | Manifestaciones Cognoscitivas | 24 |
| 2.6.3. | Manifestaciones Motivacionales | 26 |
| 2.6.4. | Manifestaciones Físicas y Neurovegetativas | 28 |
| 2.7 | Teorías sobre la Depresión | 29 |
| 2.7.1 | Teoría Cognoscitiva | 29 |
| 2.7.2 | Teorías Afectivas | 30 |
| 2.8 | Causas de la Depresión | 33 |
| Capítulo 3 Teoría Axiológica de Hartman | | 36 |
| 3.1 | Valores e Interés | 37 |
| 3.2 | Axiología | 38 |
| 3.3 | Definición de Valor | 39 |
| 3.4 | La significación lógica del significado | 40 |
| Capítulo 4 Instrumentos de Medición Hartman y Birleson | | 41 |
| 4.1 | Prueba Perfil de Valores Hartman | 42 |
| 4.1.1 | Factores evaluados en la prueba | 42 |
| 4.1.2 | Validez | 43 |
| 4.1.3 | Confiabilidad | 43 |
| 4.1.4 | Usos del Instrumento en México | 45 |
| 4.1.5 | Constitución y Forma de empleo del instrumento | 45 |
| 4.1.6 | Modo de Empleo | 45 |

| | | |
|------------------------|---|----|
| 4.1.7 | Cocientes | 46 |
| 4.1.8 | Como se califica la Actitud hacia la vida | 47 |
| 4.2 | Prueba Birleson | 48 |
| 4.2.1 | Antecedentes | 48 |
| 4.2.2 | Descripción del Instrumento | 48 |
| 4.2.3 | Constitución del Instrumento | 49 |
| 4.2.4 | Forma de Calificación | 50 |
| 4.2.5 | Validez | 51 |
| Capítulo 5 Metodología | | 52 |
| 5.1 | Diseño de la Investigación | 53 |
| 5.2 | Objetivos | 53 |
| 5.2.1 | Objetivo General | 53 |
| 5.2.2 | Objetivos Específicos | 53 |
| 5.3 | Hipótesis | 54 |
| 5.4 | Variables | 54 |
| 5.5 | Población | 54 |
| 5.6 | Procedimiento | 55 |
| Resultados | | 56 |
| Conclusiones | | 65 |
| Bibliografía | | 70 |
| Anexos | | 73 |

RESUMEN

La medición en Psicología es un factor de gran relevancia para su desarrollo como ciencia, de allí que resulte importante explorar y diversificar alternativas de medición; por ello; se planteó como objetivo de este estudio identificar si la prueba Perfil de Valores Hartman (PVH), instrumento construido originalmente para medir la capacidad valorativa de las personas, podría ser también empleado como un instrumento para medir la Depresión.

Así, se buscó identificar la correlación que existe entre la actitud hacia la vida que mide el Perfil de Valores Hartman (PVH) y el Test Escala de Depresión Birleson (EDB).

Este estudio se llevó a cabo aplicando las dos pruebas a estudiantes adolescentes de una secundaria privada con un rango de edad de 11 a 15 años.

Con los datos obtenidos, se procedió a calcular la prueba estadística Z, con lo que se pudo constatar que si había diferencias entre los sujetos puntuados con alto y bajo nivel de depresión en cuanto a la valoración ofrecida a través del test Hartman; asimismo, se calculó r de Pearson, detectándose un valor de .88, lo que evidencia que los resultados de ambas escalas se encuentran altamente correlacionados.

Estos hallazgos sugieren que la Prueba de Valores Hartman además de ofrecer importantes datos en cuanto a la valoración que tiene el sujeto de la vida, puede ser aplicada también para medir depresión en adolescentes. Una ventaja que ofrece es que sus reactivos no son percibidos como vinculados con la depresión pues lo que se le pide simplemente es jerarquizar diversas acciones.

INTRODUCCIÓN

La depresión en la actualidad resulta un tema de gran interés pues se considera como una enfermedad que enmascara múltiples trastornos y enfermedades físicas. Anteriormente se consideraba como un problema característico de los adultos, sin embargo se ha observado (Beck, 1996; Bello et al, 2005) que en nuestros tiempos, un alto índice de la población adolescente manifiesta este padecimiento e incluso, señala la OMS que actualmente es la segunda causa de discapacidad en población entre 15 y 44 años y para el 2020 ocupará este lugar en la población de todas las edades.

Por otra parte, es importante señalar que en ocasiones, la depresión puede ser el principio de una cadena de otras enfermedades psicológicas y fisiológicas y puede llegar a consecuencias tan graves como es el suicidio.

Dada esta importancia, el estudio de la depresión ha sido visualizado desde diferentes perspectivas: médicas (Kraepelin, 1900; Buntix et al, 1990, entre otros); psicológicas (Beck, Ellis) y sociológicas (Brown, 1993; Sánchez, 2003). Bajo estos distintos enfoques, se han generado diversos instrumentos que han pretendido medir su presencia e incluso, han buscado determinar su intensidad.

En esta línea, han surgido instrumentos como el Zung, la Escala de Depresión Birleson, la Escala de Depresión de Hamilton, Escala Breve de Depresión de Alonso-Fernández entre otros; asimismo, y desde una perspectiva un tanto más filosófica han surgido propuestas de evaluación como la prueba Perfil de Valores Hartman (PVH) orientado a identificar la forma en que el individuo valora las situaciones externas e internas, de acuerdo a lo que propone su propio autor.

Bajo esta perspectiva, es entonces que resulta interesante explorar si los hallazgos de instrumentos como la Escala de Depresión Birleson (EDB) con una fundamentación psicométrica, coinciden con los propuestos por la prueba Perfil de Valores Hartman (PVH) que parte de una perspectiva filosófica y matemática, sobre todo considerando que en la aplicación de este último el sujeto tiene que jerarquizar diferentes acciones cuya vinculación con la depresión no es percibida.

Así, a fin de cumplir con este objetivo, en el Capítulo I se examina la adolescencia empezando con definiciones desde el punto de vista de algunos autores, sus etapas, se incluyen también teorías sobre la adolescencia.

En el Capítulo II se explora la Depresión abordando su definición, los signos y síntomas tales como sus manifestaciones emocionales, cognoscitivas y motivacionales; su clasificación, criterios, teorías que la han abordado, se analiza también la forma en que se presenta en el adolescente.

El Capítulo III trata acerca de la Teoría Axiológica de Hartman con el fin de analizar la fundamentación del instrumento.

El Capítulo IV muestra las características de los dos instrumentos en estudio: la Prueba Escala de Depresión Birlson (EDB) y la Prueba Perfil de Valores Hartman (PVH).

En el Capítulo V se describe la metodología de la investigación seguida en el estudio, y por último se presentan los resultados y las conclusiones generadas.

I ADOLESCENCIA

La adolescencia es una etapa del desarrollo humano de gran importancia para el individuo y considerando que en este estudio se trabajó con jóvenes que se ubican en este periodo, en el presente capítulo se revisan aspectos tales como: su definición y sus características, así como las diferentes teorías que han abordado este proceso.

1.1 Definición

El término adolescencia proviene del término latín *adolescere* que significa crecer hacia la madurez. Pero ¿Qué es exactamente la adolescencia? ¿Cómo definirla? y ¿Cómo hacer para entenderla?. Sin duda su definición ha sido discutida por innumerables hombres incluyendo filósofos, educadores y psicólogos.¹

En materia de la psicología las definiciones de la adolescencia se multiplican, unos psicólogos la caracterizan por la aparición de los instintos sexuales; otros la apuntan como un período de psiquismo especial que crea o provoca conflictos; esfuerzos de adaptación e integración, luchas entre el “Yo y el mundo”.

Freud consideraba que esta etapa era muy importante pues la veía como aquella en la que uno define su ser, así, señalaba que “*El Heredero de la adolescencia es el ser*”.²

Bauer indica que el “Sentido profundo de la adolescencia esta en el conflicto entre el Yo y el mundo”.³

Gross⁴ caracteriza ese período de la vida por la aparición de los instintos sexuales. Shopen la definió como “La lucha entre el niño y el hombre, como el esfuerzo del individuo para formarse automáticamente y comprender plenamente el sentido de la propia existencia”⁵.

1 María del Valle Mosto. Déjame ser adolescente México, Edit. Gali, 1992.

2 José de Jesús González de Núñez , Teoría y técnica de la terapia psicoanalítica de adolescentes. México, Edit. Trillas. 1993

3 Faria de Vasconcelos. Delincuencia e Inteligencia en los adolescentes, Brasil, Edit. Corgie 1999 p. 17 a 22.

4 Sine data

5 Sine data

Analizando las definiciones de estos pensadores podemos comprender a la adolescencia y entender que es una etapa decisiva que comprende su análisis a profundidad, pero ¿Cuándo surge?, ¿Qué cambios físicos pero sobre todo emocionales comprenden?.

La adolescencia es una época de duración discutida pues está determinada más bien por la cultura, por la raza, el clima y por otros factores, individuales o familiares, por lo que, algunos autores (Pearson 1970), (Gessel, 1980) la ubican de los 11 a los 18 años, mientras otros (Blos, 1962), (Schoenfeld, 1980) establecen este período entre los 12 y los 25 años, etc.

1.2 Etapas

La adolescencia es un período decisivo en la vida de cualquier individuo, que se encuentra determinado por transformaciones biológicas (esencialmente relacionadas con la madurez sexual), psicológicas, conductuales y sobre todo las emocionales que se van produciendo gradualmente, por lo que puede dividirse en distintas sub etapas, verificándose en cada una ellas diferentes procesos desde el punto de vista del desarrollo y evolución interna de la persona.

A este respecto dice Terman: “Las modificaciones en la adolescencia son graduales y no cataclísmicas; los problemas de ese momento de la vida son, desde muchos aspectos, una continuación de los problemas de la infancia.”⁶ Blos (1962) considera que no existen etapas cronológicas en la adolescencia, sino etapas evolutivas que establece de la siguiente manera: latencia, de 7 a 9 años; pre adolescencia, 9 a 11 años; adolescencia temprana, de 12 a 15 años; adolescencia, de 16 a 18 años.

Para Pearson (1970) existen tres etapas: periodo prepuberal de los 10 a los 13 años; periodo puberal, de los 13 a los 16 años; periodo pospuberal, de los 16 a los 19 años.

Por otra parte, Schoenfeld (1980) propone que la adolescencia puede dividirse en pre adolescencia, primera fase de la adolescencia, fase media de la adolescencia, última fase de la adolescencia y pos adolescencia a la edad adulta.

⁶ Leao Carneiro. Adolescencia México, Edit. Hispano Americana, 1960.

A continuación se detallará esta propuesta, cabe indicar que el autor no especifica las edades exactas que comprende cada etapa considerando que presentan algunas variaciones en función del clima, raza, herencia, entre otros factores.

1.2.1 Pre-adolescencia

En el plano fisiológico: Se presenta en hombre y mujer vello púbico, se muestra pecho plano, se presenta un aumento de la estatura constante; no hay estirones.⁷

En el plano de desarrollo interno: Esta etapa se caracteriza por un aumento cuantitativo en los impulsos por lo que el individuo se vuelve emocionalmente inaccesible en algunas ocasiones y difícil de enseñar y controlar. Pueden aparecer síntomas transitorios tales como miedos, fobias, tics nerviosos, aparecen manías como comerse las uñas, jugar con el cabello, morderse el labio, etc. (Gessell,1980).⁸

Esto le permite desarrollar capacidades e intereses que son aprobados por sus compañeros de juego y adoptar muchas actitudes compensatorias, conductas compulsivas y pensamientos obsesivos para aliviar su angustia. En esta edad surgen intereses por coleccionar timbres postales, monedas, cajetillas de cerillos, distintivos, etc.

Los hombres presentan hostilidad ante sus compañeras, las atacan, tratan de evitarlas y se vuelven presumidos y burlones. En realidad, intentan negar su angustia de ser un niño dependiente del vínculo materno, más que establecer una relación con ellas.

Y en la mujer no hay un conflicto tan marcado en esta etapa, su relación con el sexo opuesto es más directa.

1.2.2 Adolescencia temprana

Fisiológicamente: Se muestra en la mujer, desarrollo de la cadera, los pechos y pezones elevados en la fase de “yema”; no hay verdadero vello púbico. Edad promedio de 12 a 13 años surge la ovulación, y su primera menstruación. (conocida como menarquía)⁹

7 Kramsky, La Maravilla de tu Sexo. España, Forja Editores, 1999.

8 Gessell. Infancy and Human Growth. EUA, Edit. Manual de Psicología del niño. 1980.

9 Kramsky., Op.Cit.

En el hombre se muestra, un cambio en el cabello, se empieza a hacer grasoso y grueso, es el inicio de cambio de voz con la aparición de “gallitos” como comúnmente se dice. También es el inicio de acné en la cara.

Psicológicamente: Una de las características es que trata de estar más tiempo sin su familia y más con gente de su edad, es decir, los valores morales y las normas de conducta han adquirido cierta independencia, pero a pesar de esta internalización, puede darse el rompimiento del autocontrol que desemboca en conductas delictivas, muchas veces relacionadas con la búsqueda de objetos de amor. Estas conductas también ofrecen un escape de la soledad, del aislamiento y de la presión que acompaña estos cambios.¹⁰

Al adquirir los padres menos relevancia que sus amigos el Yo se debilita al no tener una dependencia del Súper Yo. Lo que provoca en el adolescente una sensación de vacío y de tormento interno. La intensidad con la que viva la separación de sus objetos tempranos estará determinada no solo por el aumento y la variación del ritmo de la tensión instintiva, sino fundamentalmente por la capacidad del Yo para defenderse de esta angustia instintiva.

En la adolescencia temprana se presenta el amor hacia lo que representa el ideal del Yo, pero en la adolescencia, propiamente dicha, aparece como recién adquirido el ideal del Yo, el individuo de esta edad necesita poseer objetos a los que pueda admirar y amar (idealizar) el cual influye en la elección del objeto heterosexual, y en la adolescencia tardía se resuelve esta falta de unidad. Es en la edad que se presenta el flechazo, y en las mujeres la amistad representa gran importancia para su estabilidad emocional.

1.2.3 Adolescencia propiamente dicha

Fisiológicamente: Se presenta entre los 13 a 16 años.

En el hombre: El tono de voz se volverá grave, el vello púbico se convierte áspero y recto, crece el vello axilar, surge la transpiración, producirá mal olor, el cuerpo se hará ancho; así como un marcado estirón en el crecimiento (aunque en todos los casos puede variar).¹¹

10 Gessell., Op.Cit.

11 Kramsky., Op. Cit.

En la mujer: Crecen los senos y se anchan las caderas. Así como también sufren de un cambio gradual casi imperceptible de voz.

Psicológicamente: Implica el abandono de los objetos infantiles, la vida emocional es más intensa, culmina la formación de la identidad sexual, los mecanismos de defensivos y adaptativos pasan a un primer plano, los conflictos internos alcanzan el máximo desarrollo, y resulta predecir el resultado final.¹²

Esta etapa transitoria tiene un valor positivo en el proceso de separación de los padres con el adolescente, porque se pasa de la sobrevaloración de los padres a una infravaloración de éstos desarrollando la capacidad de asegurarse sobre la base de una ejecución realista. Este proceso de cambios va acompañado de angustia, presentándose con ligeros sentimientos de despersonalización, hasta estados psicóticos, con alternativas como la fantasía o la creatividad, la hipersensibilidad o la necesidad de llevar un diario. Con constantes altibajos en su autopercepción y autoestima; con sentimientos bien de omnipotencia o por el contrario de minusvaloración. De este modo, el adolescente oscila entre la impulsividad y el control Yoico mientras se desarrollan en él los principios inhibitorios de control que orientan hacia la realidad de sus deseos, sus acciones, sus pensamientos y sus valores. Este sentimiento se supera cuando el individuo cede a la aceptación de los impulsos y la renuncia de los objetos primarios.

1.2.4 Adolescencia Tardía

Fisiológicamente: Se presenta entre los 16 y 18 años

Aparece en el hombre el vello facial y corporal, el vello púbico y axilar se hace más denso; la voz se vuelve más profunda; la eyaculación contiene un número adecuado de espermatozoides, aptos para la fertilización; disminuye el ritmo del aumento de estatura, así; se llega aproximadamente al 98% de la estatura a los 17 años 10 meses. Crecen los pulmones y el corazón. Aumentando así la presión arterial.¹³

Tanto en el hombre como en la mujer surge un cambio de peso, variación en el tono muscular, la grasa corporal, la cabeza aumenta de tamaño y la cara va tomando forma de adulto.

12 Gessell., Op. Cit.

13 Gessell., Op. Cit.

Psicológicamente: Una característica de esta etapa es la integración de un Yo que combina los retardos parciales con expresiones de estabilidad como el trabajo, el amor, la afirmación de una ideología. El individuo toma conciencia de sí mismo como un ser social. Se trata de un cambio decisivo que provoca mecanismos de defensa para la adaptación. A lo que Erikson llama crisis de la adolescencia.

En esta etapa, como señala Erikson, cuando el sujeto presenta conflictos, busca resolución a través de un sistema de interacción donde el individuo experimenta un cambio significativo y gratificante; en caso de no lograrse esta interacción se presenta una nueva transformación parcial por medio de la distonicidad de su Yo en relación con sus propias actitudes. De cualquier forma siempre se llevan a la vida adulta remanentes específicos no asimilados que, de hecho, manifiestan continuamente su influencia en la organización de la personalidad, contribuyendo a la consolidación del carácter y a la organización de la personalidad¹⁴.

La característica predominante de la adolescencia tardía es, no tanto la resolución de los conflictos instintivos, sino lo incompleto de esta solución. Aunque la tarea de aceptación de la realidad nunca se completa; ningún ser humano está libre del esfuerzo de relacionar la realidad interna y la externa. Tal esfuerzo se va aligerando por actividades como las artes, religión, etc., es el tiempo en que los fracasos adaptativos toman su forma final y se presenta el colapso neurótico. Todo esto contribuye a la formación del carácter (Freud, 1939)¹⁵.

1.2.5 Post-adolescencia

Se ubica aproximadamente de los 18 a los 21 años.

Fisiológicamente: Se caracteriza por la maduración, pleno desarrollo de las características sexuales primarias y secundarias; pueden continuar desarrollándose los músculos y el hirsutismo.¹⁶

Psicológicamente: En este periodo se ejerce la moralidad, con un énfasis en la dignidad personal o autoestima, más que en la independencia Superyoica y en la gratificación instintiva. El Yo ideal ha tomado posesión de la función reguladora del Super Yo de diversas maneras, y se ha convertido en el heredero de los padres

14 E. H EriksonN. Identidad, juventud y crisis . Buenos Aires, Edit. Paidos, 1974

15 Sigmund Freud. Teorías Sexuales e Infantiles Buenos Aires, Edit Paidos, 1908

16 Gessell., Op. Cit .

idealizados de la infancia. La confianza antes depositada en el padre ahora se centra en el Self, es decir en la persona misma.

Se realiza todo tipo de sacrificios con el fin de sostener el sentido de dignidad y autoestima.

1.3 Teorías de la adolescencia

Las teorías que hablan sobre esta etapa sustentan un sistema integrado por conceptos e hipótesis que tratan de explicar, describir y predecir los fenómenos de dicho periodo. Entre las principales teorías cabe indicar las siguientes:

1.3.1 Teoría de Desarrollo de Freud

Freud considera cinco etapas fundamentales en el desarrollo del ser humano:

1. Oral, 2. Anal, 3. Fálica, 4. Latencia y 5. Genital, que a continuación se especifican.

1. La **Etapa Oral**: Se establece desde el nacimiento hasta alrededor de los 18 meses. El foco del placer es, por supuesto, la boca. Las actividades favoritas del infante son chupar y morder.
2. La **Etapa Anal**: Se encuentra entre los 18 meses hasta los tres o cuatro años de edad. El foco del placer es el ano. El goce surge de retener y expulsar.
3. La **Etapa Fálica**: Va desde los tres o cuatro años hasta los cinco, seis o siete. El foco del placer se centra en los genitales. La masturbación a estas edades es bastante común.
4. La **Etapa de Latencia**: Dura desde los cinco, seis o siete años de edad hasta la pubertad, más o menos a los 12 años. Durante este período, Freud supuso que la pulsión sexual se suprimía al servicio del aprendizaje. Se debe señalar aquí, que aunque la mayoría de los niños de estas edades están bastante ocupados con sus tareas escolares, y por tanto “sexualmente calmados”, cerca de un cuarto de ellos están muy metidos en la masturbación y en “jugar a los médicos”.

En los tiempos represivos de la sociedad de Freud, los niños eran más tranquilos en este período del desarrollo, desde luego, que los actuales.

5. La **Etapa genital**: Empieza en la pubertad y representa el resurgimiento de la pulsión sexual en la adolescencia, dirigida más específicamente hacia las relaciones sexuales.

Freud establecía que tanto la masturbación, el sexo oral, la homosexualidad como muchas otras manifestaciones del comportamiento eran inmaduras, cuestiones que actualmente no lo son para nosotros¹⁷.

1.3.2 Teoría del establecimiento de la identidad del Yo de Erick Erikson

Este psicólogo reestructura la teoría freudiana y propone que el desarrollo del Yo lo constituye la adquisición de una identidad, la cual se integra de diferentes maneras en una cultura o en otra, a través de 8 etapas fundamentales:

“8 *Etapas del desarrollo del ego*”. Cada etapa depende de la solución e integración de la anterior. Esta propuesta de Erikson puede relacionarse con la de Freud, como se muestra a continuación:

1. Confianza contra desconfianza (oral sensorial).
2. Autonomía contra vergüenza y duda (muscular anal).
3. Iniciativa contra la culpa (locomotor genital).
4. Laboriosidad contra inferioridad (latencia).
5. Identidad contra difusión del propio papel (pubertad adolescencia).
6. Intimidad contra aislamiento (adulto joven).
7. Fecundidad contra estancamiento (edad adulta)
8. Integridad del Yo contra aversión, desesperación. (madurez).¹⁸

17 Freud Sigmund. *Esquema de psicoanálisis*. Bs. As, Paidós, 1966 Págs. 15 y 20.

18 Erick H Erikson. *Identidad, juventud y crisis*. Buenos Aires. Edit. Paidos, 1974.

En la etapa 5 (cinco), que es la denominada por Freud, pubertad adolescente, Erikson describe la "*Identidad Yoica*" como saber quiénes somos y cómo encajamos en el resto de la sociedad. Exige que tomemos todo lo que hemos aprendido acerca de la vida y de nosotros mismos y lo moldeemos en una autoimagen unificada, una que nuestra comunidad estime como significativa.

Existe un problema cuando tenemos demasiada "*Identidad Yoica*". Cuando una persona está tan comprometida con un rol particular de la sociedad o de una subcultura, no queda espacio suficiente para la tolerancia. Erikson llama a esta tendencia mal adaptativa fanatismo. Un fanático cree que su forma es la única que existe. Por descontado está que los adolescentes son conocidos por su idealismo y por su tendencia a ver las cosas en blanco o negro. Éstos envuelven a otros alrededor de ellos, promocionando sus estilos de vida y creencias sin importarles el derecho de los demás a estar en desacuerdo.

La falta de identidad es bastante más problemática, y Erikson se refiere a esta tendencia maligna como repudio. Estas personas repudian su membresía en el mundo adulto e incluso repudian su necesidad de una identidad. Algunos adolescentes se permiten a sí mismos la "fusión" con un grupo, especialmente aquel que le pueda dar ciertos rasgos de identidad: sectas religiosas, organizaciones militaristas, grupos amenazadores; en definitiva, grupos que se han separado de las corrientes dolorosas de la sociedad. Pueden embarcarse en actividades destructivas como la ingesta de drogas, alcohol o incluso adentrarse seriamente en sus propias fantasías psicóticas. Después de todo, ser "malo" o ser "nadie" es mejor que no saber quién soy. Si se logra negociar con éxito esta etapa, se tendrá la virtud que Erikson llama fidelidad. La fidelidad implica lealtad, o la habilidad para vivir de acuerdo con los estándares de la sociedad a pesar de sus imperfecciones, faltas e inconsistencias. No se está hablando de una lealtad ciega, así como tampoco de aceptar sus imperfecciones.

Después de todo, si se ama la comunidad en la que se habita, se deseará que sea la mejor posible. Realmente, la fidelidad de la que se habla se establece cuando se ha hallado un lugar para todos dentro de ésta, un lugar que en el que se permitirá contribuir a su estabilidad y desarrollo.

Por otra parte, se encuentra la etapa 6, denominada por Erikson como de "*Intimidad contra Aislamiento*", lo que Freud establece como etapa de Adulto Joven.

La tarea principal en esta etapa es lograr un cierto grado de intimidad, actitud opuesta a mantenerse en aislamiento.

La intimidad supone la posibilidad de estar cerca de otros, como amantes, amigos; como un partícipe de la sociedad. Ya que se posee un sentimiento de saber quién se es, no se tiene miedo a “perderse” a sí mismo, como presentan muchos adolescentes. La relación de adultos jóvenes debe ser una cuestión de dos egos independientes que quieren crear algo más extenso que ellos mismos. Si se atraviesa con éxito esta etapa, se llevará esa virtud o fuerza psicosocial que Erikson llama amor.

Así la madurez empieza cuando la “*Identidad*” ha sido establecida y ha surgido un individuo integrado e independiente parado sobre sus propios pies, que no necesita usar a otros como muleta emocional, y que no repudia su pasado, en suma “cuando ya no tiene que poner en tela de juicio en todo momento, la propia identidad.”

Este autor considera que es difícil equilibrar el fracaso habido en una etapa temprana sin tensión y ansiedad siendo que si sucede así, esto se lleva un riesgo en el desarrollo en una etapa posterior. Asegura que se desarrolla la fuerza del ego debido a una interacción mutua de la estructura personal y la social, y el completar cualquier etapa no garantiza el éxito, aún así; el individuo puede retroceder a pesar de haber pasado en esta etapa con éxito.¹⁹

1.3.3 Teoría de los mecanismos de defensa del adolescente según Anna Freud (1936).

Esta teoría toma muy en cuenta las relaciones entre el Ello (compulsiones instintivas), el Yo (gobernado por el principio de realidad) y el Súper Yo (conciencia).

Se ocupa principalmente del desarrollo aberrante o patológico y presta poca atención a la adaptación sexual normal. Destaca 2 posibles peligros que amenazan el desarrollo normal:

¹⁹ E H Erikson. *Op cit.*

- a) El Ello puede anular al Yo, en donde el carácter del adolescente se ve afectado y la entrada a la vida adulta estará marcada por un tumulto de gratificaciones no inhibidas por los instintos.
- b) El Yo puede vencer al Ello y confinarlo a un área limitada, controlada constantemente por numerosos mecanismos de defensa y asociaciones.²⁰

Entre los muchos mecanismos de defensa que el Yo puede utilizar, son dos los que Anna Freud considera como típicos: el ascetismo y la intelectualización.

El Ascetismo: En un adolescente se refiere al deseo de ejercer un pensamiento espiritual; el cual se debe a la desconfianza generalizada contra todos los deseos instintivos. Esa desconfianza va mucho más allá de la sexualidad y abarca la comida, el sueño y los hábitos del vestido.

La Intelectualización: Se debe al cambio de intereses concretos por otros abstractos como mecanismo de defensa contra la libido.

Así mismo afirma que los factores implicados en los conflictos de la adolescencia son los siguientes:

- 1.- La fuerza de los impulsos del Ello, determinada por procesos fisiológicos y endocrinológicos durante la pubescencia.
- 2.-La capacidad del Yo para superar a las fuerzas instintivas o para ceder ante ellas cuando no es posible lo primero, cosa que depende a su vez de la ejercitación del carácter y del desarrollo del Súper Yo del niño durante el período de latencia.
- 3.-La eficacia y naturaleza de los mecanismos de defensa a disposición del Yo.²¹

1.3.4 Teoría de la Adolescencia de Edward Spranger

Para Spranger, el adolescente no vive su estructura psíquica ni sus estados como fenómenos evolutivos. Estos tienen para él, en la mayoría de los casos, el carácter de cosa definida que el mundo tiene normalmente para nosotros en el momento de vivirlo. Por eso mismo, el adolescente no se comprende a sí mismo por completo, ya que no tienen idea de sus crisis y evoluciones.²²

20 Anna Freud. El Yo y los mecanismos de defensa. , Buenos Aires, Edit Paidós., 1977.

21 Anna Freud. , *Op cit.*

22 Faria de Vasconcelos. *Op cit.*

En esta teoría no interesa determinar si son los factores biológicos o los psicosociales los principales determinantes del desarrollo adolescente porque se centra más en los aspectos psicológicos. Reconoce que la estructura de la psiquis está influida por condiciones sociales y del ambiente, ya que el adolescente hace esfuerzos por adquirir un sistema personal de valores con respecto a la estética, la religión, el amor, la verdad, el poder y el dinero, como reflejo de la propia identidad. Para el niño esos aspectos de la vida no están aún diferenciados o plenamente conscientes.

El joven experimenta estos valores de manera subjetiva, con implicación personal, y su reacción más frecuente es de aceptación o de rechazo; los asimila a sus experiencias personales y los evalúa de acuerdo con sus propias ideas, creencias y juicios. Las distintas actitudes del adolescente están diferenciadas, pero todavía no relacionadas entre sí, de la misma manera en que su propio Yo parece estar dividido.

Por eso, esta Teoría propone tres maneras de abordar el estudio de la individualidad:

1. Según su ritmo evolutivo que puede ser:

- a) Desarrollo con stress y tensión
- b) Desarrollo gradual y continuo
- c) Desarrollo auto dirigido y continuo

2. De acuerdo a la vivencia de los procesos psicológicos que pueden presentarse, clasificándolo en:

- a) Tranquilo y entusiasta
- b) El receptivo y el creativo,
- c) El melancólico y el alegre.

3. En función de diferentes formas de valores:

- a) El tipo que se preocupa por su cuerpo y naturaleza, caracterizado por su vitalidad, salud y deseo de poder.

- b) El tipo estético y entusiasta, que posee una actitud típicamente adolescente frente a la vida.
- c) El meditabundo, que considera la vida como un problema y posee una orientación teórica.
- d) El tipo activo, cuyos principales valores son el progreso y el éxito.
- e) El tipo aventurero, que desea dominar y anhela la fama.
- f) El tipo social, capaz de amor altruista; tipo raro entre adolescentes.
- g) El altruista ético, que puede convertirse en defensor riguroso y radical de los principios éticos.
- h) El tipo religioso, también frecuente por que quiere adoptar diversas formas.²³

Para concluir puede apreciarse que la adolescencia ha sido abordada desde diferentes perspectivas que permiten visualizar la complejidad y el proceso de los diferentes elementos y problemáticas que implica, asimismo después de mencionar las teorías y las etapas de la adolescencia destaca el hecho de que es un período de gran relevancia, pues en ella se desarrolla el Yo, es decir aspectos integrativos como:

1. Autopreservación
2. Conciencia y manejo de los estímulos externos.
3. Control de movimientos voluntarios.
4. Aprendizaje e influencia del mundo externo para beneficio propio.
5. Búsqueda de placer.
6. Evitación del displacer.
7. Consideración de las circunstancias externas para decidir cuándo satisfacer los impulsos instintivos.

²³ Eduardo Spranger.. Psicología de la edad Juvenil. Madrid, Revista de Occidente, 1929.

8. Transmisión de un inesperado aumento de displacer mediante una señal de angustia.

En un contexto donde surgen cambios fisiológicos como se menciona anteriormente, puede expresar mucha energía y actividad desmedida y alternativamente mostrarse indiferente y desganado. Pasar de la euforia a la depresión, de la vanidad a la timidez, del egoísmo al altruismo idealista. Y si bien puede ser una etapa de desarrollo también puede haber un estancamiento emocional donde pueden surgir trastornos los siguientes trastornos:

1. Trastornos en la relación con la realidad
2. Trastornos del control de los impulsos
3. Trastornos en las relaciones de objeto
4. Trastornos de los procesos de pensamiento
5. Trastornos de las funciones de la defensa
6. Trastornos de las funciones autónomas
7. Trastornos de la función de síntesis.²⁴

Mismos trastornos nos pueden ayudar al tema de investigación que es la medición de la depresión en el adolescente.

²⁴ L Bellak. A multiple- factor psychosomatic theory of schizophrenia. EUA, Psychiatric Quartely, 1949,.p.23, 738-755,

II DEPRESIÓN

En este capítulo se hace referencia a la definición de la “Depresión”, tanto en el adolescente y como en el ser humano en general, el criterio para definirla, sus características y las teorías para poder comprender con mayor claridad el término a tratar.

Hoy en día, hablar de depresión es referirse a la enfermedad causante de mayor morbilidad y mortalidad a nivel nacional e internacional. De hecho puede decirse que es una de las enfermedades que más vidas cobra. Se dice que ocho de cada diez pacientes que llegan a un consultorio se asocian con la depresión.

Esta es una gran enmascaradora o encubridora, porque se oculta detrás de otras enfermedades; a pesar de ello, resulta poco conocida.

2.1 ¿Qué es la Depresión?

Aún cuando hoy en día es común hablar de personas que se encuentran “deprimidas” para referirse a estados temporales de tristeza, la depresión es en realidad una enfermedad, llamada clínicamente **Episodio Depresivo Mayor**; es un trastorno del ánimo, según el DSM-IV–TR. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Este último a su vez se divide por una parte, en episodios afectivos, de carácter depresivo (estado de ánimo deprimido o pérdida del interés o sensación de placer), o maníaco, (estado de ánimo anormal y persistentemente elevado, expansivo o irritable). Estos episodios se combinarían generando diversos patrones, constituyendo así los diferentes trastornos del ánimo.²⁵

²⁵ Michael D, Masson DSM-IV- TR Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales. EUA, Editorial First, 2009.

2.2 Criterios para diagnosticar la presencia de un Episodio Depresivo Mayor (Según el DSM –IV TR)

Un “Síndrome Depresivo Mayor” se define según el criterio A siguiente:

Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser 1 estado de ánimo depresivo ó 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.

No se incluyen los síntomas que se deben claramente a causas físicas, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia o notable pérdida de asociaciones):

- a) Estado de ánimo deprimido (o irritable en niños y adolescentes) durante la mayor parte del día, casi cada día y, como se indicó, sugerido por la experiencia subjetiva o por la observación de los demás.
- b) Notable disminución de placer o interés en todas o casi todas las actividades habituales, casi cada día (como se indicó, por referencia subjetiva o por la observación de los demás de apatía durante la mayor parte del tiempo).
- c) Aumento o pérdida significativa de peso sin hacer ningún régimen (por ejemplo: más de 5 por ciento del peso corporal en un mes), o disminución o incremento del apetito casi cada día (en el niño debe tenerse en cuenta la dificultad para alcanzar el peso necesario).
- d) Insomnio o hipersomnia casi cada día.
- e) Agitación o disminución psicomotriz casi cada día (observable, para los demás, no simplemente el sentimiento subjetivo de inquietud o lentitud).
- f) Fatiga o pérdida de energía casi cada día
- g) Sentimientos excesivos o inadecuados de inutilidad o culpa (que pueden ser delirantes) casi cada día (no simplemente autorreproches o sentimientos de culpa por estar enfermo).

- h) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse o indecisión casi cada día (manifestada por el paciente u observada por los demás).
- i) Ideas de muerte recurrentes (no el simple miedo a morir), ideas de suicidio recurrentes sin un plan específico, o un intento de suicidio o un plan específico para suicidarse.²⁶

2.3 Clasificación de la Depresión

La Asociación Psiquiátrica Americana (1968) clasificó a la depresión en dos tipos: como depresión endógena y exógena (también llamada reactiva).

Depresión Endógena

Causada por factores internos (bioquímicos, hormonales o genéticos); se caracteriza por depresión severa, pérdida del interés en la vida, síntomas somáticos, estrés no precipitante, insomnio, autocompasión, antecedentes de episodios previos, pérdida de peso, culpa, rasgos de la personalidad histérica o inadecuada y suicidio.

Depresión Exógena

Causada por factores externos (estrés, traumas psicológicos y conflictos), corresponde a una depresión menos severa, mayor reacción hacia el medio ambiente, menor pérdida de interés en la vida, menor número de síntomas somáticos, estrés precipitante, menos insomnio, mayor autocompasión, menos pérdida de peso, menos culpa y con rasgos de personalidad histérica.²⁷

2.4 Signos y Síntomas

En este apartado se abordan los distintos signos y síntomas que aparecen durante los episodios depresivos.

Los signos son aquellos que evalúa el médico, lo cual para detectarlos depende de la auscultación, observación palpación etc.

²⁶ *Ibidem* DSM-IV- TR Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales.

²⁷ Mendels J. Stern, S. Frazer. A Conceptos biológicos de la depresión. Nueva York, EUA, Spectrum Publications, 1976.

El síntoma se refiere a la parte subjetiva de una enfermedad, es decir lo que el paciente está sintiendo o padeciendo; el malestar del mismo claro, o bien lo que el paciente puede ver por si mismo.

De tal manera que los signos y síntomas esenciales, como el abatimiento, el pesimismo, la autocrítica, el retardo o la agitación, parecen haber sido universalmente aceptados. Otros síntomas que han sido considerados como intrínsecos del síndrome depresivo son los vegetativos, el estreñimiento, la dificultad para concentrarse, la lentitud del pensamiento y la angustia.

Otros aspectos que hay que mencionar, es que a menudo, hay una queja principal de los pacientes deprimidos, que señala en ocasiones un inminente diagnóstico de depresión. Esta puede tomar diversas formas como un estado desagradable, un cambio de actitud hacia la vida, síntomas somáticos de naturaleza específicamente depresiva y síntomas característicos de la depresión.

2.5 Criterios para el Diagnóstico de los Síntomas Depresivos

Existen muchos esquemas diagnósticos que definen criterios rigurosos para el diagnóstico de la depresión, y de éstos pueden obtenerse un grupo de síntomas cardinales y ser usados como una valiosa guía diagnóstica.

2.5.1 Síntomas Cardinales:

Los principales que se citan en varios esquemas diagnósticos son los siguientes:

1. Tristeza
2. Falta de Interés
3. Disminución del apetito
4. Menor duración del sueño (insomnio al inicio, a la mitad o al final del sueño)
5. Dificultades para concentrarse.
6. Cansancio
7. Pesimismo
8. Ideas Suicidas

Sin embargo, los síntomas cardinales no deberían de ser considerados un grupo exclusivo, pues frecuentemente los pacientes deprimidos manifiestan otros muchos

Signos Adicionales que, particularmente si los síntomas cardinales se hallan encubiertos, pueden proporcionar pistas valiosas para establecer la naturaleza del trastorno subyacente.

2.5.2 Síntomas Adicionales serían:

1. Ansiedad
2. Irritabilidad
3. Agitación o enlentecimiento psicomotor
4. Hipersomnia
5. Molestias o trastornos somáticos aumento del apetito
6. Inseguridad
7. Incapacidad para hacer frente a una situación
8. Hipocondría

Muchos de estos síntomas conducen necesariamente a trastornos interpersonales, distanciamiento de familiares y amigos, dificultades laborales, etc. lo que agrava el curso de la enfermedad.

En algunos casos es muy difícil diagnosticar claramente la depresión y en qué grado se encuentra, pues puede variar en cuanto a sus síntomas y también a su evolución. Puede presentarse en formas episódicas o bien a través de un estado de síntomas permanentes de modo casi continuo.

También puede variar su gravedad: en algunos casos se trata de estados más bien leves y en otros tantos existen deseos intensos de suicidio. Pero en general, cualquier persona deprimida es probable que presente un conjunto de signos y síntomas para su mejor estudio.

2.6 Manifestaciones de la Depresión según Beck

Beck (1967) define la depresión como “Un patrón complejo de modificaciones emotivas, cognoscitivas y de la conducta, que no se presenta como un trastorno psiquiátrico definido”.²⁸

Basándose en un estudio que realizó en 966 pacientes psiquiátricos describe los Síntomas de la Depresión bajo cuatro títulos principales: Beck (1976)²⁹

- 1) Manifestaciones Emocionales
- 2) Manifestaciones Cognitivas.
- 3) Manifestaciones Motivacionales.
- 4) Manifestaciones Físicas y Neurovegetativas.

Proporcionó una guía para determinar su intensidad explicando la forma en que es probable que aparezcan en los estados (o nivel) leve, moderado e intenso de la depresión. Esto actualmente ayuda al personal médico a valorar cuantitativamente al grado de depresión. Beck sostiene que le fue posible detectar estos componentes esenciales de la depresión en los sueños de sus pacientes, sus asociaciones y sus reacciones a estímulos externos.

Llegando a la conclusión de considerar la depresión como un proceso vinculado con una pérdida significativa, que puede dar lugar a distorsiones cognoscitivas a partir de las cuales el individuo depresivo comienza a valorar sus vivencias de manera negativa.

2.6.1 Manifestaciones Emocionales

28 Aaron Beck, G. Brown, y R. Steer, Manual de Inventario de Depresión de Beck Nueva York, Harcourt Brace&Company, 1967.

29 A.T Beck, Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión Nueva York. Harcourt Brace&Company, 1976, p.14-34

Con este término se refiere a los cambios en su conducta externa directamente atribuibles a su alteración emocional; teniendo en cuenta el estado de ánimo, y las conductas anteriores del paciente, así como lo que el examinador podría considerar normal para la edad, sexo, el grupo social de cada paciente que con frecuencia, estuviera o no deprimido.

Como lo explica el siguiente cuadro:

Cuadro 1.

1) MANIFESTACIONES EMOCIONALES

| | a) Abatido | b) Pesimismo | c) Autocrítica | d) Retardo o Indiferencia afectiva. | e) Acceso de Llanto | f) Pérdida del Sentido del Humor. |
|------------------|------------------|--|---|--|---|---|
| Leve: | Esta triste. | Decepción. | Se ha perdido algo de la alegría de vivir. | Disminuye un grado de entusiasmo o dedicación de una actividad. | Aumenta la tendencia a sollozar o llorar con situaciones que normalmente no afectarían al paciente. | Los pacientes que solían disfrutar oyendo o diciendo chistes encuentran que esto ya no les satisface como antes, ya no toleran tan bien como antes las bromas o burlas de sus amigos. |
| Moderado: | Alivio temporal. | Auto desagrado de ideas de inutilidad. | Se siente aburrido el paciente la gran parte del tiempo. | La disminución o interés de los pensamientos positivos pueden progresar hasta la indiferencia. | Puede llorar al mencionar sus problemas o sin causa aparente. Pero se siente aun mas deprimido. | No es capaz de ver el lado gracioso de las cosas, y tiende a tomar todo muy en serio. |
| Intenso: | Sin esperanza. | Odio a sí mismo. | El paciente no encuentra ningún placer o satisfacción en actividades o amistades. | La pérdida del interés por los demás pudiendo progresar hasta la apatía. | Cuando antes podía llorar con facilidad, se da, que ahora ya no puede llorar, puede sollozar, pero no tiene lágrimas. | Mientras los demás pueden responder al contenido humorístico de un chiste, el paciente tiende a reaccionar de forma agresiva u hostil además de que se siente lastimado o disgustado. |

a) Abatido: La Depresión del estado de ánimo es descrita de distintas maneras por los pacientes clínicamente deprimidos. Sea cual sea el término empleado por el paciente para describir sus sensaciones subjetivas. La sensación expresada principalmente en términos somáticos, como “un nudo en la garganta”, “una sensación de vacío en el estomago” o una sensación de opresión en el pecho. Sensaciones como triste, infeliz, solitario y aburrido.

b) Pesimismo: Los pacientes parecen distinguir los sentimientos de un desagrado de las opiniones negativas sobre sí mismos.

c) Autocrítica: El Sentimiento de insatisfacción es tan penetrante en pacientes deprimidos que muchos de ellos consideran la autocrítica, la manifestación de su enfermedad.

En la depresión esta alterado el equilibrio de: “Dar y recibir”.

d) Retardo o Indiferencia Afectiva: La pérdida del sentimiento de satisfacción suele ir acompañada de una pérdida de la relación emocional con otras personas o actividades.

e) Accesos de Llanto: Algunos pacientes que rara vez lloraban cuando no estaban deprimidos pueden reconocer la inclinación de su depresión al experimentar un intenso deseo de llorar.

f) Pérdida del Sentido del Humor: El paciente no responde al humorismo en forma habitual; las bromas, los chistes o las caricaturas no le divierten, no le causan risa ni le proporcionan ninguna satisfacción.

2.6.2 Manifestaciones Cognoscitivas.

Las manifestaciones cognoscitivas de la depresión comprenden varios fenómenos distintos. Uno de ellos está compuesto por las opiniones distorsionadas del paciente sobre sí mismo, sus experiencias y su futuro. Este grupo incluye la baja valoración de sí mismo, las distorsiones de la imagen corporal y las previsiones pesimistas.

Otro síntoma, la autoacusación, expresa el concepto que tiene el paciente sobre la causalidad: tiende a considerarse responsable de todas las dificultades o problemas que encuentra. Un tercer tipo de síntomas concierne a la toma de decisiones: típicamente el paciente vacila y es indeciso.

Como se explica en el siguiente cuadro:

Cuadro 2

2) MANIFESTACIONES COGNOSCITIVAS

| | a) Baja valoración de sí mismo. | b) Previsiones negativas | c) Autoacusación y autocrítica | d) Indecisión | e) Distorsión de la imagen Corporal. |
|------------------|--|---|---|---|--|
| Leve: | Reacciona exageradamente ante cualquiera de sus errores o dificultades, y tiende a considerarlos como un reflejo de su incompetencia o como un defecto propio, comparándose, llegando a la conclusión de que él es inferior. Es posible corregir sus erróneas autovaloraciones temporalmente con pruebas adecuadas o razonando con él. | Espera un desenlace negativo en las situaciones ambiguas o dudosas, ya sea con su salud, asuntos personales o económicos. | Tiende a culparse a sí mismo cuando no llega a satisfacerse plenamente sus rígidos criterios perfeccionistas, no puede aceptar la idea de que es de humanos equivocarse. | Un paciente que normalmente podía hacer decisiones inmediatas nota que las soluciones no se le ocurren tan fácilmente como antes, se le presenta una incertidumbre general, busca que otra persona confirme sus decisiones. | Empieza a preocuparse en exceso su aspecto físico. |
| Moderado: | Los pensamientos giran alrededor de su sensación de deficiencia, se queja de haber perdido la confianza en sí mismo y su sensación de incapacidad es tal, que cuando se enfrenta a tareas que antes realizaba fácilmente, su reacción inicial es: "No puedo hacerlo" | Piensa que el futuro no es prometedor y afirma que no tiene nada que esperar, su respuesta es: "no me va a gustar" o "no me servirá de nada". | Sus autocríticas se hacen más rigurosas. | La dificultad para tomar decisiones se extiende a casi todas sus actividades y abarca problemas tan triviales como qué camino a seguir, que ropa ponerse, teniendo estas consecuencias desfavorables. | Aumenta la preocupación por el aspecto físico, cree que ha sufrido cambios desde que empezó su depresión, aunque no sea así. |
| Intenso: | Las autovaloraciones del paciente alcanzan su punto más bajo, se menosprecia drásticamente en todo lo referente a sí mismo, se considera como inservible, inepto y un completo fracaso. | Ve el futuro sombrío y sin esperanza, cree que ninguno de sus problemas tiene solución, y dice "no hay lugar para mí", "se que no puedo mejorar". | Se vuelve más exagerado en sus autoacusaciones y autocríticas, afirma "yo soy responsable de la violencia y el sufrimiento que hay en el mundo" "quisiera que me colgaran". | Creen que son capaces de tomar una decisión y por consiguiente ni siquiera lo intentan. Tiene duda de casi todo lo que hacen o dicen. | La idea de la falta de atractivo personal se hace mas fija, cree que es feo y de aspecto repulsivo. |

a) Baja Valoración de Si mismo: La auto devaluación forma parte del patrón que sigue el paciente deprimido para considerarse a sí mismo deficiente en aquellas cualidades que son específicamente importantes para él: habilidad, eficiencia, inteligencia, salud, atractivo personal, popularidad o fortuna. A menudo el sentimiento es expresado en términos como "Soy inferior", o "Soy incompetente", puede así también reflejarse en quejas por falta de cariño o de

bienes materiales, es más notorio en pacientes que acaban de sufrir, respectivamente, un fracaso amoroso o una baja económica.

- b) Previsiones negativas:** Los sentimientos de desesperanza están relacionados con una actitud sombría y pesimista respecto al futuro. La costumbre de los pacientes es esperar lo peor y negar la posibilidad de cualquier mejoría. Esta sensación de permanencia e irreversibilidad de su estado de sus problemas parece constituir la base de su consideración del suicidio como un proceder lógico.
- c) Autoacusación y autocrítica:** Las insistentes acusaciones y autocríticas del paciente deprimido parecen estar relacionadas con el concepto de criticarse a sí mismo por sus supuestas deficiencias, en los casos más graves, el paciente puede culparse violentamente a sí mismo por sucesos que no están relacionados con él de ninguna manera.
- d) Indecisión:** La dificultad para tomar decisiones, la vacilación ante las alternativas y los cambios de opinión son características depresivas que suelen ser muy molestas para los familiares y amigos del paciente y para él mismo. Esta indecisión parece tener dos facetas por lo menos, la primera atañe a la equivocada, la esfera cognoscitiva, el paciente teme que va a tomar la decisión equivocada, la segunda fase es principalmente motivacional suficiente para realizar, relacionada con la “parálisis de la voluntad” y el aumento de la dependencia. Las decisiones que tiene que hacer durante sus ocupaciones se convierten en grandes problemas para los pacientes deprimidos.
- e) Distorsión de la Imagen Corporal:** A menudo el deprimido tiene una imagen muy distorsionada de su aspecto físico, es más frecuente en mujeres que en hombres.

2.6.3 Manifestaciones Motivacionales

Las manifestaciones emocionales incluyen deseos, esfuerzos e impulsos que sobresalen en la depresión. Una característica notable de las motivaciones típicas del paciente deprimido es su naturaleza regresiva, pareciendo el paciente ser

atraído por las actividades que le exigen menos, ya sea en cuanto al grado de responsabilidad, iniciativa o la cantidad de energía que requiere. Rehúye de las actividades características de un adulto y busca las que son más propias de un niño. Prefiere la dependencia y la pasividad que la actividad, evita la responsabilidad y huye de sus problemas en vez de tratar de resolverlos, busca satisfacciones inmediatas, aunque pasajeras. La mayor manifestación de la tendencia evasiva es el deseo de abandonar la vida por medio del suicidio.

Como lo explica el siguiente cuadro:

Cuadro 3.

3) MANIFESTACIONES MOTIVACIONALES

| | a) Parálisis de la voluntad | b) Deseo de evasión, escape y aislamiento. | c) Deseos Suicidas |
|------------------|---|---|---|
| Leve: | Descubre que ya no tiene deseos espontáneos de realizar determinadas actividades, en especial las que no le dan satisfacción inmediata. | Experimenta una fuerte inclinación a evitar o posponer la realización de las cosas difíciles o poco interesantes, no presta atención a los detalles, se siente atraído por actividades pasivas o sencillas. | Los pacientes expresan deseos de morir de forma pasiva como estaría mejor muerto". Aunque, afirma que no haría nada para acelerar su muerte, otros pueden presentar ambivalencia "quisiera morir, pero al mismo tiempo temo morir." |
| Moderado: | La pérdida del deseo espontáneo se extiende a casi todas las actividades habituales. | Los deseos son más intensos, el paciente piensa continuamente en formas de eludir sus obligaciones o escapar. En esta etapa, es posible que evite casi todos los contactos sociales, pues las relaciones interpersonales le parecen demasiado exigentes. Al mismo tiempo, debido a su soledad y creciente dependencia puede desear la compañía de otras personas. | Los deseos suicidas son más directos, frecuentes y apremiantes, existe un riesgo de que el paciente intente suicidarse ya sea de manera impulsiva o premeditada. |
| Intenso: | Se presenta una completa parálisis de la voluntad, no siente ningún deseo de hacer nada, ni siquiera los actos esenciales para la vida. A veces hay que sacarlo de la cama, lavarlo, vestirlo, se queda inmóvil, aun en algunos casos la comunicación puede quedar bloqueada por la inercia del paciente. | Se expresa por un marcado retraimiento. El paciente permanece acostado y se esconde bajo las sábanas cuando se le acercan otras personas. La forma de escape de una situación intolerable es el suicidio. | Los deseos suicidas son más intensos, aunque el paciente puede presentar demasiado retardo psicomotor para intentar suicidarse. |

a) Parálisis de la voluntad: Puede parecerle muy difícil ponerse en movimiento para realizar tareas elementales e importantes, como comer, evacuar o tomar medicamentos para aliviar sus molestias; no siente ningún estímulo interno para hacerlo. Aún cuando se le ordene, se le anime o se le amanece.

b) Deseo de evasión, escape y aislamiento. El deseo de escapar de las rutinas, de las actividades habituales, considera sus deberes aburridos, sin sentido o

pesados y desea escapar hacia la actividad que le ofrezca tranquilidad o refugio.

c) Deseos Suicidas: El deseo de suicidarse puede tomar diversas formas, puede ser pasivo “quisiera estar muerto” o como un deseo activo “me quiero matar”, como un pensamiento repetitivo, obsesivo, como una fantasía o como un plan meticulosamente concebido. En algunos casos, los deseos son constantes durante el padecimiento y en otras ocasiones son esporádicos, que se caracteriza por un aumento gradual seguido de una disminución hasta que desaparece temporalmente. En este momento los pacientes se alegran de no haber cedido a ellos.

2.6.4 Manifestaciones Físicas y Neurovegetativas

Son consideradas como una prueba de la existencia de un trastorno neurovegetativo o hipotalámico fundamental como causa de la depresión.

Como lo explica el siguiente cuadro:

Cuadro 4.

4) MANIFESTACIONES FÍSICAS Y NEUROVEGETATIVAS

| | a) Pérdida del apetito | b) Trastornos del sueño | c) Disminución de la Libido. | d) Fatigabilidad |
|------------------|---|---|--|--|
| Leve: | Puede notar que ya no disfruta de sus comidas tanto como antes, y es menor su deseo de comer. | El paciente informa que se despierta de unos cuantos minutos a media hora antes de lo usual, algunos presentan lo contrario, duermen más que de costumbre. | Disminuye ligeramente el deseo sexual espontáneo y las respuestas a los estímulos sexuales, en algunos casos parecen estar aumentando. | Nota que se cansa más fácilmente que antes, ahora se siente fatigado después de un período de actividad relativamente breve. |
| Moderado: | El deseo de comer puede faltar casi por completo, pudiendo omitir comidas sin darse cuenta. | Se despierta una o dos horas antes que lo habitual y con frecuencia. También despierta tres o cuatro horas después y necesita un hipnótico para dormir, en otros casos duerme 12 horas al día. | El deseo sexual, esta marcadamente disminuido y solo responde a estímulos externos. | Generalmente, se siente cansado desde que se despierta y casi cualquier actividad parece acentuar ese cansancio, el reposo y la tranquilidad no parecen aliviar esa sensación de hecho pueden agravarla. |
| Intenso: | Puede llegar a ser obligado a comer y puede llegar a sentir aversión a la comida, y esto después de unas semanas puede considerar la pérdida de peso. | Con frecuencia el paciente se despierta, después de dormir sólo cuatro o cinco horas y no puede volverse a dormir en algunos casos los pacientes afirman que no han dormido nada y que se han pasado la noche "pensando". | Se ha perdido toda la sensibilidad a los estímulos sexuales, y el paciente puede sentir una profunda aversión al sexo. | Se queja de demasiado cansancio para hacer nada, no parece capaz de movilizar sus energías ni siquiera para actividades sencillas, como vestirse. |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

- a) **Pérdida del apetito:** Es el primer signo de una depresión que comienza y su retorno puede ser el primer signo de que la depresión está empezando a ceder.
- b) **Trastornos del Sueño:** La dificultad para dormir es uno de los síntomas más notables de la depresión, presentan además más inquietud y movimientos excesivos durante la noche.
- c) **Disminución de la Libido:** Hay disminución del interés en el sexo, ya sea de naturaleza auto erótica o heterosexual.
- d) **Fatigabilidad:** Algunos pacientes parecen experimentar este síntoma como un fenómeno puramente físico, sienten pesadas las extremidades o como si su cuerpo pesara más. O una pérdida de energía, se queja de que se siente “flojo”, “agotado”, “demasiado débil para moverse” o “exhausto”.

Estas características ayudan a formar un criterio para poder diagnosticar más objetivamente a la depresión.

2.7 Teorías sobre la depresión.

Son muchas las teorías psicológicas que proponen explicaciones sobre las causas de la depresión patológica. Consideremos éstas divididas en dos grupos:

2.7.1 Teoría cognoscitiva

- 1 Propone que los errores más frecuentes son las distorsiones negativas de experiencias vitales, la autoevaluación negativa, el pesimismo y la desesperanza. Las personas que aprenden estas perspectivas, son las que tienden a sentirse deprimidas.
- 2 Algunos doctores están de acuerdo con la teoría que propone que los acontecimientos estresantes que acompañan el primer episodio provoca

cambios a largo plazo en la biología cerebral, que pueden producir variaciones en el funcionamiento de diferentes neurotransmisores, implicando pérdida de neuronas y una disminución de las conexiones sinápticas resultando una persona vulnerable para sufrir episodios posteriores del estado de ánimo.

- 3 Las causas de trastornos depresivos generalmente incluyen una combinación de factores genéticos, psicológicos y ambientales. Después del episodio inicial, otros episodios depresivos casi siempre son desencadenados por un estrés leve, e incluso pueden ocurrir sin que haya una situación de estrés.

2.7.2. Teorías Afectivas

Explicaciones psicoanalíticas: Aunque no existe “una teoría psicoanalítica unificada, global y precisa de la depresión” (Isenberg y Schatzberg, 1978),³⁰ sí se han ofrecido una serie de explicaciones.

Sigmund Freud en el ensayo “El duelo y la melancolía”, en 1915, postula por primera vez mecanismos patológicos en los que no interviene un desarreglo de la sexualidad. Habla de “relaciones objetales” más que de depresión, bosqueja una instancia que habrá de convertirse en el Súper Yo y atribuye al Yo una mayor participación en la patología. Freud compara la melancolía con el duelo, llegando a la conclusión de que en ambas hay una dolorosa sensación de abatimiento por una pérdida de la capacidad de amar e inhibición de la actividad.

En 1917, identifica tres factores condicionantes para la melancolía:

- La pérdida del objeto
- Un alto grado de ambivalencia
- Una regresión libidinal en el Yo.

Y señala que la diferencia crucial entre duelo y depresión radica en la localización de la pérdida. En el duelo es el ambiente el que se empobrece; mientras que en la depresión, es la propia persona la que queda vacía y desguarecida. Sin el

30 Coon Dennis Psicología pag 140 Edit Trillas Mexico D.F.

indispensable sostén ambiental, el individuo no puede conservar una autoimagen satisfactoria y se produce una penosa transformación en su concepto de sí mismo, que conduce a la depresión³¹.

En el enfoque libidinal, los seguidores de Freud explican la depresión como resultado de la baja autoestima producida por el fracaso en las relaciones amorosas adultas, que es a la vez, resultado de una fijación oral provocadas por problemas en la relación madre e hijo.

Otra teoría con enfoque psicoanalista es la *teoría ego psicológica de la depresión*, la cual contempla a la depresión como resultado de una persona que advierte que es incapaz de cumplir las aspiraciones que esperaba. Sintiendo fracaso, se deprime.

Melanie Klein (1948) *De la teoría de las Relaciones Objetales*

Esta seguidora de la corriente psicoanalítica, refiere en su obra según la teoría de las relaciones objetales (en la que la palabra “objeto” se usa normalmente con referencia a una persona), Se divide en dos: La posición esquizoparanoide y la posición depresiva.

La primera, se caracteriza por el hecho de que el bebé no reconoce “personas”, sino que se relaciona con objetos parciales, y por el predominio de la ansiedad paranoide y de procesos de escisión.

La segunda, el reconocimiento de la madre como objeto total, marca el comienzo de la posición depresiva, al no existir una simbiosis real, lo cual al darse cuenta le genera sentimientos caracterizados por ambivalencia, ansiedad depresiva y culpa.

Cuando el individuo es un adulto la depresión proviene del fracaso del individuo en reconciliar buenos y malos sentimientos hacia su madre. La ambivalencia resultante produce culpabilidad, tensión y puede, mas tarde provocar depresión en el momento de perder algún objeto importante (una persona, un “status” social, la salud física o algún otro atributo). En aparente contraste con este planteamiento, se contempla a la depresión como una pérdida.

Bibring

31 Sigmund Freud, *Sexualidad infantil y neurosis* . Madrid, Edit. Alianza, 2004

Eduard Bibring (1953) destacó la pérdida de la autoestimación como el elemento clave de la depresión. Sus puntos de vista contrastan con los anteriores teóricos psicoanalistas por cuanto ponía mayor énfasis en la psicología del Yo (respuesta consciente a los acontecimientos) que en los conflictos inconscientes entre el Yo y el Super Yo. Si bien estaba de acuerdo con investigadores analíticos anteriores respecto de la importancia de las experiencias iniciales de la infancia como predisposición al desarrollo de la depresión en la vida adulta, sostuvo que la depresión clínica se desarrollaba como una consecuencia de la frustración de las expectativas conscientes. Afirma: “La expresión emotiva de un estado de desamparo y de impotencia del Yo, sin consideración de lo que pueda haber causado la ruptura de los mecanismos que establecen la autoestimación, constituye la esencia de esta situación”. Difería también de los psicoanalistas anteriores respecto a la creencia de que las dificultades en el manejo de los sentimientos agresivos desempeñaban una función crucial en la génesis de la depresión.³²

Benedek

Therese Benedek (1956) insistió en la importancia de la *constelación depresiva* expresión usada para describir un estado psicológico que proviene de las dificultades de las primeras relaciones entre madre e hijo. Un niño, satisfecho por su experiencia oral y el contentamiento que le proporciona el alimento, introyectara una idea de la madre buena que alimenta y la iguala al buen yo satisfecho.

En teoría, se crea así un ciclo en el que la madre e hijo provocan confianza en sí mismos y aumentan una gratificación mutua.

No obstante cuando un niño no se siente gratificado se torna agresivo en sumo grado.

Al comer introyecta este impulso agresivo desarrollando la ecuación madre mala igual a yo malo. Benedek afirma que esto es precisamente la base de la depresión que se presenta ulteriormente cuando tensiones adecuadas causan una regresión a esta fase oral.³³

32 Joseph Mendels. La Depresión México, Edit. Biblioteca Psicológica, pag 79

33 *Ibíd.*, pag 80

Vernon

La cognición psicodinámica de la depresión se puede resumir de la siguiente manera: Todos los síntomas de este cuadro constituyen el complemento de una pérdida de la autoestima, no importando como aconteciese esto. El paciente siente desesperación, culpa o malestar corporal en proporción variable.

En cualquier momento podrá mostrar ira, la cual había sido dirigida principalmente en contra del mismo. Lo que lo hizo encolerizar puede ser una pérdida real o simbólica.

Cameron

Define la depresión como los desórdenes del humor en los que se expresan. La tensión y la ansiedad en forma de abatimiento y subestimación de sí mismo, alteraciones somáticas y quejas repetidas acerca de sentirse inferior, desesperado y despreciable. Es una reacción de la pérdida o la amenaza de pérdida, al fracaso, a la desaprobación o desilusión”.³⁴

2.8 Causas de la Depresión

Se ha mencionado con anterioridad, que la depresión es reconocida como un síndrome clínico (conjunto de signos y síntomas que poseen una identidad), como un estado de ánimo, como una reacción.

Pero continúa el debate de si se trata de una entidad asilada bien definida de intensidad variable, o una categoría mixta de trastornos cualitativos diferentes y en cuanto a su etiología, existen diferentes aseveraciones.

En un momento u otro todos alguna vez nos hemos deprimido, aún así si quisiéramos saber el origen de esta no podríamos decir cuando empezó. Muchas personas con este padecimiento mencionan que la depresión viene de familia. Esto indica que la depresión tiene tres componentes

1. Una causa externa
2. Respuestas a esa causa
3. Un hábito de largo plazo.

³⁴ Cameron, N. Desarrollo y Psicopatología de la personalidad.. Boston, Houghton Mifflin Company. 1982

1. Una causa externa: Cuando uno está expuesto a mucho estrés en un largo periodo, un trabajo aburrido, una mala relación, estar mucho tiempo sin trabajo, aislamiento social, sentimiento prolongado de soledad y enfermedades crónicas.
2. Respuesta a esa causa: Un evento externo no puede causarte depresión al menos si tu respondes de cierta manera. Las personas que se deprimen aprendieron desde hace mucho tiempo algunas de estas “**respuestas**” cuando algo va mal:
 - Es mi culpa
 - Nada puedo hacer bien
 - No soy demasiado bueno para eso.
 - Nada puedo solucionar
 - Sabía que las cosas saldrían mal
 - Solo es cuestión de tiempo.

Cuando un niño ha tenido estas respuestas porque algo esta mal, tiene sentido. Los niños pequeños tienen poco control de sus propias vidas por que son débiles y vulnerables. Un padre no amoroso puede crear cualquiera de estas respuestas o cualquier pariente cercano creándole un gran daño. Pero si se tienen estas respuestas a partir de la adolescencia, el pasado se repetirá en el presente.

3. Hábito de estar deprimido: Una vez que se tienen estas respuestas de depresión, se reforzará en una ocasión siguiente.

Para concluir la depresión es un estado de ambivalencia que en la adolescencia se presenta en una búsqueda de sí mismo al igual que su identidad, va de tendencias individuales a tendencias grupales, un comportamiento en el que busca y tiene la necesidad de intelectualizar y fantasear, sufre de constantes fluctuaciones del estado de ánimo y del humor así como, crisis de actitudes sociales reivindicatorias

y religiosas; presenta una clara renuncia temporal en la que lo importante aparece siempre más cercano en el tiempo que lo que no tiene interés; atraviesa por una evolución sexual que va desde el autoerotismo hasta la sexualidad adulta, tiende a arrepentirse de lo que hace porque empieza a darse cuenta de una separación progresiva con sus padres y que tiene que desarrollar su capacidad de juicio y madurez.

Asimismo sufren sentimientos de duelo o pérdida, que son unas de las características que presenta la Depresión, resumiendo en este caso los siguientes duelos:

- ❖ El duelo por el cuerpo infantil, aquel cuerpo que ya no tiene y que esta siendo sustituido por uno que todavía no conoce y le genera sentimientos encontrados de vergüenza, aceptación, lo que es claramente un signo de crecimiento.
- ❖ El duelo de la personalidad infantil, que enfrenta al adolescente a pensar y ver la vida de distinta forma.
- ❖ El duelo por los padres infantiles, que ya no son aquellos héroes o ídolos, sino que ahora se convierten en seres humanos con defectos, virtudes, aciertos y equivocaciones.

Lo cual puede comprenderse que la población a estudiar tenga un cierto porcentaje de depresión.

III TEORÍA AXIOLÓGICA DE HARTMAN

El instrumento empleado en esta investigación se fundamenta en la Teoría Axiológica del propio autor y está descrita en: “La Estructura Del Valor” de Robert S. Hartman y en “The Structure of Value” de Foundations of Scientific Axiology (Illinois University Press, Carbondale, 1967) y “La Ciencia del Valor” (Ediciones Filosofía y Letras UNAM 1964).

La objetividad del test es debida a que está basada en la lógica de los juicios de valor (Axiología Formal). Esta lógica es un sistema axiomático, como las matemáticas que son una lógica extensional o de clases, la lógica del valor es la lógica de la intención o significado. Es decir por medio de un orden jerarquico se da un significado y un valor a las palabras (Parte 1) y a las frases (Parte 2).

Los siguientes elementos explican esta lógica:

3.1 Valor e Interés

Debe ser hecha una distinción entre el valor en general y los valores específicos (intereses, preferencias, etc.). La capacidad de valorar en general es a los valores específicos, como la capacidad para ver un color específico, interés o preferencia. Antes de examinar a la persona para que pueda preferir el color rojo o verde, debe primero examinarse su capacidad para ver el color. Una persona ciega a los colores, obviamente, no puede tener un juicio válido en su preferencia al verde o al rojo. De este modo, antes de examinar las preferencias de una persona a los valores religiosos, teóricos, económicos o políticos, debería ser examinada primero su capacidad para valorar en general, ya que sus intereses son valores específicos, su capacidad para distinguirlos depende de su capacidad para valorar en general.

De este modo, el valor en general es a los valores específicos o intereses, como el color en general es a los colores específicos. En el grado en que una persona es

más o menos sensitiva al color en general, sus preferencias para estos o aquellos colores específicos, es más o menos el significante.

Por lo tanto, el test no mide los intereses particulares del sujeto, sino que mide su capacidad para seleccionar sus intereses (Medida de Diferenciación), para hacer relevantes las cosas (Medida de Integración), ver sus intereses con un sentido de proporción propio (Medida de Dimensión) ver sin confusión los aspectos valorativos fundamentales (Medida de Disimilitud).

La diferencia entre la teoría formal y la material del valor, es que la primera describe campos específicos de valor tales como los valores estéticos, religiosos, económicos, teóricos etc., mientras que la segunda se desarrolla con el género del Valor el cual l los valores específicos son especies. Como la definición está basada en género y especie, es imposible conocer que estética, económica y otra clase de valores son, a menos que se conozca el género del Valor del cual son especies.

El test mide la capacidad para hacer distinciones valorativas en general, los valores en general son llamados valores axiológicos. Por lo tanto el test presenta una escala de valores axiológicos (Escala A) combinada con una escala de valores específicos, llamados valores personales (Escala B).

3.2 Axiología

Etimológicamente, la Axiología proviene del griego *ἄξιος* [,'digno' 'con valor'] y *λόγος* ['estudio o tratado'] es decir teoría de los valores. Es la rama de la filosofía que estudia la naturaleza de los valores y juicios valorativos³⁵. El término *axiología* fue empleado por primera vez por Herman Lotze en su trabajo *Valuation: Its Nature and Laws*, de 1906.

La axiología no sólo trata de los valores positivos, sino también de los valores negativos, analizando los principios que permiten considerar que algo es o no valioso, y considerando los fundamentos de tal juicio.

³⁵ <http://buscon.rae.es/draeI/>

La investigación de una teoría de los valores ha encontrado una aplicación especial en la ética y en la estética, ámbitos donde el concepto de valor posee una relevancia específica.

Algunos filósofos como los alemanes Heinrich Rickert o Max Scheler han realizado diferentes propuestas para elaborar una jerarquía adecuada de los valores. En este sentido, puede hablarse de una 'ética axiológica', que fue desarrollada, principalmente, por el propio Scheler y Nicolai Hartmann.

Desde el punto de vista ético, la axiología es una de las dos principales fundamentaciones de la Ética junto con la deontología.

El estudio griego culmina con el desarrollo de un sistema de valores. Los valores pueden ser objetivos o subjetivos. Ejemplos de valores objetivos incluyen el bien, la verdad o la belleza, siendo finalidades ellos mismos. Se consideran valores subjetivos, en cambio, cuando estos representan un medio para llegar a un fin (en la mayoría de los casos caracterizados por un deseo personal). Además, los valores pueden ser fijos (permanentes) o dinámicos (cambiantes).³⁶

3.3 Definición del valor

La Axiología Formal está basada en el pensamiento lógico del valor. Esta lógica analiza el significado. El pensamiento valorativo identifica valor y significado. Cuando nosotros decimos que la vida está llena de significado, queremos decir que está llena de valor. Cuando decimos que la vida ha perdido su significado queremos decir que ha perdido su valor. El valor lógico analiza que aspecto del significado es identificado con el valor.

El significado de una cosa es el conjunto total de propiedades conectadas con esa cosa. Por lo tanto, el significado de la vida es el conjunto total de propiedades conectadas con la vida, es riqueza de aspectos, cualidades características por ejemplo la pérdida del significado de la vida es la pérdida de sus riquezas. Por consiguiente, cuando un ser querido se muere, nosotros decimos que hemos sufrido una pérdida, nuestra vida ha perdido una fuente de riqueza. A esta pérdida, a este abandono nosotros lo llamamos "una brecha", "una vaciedad" que no puede

³⁶ <http://personal.telefonica.terra.es/web/testdehartman/home.htm>

ser llenada. Por otra parte, cuando una alegría entra a nuestra vida nosotros decimos que "está llena", nuestra vida está llena de contenido, estamos "contentos", no sabemos como "contenernos", etc.

De este modo el valor puede ser definido como significado y como riqueza de propiedades.

Una cosa tiene valor en el grado de la riqueza de sus propiedades y está devaluado en el grado de pobreza de sus propiedades. Una cosa rica en propiedades es más valiosa que una cosa con menos riqueza de propiedades y viceversa. Un rico pastel es más valioso que un pobre pastel, y un sillón es más valioso que una silla de madera.

3.4 La Significación Lógica del Significado.

El significado de una cosa es, lógicamente, el conjunto de propiedades por la cual la cosa es caracterizada. Este conjunto es llamado, lógicamente, "el contenido", es el concepto de la cosa, o la "intención" del concepto de la cosa.

La definición del valor, por lo tanto, puede ser establecido lógicamente como sigue. Una cosa tiene valor en el grado en que cumple la intención de su concepto. De este modo, si la intención de "silla" es "una estructura con asiento a la altura de las rodillas y respaldo", entonces, una cosa que se nombre "silla" será más valiosa como silla mientras más propiedades de silla tenga, y menos valiosa mientras menos propiedades tenga. (Una silla que no tiene asiento no es una buena silla sino una mala silla). Esta mala silla puede ser enviada al carpintero para ser reparada.

La Axiología Formal está basada en la naturaleza lógica del significado, llamada intención; y la estructura de la intención, como un conjunto de propiedades. Esto es aplicando la teoría de los conjuntos de propiedades. Esta teoría es una clase de matemáticas que conduce a la relación de los conjuntos y subconjuntos en general, y a los conjuntos finitos e infinitos en particular.

Como las matemáticas son objetivas y a priori, la Axiología Formal es una ciencia objetiva y a priori, y un test basado en esto es un test objetivo basado en un objetivo estándar.

IV
INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN
HARTMAN Y BIRLESON

IV INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN HARTMAN Y BIRLESON

4.1 Prueba Perfil de Valores Hartman

A fin de medir las características mencionadas de los adolescentes evaluados en este estudio, se empleará el Perfil de Valores Hartman (PVH) que es un instrumento diseñado para proporcionar de manera amplia, rápida y eficiente medidas y aspectos importantes de la capacidad de valorar que manifiesta el individuo, y cuya fundamentación fue ya incluida en el capítulo 2. Cabe señalar, su concepto es diferente al “Estudio de valores” de Allport-Vernon-Lindzey que fue diseñado para medir “intereses” dominantes o motivacionales.

Así, a continuación se incluirán aspectos tales como los factores que evalúa, su validez y confiabilidad, estudios en que se ha empleado en México

4.1.1 Factores evaluados en la prueba

Robert S. Hartman postula que la capacidad para valorar es un talento desarrollado, paralelo al musical y otras habilidades especiales, que es relativamente independiente de la habilidad intelectual innata, de la intuición emocional o de la capacidad desarrollada para razonar lógicamente.

Una persona puede tener alta inteligencia y estabilidad emocional y sin embargo fracasar por falta de capacidad axiológica y viceversa.

La prueba mide la capacidad valorativa de las personas en dos direcciones:

- a) Cuando se valoran las cosas del mundo: El ambiente social y cultural; los sistemas y organización en que vivimos y a los demás seres humanos como individuos. Es decir valoración objetiva.

- b) Cuando estimamos lo valioso de nuestro ser individual; el lugar, la función que tenemos en la sociedad y en el mundo, nuestra significación existencial. Es decir valoración subjetiva.

En pocas palabras se puede decir que la prueba mide la capacidad que tienen las personas para valorar al mundo y la capacidad para valorarse a sí mismas.

4.1.2 Validez

- 1 La validación de un test es verificación más que estandarización. El estándar son las respuestas correctas dadas en el sistema. La validación estadística tiene que verificarse observando si la teoría corresponde a la práctica, esto es, si en la actualidad la mayoría de la gente hace valores como la teoría predice; en particular si la mayoría de los juicios de valor de los ítems del examinado siguen el orden axiológico de los ítems del test.
- 2 Los ítems del test tienen un orden axiológico preciso. El ordenamiento del sujeto tiene una interrelación medible a ese orden. Las medidas en el test son medibles a esa interrelación, esto es, las desviaciones del examinado al orden axiológico. Este orden es debido al hecho de que los ítems son ilustraciones de fórmulas desarrolladas de los enunciados matemáticos de las dimensiones del valor.

4.1.3 Confiabilidad

El test fue elaborado en México entre 1960 y 1965. Su diseño, validación e interpretación clínica fueron realizados por el Dr. Hartman, siendo coautor de la prueba, el psicoanalista Mario Cárdenas Trigos y, por otra parte, el psiquiatra mexicano Salvador Roquet quién fue el primero que le dio una validación clínica. El uso de este instrumento se plasma en un Manual que solo ha tenido dos ediciones, la primera en español (Hartman R. S. y Cárdenas, M 1967), que después de agotarse ya no hubo más impresiones y la segunda en inglés (Hartman 1973,) que todavía se sigue imprimiendo en Estados Unidos.

Salvador Roquet por su parte, fue el primer médico en el mundo que utilizó con éxito el Inventario de Valores Hartman con fines clínicos. Durante más de 14 años y

con más de 1700 pacientes, aportó la riqueza de su experiencia clínica, misma que lamentablemente nunca pudo ser incorporada al Manual pero que conservó en los expedientes de sus pacientes (Roquet, S y Favreau, P. 1981).

También Salvador Roquet fue profesor de Alfonso Castro Asomoza en los “Seminarios de Amor y de Muerte” en el Convento Aguaviva, en Amecameca, Estado de México, a partir de ese momento Alfonso Castro Asomoza empezó a estudiar los fundamentos del Inventario de Valores Hartman y durante 10 años cotejó directamente con el Dr. Roquet sus investigaciones y formas de aplicación. En 1980 inicia su labor como terapeuta teniendo hasta la fecha un archivo con más de 3000 personas a las que ha aplicado el Perfil de Valores Hartman. Hoy en día es el Presidente de la Asociación Española de Axiología Robert S. Hartman.

En 1971 Mario Cárdenas Trigos, importante y reconocido psicólogo coautor del instrumento, contribuyó con una tesis para encontrar una correlación entre el Perfil de Valores Hartman y el Inventario Multifásico Minnesota encontrando 50 correlaciones significativas entre el 1% y el 5% de confianza ($.01 > p < .05$).

El trabajo probó que el PVH es sensible en forma general a los problemas clínicos que mide el MMPI, pero sin haberse podido corroborar cada una de las hipótesis planteadas.

Durante los años 1976 a 1998 se realizaron en Estados Unidos 20 estudios de validación. Dichos estudios fueron compendiados por Smith (1998, en una edición de Clear Direction) y por Carpenter (2002) (editado por Axiometrics International). En todos los estudios se reportan resultados estadísticamente significativos.

En Estados Unidos, Pomeroy y Davis (1982) realizaron con éxito la misma validación concurrente entre el Minnesota y el Hartman y otros instrumentos de uso clínico, con más recursos y con metodología más avanzada.

Más tarde Alanís Pérez, Silvia (1988) en México efectúa una validación concurrente del PVH con el MMPI, esta vez basándose en los puntajes que arrojó un axioscopio construido por Carrasco (1983, no publicado), el cual interpreta los índices de la prueba y los agrupa bajo ciertos rubros.

En el 2009, Stolar Mendelsberg, Israel realizó una tesis para la Maestría en Psicología con el tema: “Validación del Perfil de Valores Hartman” con el fin de evaluar las propiedades psicométricas.

En este estudio, la prueba fue aplicada a estudiantes mexicanos a nivel licenciatura (28% hombres y 72% mujeres) con una muestra bastante homogénea y con 5 jueces expertos en la teoría; aplicando dos cuestionarios previamente validados en México como lo son: El Cuestionario de Autoestima de Gonzalez-Arratia (IGA) y la Escala de Autoconcepto de la Rosa (EAR).

En la tesis se concluyó que el Inventario de Valores Hartman tiene una adecuada validez y confiabilidad como para ser utilizado en investigaciones psicológicas en la población mexicana, a nivel licenciatura.

4.1.4 Usos del instrumento en México

Actualmente esta prueba se utiliza junto con otras más para reclutamiento y selección en la Secretaría de Gobernación, así como en la Secretaría de Seguridad Pública en el Área de Dirección de Reincorporación por el Empleo como una herramienta que contribuye a determinar si los candidatos son susceptibles a recibir apoyo para conseguir un empleo o continuar con sus estudios si lo desean, recibir terapia psicológica.

4.1.5 Constitución y forma de empleo del instrumento

El Perfil de Valores Hartman consta de:

- a) Perfil o Inventario (también llamado así por Hartman)
- b) Hoja de evaluación
- c) Axiograma (Que se muestran en los anexos).

4.1.6 Modo de Empleo

Puede ser aplicado de manera individual o grupal. No existe límite de tiempo, aún cuando realmente requiere poco tiempo para resolverlo.

Se puede aplicar a partir de con una escolaridad mínima de cuarto de primaria, en adelante, siempre y cuando tengan ya un conocimiento sobre los conceptos de la prueba.

Las instrucciones son muy sencillas. La prueba se divide en dos partes. Cada parte se considera como una escala:

Parte I Valores Objetivos

Parte 2 Valores Subjetivos

En la parte I, el sujeto sometido a la prueba deberá ordenar, de acuerdo a un rango, del 1 al 18 los renglones o frases según su valoración personal tomando en cuenta al 1 como el valor mas alto o sea la que para el exprese él mejor valor.

El número deberá colocarse en el espacio que antecede a la frase. Enumerando de igual manera todas las frases en sentido descendente utilizando un numero diferente para cada una de ellas (Del 1 al 18 sin repetir) siendo el 18 aquello que uno considera el peor valor. Se sigue el mismo procedimiento para la Parte II.

4.1.7 Cocientes

Una serie de cocientes es computarizada de acuerdo con la manera en que cada persona asigna los rangos de cada una de las escalas, con respecto al grado en que se desvía del orden teórico establecido.

La interpretación de los cocientes se establece de la siguiente manera:

Parte I proporciona un “Cociente del Valor” (VQ) diseñado para medir la capacidad de valorar objetivamente situaciones externas.

Parte II proporciona un “Cociente del Yo” (SQ) , que mide la capacidad de valorar el propio Yo (Self) de la persona.

Ambas partes miden 3 dimensiones: Intrínseco, Extrínseco y Sistémico, que significan lo siguiente:

Intrínseco: “Yo”. Esta escala mide la capacidad del examinado para discernir en situaciones complejas concernientes a la individualidad de él y de las personas que lo rodean.

Extrínseco: “Ello” Esta escala mide el desarrollo de la capacidad para discernir el papel que desempeña en la sociedad según sus valores, “*cómo se deja llevar en*”

Sistémico: “Super Yo” Esta escala mide la capacidad de cómo se desempeña el individuo dentro de una jerarquía, la capacidad para disciplinarse y organizarse dentro de un sistema.

Se considera bloqueo cuando el valor es 4 o mayor, y se circula en azul.

+3 y -3 se considera que está en equilibrio.

-3 o mayor devaluación.

+3 o mayor sobrevaloración.

A continuación se detalla la forma en que se califica la actitud hacia la vida, considerando que es el factor que se relacionará con la Escala de Depresión Birleson.

4.1.8 Cómo se califica la Actitud hacia la vida

A.I.%: mide la energía de satisfacción.

El valor 50% nos hablará de equilibrio y satisfacción.

70% o más se considera bloqueo y se circula en rojo, nos hablará de depresión.

A continuación se presenta un cuadro que integra la forma en que es evaluado este factor de actitud hacia la vida.

CUADRO 5.

| RANGO | PUNTUACIÓN | DIAGNÓSTICO |
|----------------------|----------------|---|
| Excelente | 50-53 | Es abierto, dinámico e interactúa con el mundo y consigo mismo. Positivo |
| Muy Bueno | 54-57 | Apreciativo, mente abierta |
| Bueno | 58-61 | Parte apreciativa, prudente, cauteloso, tolerante, un poco dudoso. |
| Regular | 62-65 | Persona dudosa, tímida, resistente y cautelosa, todavía opera bien. |
| Pobre | 66-69 | Depresión 1er. Grado. Resistente, aprehensivo, suspicaz gestos de enojo en rostro, melancolía. |
| Muy Pobre | 70-73 | Depresión 2º. Grado. Con el mundo y consigo mismo, miedos, ansiedades sin motivo aparente. |
| Extremadamente Pobre | 74 en adelante | Presenta Hostilidad, antagonismo, agresividad pasiva o activa, ira congelada o importante igual a odio Depresión III. |

Como puede observarse a partir del puntaje 66, el factor de actitud hacia la vida, refiere diferentes niveles de depresión en el individuo. En este sentido, cabe indicar que para Hartman la depresión es la “Relación de contacto alterada con el mundo” y la divide en dos en interna y en externa.

Interna:

Sensación de vergüenza, no tener derecho a respirar, la persona se deprime al contemplarse tal cual es. (Ayudar a sacar la rabia).

Externo:

El mundo es amenazador, la persona deprimida tiene necesidad de resguardarse. Teniendo una sensación de que el mundo es rápido, loco, agresivo y amenazante con lo cual lo pone triste y con ganas de retirarse.

4.2. Prueba Birleson

4.2.1 Antecedentes

Fue desarrollada a partir de 1978 como parte de la Tesis para la maestría en Filosofía en la Universidad de Edinburgo tras la Escala de Depresión de Zung, surgen 37 reactivos relacionados con el Trastorno Depresivo Mayor en la infancia. Puestos en enunciados positivos y negativos aleatoriamente para edades de 7 a 13 años.

El Trastorno Depresivo Mayor (TDM) en la infancia y en la adolescencia ha cobrado gran relevancia en los últimos años de allí que la Escala de Birleson para el Trastorno Depresivo Mayor en la Adolescencia se ha convertido en una de las investigaciones más importantes a nivel internacional ya que está asociada con pacientes y no pacientes psiquiátricos para poder cuantificar la severidad de la sintomatología y medir confiablemente la Depresión.

El Trastorno Depresivo Mayor se considera una de las psicopatologías más frecuentes dentro de la población adolescente y se asocia con padecimientos como

la farmacodependencia, el trastorno por déficit de atención, el trastorno de ansiedad, de separación y el suicidio.

4.2.2 Descripción del instrumento

La Escala de Birleson fue modelada para medir los síntomas afectivos, cognitivos y somáticos de depresión y poder cuantificar la severidad de la sintomatología de ésta en niños y adolescentes y puede utilizarse también, para supervisar la respuesta al tratamiento.

La Definición que le da Birleson a la Depresión usa el siguiente criterio clínico:

- a) Evidencia donde se exprese infelicidad, tristeza, llanto.
- b) Historia del cambio de comportamiento después de 2 semanas pero menos de un año.
- c) Evidencia de un cambio en las relaciones interpersonales y/o un cambio en su nivel de desempeño escolar.
- d) Presencia de uno o más de los siguientes síntomas: disturbios en el sueño, cambios de apetito, menos energía de lo usual, reducción de interés en las actividades, reflejo de ideas de intento de suicidio, incremento en la irritabilidad, nuevos padecimientos somáticos, comportamiento errante.³⁷

4.2.3 Constitución del instrumento

Fue construida por Peter Birleson (Inglaterra, 1981). Su objetivo era medir trastornos depresivos en niños y adolescentes; en donde el tiempo de respuesta y calificación no fuera muy largo.

Tiempo de aplicación varía entre 10 a 15 min.

Tiempo de Respuesta: 5 min. aproximadamente.

El instrumento es una escala auto aplicable tipo Lickert que consta de 18 reactivos en donde el evaluado escogerá en la que esté de acuerdo o desacuerdo siendo

37 Birleson P. Hudson I, Grey-Buchanan D, Wolff S. Clinical Evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood. EUA , J. Child Psychol Psychiat 1987, p. 28, 43/60.

este un método confiable al ser más fácil para él, los ítems son calificados de la siguiente manera:

- Para “no depresivo” o “respuestas normales”
- 1 para “A veces” y la respuesta
- 2 para “depresivos” o “respuestas anormales”.

Por ejemplo: Un niño que indica que duerme bien “la mayor parte del tiempo” se califica como 0. Un niño que indique sentirse huyendo “La mayor parte del tiempo” se califica con el 2. Todos pueden puntuar de 0 a 2, siendo la máxima calificación 36.

Un análisis de varianza fue utilizado con el fin de determinar cuál de los 36 ítems discrimina la depresión con respecto a los tres grupos en que se divide la prueba.

4.2.4 Forma de calificación

En el test-retest diez de los dieciocho reactivos: (1,2,4,7,8,9,11,12,11,13,16) se califican otorgando de 0 a 2 puntos y los 8 reactivos restantes: (3, 5,6,10, 14,15, 17 18) se califican de 2 a 0 puntos

El instrumento está conformado por: instrucciones, ítems; hoja de respuestas, que se muestran a continuación:

| | AÑO | MES | DIA |
|------------|-----|-----|-----|
| Aplicación | | | |
| Nacimiento | | | |
| Edad | | | |

Instrucciones: Por favor responde honestamente con una "X" cómo te has sentido las últimas dos semanas no hay respuestas buenas o malas. Lo que importa es que contestes cómo te sientes realmente. Puedes escoger entre "siempre", "a veces" o "nunca".

| | | SIEMPRE | ALGUNAS VECES | NUNCA |
|---|---|---------|------------------|-------|
| 1 | Me interesan las cosas tanto como antes | | | |
| 2 | Duermo muy bien | | | |
| 3 | Me dan ganas de llorar | | | |

| | | | | |
|----|---|--|--|--|
| 4 | Me gusta salir con mis amigos | | | |
| 5 | Me gusta escapar, salir corriendo | | | |
| 6 | Me duele la panza | | | |
| 7 | Tengo mucha energía | | | |
| 8 | Disfruto la comida | | | |
| 9 | Puedo defenderme por mi mismo | | | |
| 10 | Creo que no vale la pena vivir | | | |
| 11 | Soy bueno para las cosas que hago | | | |
| 12 | Disfruto lo que hago | | | |
| 13 | Me gusta hablar con mi familia | | | |
| 14 | Tengo sueños horribles | | | |
| 15 | Me siento muy solo | | | |
| 16 | Me animo fácilmente | | | |
| 17 | Me siento tan triste que me cuesta trabajo soportarlo | | | |
| 18 | Me siento aburrido | | | |

El tiempo de respuesta del instrumento varía, dependiendo de cada sujeto, entre 5 y 10 min.

Una vez que todas las respuestas fueron contestadas se suman para obtener un total, si el total es de 15 o más, sugiere una psicopatología o stress de manera significativa.

4.2.5 Validez

Para identificar la validez de la escala, el primer paso fue hacer la traducción de la escala solicitando la autorización del autor, el Dr. Birlson. Posteriormente se obtuvo una primera versión del inglés al español hecha por un traductor independiente. Esta versión se tradujo nuevamente al inglés por otro traductor independiente, tomando en cuenta las discrepancias sugeridas durante el proceso de traducción. De esta manera después de la traducción del inglés al español se obtuvo una segunda versión que fue la que se aplicó en este estudio.

La consistencia del instrumento se evaluó por medio de la prueba alfa de Cronbach, obteniéndose en la población máxima varianza con un valor alfa de 0.85. Esta diferencia indica que se puede emplear la escala no solo en estudios clínicos sino también en investigaciones epidemiológicas orientadas al diagnóstico temprano y al tratamiento oportuno como se ha hecho con otros instrumentos.

La consistencia interna es de moderada a buena y menor para pacientes hospitalizados. La fiabilidad test-retest es buena. Existen diferencias de género, las

chicas puntúan más alto que los chicos. Aunque la validez en general es adecuada, presenta una pobre validez discriminante.

Las ventajas más importantes del DSRS incluyen la adecuación para niños, un lenguaje muy simple, brevedad, facilidad de uso y puntuación. Si su validez discriminante se confirma en estudios posteriores, tendrá gran utilidad.

V

METODOLOGÍA

V METODOLOGÍA

5.1 Diseño de investigación:

Se llevará a cabo un estudio tipo exposfacto con carácter correlacional, debido a que se pretende encontrar la relación entre dos variables sin que el investigador manipule las variables.

5.2 Objetivos

5.2.1 Objetivo General

Identificar si existe relación entre la Actitud hacia la vida (A.I.) que manifiestan los adolescentes (medido a través de la prueba Perfil de Valores Hartman) y su nivel de depresión, (Medido a través del test Escala de Depresión Birlson).

5.2.2 Objetivos Específicos:

- ❖ Conocer el sustento teórico, la forma de aplicar, calificar e interpretar del Perfil de Valores Hartman.
- ❖ Identificar las características fundamentales de la adolescencia.

- ❖ Evaluar a través del test Hartman, la actitud hacia la vida que manifiestan los adolescentes.
- ❖ Evaluar, a través del test de Escala de Depresión Birlson, el nivel de depresión que manifiestan los adolescentes.

5.3 Hipótesis

Hi

H Existen diferencias significativas entre el nivel de depresión que presentan adolescentes con una actitud positiva hacia la vida con respecto a aquellos que presentan una actitud negativa.

Ho:

H No existen diferencias significativas entre el nivel de depresión que presentan adolescentes con una actitud positiva hacia la vida con respecto a aquellos que presentan una actitud negativa.

5.4 Variables

Variable Independiente: Actitud hacia la Vida.

Definición conceptual: Actitud hacia la vida: Un estado de ánimo equilibrado que influye en nuestra forma de pensar y sentir.

Definición operacional: Será medido a través de la Prueba Perfil de Valores Hartman.

Variable Dependiente: Depresión.

Definición conceptual: Cambio de comportamiento donde se expresa infelicidad, tristeza, reducción de interés en las actividades, incremento en la irritabilidad,

padecimientos somáticos y comportamiento errante en el individuo, llanto por más de 2 semanas pero menos de un año.

Definición operacional: Será medida a través del test Escala de Depresión Birlson.

5.5 Población

Está conformada por con los 120 estudiantes de la Secundaria Civilización de la Ciudad de México. De los cuales 64% son mujeres y 36% son hombres. De ellos, 57 estudiantes eran de 1er grado, 30 del 2º y 21 del 3er grado. Debido a que algunos de los alumnos no llenaron de forma completa los instrumentos, o no acudieron en las dos evaluaciones, para efectos el estudio, se consideraron únicamente 100 casos.

5.6 Procedimiento

A fin de cumplir el objetivo establecido, se procedió en primera instancia a solicitar autorización y apoyo de la institución para llevar a cabo la investigación.

Una vez que se contó con ello, se aplicaron a los 120 alumnos del nivel secundaria ambos test, cada uno en una sesión distinta. Esta aplicación se llevó a cabo por grupos, en el horario asignado para la materia de Orientación, dentro de su salón de clases, en condiciones de adecuada temperatura, ventilación e iluminación

Posteriormente, los instrumentos fueron evaluados, eliminando aquellos casos en que los alumnos no siguieron las instrucciones y no contestaron de forma adecuada o bien en aquellos que no acudieron a ambas evaluaciones.

Cabe indicar que aún cuando se evaluó todo el instrumento de Hartman, para efectos de este estudio, solo se consideró la escala relativa a Actitud hacia la Vida (A.I.).

Una vez que se contó con esta información, los grupos fueron divididos en función de los resultados obtenidos en la escala de actitud hacia la vida, considerando como grupo A aquellos que mostraron un nivel bajo, vinculado con lo que Hartman denomina depresión y como grupo B, aquellos que mostraron un nivel alto.

Posteriormente, y con la finalidad de comprobar la hipótesis establecida, se procedió a la aplicación de la prueba estadística z. Asimismo, y a fin de obtener una mayor información, se aplicó P de Pearson a fin de correlacionar los datos

obtenidos entre la Escala de Birleson y el área de actitud hacia la vida, medida a través de Hartman.

VI

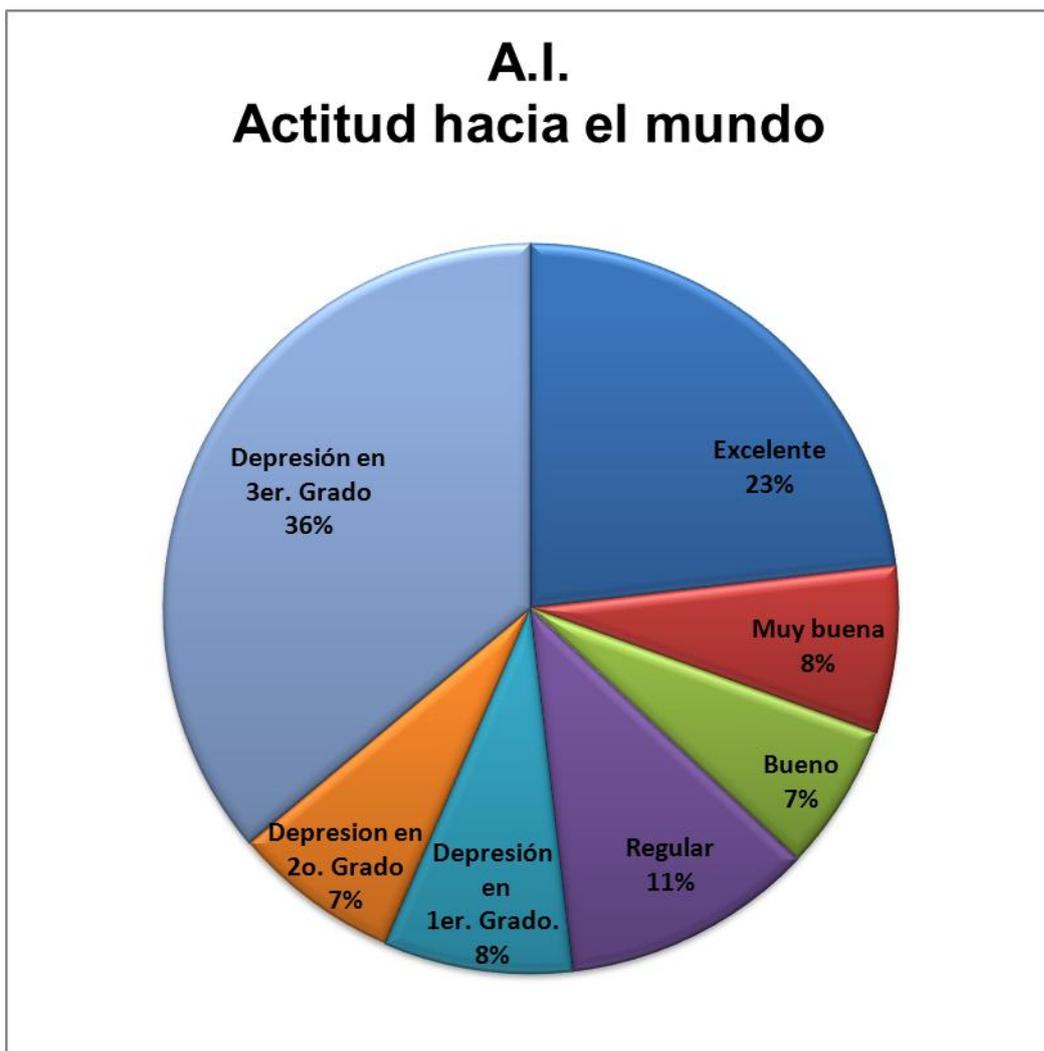
RESULTADOS

VI RESULTADOS

Como se menciona anteriormente se trabajó con los 120 estudiantes de la Secundaria Civilización de la Ciudad de México. De los cuales 12 de ellos no contestaron de manera adecuada la prueba quedando solo 108. De ellos, 57 estudiantes eran de 1er grado, 30 del 2º y 21 del 3er grado. Siendo 64% mujeres y 36% hombres. Para efectos del estudio, se consideraron únicamente 100 casos.

A partir de la evaluación del Hartman se dividió la población en dos grupos, el primero que se consideró mostraba una actitud positiva, es decir un bajo nivel de depresión con un puntaje de 50 a 60 y, el segundo integrado por los sujetos que mostraban una actitud negativa, con una puntuación superior a 70, es decir un alto nivel de depresión. Fueron descartados los sujetos con puntaje intermedio de 61 a 69, por lo que quedaron 93 sujetos para el estudio: 45 de actitud positiva y 48 de actitud negativa.

En la siguiente gráfica se muestra la distribución de los puntajes obtenidos por la población evaluada.



En la gráfica podemos observar los siguientes hallazgos:

23% Tiene una actitud hacia la vida Excelente: Es decir equilibrada, que son abiertos y dinámicos, interactuando con su mundo de manera positiva.

8% Tiene una actitud Muy buena: Lo que significa que son apreciativos y de mente abierta.

7% Tienen una actitud Buena: Son adolescentes que perciben su vida con mucha cautela, prudencia y tolerancia.

11% Actitud Regular: En la que dudan, son tímidos y resistentes pero conservan un equilibrio.

8% Depresión en 1er. Grado: Actúan de forma aprehensiva, resistente, con gestos de enojo y melancolía.

7% Depresión en 2do. Grado: Presentan gran desánimo con ellos y con el mundo teniendo mucho miedo y ansiedad.

36% Depresión en 3er. Grado: Su actitud es de odio, ira, hostilidad y antagonismo.

En general nos demuestra que:

Solo el 38% tiene una actitud satisfactoria hacia el mundo.

Y 11% tiene una gran probabilidad de que su actitud hacia la vida sea depresiva.

51% De los adolescentes padece de depresión de distinto grado, es decir, es más de la mitad de la población.

36% de estos, son los que tienen Depresión en 3er. Grado, lo cual es grave por lo que en realidad se debe a estudiar más a fondo este padecimiento.

A continuación se presentan las tablas que muestran los resultados obtenidos de la aplicación del Perfil de Valores Hartman (PVH), dividiéndolas en dos grupos, uno que muestra una actitud positiva hacia la vida (baja depresión) y otro que muestra una actitud negativa hacia la vida (alta depresión).

En esta tabla, se incluye en la primer columna el puntaje de la prueba Perfil de Valores Hartman (PVH), en la segunda columna se especifica el puntaje obtenido en el test de Escala de Depresión Birlson.

TABLA 1 RESULTADOS

| | ACTITUD POSITIVA HACIA LA VIDA | | ACTITUD NEGATIVA HACIA LA VIDA | |
|----|--------------------------------|----------|--------------------------------|----------|
| | HARTMAN | BIRLESON | HARTMAN | BIRLESON |
| 1 | 50 | 15 | 72 | 29 |
| 2 | 50 | 15 | 72 | 30 |
| 3 | 50 | 15 | 95 | 36 |
| 4 | 57 | 13 | 68 | 19 |
| 5 | 57 | 13 | 90 | 33 |
| 6 | 53 | 32 | 87 | 31 |
| 7 | 62 | 25 | 74 | 19 |
| 8 | 51 | 12 | 77 | 17 |
| 9 | 50 | 12 | 70 | 30 |
| 10 | 63 | 23 | 92 | 35 |
| 11 | 50 | 9 | 72 | 15 |
| 12 | 60 | 16 | 78 | 20 |
| 13 | 60 | 17 | 80 | 31 |
| 14 | 59 | 19 | 88 | 28 |
| 15 | 50 | 11 | 66 | 20 |
| 16 | 50 | 5 | 72 | 21 |
| 17 | 50 | 7 | 74 | 23 |
| 18 | 60 | 20 | 100 | 36 |
| 19 | 58 | 36 | 71 | 21 |
| 20 | 50 | 15 | 100 | 36 |
| 21 | 59 | 14 | 90 | 30 |
| 22 | 50 | 12 | 76 | 24 |
| 23 | 50 | 9 | 92 | 28 |
| 24 | 56 | 19 | 76 | 19 |
| 25 | 54 | 16 | 94 | 34 |
| 26 | 56 | 13 | 70 | 10 |
| 27 | 55 | 8 | 70 | 15 |
| 28 | 59 | 15 | 100 | 36 |
| 29 | 59 | 15 | 79 | 29 |
| 30 | 50 | 6 | 90 | 33 |

| | | | | |
|----|----|----|-----|----|
| 31 | 57 | 17 | 79 | 29 |
| 32 | 58 | 10 | 83 | 23 |
| 33 | 52 | 17 | 80 | 30 |
| 34 | 50 | 7 | 88 | 26 |
| 35 | 50 | 12 | 80 | 32 |
| 36 | 50 | 10 | 96 | 34 |
| 37 | 50 | 11 | 88 | 28 |
| 38 | 50 | 8 | 80 | 30 |
| 39 | 53 | 22 | 80 | 25 |
| 40 | 50 | 5 | 73 | 23 |
| 41 | 51 | 27 | 78 | 16 |
| 42 | 53 | 14 | 71 | 15 |
| 43 | 56 | 31 | 97 | 21 |
| 44 | 50 | 15 | 84 | 22 |
| 45 | 52 | 11 | 73 | 23 |
| 46 | 54 | | 98 | 36 |
| 47 | 60 | | 100 | 36 |
| 48 | 50 | | 81 | 21 |
| 49 | 52 | | 76 | |
| 50 | 50 | | 71 | |

Para poder usar la fórmula necesitamos:

Media (μ)

La Sumatoria (X1)

Sumatoria de cuadrados (X2)

N total de los puntajes altos

Resultados de Z

A continuación se muestran los resultados finales obtenidos al contrastar los puntajes obtenidos en Birleson en los dos grupos de población:

Puntajes Altos

Media: 14.97

X1: 674

X2: 12236

N: 45

Puntajes Bajos

Media: 26.20

X1: 1258

X2: 35256

N: 48

33748.02

$$\sum x^2 = \sum x^2 - (\sum x)^2 / N$$

$$\sum x^2 = \sum x^2 - (\sum x)^2 / N = 12236 - \frac{(674)^2}{45}$$

$$\frac{\sum x^2}{\sum x^2} = \frac{12236 - \frac{454276}{45}}{35256 - \frac{(1258)^2}{45}}$$

$$\frac{\sum x^2}{\sum x^2} = \frac{12236 - 10095.02}{35256 - 1582564}$$

$$\sum x^2 = 2140.98 \quad 48$$

$$\sum x^2 = 35256 - 32970.0$$

$$\sum x^2 = 2285.92$$

$$SD_x = \sqrt{\frac{2140.98 + 2285.92}{1/45 + 1/48}} \cdot (0.02222 + 0.02083)$$

$$SD_x = \frac{91}{45 + 48 - 2}$$

$$SD_x = \sqrt{(48.64)} \cdot .0431$$

$$SDx = \sqrt{2.09}$$

$$SDx = \boxed{1.44}$$

| | |
|-------------------------|---|
| 3.- TIPIFICACIÓN | $Z = \frac{\mu_1 - \mu_2}{SDx}$ |
|-------------------------|---|

$$Z = \frac{\frac{2140.98 - 2285.92}{1.44}}{1.44} = \frac{4426.97}{1.44}$$

$$Z = \boxed{-7.80}$$

Al contrastar el puntaje obtenido de 7.80 con el de tablas de 1.66, se encuentra que el calculado es superior, por lo que se rechaza la hipótesis nula, ello implica que sí existen diferencias significativas entre el grupo de alumnos que muestran una actitud positiva hacia la vida y aquellos que muestran una actitud negativa hacia la vida medidos a través del Perfil de Valores Hartman (PVH). En cuanto al nivel de depresión medido a través del Test Birleson, por lo que puede considerarse que la hipótesis de investigación es aceptada. Ello implica que el test Hartman proporciona resultados similares a los obtenidos a través del Test Birleson en la diferenciación entre los denominados sujetos con alto nivel de depresión y bajo nivel de depresión.

Por otra parte, a fin de identificar si existe relación entre los datos obtenidos a través del Test de Birleson y la escala de actitud hacia la vida de Hartman, se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson.

CORRELACIÓN P DE PEARSON.

$$R = \frac{\sum xy}{\sqrt{(\sum x^2)(\sum y^2)}}$$

$$R = \frac{134980}{\sqrt{(484799)(47492)}}$$

$$R = \frac{134980}{\sqrt{23024074108}}$$

$$R = \frac{134980}{151736.8581}$$

| |
|------------------|
| $R = 0.88956633$ |
|------------------|

Como puede observarse, existe una alta correlación entre ambas evaluaciones, lo que permite sugerir que pueden ser aplicadas indistintamente, obteniéndose resultados semejantes.

Asimismo, puede señalarse que cuando la capacidad de valoración de sí mismo que muestra el individuo se encuentra deteriorada, de acuerdo a la escala de actitud hacia la vida de Hartman, implica una sensación de depresión en el individuo.

Conclusiones

Puede decirse que el objetivo establecido en esta investigación se cumple ya que se pudo comprobar que los hallazgos que reportan el test Birleson y el apartado del test de Hartman relativo a la actitud hacia la vida (AI) se encuentran altamente correlacionados en lo que se refiere a la medición de la Depresión.

Esta correlación entre los resultados obtenidos a través de los dos instrumentos nos permite sugerir que existe una coincidencia en la conceptualización ofrecida por ambos autores, así; para Hartman un parámetro medido a través de su instrumento es la “Relación de contacto alterada con el mundo” que puede presentarse a nivel: *Interno* y *Externo*, asume que en general, puede valorarse como una sensación de vergüenza, falta de satisfacción junto con sentimientos de miedo, pánico y desconfianza de uno mismo, mientras que para Birleson, su instrumento evidencia los cambios en las relaciones interpersonales, y/o rendimiento escolar, evidencia la infelicidad, tristeza y llanto, disturbios en el sueño, apetito, reducción de interés en las actividades, incremento en la irritabilidad, padecimientos somáticos y comportamiento errante en el individuo.

La adolescencia, etapa en la que fueron aplicados estos instrumentos es sumamente importante ya que, como Shoenfeld (1980) propone en sus subetapas, implican una serie de transiciones que van teniendo de forma distinta hombre y mujer, interna y físicamente; retomando la teoría de Erickson, él asegura que es difícil equilibrar el fracaso habido en una etapa temprana sin tensión y ansiedad siendo que si sucede así, esto lleva un riesgo en el desarrollo en una etapa posterior; en este sentido, resulta fundamental el estudio de la depresión, padecimiento que toda la gente llega a tener en algún momento de la vida.

De hecho, puede decirse que es en la adolescencia donde precisamente surgen crisis por adaptarse a los cambios, pues es cuando los roles y expectativas cambian drásticamente y aparecen estresores como la formación de identidad, confrontación hacia la sexualidad y toma de decisiones que, según los valores, metas y oportunidades que tenga, afrontará de diversas formas.

En esta etapa es cuando se presenta una clara apreciación de la realidad, del mundo que rodea al adolescente. Esta apreciación estará vinculada con sus experiencias pasadas, de allí que si su visión o sus pensamientos son negativos, le sobrevendrán una serie de problemas, entre ellos depresión. Para Beck (1963) los pacientes depresivos presentan una “triada cognitiva” conformada por: Expectativas negativas. autoapreciación negativa y expectativas negativas respecto al futuro.

Justamente estos elementos de la triada son los que Hartman plasma en su prueba en el apartado de A.I al que refiere como Actitud hacia la vida. Estos factores y la propuesta de clasificación en exógena y endógena coinciden también con la propuesta de la Asociación Psiquiátrica Americana de 1968 (Saunders, 1989).³⁸

De acuerdo a Hartman, la depresión exógena (que es la más común) es causada por factores externos con rasgos de personalidad histérica en la que se encuentra depresión menos severa (puntuación 66-73); mientras que en la depresión endógena que es causada por factores internos en donde intervienen factores bioquímicos, hormonales y genéticos, riesgo suicida, supone una depresión severa (puntuación 74 en delante de la prueba).

Asimismo existen otros determinantes de esta enfermedad que son los factores: biológicos, sociales y culturales, en los que hoy en día existen variedad de tratamientos para los adolescentes que sufren la padecen.

La predisposición familiar y genética no se puede cambiar, lo único que puede ser modificado es el entorno social pues como dice Adler (1914), el hombre está motivado por las exigencias sociales, y el efecto de la sintomatología provoca que la conducta humana se transforme en los demás, la autoestima se altera y va adquiriendo un modo de vida sintiéndose con metas ficticias, sintiéndose inferior, superior, o con un yo consciente y la utilización de la depresión sirve para satisfacer objetivos anormales.

³⁸ W.B Saunders. Diccionario Médico de Bolsillo. Nueva York, McGraw Hill, 1989.

Así, con esta investigación se avala el uso de un instrumento que permite que padres de familia, profesores y el alumno mismo conozcan la forma de en que se perciben y su mundo externo, incluyendo, si es el caso, identificar el grado de depresión, en una edad en la que muchos adolescentes pierden la comunicación con los adultos.

Una ventaja del test de Hartman es que la manera en la que fue diseñado permite una fácil y rápida aplicación y calificación, por lo que puede ser utilizado sin problemas de comprensión de conceptos, puede ser aplicado de manera individual o grupal. Del mismo modo, el tipo de reactivos no se encuentran asociados de manera directa con la depresión, por lo que el adolescente difícilmente puede manipularlo para dar una visión negativa o positiva de sí mismo

Otra ventaja es que la prueba se divide en dos partes, en la primer parte se identifica cómo valora la parte externa, es decir cómo valora su ambiente sociocultural y económico, cómo se siente dentro de una organización y un sistema; la segunda parte es más subjetiva al encontrar cómo valora su propio ser, su bienestar. La evaluación de estos elementos se considera fundamental ya que, como Melanie Klein (1940) indica en su teoría de la “ansiedad depresiva”, existe una pérdida, en el adolescente, esta puede ser una “pérdida de sensación de bienestar”.

Limitaciones y Sugerencias

En la investigación se encontraron las siguientes limitaciones:

El estudio se realizó con una muestra pequeña la cual limita la posibilidad de generalización, por lo que podría sugerirse que se trabajase con una población más extensa y de distintos rangos de edad.

Debido a que el instrumento ofrece otros factores de evaluación, sería útil ampliar el análisis de personalidad retomando otros factores tales como:

- Valoración de la vida. (K externo)
- Valoración de su cuerpo. (M, interno)
- Grado de motivación para comprender las cosas de su entorno (O interno)
- Sentimiento de pertenencia en su entorno (O externo)
- Dimensión Integral.

-Una limitante que se encontró en la investigación fue que existe muy poca información sobre la prueba en México, en los dos libros de Robert S. Hartman donde sustenta su teoría axiológica y el cómo creó un método para evaluar el valor, por ello, resultaría importante hacer diferentes aplicaciones que enriquezcan la formulación teórica del instrumento.

- Realizar una aplicación de “estudio” longitudinal, es decir, aplicar las pruebas a la misma población de estudio, de esta manera saber si los deprimidos dejaron de serlo y si los no deprimidos están deprimidos o viceversa.

BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Birleson P. Hudson I, Grey-Buchanan D, Wolff S. Clinical Evaluation of a Self-Rating Scale for Depressive Disorder in Childhood. EUA,. A Research Report, 1987.
- ❖ Aaron Beck, Brown, G y Steer, R. Manual de Inventario de Depresión de Beck. Nueva York, EUA: Harcourt Brace & Company. 1967.
- ❖ Aaron Beck,.t. Diagnóstico y Tratamiento de Depresión. EUA, 1976.
- ❖ Birleson P. The Validity of Depressive Disorder in Childhood and the Development of a Self- EUA. J. Child Psychol. Psychiat, 1987, p.28, y 43/60.
- ❖ Cameron, N. Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad. Boston, EUA. Houghton Mifflin Company, 1982.
- ❖ Leao Carneiro. Adolescencia. México, Edit.Hispano Americana, 1960.
- ❖ Dennis Coon, Psicología. Mexico D.F., Edit Trillas, 2004
- ❖ E H Erikson. Identidad, juventud y crisis. Buenos Aires, Edit. Paidos, 1974.
- ❖ Faria de Vasconcelos. Delinquencia e Intelingencia en los adolescentes, Brasil Edit. Cogie Editores, pp. 17 a 22.
- ❖ Anna Freud. El Yo y los Mecanismos de Defensa. Buenos Aires, Edit. Paidos, 1977.
- ❖ Sigmund. Freud. Esquema de psicoanálisis. Paidós, Buenos Aires. 1966. Págs. 15 y 20.
- ❖ Sigmund Freud Una Teoría Sexual Obras Completas. Buenos Aires, Edit. Amorrortu editores, 1974.

- ❖ S.Robert Hartman, La estructura del Valor. Edit UNAM, 1965.
- ❖ S.Robert Hartman, La Ciencia del Valor. México, UNAM, 1964.
- ❖ S. Robert Hartman, El Conocimiento del Bien. México Editorial Fondo de Cultura Económica ,.1965.
- ❖ Gessell. Infancy and Human Growth. EUA, Manual de Psicología del Niño, 1980.
- ❖ José de Jesús González Núñez, Javier Romero Aguirre, De Tavira y Noriega; Teoría y Técnica de la terapia Psicoanalítica de Adolescentes. México, Editorial Trillas, 1993.
- ❖ Grinder, Adolescencia. México, Editorial Limusa11ª. Edición, 1993.
- ❖ Joseph Mendels. La Depresión. Barcelona, Editorial Herder, 1972.
- ❖ Jesus Kramsky, La Maravilla de tu sexo. Mexico, Edit Forja, 1993.
- ❖ Michael D, Masson. DSM-IV- TR Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales.EUA, Editorial First, 2009.
- ❖ Mendels J. Stern, S. Frazer A , Conceptos biológicos de depresión. Nueva York. Spectrum Publications, 1976.
- ❖ María del Valle Mosto. Déjame ser adolescente. Mexico, Editorial Gali 1ª. Edición, 1992.
- ❖ W.B Saunders, Diccionario Médico de Bolsillo. Nueva York, McGraw Hill, 1989.
- ❖ Eduardo Spranger. Psicología de la Edad Juvenil. Madrid, Revista de Occidente, 1929.
- ❖ <http://buscon.rae.es/drael/>
- ❖ <http://personal.telefonica.terra.es/web/testdehartman/home.htm>

ANEXOS

a) Inventario

HARTMAN

Nombre:

Edad: _____ Grado : _____ Sexo: _____ Fecha: _____

PARTE I

INSTRUCCIONES:

A continuación se presentarán 18 frases. Cada una representa un valor bueno malo.

Lee cuidadosamente cada una de ellas y escribe en el recuadro que se encuentra en su derecha qué valor representa para ti.

1.- Una buena comida

2.- Un mejoramiento técnico

3.- Una idea absurda

4.- Una multa

5.- Basura

6.- Un científico dedicado

7.- Hacer estallar un avión con pasajeros adentro

8.- Quemar a un hereje en la hoguera

9.- Un corto circuito eléctrico

10 Con este anillo yo desposo

11.- Un bebé

12.- Torturar a una persona

13.- Amor a la naturaleza

14.- Un chiflado

15.- Una línea de producción en serie

16.- Esclavitud

17.- Un genio matemático

18.- Un uniforme

PARTE II

1.- Me gusta mi trabajo y me hace bien

2.- El universo es un sistema notablemente armonioso

3.- El mundo no tiene mucho sentido para mi

4.- Por más intensamente que trabaje, siempre me sentiré frustrado

5.- Las condiciones en las que trabajo son deplorables y arruinan mi labor

6.- Yo me siento a gusto con el mundo

7.- Detesto mi trabajo

8.- Mi vida esta trastornando al mundo

9.- Mi trabajo no contribuye a nada en el mundo

10.- Mi trabajo pone en manifiesto lo mejor que hay en mi

11.- Estoy contento con ser yo mismo

12.- Maldigo el día en que nace

13.- Me encanta mi trabajo

14.- Me molesta que el universo no tenga sentido

15.- Cuanto mejor comprendo mi lugar en el mundo, tanto mejor me va en mi trabajo

16.- Mi trabajo me hace desdichado

17.- Amo la belleza del mundo

18.- Mi trabajo contribuye a la belleza y armonía del mundo

b) Hoja de Evaluación

PERFIL DE VALORES " HARTMAN "

NOMBRE _____ EDAD _____ FECHA _____

Parte I. " V. Q. "

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|----|----|---|----|----|----|---|---|----|---|----|---|----|---|---|-------|------|------|-------|------|------|
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q | r | DIF | DIM | INT | DIST | V.Q. | |
| E | S | S | E | E | I | E | S | S | I | I | I | E | I | E | I | S | S | | | | | | |
| S | S | 10 | 11 | 13 | S | 17 | 18 | 12 | 4 | 1 | 18 | 2 | 14 | 8 | 15 | 3 | 7 | DIM% | INT% | + | - | + | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | I | DIM-I | | | INT : | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | E | DIM-E | | | INT : | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | S | DIM-S | | | INT : | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | p | | D.I. | | | A. % |

| |
|----|
| D1 |
| D2 |

Parte II. " S. Q. "

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|----|----|----|---|----|----|----|---|---|----|---|----|---|----|---|---|-------|------|------|-------|------|------|
| a | b | c | d | e | f | g | h | i | j | k | l | m | n | o | p | q | r | DIF | DIM | INT | DIST | S.Q. | |
| E | S | S | E | E | I | E | S | S | I | I | I | E | I | E | I | S | S | | | | | | |
| S | S | 10 | 11 | 13 | S | 17 | 18 | 12 | 4 | 1 | 18 | 2 | 14 | 8 | 15 | 3 | 7 | DIM% | INT% | + | - | + | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | I | DIM-I | | | INT : | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | E | DIM-E | | | INT : | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | S | DIM-S | | | INT : | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | p | | D.I. | | | A. % |

| |
|--|
| (1) $\frac{SQ}{VQ} = \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} BQ_{VQ}$ $\frac{SQ + VQ}{2} = \frac{\quad}{2} = \frac{\quad}{2} BQ_{VQ}$ |
| (2) $\frac{SQ}{VQ} = \frac{\quad}{\quad} = \frac{\quad}{\quad} BQ_{VQ}$ $\frac{SQ + VQ}{2} = \frac{\quad}{2} = \frac{\quad}{2} BQ_{VQ}$ |
| (3) $BQ_{VQ} \times BQ_{VQ} = \frac{\quad}{\quad} CQ1$ $BQ_{VQ} \times BQ_{VQ} = \frac{\quad}{\quad} CQ2$ |

| | |
|---|---|
| DIF _____ DIST _____ DIM% _____ INT% _____ I _____ E _____ S _____ D.I. _____ A.I. _____ | DIF _____ DIST _____ DIM% _____ INT% _____ I _____ E _____ S _____ D.I. _____ A.I. _____ |
| j _____ k _____ l _____ m _____ n _____ o _____ p _____ | j _____ k _____ l _____ m _____ n _____ o _____ p _____ |

c) Axiograma

| AXIOGRAMA DE VALORES (H.V.I.) | | | | | | | | | | | | | | LOAD: | | | | | | FECHA: | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---------|---------|-----|-----|-------|---------|---------|---------|-----|-------|------|-----|--------|--------|--------|--------|---------|---------|---------|---------|--------|--------|---------|---------|----|-----|----|-----|----|-----|-----|-----|----|-----|-----|-----|-----|-----|
| NUMERO: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | # / / | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | | | | | | | | | | | | | | |
| DIM (I) | DIM (E) | DIM (S) | DIF | DIM | DIM % | INT (I) | INT (E) | INT (S) | INT | INT % | O.I. | DIS | VQ (1) | VQ (2) | SO (1) | SO (2) | BOI (1) | BOI (2) | BOI (1) | BOI (2) | CO (1) | CO (2) | ROI (1) | ROI (2) | | | | | | | | | | | | | | |
| EXCELENTE | | | | | | | | | | | | | | 1 | 1 | 1 | 22 | 0 | 2 | - | - | - | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.1 | 0.6 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 4.8 |
| | | | | | | | | | | | | | | 2 | 2 | 2 | | | | | | | 2 | | | 10 | 2 | 10 | 2 | 0.1 | 0.6 | 10 | 2 | 14 | 3 | 14 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 3 | 3 | 3 | 24 | 1 | 4 | | | | 3 | 4 | 1 | 19 | 3 | 19 | 3 | 0.7 | 0.7 | 19 | 3 | 28 | 5 | 28 | 4.6 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 4 | 4 | 4 | 26 | | 6 | 0 | 0 | 0 | 4 | 6 | | 28 | 4 | 28 | 4 | | | 28 | 4 | 42 | 7 | 42 | 4.4 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 5 | 5 | 5 | 28 | 2 | 8 | | | | 5 | 8 | 2 | 37 | 5 | 37 | 5 | 1.1 | 1.1 | 37 | 5 | 56 | 9 | 56 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 6 | 6 | 6 | | | | | | | 6 | | | 46 | 6 | 46 | 6 | | | 46 | 6 | 70 | 11 | 70 | 4.2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 7 | 7 | 7 | 30 | 3 | 10 | | | | 7 | 10 | 3 | 55 | 7 | 55 | 7 | 1.5 | 1.5 | 55 | 7 | 83 | | 83 | 4.0 | |
| MUY BIEN | | | | | | | | | | | | | | 8 | 8 | 8 | 32 | 4 | 12 | | | | 8 | 12 | 4 | 56 | 8 | 56 | 8 | 1.6 | 1.6 | 56 | 8 | 90 | 13 | 90 | 3.8 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 9 | 9 | 9 | | | | | | | 9 | | | 58 | 9 | 58 | 9 | | | 58 | 9 | 98 | 16 | 98 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 10 | 10 | 10 | 34 | 5 | 14 | 1 | 1 | 1 | 10 | 14 | 5 | 60 | 10 | 60 | 10 | 1.7 | 1.7 | 60 | 10 | 106 | 18 | 106 | 3.6 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 11 | 11 | 11 | 36 | | 16 | 2 | 2 | 2 | 11 | 16 | | 63 | 11 | 63 | 11 | 1.8 | 1.8 | 63 | 11 | 115 | 21 | 115 | 3.4 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 12 | 12 | 12 | 38 | 6 | 18 | 3 | 3 | 3 | 12 | 18 | 6 | 66 | 12 | 66 | 12 | | | 66 | 12 | 124 | 24 | 124 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 13 | 13 | 13 | | | | 4 | 4 | 4 | 13 | | | 68 | 13 | 68 | 13 | 1.9 | 1.9 | 68 | 13 | 132 | 26 | 132 | 3.2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 14 | 14 | 14 | 40 | 7 | 20 | 5 | 5 | 5 | 14 | 20 | 7 | 70 | 14 | 70 | 14 | 2.0 | 2.0 | 70 | 14 | 140 | 28 | 140 | 3.0 | |
| BIEN | | | | | | | | | | | | | | 15 | 15 | 15 | 42 | 8 | 22 | 6 | 6 | 6 | 15 | 22 | 8 | 71 | 15 | 71 | 15 | 2.1 | 2.1 | 71 | 15 | 149 | 32 | 149 | 2.8 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 16 | 16 | 16 | | | | 7 | 7 | 7 | 16 | | | 73 | 16 | 73 | 16 | | | 73 | 16 | 159 | 35 | 159 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 17 | 17 | 17 | 44 | 9 | 24 | 8 | 8 | 8 | 17 | 24 | 9 | 75 | 17 | 75 | 17 | 2.2 | 2.2 | 75 | 17 | 170 | 38 | 170 | 2.6 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 18 | 18 | 18 | 46 | | 26 | 9 | 9 | 9 | 18 | 26 | | 78 | 18 | 78 | 18 | 2.3 | 2.3 | 78 | 18 | 181 | 42 | 181 | 2.4 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 19 | 19 | 19 | 48 | 10 | 28 | 10 | 10 | 10 | 19 | 28 | 10 | 81 | 19 | 81 | 19 | | | 81 | 19 | 191 | 45 | 191 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 20 | 20 | 20 | | | | 11 | 11 | 11 | 20 | | | 83 | 20 | 83 | 20 | 2.4 | 2.4 | 83 | 20 | 202 | 49 | 202 | 2.2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 21 | 21 | 21 | 50 | 11 | 30 | 12 | 12 | 12 | 21 | 30 | 11 | 85 | 21 | 85 | 21 | 2.5 | 2.5 | 85 | 21 | 213 | 53 | 213 | 2.0 | |
| REGULAR | | | | | | | | | | | | | | 22 | 22 | 22 | 52 | 12 | 32 | 13 | 13 | 13 | 22 | 32 | 12 | 86 | 22 | 86 | 22 | 2.6 | 2.6 | 86 | 22 | 224 | 57 | 224 | 1.8 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 23 | 23 | 23 | | | | 14 | 14 | 14 | 23 | | | 88 | 23 | 88 | 23 | | | 88 | 23 | 236 | 62 | 236 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 24 | 24 | 24 | 54 | 13 | 34 | 15 | 15 | 15 | 24 | 34 | 13 | 90 | 24 | 90 | 24 | 2.7 | 2.7 | 90 | 24 | 249 | 66 | 249 | 1.6 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 25 | 25 | 25 | 56 | | 36 | 16 | 16 | 16 | 25 | 36 | | 93 | 25 | 93 | 25 | 2.8 | 2.8 | 93 | 25 | 262 | 71 | 262 | 1.4 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 26 | 26 | 26 | 58 | 14 | 38 | 17 | 17 | 17 | 26 | 38 | 14 | 96 | 26 | 96 | 26 | | | 96 | 26 | 275 | 75 | 275 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 27 | 27 | 27 | | | | 18 | 18 | 18 | 27 | | | 98 | 27 | 98 | 27 | 2.9 | 2.9 | 98 | 27 | 288 | 80 | 288 | 1.2 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 28 | 28 | 28 | 60 | 15 | 40 | 19 | 19 | 19 | 28 | 40 | 15 | 100 | 28 | 100 | 28 | 3.0 | 3.0 | 100 | 28 | 300 | 84 | 300 | 1.0 | |
| POBRE | | | | | | | | | | | | | | 29 | 29 | 29 | 62 | 16 | 42 | 20 | 20 | 20 | 29 | 16 | | 101 | 29 | 101 | 29 | 3.1 | 3.1 | 101 | 29 | 313 | 90 | 313 | 0.9 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 30 | 30 | 30 | | | | 21 | 21 | 21 | 30 | | | 103 | 30 | 103 | 30 | | | 103 | 30 | 328 | 95 | 328 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 31 | 31 | 31 | 64 | 17 | 44 | 22 | 22 | 22 | 31 | 17 | | 105 | 31 | 105 | 31 | 3.2 | 3.2 | 105 | 31 | 343 | 101 | 343 | 0.8 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 32 | 32 | 32 | 66 | | 46 | 23 | 23 | 23 | 32 | | | 108 | 32 | 108 | 32 | 3.3 | 3.3 | 108 | 32 | 358 | 106 | 358 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 33 | 33 | 33 | 68 | 18 | 48 | 24 | 24 | 24 | 33 | 18 | | 111 | 33 | 111 | 33 | | | 111 | 33 | 373 | 112 | 373 | 0.7 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 34 | 34 | 34 | | | | 25 | 25 | 25 | 34 | | | 113 | 34 | 113 | 34 | 3.4 | 3.4 | 113 | 34 | 388 | 117 | 388 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 35 | 35 | 35 | 70 | 19 | 50 | 26 | 26 | 26 | 35 | 19 | | 115 | 35 | 115 | 35 | 3.5 | 3.5 | 115 | 35 | 403 | 123 | 403 | 0.6 | |
| MUY POBRE | | | | | | | | | | | | | | 36 | 36 | 36 | 72 | 20 | 52 | 27 | 27 | 27 | 36 | 20 | | 116 | 36 | 116 | 36 | 3.6 | 3.6 | 116 | 36 | 418 | 130 | 418 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 37 | 37 | 37 | | | | 28 | 28 | 28 | 37 | | | 118 | 37 | 118 | 37 | | | 118 | 37 | 435 | 137 | 435 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 38 | 38 | 38 | 74 | 21 | 54 | 29 | 29 | 29 | 38 | 21 | | 120 | 38 | 120 | 38 | 3.7 | 3.7 | 120 | 38 | 452 | 143 | 452 | 0.5 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 39 | 39 | 39 | 76 | | 56 | 30 | 30 | 30 | 39 | | | 123 | 39 | 123 | 39 | 3.8 | 3.8 | 123 | 39 | 469 | 149 | 469 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 40 | 40 | 40 | 78 | 22 | 58 | 31 | 31 | 31 | 40 | 22 | | 126 | 40 | 126 | 40 | | | 126 | 40 | 486 | 155 | 486 | 0.4 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 41 | 41 | 41 | | | | 32 | 32 | 32 | 41 | | | 128 | 41 | 128 | 41 | 3.9 | 3.9 | 128 | 41 | 503 | 162 | 503 | | |
| | | | | | | | | | | | | | | 42 | 42 | 42 | 80 | 23 | 60 | 33 | 33 | 33 | 42 | 23 | | 130 | 42 | 130 | 42 | 4.0 | 4.0 | 130 | 42 | 520 | 168 | 520 | | |
| DEMASIADO POBRE | | | | | | | | | | | | | | 43 | 43 | 43 | 82 | 24 | 62 | 34 | 34 | 34 | 43 | 24 | | 132 | 43 | 132 | 43 | 4.1 | 4.1 | 132 | 43 | 533 | 172 | 533 | 0.3 | |
| | | | | | | | | | | | | | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 |

PRIMERA PARTE LOW CONTING (40WK) EXTERNA (R)

SEGUNDA PARTE FINE + SCORING (40WK) INTERNA (R)