

*“Las personas videntes suelen
tener millares de deseos; el ciego
sólo uno...”*

Louis Braille

**DESCRIPCION DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN ADULTOS DE
EDAD TEMPRANA (20 – 40) AÑOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL
VISUAL QUE PRESENTAN DEPRESION Y RESIDEN EN
EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**

DEPRESION
DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL
EDAD ADULTA



**DESCRIPCION DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN ADULTOS DE
EDAD TEMPRANA (20 – 40) AÑOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL
VISUAL QUE PRESENTAN DEPRESION Y RESIDEN EN
EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**

ANA MILENA CANTILLO GALLARDO
MARYURI CERVANTES DE LA HOZ
YEIMY DE LA ROSA NAVARRO
ENNYS GARCIA SANABRIA

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA

2002

UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR
BIBLIOTECA
BARRANQUILLA

No INVENTARIO - 4 0 3 0 7 9 4

PRECIO _____

FECHA 01 - 10 - 2008

CANJE _____ DONACION _____

**DESCRIPCION DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN ADULTOS DE
EDAD TEMPRANA (20 – 40) AÑOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL
VISUAL QUE PRESENTAN DEPRESION Y RESIDEN EN
EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO**

ANA MILENA CANTILLO GALLARDO
MARYURI CERVANTES DE LA HOZ
YEIMY DE LA ROSA NAVARRO
ENNYS GARCIA SANABRIA

Informe final de Investigación presentado al Comité de Investigación del
Programa de Psicología

Dra. IRENE POLO
Asesor

CORPORACION EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMON BOLIVAR
FACULTAD DE PSICOLOGIA
BARRANQUILLA

2002

**Dra
YOMAIRA ALTAHONA
Comité Investigación**

Cordial Saludo

Es muy grato presentar la investigación "DESCRIPCION DE LAS CREENCIAS IRRACIONALES EN ADULTOS DE EDAD TEMPRANA (20 – 40) AÑOS CON DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL QUE PRESENTAN DEPRESION Y RESIDEN EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLÁNTICO" cuyas coautoras se caracterizaron por la responsabilidad y creatividad. Esta investigación tiene un gran aporte científico en cuanto a la descripción de cómo el discapacitado visual organiza la información respecto a si mismo, su mundo y su futuro. Además otros aporte científico es la Elaboración y Validación del instrumento de la tríada cognitiva, la cual era inexistente en nuestro medio para valorar dichos aspectos en nuestra población.

Espero que esta investigación marque pautas para seguir contribuyendo en el área del desarrollo humano, la población discapacitada, en el área básica y aplicada de la Universidad.

Cordialmente,

Irene Polo

NOTA DE ACEPTACION

Números: _____

Letras: _____

Carmen Caballero
Jurado

Talio Vergara
Jurado

Jurado

Tutor

A Dios fuente de toda sabiduría, por haberme regalado el don del entendimiento, de la inteligencia y la esperanza, para lograr hoy esta meta.

A mis padres Ana y José, por apoyarme en todo momento, por ayudarme a encontrar el camino a través de sus consejos en los momentos más difíciles.

A mis hermanos José y Katya quienes estuvieron estimulándome en todo momento.

A mi novio Natking quien con su presencia, apoyo contribuyó para que hoy culmine esta meta con satisfacción.

A toda mi familia y a las personas que hicieron parte directa o indirectamente de esta investigación.

Ana Milena

A Dios quien me brindó fortaleza, sabiduría, fuerza y valor para seguir adelante y luchar por esta meta que abre un nuevo camino a mi vida.

A mis padres; Pedro y Ana, a mis abuelos Victor y Ana, a mis hermanas Margareth y Marbel, quienes siempre estuvieron allí, escuchándome y brindándome apoyo cuando más lo necesitaba.

A mi novio Eric quien siempre me acompañó, y con su paciencia supo entenderme y apoyarme.

A mis compañeras con quienes a pesar de las contrariedades y dificultades, pudimos concluir esta meta.

Y a todas las personas que siempre estuvieron allí e hicieron posible el logro de esta meta.

Maryuri

A Dios por el valor para seguir adelante en los momentos más difíciles.

A mis padres Alvaro y Nidia, por su apoyo y amor incondicional, porque han sido ellos la razón de todo esto.

A mis hermanos

A mis compañeras por estar siempre allí y ayudarme a seguir adelante.

A todas las personas que de alguna manera hicieron posible el cumplimiento de este logro.

A Dios quien me dio salud, sabiduría, fé, voluntad y paciencia para culminar felizmente esta meta, dándome fortaleza en los momentos en que más lo necesitaba.

A mis padres, José C. y Yanet, quienes me aconsejaron y apoyaron en todo momento.

A mis hermanos Dora, Yanet, María y José, quienes me motivaron para seguir adelante.

A Robin que me apoyó, comprendió y ayudo en la realización de esta investigación.

En fin dedico este triunfo a todos mis familiares y personas que de una u otra forma me ayudaron a conseguirlo.

Ennys Sofia

AGRADECIMIENTO

Damos gracias a Dios, a nuestras familias, y a todos los adultos con DSV que permitieron acercarnos a ellos, abriendo un espacio en su vida y en sus hogares para llevar a cabo la aplicación de los instrumentos, con el fin de realizar esta investigación.

A nuestra profesora y asesora, la Dra. Irene Polo, quien con su apoyo, sus consejos, su paciencia y su tiempo nos orientó durante todo el proceso de esta investigación. A Belkis y Eduardo, quienes nos colaboraron en la asesoría estadística.

También quisiéramos expresar gratitud al Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI, a la Dra. María Inés Arteta, Bella, María de los Ángeles, Viky Donado, Miriam Castillo y Margarita Cárdeño, quienes nos colaboraron en la realización de esta investigación.

A la Universidad Simón Bolívar por todo el conocimiento adquirido en este camino.

A todas las personas que de una u otra manera nos colaboraron amablemente.

A todos ellos gracias,

Ana, Maryuri, Yeimy y Ennys

CONTENIDO

	Págs
INTRODUCCIÓN	
2. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA	23
3. JUSTIFICACION	24
4. OBJETIVOS	28
4.1. OBJETIVO GENERAL	28
4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS	28
5. MARCO TEORICO	30
5.1. CREENCIAS IRRACIONALES	31
5.1.1. Definición de las creencias irracionales	31
5.1.1.1. Necesidad de Aprobación	32
5.1.1.2. Autoexigencia.	34
5.1.1.3. Culpar a otros.	36
5.1.1.4. Reacción a la frustración	38
5.1.1.5. Irresponsabilidad emocional.	39
5.1.1.6. Ansiedad por preocupación.	40
5.1.1.7. Dependencia.	41
5.1.1.8. Influencia del pasado.	42
5.1.1.9. Perfeccionismo.	44

5.1.2. Características de las creencias irracionales	45
5.1.3. Propiedades de las creencias irracionales.	46
5.1.4. Origen de las Creencias Irracionales	48
5.1.5. Estudio sobre las creencias y los síntomas depresivos	50
5.2. DEPRESION	52
5.2.1. Tipo de Depresión	54
5.2.1.1. Depresión Leve	54
5.2.1.2. Depresión Moderada	55
5.2.1.3. Depresión Severa	55
5.2.2. Síntomas Depresivos	55
5.2.3. Modelo Cognitivo de la Depresión	62
5.2.3.1. Triada Cognitiva	63
5.2.3.2. Los Esquemas	65
5.2.3.3. Errores en el Procesamiento de la Información	66
5.2.4. Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión	77
5.2.5. Estudios sobre la primacía de los factores cognitivos en la depresión	79
5.3. DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL	80
5.3.1. Enfermedades Oftalmológica que conllevan a la pérdida de la visión	81
5.3.1.1. Catarata	81
5.3.1.2. Glaucoma	83
5.3.1.3. Escleritis	84

5.3.1.4. Estrabismo	84
5.3.1.5. Endofialmia	85
5.3.1.6. Ulcera Corneal	85
5.3.1.7. Queatoconjuntivitis Flictenular	86
5.3.1.8. Panofthalmia	86
5.3.1.9. Retinosis Pigmentaria	87
5.3.1.10. Otras enfermedades y traumatismos que conllevan a la pérdida de la visión	88
5.3.2. ¿Qué es la limitación visual?	88
5.3.2.1. Ceguera	89
5.3.2.2. Baja Visión	92
5.3.3. Características de las personas con limitación visual	93
5.3.4. Aceptación y Adaptación a la Limitación Visual	94
5.3.4.1. Estado de Shock	95
5.3.4.2. Etapa de Expectativas de Recuperación	96
5.3.4.3. Etapa de Depresión – Duelo	97
5.3.4.4. Etapa de Defensa	98
5.3.4.5. Etapa de Ajuste	99
5.3.5. Investigaciones sobre ceguera, miedo a la pérdida de la visión, suicidio y el delirio paranoide de los ciegos	102
5.3.6. Estudio realizado sobre las consecuencias psíquicas de la pérdida visual inminente	105
5.4. EDAD ADULTA TEMPRANA	108
6. METODOLOGIA	112

6.1. DISEÑO	112
6.2. POBLACION	113
6.3. MUESTRA	113
6.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS	114
6.5. PROCEDIMIENTO	119
7. DEFINICION DE VARIABLES	122
7.1. CREENCIAS IRRACIONALES	122
7.1.1. Definición Conceptual	122
7.1.2. Definición Operacional	122
7.2. DEPRESION	123
7.2.1. Definición Conceptual	123
7.2.2. Definición Operacional	124
7.3. DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL	124
7.3.1. Definición Conceptual	124
7.3.2. Definición Operacional	125
8. CONTROL DE VARIABLES	126
8.1. VARIABLES CONTROLADAS EN LOS SUJETOS	126
8.2. VARIABLES CONTROLADAS EN EL AMBIENTE	127
8.3. VARIABLES CONTROLADAS EN LAS INVESTIGADORAS	127
8.4. VARIABLES CONTROLADAS EN LOS INSTRUMENTOS	128
9. RESULTADOS	129
10. CONCLUSIONES	160
11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	170
BIBLIOGRAFIA	
ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

	Págs
Tabla 1. Tipos de Depresión, puntajes brutos	177
Tabla 2. Tipos de depresión en porcentajes	178
Tabla 3. Depresión leve y moderada, puntaje bruto	179
Tabla 4. Depresión leve y moderada en porcentaje	180
Tabla 5. Puntuación brutas de los componentes de la triada cognitiva	181
Tabla 6. Puntuación en porcentajes de los componentes de la triada cognitiva	182
Tabla 7. Puntuaciones brutas de los pensamientos deformados.	183
Tabla 8. Puntuaciones en porcentajes de los pensamientos deformados.	184
Tabla 9. Puntuaciones brutas de las creencias irracionales.	185
Tabla 10. Puntuaciones en porcentajes de las creencias irracionales.	186
Tabla 11. Puntuaciones en porcentajes estado civil.	187
Tabla 12. Puntuaciones en porcentajes escolaridad.	188
Tabla 13. Puntuaciones en porcentajes ocupación.	189
Tabla 14. Puntuación en porcentajes con quien vive.	190
Tabla 15. Puntuaciones en porcentajes relaciones familiares buenas	191
Tabla 16. Puntuaciones en porcentajes relaciones familiares conflictivas	192

Tabla 17. Puntuaciones en porcentajes hechos más tristes.	193
Tabla 18. Puntuación en porcentajes hechos más felices	194

LISTAS DE GRAFICAS

Grafica 1 Tipos De Depresión	195
Grafica 2 Depresion Leve Y Moderada	196
Grafica 3 Tipos De Depresión – Genero	197
Grafica 4 Componentes De La Tríada Congnitiva	198
Grafica 5 Tríada Cognitiva – Genero	199
Grafica 6 Pensamientos Deformados (Parámetro Esperado)	200
Grafica 7 Pensamientos Deformados (Parámetro Medio)	201
Grafica 8 Pensamientos Deformados (Parámetro Arraigado)	202
Grafica 9 Creencias Irracionales	203
Grafica 10 Creencias Irracionales Tipos De Depresión	204
Grafica 11 Creencias Irracionales Genero	205
Grafica 12 Creencias Irracionales Tipo De D.S.V	206

LISTA DE ANEXOS

Anexo A. Inventario de la Depresión de Beck

Anexo B. Test de Creencias Irracionales de Jones

Anexo C. Cuestionario de la Triada Cognitiva

INTRODUCCION

Esta investigación estuvo encaminada a la descripción de las creencias irracionales en adultos de edad temprana (20 – 40 años) con Discapacidad Sensorial Visual (DSV) que presentan depresión. Entendiéndose por creencias irracionales como cualquier pensamiento, ideas que tienen las personas sobre acontecimientos activadores y que tienden de manera importante e indirecta a ejercer una fuerte influencia sobre sus consecuencias cognoscitivas, emocionales y conductuales, y sobre las perturbaciones emocionales. Estas intervienen en la supervivencia y felicidad del organismo¹. Es así como las creencias irracionales juegan un papel importante en la depresión y por ello es fundamental retomar este concepto. Beck argumenta que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento más que del Estado de ánimo; cree que la depresión se puede describir mejor como una triada cognitiva de pensamiento negativo sobre sí mismo, la situación y el futuro². La población en la cual se basó esta investigación, fueron los adultos con Discapacidad Sensorial Visual del Departamento del Atlántico; por ello es indispensable definir esta DSV; pertenecen

¹ ELLIS, Albert y BERNARD, Michael. *Aplicación Clínica de la Terapia Racional Emotiva*, DBB, México. Desclee De Brower S.A. 1990. p. 27.

² BECK, Aaron, RUSH, Jhon, otros. *Terapia Cognitiva de la Depresión 9ª Edición*. España: Desclee de Brower, 1983.

a este grupo las personas que tienen limitaciones para ver. No todas las personas con limitación visual tienen pérdida total de la visión. Algunas conservan un resto visual que le permite algún tipo de desempeño a nivel escolar, social o laboral de mejor calidad que la persona totalmente ciega; a esto se les conoce como personas con baja visión. Las personas con baja visión necesitan ayudas ópticas especiales y requieren para su rehabilitación funcional con entrenamiento diferente al que se le brinda a una persona ciega.³

Para la elaboración de este estudio, las investigadoras se apoyaron en fuentes primarias, tales como: Terapia cognitiva de la depresión, aplicación clínica de la terapia racional emotiva, práctica de la terapia conductual, lineamiento de la atención en salud para personas con deficiencias, discapacidad y/o minusvalía, entre otros.

Se aplicó el inventario de depresión de Beck para identificar a los adultos con DSV que presentaron este trastorno psicológico, dependiendo del nivel de depresión que tuvieron: Leve y moderado; teniendo en cuenta esta categorización, se aplicó el IBT de Jones, cuyos resultados identificaron las creencias irracionales que presentaron los adultos con DSV y depresión. Se utilizó el cuestionario de la tríada cognitiva para identificar el componente de la tríada cognitiva más afectado y obtener información personal y de la discapacidad. Estos test se aplicaron a la muestra de la población que se escogió de forma intencional. El tipo de

³ ARTETA, María Inés. *Conviviendo con una persona discapacitada*. Gobernación del Atlántico, Secretaría de Salud del Atlántico ESE, Centro de Rehabilitación Integral CARI. Barranquilla 2001. p. 11.

investigación fue Descriptivo – Comparativo, y la perspectiva en la que se basaron las investigadoras fue Cognitivo - Conductual, retomando la teoría de Aaron Beck y Albert Ellis. Esta perspectiva insiste en las diversas percepciones que el sujeto tiene de los estímulos en como éstos son interpretados y transformados, de acuerdo con las estructuras previas del sujeto y en las diversas conductas determinadas por tales interpretaciones y transformaciones.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las creencias irracionales en los adultos de edad temprana (20 – 40 años) con Discapacidad Sensorial Visual (D.S.V.) que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico?

3. JUSTIFICACION

La depresión es un desorden afectivo, en el que sus definiciones incluyen múltiples criterios: motivacionales, cognitivos y fisiológicos, y cuyo común denominador es un disturbio severo en el humor o estado de ánimo⁴. Al considerar como un elemento básico en la depresión las cogniciones, es fundamental mencionar que las personas depresivas presentan desorden en el pensamiento en el cual constantemente distorcionan la realidad y sacan conclusiones negativas, acerca de la forma cómo se enfrentan día a día a su medio. Así mismo, las investigadoras parten del supuesto de que “la depresión puede ser desencadenada por una anomalía o enfermedad física que activa la creencia latente en una persona de que esta destinada a una vida de sufrimiento”⁵.

A lo largo de la historia se han realizado estudios sobre la primacía de los factores cognitivos en el síndrome depresivo. Entre estos estudios se pueden mencionar el realizado por Beck en 1976; Coygne y Gotlib, 1983, que llegaron a concluir que las

⁴ BECK, *Op Cit.* p. 27.

⁵ *Ibid*, p. 23

cogniciones son necesarias para crear problemas como la depresión. Pero otros estudios más recientes ponen de manifiesto que la depresión se etiquetaría más correctamente como un modelo diátesis – estrés (Becker 1988).

Así mismo, Ellis hace referencia que las creencias irracionales son producto de las interpretaciones que hace el individuo de la realidad y que constituyen un elemento principal en los trastornos psicológicos. Otros estudios realizados sobre depresión en ciegos son: el del Doctor Daniel Alberto Vidal quien con una muestra de solo doce casos de pacientes con ceguera adquirida encontró que el cuadro depresivo es el más frecuente y característico. Hallando específicamente:

- Cuadros Depresivos Moderados: 7 casos (58.33%)
- Cuadros Depresivos Graves: 3 casos (25%)
- Cuadros Depresivos Leves: 2 casos (16.66%).⁶

Igualmente, en el estudio realizado por De Leo D, Hickey Pa, Meneghel G y Cantor Ch, en pacientes, con cegueras adquiridas, se observó humor depresivo en el 90% de los casos, acompañado por una serie de síntomas depresivos típicos tales como: insomnio, pérdida del apetito, aislamiento social, pérdida del autoestima, llanto o ideas suicidas.⁷

De acuerdo con las pocas investigaciones que se han realizado con los

⁶ <http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/12/a12-01.htm>

⁷ <http://www.siicsalud.com/dato/dat015/99d14022.htm..>

discapacitados sensoriales visuales D.S.V se ha encontrado que la mayoría presenta síntomas depresivos caracterizados por irritabilidad, tristeza, imposibilidad de hacer actividades que anteriormente eran realizadas, ideas de suicidio, etc. Por lo que se puede inferir que este estado afecta psicológicamente al individuo siendo una situación real con la cual tiene que convivir. De igual manera se puede decir que esta investigación es factible ya que reúne las condiciones para ser estudiada puesto que hay un acceso a la información, al igual que recursos disponibles tanto humanos como materiales.

Por otra parte la Discapacidad Sensorial Visual (D.S.V.) se dá de forma muy frecuente en el Departamento del Atlántico, lo cual se ha comprobado a través de los censos que ha realizado el DANE llevando a la conclusión por parte de las investigadoras de que esta situación amerita que se le dé solución por la importancia que esta requiere. Además con este estudio se dará un aporte al conocimiento de manera más completa lo cual llenará algunas lagunas del conocimiento actual, puesto que existe poco material bibliográfico e investigaciones sobre las creencias irracionales que presentan los Discapacitados Sensoriales Visuales (D.S.V.) con depresión (leve y/o moderada). Igualmente con esta investigación se puede generar el interés en otras personas de investigar otro tipo de discapacidad o crear programas relacionados con el manejo terapéutico de estos individuos.

Teniendo en cuenta lo anterior, se realizó un estudio que describió las creencias irracionales en adultos de edad temprana (20 – 40 años), con Discapacidad

Sensorial Visual (DSV) que presentan depresión; entendiéndose por creencias irracionales cualquier pensamiento o idea que tienen las personas sobre sus acontecimientos activadores y que tienen de manera importante y directa a ejercer una fuerte influencia sobre sus consecuencias cognitivas.⁸ Además de definir cada creencia irracional, se hizo referencia a sus características, propiedades, a la triada cognitiva, esquemas, errores cognoscitivos, procesamiento de la información y la discapacidad en la que se basa el estudio.

⁸ *ELLIS. Op, Cit. p. 27.*

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL

Describir las creencias irracionales en adultos de edad temprana (20 – 40 años) con Discapacidad Sensorial Visual (DSV) que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico.

4.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las siguientes creencias irracionales en adultos de edad temprana (20 – 40 años) con Discapacidad Sensorial Visual (DSV) que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico.

Necesidad de aprobación.

Autoexigencia.

Culpar a otros.

Reacción a la frustración.

Irresponsabilidad emocional.

Ansiedad por preocupación.

Dependencia.

Influencia del pasado.

Perfeccionismo.

- Comparar las creencias irracionales en adultos de edad temprana con D.S.V. que presentan depresión leve y moderada residentes en el Departamento del Atlántico.
- Comparar las creencias irracionales en adultos de edad temprana con D.S.V. que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico, según el género.
- Comparar las creencias irracionales en adultos de edad temprana que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico, según el tipo de D.S.V. Baja Visión y Ceguera.
- Identificar el componente de la triada cognitiva: visión de si mismo, visión del mundo y visión del futuro; que se encuentra más comprometido en adultos de edad temprana con D.S.V. que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico.
- Identificar los pensamientos deformados que se encuentran más arraigados en adultos de edad temprana con D.S.V. que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico.

5. MARCO TEORICO

Esta investigación se realizó en el departamento del Atlántico, que fue creado en el año de 1910, tiene una superficie de 3.388 kilómetros cuadrados y cuenta con una población de 1.879.168 habitantes; su capital es el distrito de Barranquilla y sus 23 municipios son: Baranoa, Juan de Acosta, Manatí, Soledad, Puerto Colombia, Tubará, Galapa, Campo de la cruz, Usiacuri, Palmar de Várela, Santo Tomás, Sabanagrande, Sabanalarga, Polonuevo, Ponedera, Santa Lucía, Suán, Candelaria, Luruaco, Repelón, Piojó y Malambo.

Limita con al norte con el Mar Caribe, por el oriente con el río Magdalena, por el sur y el occidente con el departamento de Bolívar. El territorio en su mayoría es plano, se destacan la serranía del caprio, El pajal de Piedra, Piojó y Santa Rosa. Los principales accidentes que presenta el litoral son el cabo Barro y las Puntas Astilleras, Castillejo, los Manzanillos, Morro Hermoso, Morro Pelao y Sabanilla.

Su fuente hidrográfica está marcada por el río Magdalena, embalse del Guajaro, la laguna de Luruaco, Ciénaga de Guajaro, Luruaco y Totumo.

El comercio y el transporte son dos de las principales actividades económicas del departamento, favorecidas por ser el distrito de Barranquilla el puerto internacional de más movimiento del país. La actividad manufacturera es otra importante actividad del departamento, (sustancias químicas, industriales, alimentos y bebidas), la agricultura, la pesca y la ganadería se dan en menor grado, las tierras producen yuca, papa, hortalizas, café, pergamino y panela. La actividad pesquera, aún cuando ha estado descuidada, se concentra en Salgar, la playa, Puerto Colombia, Barranquilla, el Canal del Dique, el río Magdalena y en todas las ciénagas.

Sus principales sitios turísticos son la catedral metropolitana, Puerto Colombia, Museo Antropológico, Museo de Historia Natural, el Jardín Zoológico de Barranquilla, Bocas de Ceniza, Lagunas del Guajaro.⁹

5.1 CREENCIAS IRRACIONALES

5.1.1 Definición de las creencias irracionales: Albert Ellis define las creencias irracionales como cualquier pensamiento o idea que tienen las personas sobre acontecimientos activadores que tienden de manera importante y directa a ejercer una fuerte influencia sobre sus consecuencias cognitivas, emocionales y

⁹ PINZON, Leopoldo. *Atlántico. Edición auspiciada por la Corporación Cívica de Barranquilla, MCMLX.. Medellín: Impresores y Editores 1985. p 54 – 59.*

conductuales y sobre las perturbaciones emocionales. Estas interfieren en la supervivencia y felicidad del organismo¹⁰

5.1.1.1 Necesidad de aprobación: “La idea de que es una necesidad extrema para el ser humano adulto el ser amado y aprobado por prácticamente cada persona significativa de su comunidad”.¹¹

A menudo se ha afirmado y puede ser cierto, que los niños necesitan amor y aprobación; aunque es deseable sin duda que los adultos sean amados y aprobados por gran parte de la gente con la que llegan a tener una relación íntima, es cuestionable si para los adultos es absolutamente necesario ser aprobado por cada persona de su comunidad considerada como significativa para ellos.

El creer que uno debe ser aprobado por las personas importantes es irracional por siete razones:

- a. El exigir que se deba ser aprobado por todos los que a uno le gusten fija un objetivo inalcanzable y perfeccionista; porque aún cuando 99 personas le amaran o aceptan, siempre existirá la persona cien o ciento uno, etc., que no lo hará.
- b. Aún cuando no se consiga la aprobación de todos los que consideren importantes, si se necesita de forma extrema su aprobación seguirá estando

¹⁰ ELLIS, *Op. Cit.*, Pág 27.

¹¹ ELLIS, Albert. *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Bilbao. Declé de Brouwer, 1980, Pág. 60.

preocupado constantemente por el hecho de cuanto le aceptarán o si todavía le dan el visto bueno. Por consiguiente un grado considerable de ansiedad debe acompañar a la necesidad extrema de ser amado.

- c. Es imposible, no importa los esfuerzos que se hagan, que uno sea siempre simpático. Es inevitable que no le gustemos a algunas de esas personas cuya aprobación es altamente valorada, por sus propios prejuicios intrínsecos, o le seamos indiferentes.
- d. Suponiendo que se pudiera, en teoría, ganar la aprobación de prácticamente cada persona que se quisiera, habría que gastar mucho tiempo y energía en ello de forma que quedarían pocas posibilidades para otras actividades provechosas.
- e. Al intentar de forma incesante el ser aprobado por los demás, invariablemente se llega a ser servil y zalamero, y por consiguiente se abandonan muchas de sus necesidades y preferencias, llegando a ser bastante menos autodirectivo.
- f. Si de forma obligatoria y obsesiva se busca la aprobación de los demás, lo cual se tendrá que hacer si arbitrariamente se ha hecho la definición de que el ser aprobado es más una necesidad que una preferencia, habrá una tendencia a conducirse de forma tan insegura y molesta para los otros que a menudo terminarían perdiendo su aprobación y respeto y por consiguiente destruirán sus propios objetivos.
- g. El amar, más que el ser amado, es una actividad de expresión propia creativa y absorbente, pero la necesidad extrema de ser amado tiende más a ser inhibitoria que apoyar el amor.

5.1.1.2 Autoexigencia. “La idea de que para considerarse uno mismo valioso se debe ser muy competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles”.¹²

Mucha gente o la mayoría de ella en nuestra sociedad, quizá más que los ciudadanos de cualquier otra sociedad que alguna vez haya existido, creen que si no son muy competentes, suficientes y capaces en todos los aspectos, o por lo menos en un aspecto importante, son unos inútiles y pueden muy bien acobardarse y morir. Esto es una idea irracional por varias razones:

- a. Ningún ser humano puede ser totalmente competente y destacar en todos los aspectos o en la mayor parte de ellos; la mayoría de la gente no destaca de hecho en ningún aspecto importante. Intentar tener éxito está bien, ya que si se triunfa en un trabajo, un juego o un proyecto artístico. Reporta ventajas reales (tales como una compensación económica o la satisfacción de haber participado). Pero el exigir que se debe tener éxito es hacerse a uno mismo víctima de la ansiedad y de los sentimientos de inutilidad personal.
- b. Aunque el tener éxito de forma razonable y el conseguirlo, tiene distintas ventajas (en particular en nuestra sociedad), la energía necesaria para conseguirlo genera tensión excesiva e hipertensión y fuerza a uno mismo más allá de sus propias posibilidades físicas como la aparición consecuente de distintas variedades de enfermedades psicosomáticas.

¹² ELLIS, *Op. Cit.* p. 62.

- c. El individuo que tiene la obligación de obtener un éxito clamoroso no solo está desafiándose a si mismo, para comprobar su propio poder, sino que invariablemente se está comparando con los demás y luchando por ser mejor. Por lo tanto, está dirigido por otro más que por si mismo y se impone tareas en esencia imposibles (ya que no importa lo que pueda destacar en un campo concreto, pues lo más probable es que haya otros que sean todavía mejores). No tiene sentido el estar comparándose de forma envidiosa con los logros de los demás, puesto que no se tiene ningún control sobre el comportamiento de ellos sino solo el de uno mismo.
- d. El dar un gran énfasis a la filosofía del éxito confunde el valor extrínseco de uno (el valor que la demás gente da al comportamiento o a las características propias) con el valor intrínseco (la viveza o el valor de uno mismo). El definir la valía personal en función de los éxitos extrínsecos y el sostener que para ser feliz se debe superar a los demás, significa subscribirse a una filosofía fascista y en absoluto democrática. En esencia no difiere nada de la idea de que se debe ser ario, blanco o cristiano, o poseer una identidad social para ser un humano respetable y válido.
- e. El concentrarse en la creencia de que se debe tener éxito y ser competente a menudo aparta al individuo de un objetivo importante que es vivir feliz: es decir a través de la experimentación hay que descubrir cuáles son los intereses propios más positivos y agradables en la vida, y con decisión dedicar gran parte de la relativamente corta existencia de uno a ello.
- f. La preocupación por el éxito normalmente da como resultado un enorme miedo a probar suerte o a cometer un error, o a fracasar en ciertas tareas; por lo que

el miedo tiende a estropear de forma sucesiva los éxitos por los que uno está luchando. Una excesiva autoconciencia en la realización de cualquier cometido, que normalmente viene de la preocupación a fracasar en ello (y como consecuencia a definirse como inútil), casi siempre lleva a una ausencia total del gusto por el trabajo y una tendencia a fracasar completamente en ello.

5.1.1.3. Culpar a Otros. “La idea que cierta clase de gente es vil, malvada e infame y que deben ser seriamente culpabilizados y castigados por su maldad”.

Muchos individuos se sienten alterados, enfadados y rencorosos porque creen que algunas personas por lo general se incluyen ellos mismos de forma muy especial, son gente mala que a causa de su maldad actúan de forma inmoral y que el único medio de impedir que actúen de esa manera es haciéndoles sentir culpables y castigados. Estas ideas no son valiosas ni racionales porque:

- a. La idea de que algunas personas son malas o infames viene de la antigua doctrina teológica del libre albedrío, la cual presupone que cada persona tiene la libertad de actuar “correcta” o erróneamente”, teniendo como referencia la verdad absoluta y la justicia ordenada por “Dios” o por la “ley natural” si alguien hace uso del “libre albedrío” en forma “errónea” es un malvado “pecador”. Esta doctrina no tiene una base científica, porque sus términos claves incluidos de “verdad absoluta”, “Dios”, “libre albedrío” y “ley natural” son solo definiciones y no pueden ser ni probadas, ni refutadas en términos empíricos y científicos.

- b. Cuando las personas actúan de forma que ellos mismos u otros consideran “errónea” o “inmoral” parece que lo hacen porque en un análisis lineal, son demasiados simples, ignorantes o perturbados emocionalmente como para evitar el hacerlo. Aunque tales individuos indudablemente causan o son responsables de hacer daño a otros, es ilógico culpabilizarlos, es decir, denigrarlos como seres humanos. Por su simpleza, ignorancia o perturbación. Es lógico decir han actuado de forma “errónea” y lo mejor que se puede hacer es inducirlo a que no lo vuelva hacer. El decir han actuado de forma errónea, por tanto son seres despreciables que merecen ser castigados seriamente o incluso eliminados, una mala acción no hace una mala persona, lo que existe es una evidencia de una conducta indeseable por parte del individuo que por su bien y por el de los demás será preferible que cambie.
- c. Por su carácter biosocial (que incluye su herencia y su aprendizaje) el hombre es un animal falible del que solo se puede esperar errores. No es realista esperar que no sea así y condenarlo por ser como es y por decepcionar las expectativas perfeccionistas de uno.
- d. La teoría de llamar infame a quien actúa mal y culparle o castigarle por sus actos erróneos y tal vez antisocial, esta basada en la suposición de que la culpa y el castigo normalmente inducen al ser humano a abandonar su camino erróneo y a actuar mucho mejor en el futuro.
- e. En el campo teórico debemos esperar que el castigo a un individuo (en vez de reeducarle en forma objetiva) por actuar mal tendrá efectos muy pobres en el aprendizaje, si una persona comete un error a causa de su simpleza innata, el hecho de culparle no le hará menos simple ni más inteligente.

- f. En el fondo, la culpabilidad, la hostilidad y la cólera son casi seguros la causa más importante y seria de la mayoría de las perturbaciones humanas.

5.1.1.4 Reacción a la Frustración: “La idea de que es tremendo y catastrófico el hecho de que las cosas no vayan por el camino que a uno le gustaría que fuesen”.

Resulta asombroso ver como millones de personas en la tierra se sienten terriblemente abatidas y tristes cuando las cosas no son de la forma que le gustaría que fueran, o cuando el mundo es como es. El que se sientan frustrados cuando no estén consiguiendo lo que quieren es por supuesto normal. Pero el que están de forma permanente tan deprimidos o abatidos porque están frustrados es completamente ilógico por varias razones:

- a. No hay ninguna razón para creer que las cosas deberían ser de forma diferente a lo que son, al margen de lo injusta o desafortunada que sea la situación actual de cada uno. El que unas determinadas condiciones o una gente repugnante no nos guste es completamente razonable, pero el llegar a estar seriamente perturbados porque la realidad es realidad es absurdo.
- b. El estar completamente abatidos por una serie de situaciones no nos ayuda a mejorarlas.
- c. Cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran, cierto que debemos de luchar para cambiarlas, pero cuando esto es imposible la única actitud sana es estar filosóficamente resignados con nuestro destino y aceptar las cosas como son.

- d. Lo que provoca agresión cuando se está frustrado no es la frustración misma, si no los perjuicios actitudinales, subjetivos que se den frente a la frustración.

5.1.1.5 Irresponsabilidad Emocional: “La idea que la desgracia humana se origina por causas externas y que la gente tiene poca capacidad, o ninguna, de controlar sus penas y perturbaciones”.

La mayoría de la gente en nuestra sociedad cree que lo que les hace desgraciados es el resto de la gente y los acontecimientos, y que si estas fuerzas externas fueran diferentes ellos no se sintieran tan abatidos. Piensan que no colaboran en su abatimiento cuando se da alguna mala circunstancia, y que no tienen control sobre ellos mismos o sus emociones en estas circunstancias. Esta idea no es válida por varias razones:

- a. La demás gente y los acontecimientos en realidad poco daño pueden hacer excepto el ataque físico, el privar de algunas satisfacciones. En cuanto a las agresiones verbales, no son las palabras o los gestos los que hieren, si no las propias actitudes y reacciones ante los símbolos.
- b. Siempre que se diga “me duele el que mis amigos no sean amables” lo que en realidad se quiere decir “yo soy el causante de mi perturbación cuando me digo a mi mismo que el que mis amigos no sean amables es algo terrible”. El término “me duele” parece que se refiere a un suceso externo que le está afectando de forma incontrolable, pero no es más que un acontecimiento enojoso que llega a ser terrible porque se está haciendo ser así.

- c. No hay nada triste en la vida, es el pensamiento que hace que sea así. En lugar de creer erróneamente que las emociones están fuera de control, el individuo inteligente e informado reconocerá que la infelicidad en gran parte viene de adentro y su origen es esa misma persona infeliz.

5.1.1.6. Ansiedad por preocupación: “La idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad de que esto ocurra”.

La mayoría de la gente en nuestra sociedad se obstina en creer que si están en peligro o si existe alguna posibilidad de que les acontezca algo que temen, tienen que permanecer preocupados por ese peligro real o en potencia. Esto es una idea irracional por varias razones:

- a. Es sabio prever la posibilidad de un peligro, pero lo que normalmente se siente como “ansiedad, “preocupación”, no es de naturaleza preventiva y a menudo impide seriamente el ser eficaz en prevenir o enfrentarse a un hecho real, impide ver de forma objetiva si ese riesgo es real o imaginario.
- b. La ansiedad intensa ante la posibilidad de que un peligro ocurra, con frecuencia impide afrontarlo con eficacia cuando verdaderamente ocurre.
- c. El preocuparse mucho ante la posibilidad de que algo terrible ocurra, no solo no evita que suceda, sino que a menudo contribuye a su aparición.
- d. Inquietarse por una situación peligrosa, por lo general lleva a exagerar las posibilidades que eso ocurra.

- e. El preocuparse por cosas inevitables (muerte, enfermedad seria) no determina que las posibilidades de que esto ocurra disminuya, muchas veces se esta preocupado por algo mucho tiempo antes de que ocurra de verdad.
- f. El dramatizar sobre los posibles resultados de una enfermedad o un mal no conduce a nada, aún cuando hay bastante posibilidades de que este mal aparezca (la posibilidad de ser diabético si se nace en una familia con un alto índice de enfermedad).

5.1.1.7. Dependencia: “La idea de que se debe depender de los demás y que se necesita a alguien más fuerte en quien confiar”.

Aunque en teoría aprobamos la libertad y la independencia en nuestra sociedad, muchos de nosotros creen que debemos depender de otros y que necesitamos de alguien más fuerte en quien confiar, siendo esta una idea irracional por varias razones:

- a. Aunque es verdad que todos somos algo dependientes de los demás, en esta sociedad tan compleja (ya que con dificultad podríamos comprar alimentos, viajar en tren o hacer cosas necesarias sin la colaboradora división del trabajo), sin embargo no hay razón para que esta dependencia se maximice y literalmente se exija que los demás elijan o piensen por nosotros.
- b. Cuanto más se confíe en los demás, más seguro es que, en un primero o último análisis, se dejen muchas cosas que se querían en la vida y se elijan cosas, forzados por la necesidad extrema, que los demás quieren que uno

haga. La dependencia esta inversamente relacionada con el individualismo y la independencia, y no se puede ser uno mismo y estar dependiente de los demás al mismo tiempo.

- c. Cuanto más se confíe en que sean los demás quienes le guíen y le ayuden a hacer las cosas, menos tendera a hacerlas por si mismo y como consecuencia a aprender de ellas. Esto significa que cuanto más dependiente se sea, se tenderá a hacerlo más. La dependencia es un círculo vicioso, conduce a disminuir la confianza y a aumentar la ansiedad. El ser dependiente configura una búsqueda del autodesarrollo y la seguridad que nunca termina y nunca se encuentra.
- d. Cuando se depende de los demás, se pone a uno mismo a merced de ellos, y por consiguiente a merced de fuerzas externas que por lo general no se puede controlar. Si se dependen de uno mismo para tomar decisiones y llevarlas a cabo, al menos se trabaja con el propio pensamiento y se confía en él y en la conducta de uno.

“En lugar de luchar por depender de otras personas, el individuo racional deberá hacer todo lo que pueda por sostenerse con sus dos pies y pensar y actuar como crea conveniente”.

5.1.1.8. Influencia del pasado: “La idea que la historia pasada de uno es un determinante decisivo que la conducta actual, y que algo que ocurrió alguna vez y le conmocionó debe seguir afectándole indefinidamente”.

Mucha gente hoy en día cree y actúa partiendo de la base que algo que en alguna ocasión afectó su vida de forma significativa, o le fue útil en un momento dado de su existencia, debe seguir siendo así para siempre. Esto es irracional por varias razones:

- a. Si alguien se permite una influencia excesiva de su historia pasada, está cayendo en el error lógico de la supergeneralización, ya que presupone que cuando una cosa es verdad en alguna circunstancia, es verdad en todas las circunstancias y momentos de la vida.
- b. Si se está bajo grave influencia de los hechos pasados, normalmente se emplearán, para solucionar los problemas, soluciones superficiales o “fáciles” que fueron útiles en alguna ocasión, pero que ahora pueden ser ineficaces. Por lo general existen distintas alternativas para cualquier problema que tienen diferentes grados de perfección y eficacia. Cuando más influenciado se esté por las soluciones utilizadas con éxito en el pasado, menos probable es que se puedan buscar otras alternativas mejores y posibles para resolver los problemas actuales.
- c. Las llamadas influencias del pasado pueden ser utilizadas como una poderosa excusa para evitar un cambio en el presente, lo que normalmente conduce al ciclo más viciado de perturbación emocional.
- d. Exagerando la importancia de los años de formación, se tiende a utilizar la frase cierta “ya que en mi infancia aprendía a hacer las cosas de forma neurótica, ahora me resulta muy difícil cambiar”, pero se sustituye el final de forma no legítima “... me resulta imposible cambiar, por lo tanto puedo

renunciar a resolver mi problema y seguir neurótico sin ningún tipo de esperanza”.

5.1.1.9. Perfeccionismo: “La idea que invariablemente existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe”.

Millones de hombres y mujeres de hoy día consideran que deben tener soluciones perfectas y seguras a los problemas que les acosan, y que si tiene que vivir en un mundo de imperfeccionismo e inseguridades de seguro que no podrán sobrevivir felizmente. Esta búsqueda de la seguridad, el control absoluto y la verdad perfecta es muy irracional en varios aspectos:

- a. Por lo que se sabe, no existe ni seguridad, ni perfección, ni verdad absoluta en el mundo. Como Hans Reichenbach (1953) y otros filósofos actuales han demostrado de forma convincente, nos guste o no nos guste vivimos en un mundo de probabilidades y de suerte, y no podemos tener seguridad de nada externo a nosotros. Ya que las cosas son así y que la búsqueda de la seguridad sólo origina expectativas falsas y ansiedad de conexión con esta expectativas.
- b. Los desastres que la gente imagina que sobrevendrán si es que no consiguen una única solución “correcta” a sus problemas, o si no pueden controlar “perfectamente” al mundo exterior, no tienen una existencia objetiva si no que son “desastres” porque ellos piensan que son así. Si esta persona insiste, por

su insistencia y como la solución perfecta e inmediata no es posible, le ocurrirá algo catastrófico (como un intenso estado de pánico o de desesperanza ineficacia).

- c. El perfeccionismo, por lo general, limita las posibles soluciones a los problemas e induce a resolverlas de forma mucho menos “perfecta” que si no fuera perfeccionista.¹³

Para que la persona posea ideas irracionales, es necesario que se active una compleja red de información a través de diversos procesos, los cuales son bien sustentados en el diagrama del procesamiento de la información. INGRAN y KENDALL lo definen como: “Una aproximación teórica, la cual asume que el funcionamiento humano puede ser productivamente entendido en términos de cómo la información interna y ambiental es procesada y analizada”.

5.1.2. Características de las Creencias Irracionales: Las creencias irracionales se caracterizan por ser absolutista y dogmática, fuertes, no empíricas.¹⁴ El elemento principal del trastorno psicológico se encuentra en la evaluación irracional, poco funcional, que hace el individuo de la realidad, de la situación que le rodea.

Dicha evaluación se conceptualiza a través de exigencias absolutistas, de las “debo de” y “tengo que” dogmáticos sobre uno mismo, otros, o la vida en general,

¹³ ELLIS, *Op Cit.* p. 36

¹⁴ *Ibid.* p. 37 – 38.

en vez de concepciones de tipo probabilista y preferencial, en las cuales el sujeto crea expectativas, pero no les añade una característica de dogma. Estas creencias irracionales, como se ha mencionado, son absolutistas y poco realistas.

Un aspecto relevante es que las personas cuando están emocionalmente perturbadas, tienden a aferrarse intensa, poderosa y vigorosamente, con profunda convicción a sus principales creencias irracionales y que incluso cuando se tiene insight sobre estas creencias, puede seguir creyendo fuertemente en ellas negándose a desecharlas.

5.1.3. Propiedades de las creencias irracionales: El término creencia puede utilizarse para sugerir varias características de la actividad del pensamiento, que se consideran causantes de emociones y patrones de conductas disfuncionales.

Las propiedades específicas de las creencias irracionales se pueden expresar de la siguiente manera (Bernard, 1981. Bernard y Joyce, 1984):

- a. Las creencias pueden contemplarse como una construcción hipotética muy amplia, que abarca al menos tres subclases distintas del fenómeno cognitivo:
 - a) los pensamientos creados por el sujeto y de los que es consciente en un momento determinado;
 - b) Los pensamientos de los que el sujeto no tiene una conciencia inmediata, y
 - c) Creencias más abstractas que el individuo puede mantener en general.

- b. Las creencias más abstractas que tienen las personas no se articulan oralmente y constituyen un marco de referencia supuesto, el cual elaboran y se llegan a conclusiones sobre lo que observan, acerca de lo que les está ocurriendo a ellos mismos, a los demás y al mundo que les rodea.
- c. Las creencias abstractas pueden diferenciarse en base a si reflejan cualidades abstractas o imperativas (irracionales) o cualidades relativas y condicionales (racionales).
- d. Las creencias irracionales que las personas tienden a mantener, pueden agruparse en tres fundamentos, cada uno con muchas derivaciones: a) Debo hacerlo bien y ganar reconocimiento, o de lo contrario seré inútil; b) los demás deben tratarme con consideración y amabilidad, exactamente de la manera que deseo que me traten; si no lo hacen, la sociedad y el universo entero deben condenar, castigar y maldecirlos severamente por su falta de consideración; c) Las condiciones bajo las que me desenvuelvo deben de estar de tal manera arreglada, que yo pueda tener todo lo que deseo, comfortable, rápida y fácilmente, sin hacer prácticamente nada que no desee.
- e. Hay cuatro modos comunes de pensamiento auto – derrotista que se derivan de estas creencias irracionales y conducen a perturbaciones psicológicas: a) El dramatizar (es tremendo o terrible, o es horrible que no este haciendo lo que debo; b) El “es que no puedo soportarlo” y “no puedo resistir las cosas que me están pasando, ¡que no debería ocurrir!”. c) Inutilidad “soy una persona que no vale nada, sino puedo hacerlo bien y ganar todo el reconocimiento que debo”; d) Totalidad o sobregeneralización ilusoria, “porque he fracasado en esta importante tarea que no debería, siempre fracasare y nunca tendré éxito”.

- f. Las circunstancias abstractas suelen ser la expresión de los valores de las personas, y como tales, juegan un papel importante en la explicación de las metas básicas y los propósitos que dirigen las conductas de las personas.
- g. Las creencias hacen referencia a las valoraciones y evaluaciones que hacen las personas de sus interpretaciones, e inferencias de la realidad.
- h. Las creencias irracionales pueden distinguirse de las expectativas, inferencias y conclusiones, en tanto que estas últimas pueden considerarse asunciones sobre la realidad de las que puede probarse su verdad o mentira; mientras que las creencias se juzgan como irracionales cuando expresan demandas incondicionales y absolutistas que no ayudan a ser feliz y lograr sus metas.¹⁵

5.1.4. Origen de las Creencias Irracionales: Las personas a veces aprenden creencias irracionales erróneas de sus padres o educadores. Tienden a aprender fácilmente estas creencias irracionales y a mantenerlas de una manera rígida, porque probablemente nacen con una fuerte tendencia a pensar irracionalmente. De hecho, las personas a menudo aprenden criterios normativos, prácticos y racionales, y lo que hacen es sobregeneralizar, exagerar y acabar convirtiéndolos en creencias irracionales de tipo dogmático. Aún cuando todos los seres humanos fuesen educados de manera muy racional, Ellis en Terapia Racional Emotiva (TRE) defiende la hipótesis de que con frecuencia, tomaría sus criterios aprendiéndolos y transformándolos racionalmente en demandas absolutistas hacia si mismo, hacia otros y hacia el universo que los rodea.

¹⁵ *Ibid.* p. 28 – 29.

La TRE plantea la hipótesis que cuando la C (consecuencia) consistan en una perturbación emocional (por ejemplo, profundos sentimientos de ansiedad, depresión, culpabilidad, autodesprecio o auto – compadecimiento); B (creencias); suelen aunque no siempre, causar o dar origen de una manera importante a la A (acontecimiento). No obstante, las perturbaciones emocionales suelen deberse a AS (acontecimientos y experiencias) poderosas, por ejemplo, de desastres ambientales; pueden derivarse de factores orgánicos o hormonales, que en un principio parecen independientes de ellas, y pueden de hecho originar creencias de este tipo.

Cuando las AS fuertes o poco comunes contribuyen significativamente o causan C, y cuando factores psicológicos causan C, es frecuente que hayan también unas B acompañantes. Por otro lado, estas creencias irracionales ayudan a fomentar la elaboración de sus sentimientos de depresión en C. Cuando la C (pensamientos, sentimientos y consecuencias conductuales) aparecen como consecuencias de A y B, casi nunca son puras o monolíticas, sino que se incluyen parcialmente e interactúan inevitablemente con A y B. Así pues si A es un acontecimiento desagradable (por ejemplo, “espero no ser rechazado para este trabajo, porque sería muy desafortunado que así fuera”); y segundo, una creencia irracional (por ejemplo, ¡tengo que conseguir este trabajo!, ¡no valgo nada si no lo consigo!); de la misma forma, C tiende a ser primero un sano sentimiento de frustración y disgustos, y junto a la segunda creencia irracional pasa a configurar sentimientos de ansiedad, inadecuación y depresiones insanas.

Pero las personas también incorporan sus sentimientos (además de su deseo, esperanza, metas y propósitos) a A. Por lo tanto su A incluye parcialmente su C. Ambos están desde el principio más relacionados, que completamente separados. Al mismo tiempo, las creencias de las personas B, están parcial o intrínsecamente relacionadas e incluyen sus A y sus C. Por lo tanto A, B y C están todas estrechamente relacionadas y ninguna existe si las otras dos.¹⁶

Las investigadoras están de acuerdo con lo planteado por Ellis en la TRE puesto que los humanos utilizamos estándares internos, tales como las metas y criterios internalizados sobre la excelencia y lo inadecuado. Estos estándares se desprenden del sistema de creencias, valores y necesidades que poseemos. Aunque es necesario poseer niveles de exigencia, perfección, frustración, preocupación, dependencia, etc. Relativa o moderadamente altos para ser competentes y capaces de vivir en sociedad, el “cortocircuito” se produce cuando estos niveles son irracionales, esto quiere decir que sean demasiados altos e inalcanzables.

5.1.5. Estudio sobre las creencias y los síntomas depresivos: Calvete Zumalde y Cardeñoso Ramírez O., realizaron un estudio sobre las creencias y los síntomas depresivos: resultados preliminares en el desarrollo de una escala de creencias irracionales abreviada. En este estudio se evaluaron las propiedades de medidas de una versión reducida del TCI (Test de Creencias Irracionales de

¹⁶ *Ibid*, p. 29 - 31

Jone 1938) y del CES- D (Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos, Raldolf, 1977), así como la asociación entre ambas variables que se derivan desde la teoría de la Terapia Racional Emotiva (Ellis, 1962).

Con este fin 568 estudiantes universitarios cumplieron el TCI y el CES- D los análisis factoriales (LISREL 8) confirmaron una estructura de 8 factores el TCI abreviada (necesidad de aprobación, altas autoexpectativas, culpabilización, control emocional, evitación de problemas, dependencia de los demás indefensión a cerca del cambio y perfeccionismo) y una estructura de 4 factores de primer orden (afecto depresivo, falta de afecto positivo, disminución psicomotora y dificultades interpersonales), junto con un factor de segundo orden para el CES – D la adecuación fue buena para el CES – D pero únicamente moderada para el TCI.

Finalmente se estimó un modelo de ecuación estructurales entre las creencias irracionales y la depresión. De acuerdo con este modelo, las creencias de necesidad de aprobación por parte de los demás, perfeccionismo e influencia acerca del pasado se asocian a los síntomas depresivos.¹⁷

Este estudio sirve de soporte a esta investigación puesto que afirma que existe una relación entre las creencias irracionales: perfeccionismo, necesidad de aprobación, influencia del pasado. Sin embargo las investigadoras consideran que

¹⁷ www.cop.es/delegaci/baleares/trabajo2/terapiacc.htm.

las creencias irracionales varían de acuerdo a los valores, características de personalidad y necesidades que posee cada individuo.

Vale anotar que no se encontraron investigaciones correlacionales de creencias irracionales en sujetos con baja visión y ceguera.

5.2. DEPRESION

La depresión es un estado emocional de abatimiento, tristeza, sentimiento de indignidad y culpa. La misma lleva al que la siente a la soledad, la pérdida de la motivación, el retraso motor y la fatiga. Puede llegar incluso a convertirse en un trastorno psicótico, donde el individuo se queda completamente incapacitado para actuar en forma normal en su vida de relación.

Las personas deprimidas se consideran desgraciadas, frustradas, humilladas, rechazadas o castigadas. Miran el futuro sin esperanza.¹⁸

Así mismo, se puede definir como un desorden afectivo en el que sus definiciones incluyen múltiples criterios motivacionales, cognoscitivos, y fisiológicos, cuyo común denominador es un disturbio severo del humor o del estado de ánimo.¹⁹

¹⁸ WYSIWYG://218/http://geocities.com/hotsprings/villa/3857/depre.html.

¹⁹ ARZA, Ana Elvira. *Aportación del Modelo Conductual – Cognoscitivo a la Depresión. Documento sin editar. Barranquilla, 29 de Abril de 1989. p. 4.*

Existen algunas características sociodemográficas de los sujetos deprimidos entre las que se encuentran:

a) SEXO; autores tales como Craig y Van Nata, 1976; Stecle, 1978; Radolf y Rae 1979; Weissman y Klerman, 1978; Weisman y Myers 1978.

Coinciden en señalar una mayor tasa de trastorno depresivos en la mujer. La proporción estimada es de dos casos en la mujer y un caso en el hombre. Para explicar esta diferencia entre los sexos, se han propuesto diferentes hipótesis. Myrna Weissman las ha revisado (1981) agrupándolas en dos posibilidades: la primera que hay que considerar sería que tales diferencias sean ficticias y que su mayor apariencia fuese consecuencia de una mayor proclividad en la mujer ha reconocer y expresar su sintomatología, solicitando ayuda con mayor frecuencia. Sin embargo esta argumentación no parece suficientemente consistente a la luz de los datos provenientes de población general, en lo que, de forma prácticamente constante, se registra una clínica depresiva mucho más elevada en la mujer. La segunda posibilidad es que las diferencias entre los sexos corresponde a hallazgos reales; tales diferencias probablemente son consecuencias de factores biológicos, posiblemente con mediación endocrina, interactuando con otros factores de índole psicosocial. Muchos autores (Weisman 1974) han puesto énfasis en señalar la posible vinculación de la depresión en la mujer con sus tradicional situación de desventaja y discriminación social a lo largo de los tiempos. En un reciente estudio español (De Santiago y Cols..., 1987) sobre una población de 274 mujeres incluidas en la segunda fase del estudio comunitario de

salud mental de Cantabria (Vásquez Barguero y Cols..., 1987), se aportan datos que sugieren que la ocupación extradoméstica de la mujer casada, lejos de suponer un factor de protección frente a la patología mental, se comporta como un significativo factor de riesgo.

- b. EDAD; existe un acuerdo amplio respecto a una mayor incidencia de sintomatología depresiva en adultos jóvenes concretamente entre los 18 y 44 años de edad (Craig y Van Natan, 1976; Weissman, 1978, 1986, 1987).
- c. Otras características sociodemográficas. No existen pruebas concluyentes de que variables de tipo sociodemográfico, como la religión o la raza vayan acompañadas de una mayor incidencia de depresión (Hirschfeld y Cross, 1982).
- d. En relación a la clase social, tampoco puede hablarse de pruebas incuestionables, aunque algunos autores han señalado para la mujer de clase trabajadora con hijos mayor riesgo de depresión que para mujer de clase media (Brown y Harna, 1978).

5.2.1. Tipos de Depresión

5.2.1.1. Depresión Leve. Cuando la persona presenta algunos de los síntomas de la depresión y al realizar sus actividades de la vida diaria con un esfuerzo extraordinario. En las depresiones leves el paciente generalmente es capaz de

contemplar sus pensamientos negativos con una cierta objetividad. A medida que la depresión se agrava, su pensamiento esta cada vez más dominado por ideas negativas aunque pueda no existir conexión lógica entre las situaciones reales y sus interpretaciones negativas. Así mismo se puede decir que las construcciones que el paciente hace de la realidad constituye el primer eslabón de la cadena de síntomas.²⁰

5.2.1.2. Depresión Moderada: Cuando la persona presenta muchos de los síntomas de la depresión y esto le impide realizar muchas de las actividades de su vida diaria.

5.2.1.3. Depresión Severa: Cuando la persona presenta casi todos los síntomas de la depresión y esta le impide realizar sus actividades de la vida diaria.²¹

5.2.2. Síntomas Depresivos: Durante la depresión sentimos que el placer y la felicidad son reemplazados por tristeza y apatía; el ancho rango de deseos espontáneos que conllevan a actividades eclipsados por la pasividad y deseos de escape; la conducción del hombre y de la sexualidad son reemplazados por la repulsión hacia los alimentos y el sexo; el interés y la participación en actividades usuales se convierten en evitación y reiteramiento. Finalmente el deseo de vivir se apaga y es reemplazado por el deseo de morir. Es importante mencionar que varios autores han señalado algunos aspectos importantes en la depresión, los

²⁰ BECK, *Op Cit.* p. 21 – 26

²¹ <http://www.casadental.com/diseño-full/depresión.htm>.

cuales son: tristeza intensa, "Deseos de liberación", deseos de auto – destrucción o disturbios psicológicos, etc.

- **Síntomas**

La depresión incluye componentes afectivos, motivacionales cognitivos, conductuales y fisiológicos:

- **Síntomas Afectivos:**

- a. Tristeza: La mayoría de los pacientes depresivos suelen informar de un cierto grado de tristeza e infelicidad. Algunos pacientes experimentan períodos alternantes de tristeza, en tanto que otros incapacitados por la extrema gravedad por la depresión no.
- b. Colera Inducida: La experiencia de ira también puede contrarrestar los sentimientos de tristeza del paciente. Incluso el paciente puede culparse por su enfado y de este modo sentirse peor.
- c. Distracción: Los pacientes suelen valerse de la distracción para reducir (temporalmente) casi todos los sentimientos dolorosos, la distracción es especialmente eficaz para aliviar la tristeza. Cuando la distracción se entiende como una habilidad para hacer frente a los problemas, en ocasiones el paciente puede aprender a desviar su atención aumentando su disponibilidad sensorial.

- d. Humor: El humor suele ser un buen distractor de los sentimientos de tristeza del paciente. Muchos pacientes conservan el sentido del humor a pesar de su falta de alegría. Cuando un paciente capta el aspecto humorístico de una situación, suele ser un signo de que esta desarrollando o aplicando una importante habilidad para hacer frente a los problemas.
- e. Limitación de las expresiones de disforia. Las personas aquejadas de problemas psíquicos, al igual que los que padecen de alguna enfermedad física, suelen sentirse aliviados cuando comentan sus sufrimientos con los demás. Dado que la atención por parte de otras personas no es la causa de la tristeza. Las conversaciones prolongadas o frecuentes sobre estos sentimientos suelen intensificarlos, y al comentar con otros sus problemas los pacientes se están centrando innecesariamente en los sentimientos de tristeza, lo que llega a producir tensión en la relación con amigos y familiares.
- f. Períodos de llantos incontrolable: los períodos de llanto son un síntoma frecuente en la depresión que habitualmente se da más en las mujeres. En ocasiones los pacientes se sienten mejor después de haber llorado, pero generalmente lo que ocurre es que se deprimen aun más.
- g. Sentimientos de culpabilidad: ya que el sentimiento de "estar haciendo las cosas mal" se basa en patrones idiosincráticos y/o arbitrarios. Algunos pacientes pueden sentirse más culpables por pensamientos o deseos que por acciones. El sentimiento de culpa de un paciente se debe frecuentemente a que se supone - de forma poco realista - responsable de la conducta de otras personas. Algunos pacientes creen que el sentimiento de culpa le impide llevar a cabo conductas contraproducentes y antisociales. No se dan cuenta que

actuar en función de los propios intereses tiene consecuencias positivas (influyendo las conductas prosociales) y actuar de otro modo también pueden tener conductas negativas. Muchas veces los sentimientos de culpa añaden una carga innecesaria que puede incrementar la conducta contraproducente.

- h. Vergüenza: Muchos pacientes sienten vergüenza a causa de algún aspecto “socialmente inculcable” de su personalidad o de su conducta. A diferencia de los sentimientos de culpabilidad, motivado por una supuesta infracción de los códigos éticos y moral por parte del paciente. La vergüenza surge de la creencia del paciente de que le juzgan como infantil, débil, loco, en general inferior. Así, los comportamientos que el paciente supone le van a parecer ridículos a los demás son los que inician la secuencia.

“Parezco un loco” → “Es terrible parecerlo” → Vergüenza.

- i. Cólera: Los sentimientos depresivos de cólera no son uno de los problemas típicos del paciente depresivo. Algunos de ellos experimentan más ira cuando comienzan a sentirse mejor. Este período de cólera excesiva suelen ser de corta duración e indica que el paciente está progresando. Sin embargo, existen pacientes cuyos enfados aparecen al principio y son persistentes.
- j. Ansiedad: Con frecuencia, los pacientes manifiestan ansiedad como un problema que acompaña la depresión o que surge cuando la depresión va desapareciendo. Algunos pacientes se ven demasiado afectados por la ansiedad porque no clasifican correctamente sus emociones.

- **Síntomas Motivacionales.**

- a. **Perdida de la motivación positiva e incremento de la tendencia a la evitación:**
La ausencia de motivación del paciente para llevar a cabo incluso las tareas más simples suelen ser uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente sabe lo que tiene que hacer, pero no tiene el deseo o el estímulo interno para hacerlo. En la mayoría de los casos, el paciente permanece inmóvil porque cree que es incapaz de realizar la actividad o que no recibirá ningún tipo de satisfacción al hacerlo. La pérdida de la motivación positiva suele ir acompañada de una fuerte tendencia a evitar actividades constructivas.
- b. **Dependencia:** La dependencia excesiva es uno de los síntomas principales de la depresión. El paciente depresivo suele presentar una marcada tendencia a pedir ayuda a los demás para realizar sus actividades cotidianas. Este deseo de ayuda, que puede tomar la forma de quejas o exigencias, generalmente excede la necesidad real de ayuda del paciente. Aunque el hecho de conseguir la ayuda solicitada puede aportar al paciente una ayuda temporal, también puede reforzar su dependencia y su falta de seguridad.

- **Síntomas Cognitivos:**

- a. **Indecisión:** A menos la toma de decisiones constituyen un problema para los pacientes depresivos. El paciente suele creer que su trabajo, su familia o las situaciones exteriores son la causa de su depresión y consecuentemente, que

si abandona la situación problemática, la depresión desaparecerá, pero no está demasiado seguro de lo acertado de esta decisión. Otro tipo de problema, muy frecuente surge cuando el paciente ha cambiado algún aspecto de su vida – un nuevo empleo, una mudanza, etc. – y no ha quedado satisfecho. El paciente cree que, si invierte el cambio, dejara de estar deprimido. A veces los sentimientos de culpabilidad influyen en la toma de decisiones, haciendo más difícil esta.

- b. Percibir los problemas como abrumadores: Muchos pacientes se hacen cargo de más trabajo del necesario. Otros creen – erróneamente – que se espera de ellos más de lo que los demás esperan de hecho.
- c. Autocrítica: El paciente depresivo también busca la explicación de sus problemas según su idea de causalidad, el depresivo tiende a interpretar cualquier deficiencia suya como la causa de sus problemas psicológicos.
- d. Pensamiento Absolutista: Las alteraciones que se dan en la depresión pueden analizarse en términos de modos primitivos de organizar la realidad Vs modos maduros de organizar la realidad. Los individuos depresivos tienden a hacer juicios categóricos y los significados que atribuyen a sus experiencias suelen ser extremos, unidimensionales y absolutistas. Un modo más duro de pensamiento conceptualiza las situaciones según más dimensiones, emplea términos más bien cuantitativos que cualitativos y aplica pautas relativas y no absolutas. Además, los individuos depresivos tienden a percibir las consecuencias negativas como irreversibles.
- e. Problemas de memoria y dificultad para concentrarse: Estos problemas suelen estar interrelacionados. El paciente es incapaz de recordar la información

porque no se concentra en el material que debe aprender. El principal problema de concentración que tiene el paciente es el de la fijación de la atención. El paciente suele estar preocupado por materiales distintos de los que desea atender.

- **Síntomas Conductuales:**

- a. Pasividad, evitación e inercia: La pasividad e inactividad que se observan en la depresión se han interpretado históricamente como una forma de inhibición neurofisiológica, lentitud psicomotriz.
- b. Problemas de habilidades sociales: el paciente depresivo suele presentar un funcionamiento inferior al normal en casi todos los aspectos, incluso el social. Es posible que el paciente evite a los demás o bien que se someta a sus deseos. Por lo general, el paciente posee habilidades sociales adecuadas; lo que sucede es que no las pone en práctica.

- **Síntomas Fisiológicos:**

- a. Alteraciones del sueño: Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más acusados de la depresión. La mayoría de los pacientes depresivos presentan algún tipo de alteración del sueño. Entre los problemas se incluyen la dificultad para conciliar el sueño, las interrupciones frecuentes del mismo y despertar demasiado temprano por la mañana. Por regla general, el paciente recupera su patrón de su sueño habitual cuando desaparezca la depresión.

b. Iteraciones sexuales y del apetito: Estos síntomas con frecuencia son los primeros signos de la depresión. Ambos síntomas parecen ser manifestaciones de la pérdida de placer generalizada que experimenta el paciente en relación con cualquier actividad. A medida que la depresión va desapareciendo, retornan el apetito y el interés sexual. Algunos pacientes comen en exceso llegando a engordar bastante, al comienzo de la depresión, en tanto que otros ganan peso en la fase intermedia de la depresión y adelgazan cuando la depresión se agudiza.²²

5.2.3. Modelo Cognitivo de la Depresión: Este surge de las observaciones clínicas y de investigaciones experimentales (Beck 1963, 1964, 1969). El modelo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. La Tríada Cognitiva.
2. Los Esquemas.
3. Los Errores Cognitivos (errores en el procesamiento de la información).²³

Generalmente los pacientes deprimidos proveen información esencial en expresiones espontáneas tales como: “yo estoy triste porque soy indigno”, “yo no tengo futuro”, “yo he perdido todo”, “no tengo a nadie”, “la vida no tiene nada para mí”. Esto es fácil de detectar en las expresiones de los depresivos severos o moderados.

²² BECK, *Op. Cit.* p. 18.

²³ ARZA, *Op Cit.* p. 2-3.

Explorando el tema de pérdida, se encuentra que los desordenes psicológicos, involucran un problema cognoscitivo. Los pacientes deprimidos muestran distorsiones específicas. Tienen una visión negativa de su mundo, un concepto negativo de si mismo, y una evaluación negativa de su futuro: la triada cognoscitiva.

5.2.3.1. Triada Cognitiva: Consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse así mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente acerca de si mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo y con poco valor. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de sus defectos, es inútil, carece de valor. Tiende a subaestimarse, a criticarse así mismo con base en sus defectos.

Por último piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría o la felicidad.

Un segundo componente en la triada cognitiva se centra en la tendencia depresiva a interpretar sus experiencias de manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas, y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar los objetivos, interpreta sus interacciones con el entorno, animado o

inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustraciones. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa como construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aún cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más posibles.

El tercer componente de la triada cognitiva, se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, esta anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran definitivamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables.

El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síntoma depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real.

Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseo de escape, de evitación). También pueden explicarse como consecuencias de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos, dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobrestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así,

tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados.²⁴

5.2.3.2. Los Esquemas. Organización estructural del pensamiento. Turk y Speers (1983), definen a los esquemas cognoscitivos como el conjunto de constructores hipotéticos que incluyen todo el conocimiento que el individuo tiene de si mismo y del mundo.²⁵

Este concepto se usa para explicar porque mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes a pesar de la evidencia objetiva de factores positivos en su vida.

El esquema necesariamente se refiere al patrón cognoscitivo relativamente estable, que determina la interpretación de una situación particular. El esquema activado en una situación específica, determina como la persona va a responder. Un esquema puede permanecer inactivo durante varios períodos.

En los estados psicopatológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados; el paciente, a medida que estos esquemas se van haciendo más activos, pierden mucho el control voluntario sobre

²⁴ *Ibid.* p. 19 – 20.

²⁵ ARZA. *Op Cit.* p. 4.

sus procesos de pensamientos y es incapaz de invocar otros esquemas más apropiados.

Cuando la depresión es moderada, el pensamiento está dominado por ideas negativas, aunque puedan no existir conexión lógica entre las relaciones reales y sus interpretaciones negativas. En estados depresivos más graves, el pensamiento del paciente puede llegar a estar completamente dominado por los esquemas idiosincrásicos: Está totalmente absorto en pensamientos negativos repetitivos, perseverantes y puede encontrar extremadamente difícil concentrarse en estímulos externos (por ejemplo, leer, o responder preguntas) o emprender actividades mentales voluntarias (solución de problemas, recuerdos).

5.2.3.3. Errores en el procesamiento de la información: Una forma de entender el desorden del pensamiento en el deprimido, es al presentar una dicotomía en la forma como se organiza la realidad; tal como señala Beck, "Pensamiento Primitivo Vs Pensamiento Maduro". Esto es, la persona deprimida suele estructurar su experiencia en forma primitiva, en la que las respuestas emocionales tienden a ser negativas y extremas. En contraste a este pensamiento primitivo, el pensamiento más maduro, automáticamente integra las situaciones de la vida en una serie de dimensiones más que una categoría, más cuantitativa que cualitativa y acude a los estándares más relativos que

absolutistas. Beck en 1983 plantea 6 características del pensamiento del deprimido, que conllevan a fallas en el procesamiento de la información.²⁶

Las alteraciones en el proceso de pensamiento que se dan con más frecuencia en las personas deprimidas son:

- Abstracción selectiva:

El deprimido tiende a entender selectivamente los eventos negativos; y los positivos pasan desapercibidos o no los tienen en cuenta. “Me sentí muy mal, cuando me di cuenta que había puesto mucha azúcar al café, tan mal que decidí ir a mi cama a llorar mi amargura”.

- ¿Y como se dio cuenta?.

- “Bueno, porque yo acostumbro a poner una cucharadita no copetona y le puse una copetona”.

- “¿y cuál fue la reacción de él cuando le diste el café?”.

- “Se sintió muy agrado y dijo que estaba muy rico y le gustaba mi atención. Pero me sentí tan mal que sabía que lo decía sólo por pena”.

²⁶ BECK *Op Cit. n. 20*

- Pensamiento Polarizado: Se percibe cualquier cosa de forma extremista.

“Con el solo hecho de que me miró así, lo borré de la lista de mis amigos”.

- Sobre generalización:

“Todo el mundo me tiene lastima”.

“Todo el mundo me pregunta porque estoy acabada”.

- Interpretación del pensamiento

“Ellos me invitan a salir porque me ven sola y me tienen lastima”.

“Es capaz” de adivinar que sienten y piensan los demás de ella”.

- Visión Catastrófica:

“Sería terrible que él me abandonará”.

Si él me abandona es mi fin”.

- Personalización:

Cree que todos los aspectos negativos o situaciones que le suceden o acciones de los demás de alguna forma van en contra de él. O ciertas características de los demás las compara con ella misma, infravalorándose.

“Doctora si usted supiera lo mal que me siento cuando veo a mis compañeras todas emperifolladas, y yo como un estropajo”.

Las investigadoras asumen que la perspectiva cognitiva sobre la depresión es muy completa al explicar este trastorno, y es uno de los que mayor influencia tiene en la actualidad, en donde juegan un papel muy importante la triada cognitiva, los esquemas y los errores en el procesamiento de la información, que son aspectos que se deben tener en cuenta en este modelo. Básicamente se argumenta que en la depresión hay una alteración en el pensamiento, el cual es negativo, pesimista y desesperanzado.

- **Pensamientos Deformados.**
- **Filtraje**

Esta distorsión está caracterizada por una especie de visión de túnel; sólo se ve un elemento de la situación con la exclusión del resto. Se resalta un simple detalle y todo el evento o situación queda teñida por este detalle. Cada persona posee su túnel particular por el que observa el mundo. Algunos son hipersensibles a todo que sugiere pérdida, y se ciegan ante cualquier indicación de beneficio. Para otros la más débil posibilidad de peligro sobresale como una púa en una escena que es, en conjunto, agradable. La gente deprimida selecciona elementos que sugieren pérdidas. Los pensamientos se pueden magnificar y tremendizar mediante muchos procesos de filtraje. Cuando los pensamientos negativos se

sacan fuera de contexto, aislados de todas las experiencias buenas que nos rodean, se hacen mayores y más tremendas de lo que realmente son. Las palabras claves para este tipo de filtraje son: terrible, tremendo, desagradable, horroroso, y así sucesivamente.

- **Pensamiento Polarizado**

La característica principal de esta distorsión es la insistencia en las elecciones dicotómicas: se tiende a percibir cualquier cosa de forma extremista, sin términos medios. Las personas y los pensamientos son buenos o malos, maravilloso u horribles. Esto crea un mundo en blanco y negro, y como las personas que padecen este tipo de distorsión fracasan en todas las matices del gris, sus reacciones a los eventos oscilan de un extremo emocional a otro. El mayor peligro de dicotomizar pensamiento es el impacto como se juzga dicha persona a sí misma. Si no es perfecto o brillante entonces sólo podrá ser un fracasado o un imbécil. No hay lugar para las equivocaciones o la mediocridad.

- **Sobregeneralización.**

En esta distorsión se produce una extensión, una conclusión generalizada a partir de un incidente simple o un solo elemento de evidencia. Un rechazo en una pista de baile significa "nunca nadie querrá bailar conmigo". Una experiencia desagradable significa que siempre se repita una situación similar, se repetirá la experiencia desagradable. Esta distorsión conduce inevitablemente a una vida

cada vez más restringida. Las sobregeneralizaciones se expresan a menudo en forma de afirmación absolutas, como si existiera alguna ley inmutable que gobernará y limitará el curso de la felicidad. Se está sobregeneralizando cuando se afirma radicalmente que “nadie me quiere”, “nunca seré capaz de confiar en alguien otra vez”. La conclusión se basa en una o dos piezas de evidencia, y cuidadosamente se ignora todo lo que uno conoce de si mismo que pueda contradecirlas. Las palabras que indican que se puede estar sobregeneralizando son: todo, nadie, nunca, siempre, ninguno.

- **Interpretación del Pensamiento.**

Cuando una persona interpreta el pensamiento hace juicio sobre los demás: es lógico que actúe así porque está celoso, ella está contigo por tu dinero, el teme sus preocupaciones. No son una prueba, pero casi parecen verdad. En la mayoría de ejemplos, aquellos que interpretan el pensamiento hacen suposiciones sobre cómo sienten los demás y que les motiva a ellos. En la medida que su pensamiento interpreta también se hacen presunciones sobre cómo está reaccionando la gente a las cosas que le rodean. Las interpretaciones del pensamiento dependen de un proceso denominado proyección. Una persona imagina que la gente siente y reacciona a los pensamientos de la misma forma que ella. Las interpretaciones del pensamiento pasan por alto conclusiones que sólo son verdad para sí mismo sin molestarse en comprobar si son apropiadas para el resto de las personas.

- **Visión Catastrófica.**

Cuando una persona catastrofiza espera que ocurra el desastre ante una determinada situación. Un dolor de cabeza indica que esta apareciendo un cáncer cerebral. Los pensamientos catastróficos a menudo empiezan con las palabras “y si”.

- **Personalización.**

Es la tendencia a relacionar algo del ambiente consigo mismo. Una madre deprimida se censuraba cuando veía algún signo de tristeza en su hijo. Un aspecto importante de la personalización es el hábito de compararse continuamente con los demás. Por lo tanto se encontrará forzado a probar su valor como persona, midiéndose así mismo en relación con los demás. Si de esta comparación resulta vencedor, gozará de un momento de alivio. Pero si resulta perdedor, se sentirá humillado. El error básico del pensamiento en la personalización es que se interpreta cada experiencia, cada conversación, cada mirada como una pista para analizarse y valorarse así mismo.

- **Falacia de Control.**

Existen dos formas en que pueden distorsionarse el sentido del poder y control de una persona. Una persona puede verse así misma impotente y externamente

controlada, u omnipotente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor. La persona que se siente externamente controlada, se bloquea. No cree que pueda construir su propia vida o introducir cualquier diferencia en el mundo que le rodea. Allí donde mire solo puede ver pruebas de la indefensión humana. Otra persona u otra cosa son las responsables de su dolor, sus pérdidas o sus fracasos. Ellas son las culpables. Desde esta óptica es difícil encontrar soluciones, porque probablemente no funcionarían.

El polo opuesto de la falacia de control externo es la falacia de control omnipotente. La persona que experimenta esta distorsión se cree responsable de todo y de todos. Lleva el mundo sobre sus hombros. Los compañeros de trabajo dependen de ella, al igual que sus amigos.

- **Falacia de Justicia.**

Este tipo de pensamiento distorsionado se basa en la aplicación de las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales. El inconveniente es que dos personas raramente se ponen de acuerdo sobre lo que es justo, y no existe tribunal o juez que pueda ayudarlos. La justicia es una evaluación subjetiva de la medida en que lo que uno espera, necesita o desea de la otra persona, ésta se lo proporciona.

La falacia de justicia se expresa a menudo con frases condicionales: "Si me quisiera no se burlaría, si me quisiera, me ayudaría a conseguir el organismo. Es

tentador hacer suposiciones sobre cómo cambiarían las cosas si la gente se limitara a jugar limpio y nos valorara adecuadamente. Pero las otras personas casi nunca ven las cosas de la misma forma que nosotros, y acabamos causándonos dolor a nosotros mismos.

- **Razonamiento Emocional.**

En la raíz de esta distorsión está la creencia de que lo que la persona siente tendría que ser verdadero. Si se siente como un perdedor, entonces tiene que ser un perdedor. Si se siente culpable, tiene que haber hecho algo mal. Si se considera feo tiene que ser feo. Todas las cosas negativas que se sienten sobre uno mismo y los demás, deben ser verdaderas porque se siente como verdaderas. El problema con el razonamiento emocional es que las emociones por si mismas no tienen validez. Son productos del pensamiento. Si una persona tiene pensamientos y creencias deformadas, sus emociones reflejan estas distorsiones.

- **Falacia del Cambio.**

La única persona a la que uno puede controlar realmente, o tener muchas esperanzas de cambiar, es así mismo. Esta distorsión supone que una persona cambiará para adaptarse a nosotros si se la presiona lo suficiente. La atención y energía se dirige, por lo tanto, hacia los demás porque la esperanza de felicidad se encuentra en conseguir que los demás satisfagan nuestras necesidades. La estrategia para cambiar a los otros incluyen echarle la culpa, exigirle, ocultarles

cosas y negociar. El resultado normal es que la otra persona se siente atacada y no cambia en absoluto.

El supuesto fundamental de este tipo de pensamiento es que la felicidad depende de los actos de los demás.

- **Etiquetas Globales.**

Se generalizan una o dos cualidades de un juicio negativo global, normalmente son falsos porque aunque sólo contemplan una única característica o conducta, implican, por decirlo así, a todo el conjunto. Más que aplicar etiquetas globales, hay que limitar las observaciones a casos específicos. Preguntarse así mismo si un caso es siempre verdad, o sólo es cierto ahora o sólo es verdadero algunas veces.

Cada una de estas etiquetas puede contener algo de verdad. Pero en un juicio global se generalizan una o dos cualidades. El rótulo ignora toda evidencia contraria, convirtiendo tu visión del mundo en estereotipado y unidimensional.

- **Culpabilidad.**

Se experimenta una sensación de alivio cuando conoce quien es el culpable. Cuando una persona está sufriendo, alguien ha de ser el responsable. Una persona está sola, ofendida, o atemorizada por que alguien le provoca estos

sentimientos. A menudo la culpabilidad implica que otro se convierta en el responsable de elecciones y decisiones que realmente son de nuestra propia responsabilidad. Algunas personas focalizan la culpabilidad en ellas mismas exclusivamente.

- **Los Debería.**

En esta distorsión, la persona se comporta de acuerdo con unas reglas inflexibles que deberían regir la relación de todas las personas. Las reglas son correctas e indiscutibles. Cualquier desviación hacia valores o normas particulares es mala. Como resultado, a menudo, la persona adopta la posición de juez y encuentra faltas. La gente le irrita. Los demás no piensan ni actúan consecuentemente. La gente tiene rasgos, hábitos y opiniones inaceptables que los hace difíciles de tolerar. Debería conocer las reglas y deberían seguirlas. Las palabras que indican la presencia de esta distorsión son debería, habría de, o tendería. No solo son los demás quienes son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir así misma con los debería.

- **Tener Razón.**

En esta distorsión, la persona normalmente se pone a la defensiva; tiene que probar continuamente que su punto de vista es el correcto, que sus apreciaciones del mundo son justas, y todas sus acciones adecuadas. No está interesado en la posible veracidad de una opinión diferente a la suya, sino sólo de defenderla.

Cada decisión que toma es justa, todo trabajo realizado está bien hecho. Nunca se equivoca. Las opiniones de este tipo de personas raramente cambian porque tienen dificultad para escuchar nuevas informaciones. Cuando los hechos no encajan en lo que ya creen, los ignora.

- **Falacia de la Recompensa Divina.**

En este estilo de ver el mundo la persona se comporta “correctamente” en espera de una recompensa. Se sacrifica y trabaja hasta quedar extenuada y mientras tanto imagina que está coleccionando puntos angelicales que podrá cobrar algún día. Se resiente cuando, se comprueba que la recompensa no llega.²⁷

5.2.4. Predisposición y Desencadenamiento de la Depresión: El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y aparición de la depresión. En pocas palabras, la teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para proporcionar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinados hechos y circunstancias, análogas a la experiencia inicialmente responsable de la frustración de las actitudes negativas. En otro orden de cosas, la depresión puede ser

²⁷ MCKAY, Matthew, DAVIS, Martha y otros. *Técnicas Cognitivas para el tratamiento del estrés*. Editorial Martínez Roca. Libros Universitarios y Profesionales. p. 29 – 37.

desencadenada por una normalidad o enfermedad física que activa la creencia latente de una persona que esta destinada a una vida de sufrimiento.²⁸

Las investigadoras consideran que la depresión es un estado emocional, una reacción ante una situación, el estado característico de una persona, por ello es importante determinar si la depresión es un factor predominante en los discapacitados.

Así mismo, los síntomas depresivos pueden presentarse tanto en depresivos leves y moderados, lo que variará es su intensidad, estos síntomas pueden ser anímicos, interpersonales. Todos ellos contribuyen a la desestabilidad de la persona, independientemente de cual de ellos prevalezca más. Es importante resaltar que las cogniciones de los pacientes deben ser vistas como causales más no como sintomatológicos, ya que la visión negativa que tienen las personas acerca de sí mismo, su entorno y su futuro, harán más fácil la presencia de la depresión.

El modelo cognitivo explica la depresión, basado en tres conceptos: la triada cognitiva, los esquemas, los errores cognitivos; la triada esta basada en la visión que se tiene de si mismo, su futuro y su experiencia. Si la visión del paciente es negativa su experiencia será asumida como negativa, así como su futuro. De igual forma, los esquemas nos van a permitir una interpretación de una situación

²⁸ BECK. *Op Cit* 25

en particular de manera negativa, puesto que sus conceptualizaciones van a ser distorsionadas de modo que se ajusten a esquemas inadecuados que cada vez más serán inapropiados.

Una forma de entender el procesamiento de la información es por medio de cómo se organiza la realidad, el cual es a través de dos tipos de pensamiento, el pensamiento primario, que tiende a dar respuestas negativas y extremas. El segundo es que el pensamiento maduro, que está determinado por categorías que conllevan a fallas en este procesamiento de la información, entre ellos encontramos: inferencia arbitraria, abstracción, selectiva, sobregeneralización, minimización, maximización, personalización, pensamiento dicotómico y absolutista. Estos pensamientos son los más comunes en las personas depresivas y que hacen que este estado de ánimo se mantenga.

Para finalizar podemos decir que la depresión en las personas discapacitadas se genera por la incapacidad de realizar determinadas actividades, creando en estas personas cogniciones negativas de sí mismo, de sus experiencias y su futuro, provocando una desestabilidad en todos sus aspectos y afectando su salud mental.

5.2.5. Estudios sobre la primacía de los factores cognitivos en la depresión.

Los estudios realizados por Beck en 1976; Coygne y Gotlib, 1983 que llegaron a concluir que las cogniciones son necesarias para crear problemas como la depresión. Pero otros estudios más recientes ponen de manifiesto que la

depresión se etiquetaría más correctamente como un modelo de diatesis – estrés (Becker 1988). La importancia de este modelo radica en proponer la existencia de unos factores de vulnerabilidad a la depresión (biológicos y psicológicos) y otros factores protectores, tanto personales como ambientales que ayudan a la persona a no tener una crisis. El modelo propone la necesidad de aparición de una situación o un momento vital de estrés, que precipita la enfermedad o una nueva crisis. Entre estos estresores que se señalan, se pueden mencionar los acontecimientos vitales, situaciones cotidianas, nivel de estrés familiar, que pueden ser generadoras de estrés. Así mismo, Ellis hace referencia a que las creencias irracionales son producto de las interpretaciones que hace el individuo de la realidad y que constituyen un elemento principal en los trastornos psicológicos²⁹.

5.3. DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL

Pertenecen a este grupo las personas que presentan limitaciones para ver. No todas las personas con limitación visual tienen pérdida total de la visión. Algunas conservan un resto visual que le permite algún tipo de desempeño a nivel escolar, social o laboral de mejor calidad que la persona totalmente ciega; a estas se les conoce como personas con baja visión. Las personas con baja visión necesitan ayudas ópticas especiales (telescopios, lupas) y requieren para su rehabilitación

²⁹ Beck Op. Cit p25

funcional un entrenamiento diferente al que se le brinda a una persona ciega.³⁰

Algunas se benefician con el uso de lentes convencionales.

Nos hemos remitido a tomar en este capítulo la discapacidad sensorial visual puesto que es la población con la cual se basará este estudio.

Al hablar de creencias irracionales de los adultos con limitación visual y que presentan depresión, se hace necesario retomar el concepto de discapacidad propuesto por la OMS.

La discapacidad es toda ausencia o restricción debido a una deficiencia de las capacidades de realizar una actividad en la forma dentro del margen que se considera normal para un ser humano en su contexto social. Refleja las consecuencias de las deficiencias en el rendimiento funcional de la actividad cotidiana de la persona. En la ejecución de tareas, aptitudes y conductas, pueden ser temporales o permanentes, reversibles o irreversibles, progresivas o regresivas.

5.3.1. Enfermedades Oftalmológicas que conllevan a la pérdida de la visión.

5.3.1.1. Catarata. En forma general puede decirse que la catarata es toda opacidad del cristalino, evolutiva o estacionaria, circunscrita o difusa, tenue o

³⁰ *ARTETA Op Cit. p. 11.*

densa que altere o no la agudeza visual. Es causa principalísima, tal vez la más importante, de ceguera en el mundo. El cristalino tiene una manera típica de reacción pues ante cualquier agente que vulnere su integridad, pierde su transparencia. De aquí la infinidad de noxas que pueden producir cataratas: infecciosas, tóxico, metabólicas, traumáticas, inmunológica, etc.

Las cataratas se pueden dividir entre dos grandes grupos congénitas y adquiridas.

Las adquiridas son:

1. Opacidad cristalinas del adulto.
2. Cataratas seniles.
3. Cataratas patológicas, por enfermedades oculares, uveitis, glaucoma, desprendimiento de retina, tumores endoculares, por enfermedad general, diabetes, endocrinopatías, dermatopatías, infecciones e intoxicaciones.
4. Cataratas traumáticas.
5. Cataratas secundarias.

La evolución de las cataratas no es igual en todos los casos y aunque psicológicamente o por mejoría de su estado general puede haber sensación de mejoría en la agudeza visual, esta vuelve luego a disminuir.³¹

³¹ RODRIGUEZ VASQUEZ, Francisco, ARCHILA ARENAS, Eduardo. *Manual de Oftalmología para estudios de medicina, Sociedad Colombiana de Oftalmología. p. 103.*

Las cataratas congénitas se consideran en dos grupos las cataratas totales y las parciales, la clasificación más utilizada es la de cordes y a continuación se mencionara solo los tipos de cataratas que se presentan más frecuentemente:

1. Opacidad del polo anterior del cristalino; a) embrionaria anterior axial, b) catarata anterior polar o piramidal.
2. Alteraciones del cristalino posterior.
3. Catarata Zonular (laminar o lamelar).
4. Catarata congenita total.
5. Catarata membranosa.
6. Otros tipos de cataratas.³¹

5.3.1.2. Glaucoma: No es un tumor es un conjunto de entidades que se producen por un desequilibrio entre la secreción y la excreción del humor acuoso, el cual, cuando resulta en una presión ocular, relativamente llevada para el ojo, provoca alteraciones anatómicas y funcionales en la retina y el nervio óptico que conducen a la ceguera. Las glaucomas se han clasificado de la siguiente forma puesto que tienen fundamentos anatómicos y fisiopatogénico y facilitan el diagnóstico, tratamiento y pronóstico de cualquier tipo de glaucoma.³²

1. Glaucoma con ángulo abierto.
 - a. Trabecular.

³² *Ibid.* p. 115.

- b. Pretrabecular.
- c. Postrabecular.
- 2. Glaucoma por ángulo estrecho.
 - a. Por conformación natural.
 - b. Por conformación adquirida.
- 3. Glaucoma por ángulo cerrado.
 - a. Congénito.
 - b. Adquirido.
- 4. Glaucoma mixto.
- 5. Glaucoma absoluto.

5.3.1.3. Escleritis: Inflamación profunda, generalmente localizada en los tejidos escleróticos, de aspecto más purpúreo que la episcleritis puede asociarse con trastornos reumáticos. Si es intensa puede causar perforación del globo ocular y la pérdida del ojo.³³

5.3.1.4. Estrabismo: Es una desviación del paralelismo de un ojo respecto del otro. El estrabismo paralítico (no concomitante) se debe a la parálisis de uno o más músculos oculares y puede estar causado por una lesión específica del nervio oculomotor. Cursa con una limitación de la movilidad ocular y con un aumento de la diplopia en los campos de acción de los músculos paralizados si la parálisis es congénita no existe diplopia, pues en tal caso no hay visión en el ojo desviado. El

³³ MERCK, Sharp y DOHME, Desearch. *El manual de Merck de Diagnóstico y Terapéutico. 7ª Edición. Editorial Interamericana S.A.. México 1986. P. 1819.*

estrabismo no paralítico (concomitante) suele deberse a un tono muscular ocular desigual, causado por un trastorno supra nuclear en el seno del Sistema Nervioso Central. El estrabismo concomitante puede ser de tipo convergente (esotropía), divergente (exotropía) o vertical (hipertropía o hipotropía). El estrabismo puede manifestarse tanto con esoforía o exoforía. Como con hipofía o hiperforía. En las forías, el desequilibrio muscular logra vencerse por la tendencia neurológica (Central a fundir las imágenes conseguidas en cada ojo).³⁴

5.3.1.5. Endofialmia: Inflamación similar restringida al tracto uveal, cuerpo vitreo y retina. Los microorganismos piógenos causales pueden ser introducidos por traumatismos, úlcera corneal con perforación, embolia séptica metastásica o celulitis orbitaria que se extiende, los síntomas que se presentan son: Inyección conjuntival y ciliar, quemosis, extensión lapidaria del presente por todo el interior del ojo, la esclerótica finalmente se rompe y el contenido purulento del ojo drena dejando un globo ciego retraído y produciendo síntomas generalmente intensos.³⁵

5.3.1.6. Úlcera Corneal. Infección neumocócica, estreptocócica o estafilocócica originada después de un trauma o un cuerpo extraño corneal o por complicaciones de queratitis por herpes simple, blefaritis, queratitis, conjuntivitis (bacteriana), tracoma dacriocistitis gonorréica y enfermedades infecciosas agudas.

³⁴ *Ibid.* p. 2505.

³⁵ *Ibid.* p. 1821.

Las úlceras corneales pueden ser serpiginosas cuando se deben a neumococos y con frecuencia se asocian a infecciones del saco lagrimal y úlceras indolentes las cuales son consideradas micóticas hasta que se demuestre lo contrario. El paciente presenta dolor, lagrimeo, fotofobia y blefarospasmos. La úlcera puede extenderse en todo el ojo o penetrar profundamente, destruyendo la mayor parte de la cornea y en algunos casos se presenta pus en la cámara anterior (hipopion).³⁶

5.3.1.7. Queratoconjuntivitis Flictenular. Conjuntivitis que se presenta, generalmente en niños caracterizados por áreas de inflamación modulares discretas y se produce por reacción tóptica de una conjuntiva o cornea hipersensibles frente a un alérgeno desconocido, también se le atribuyen a orígenes esta filocócico, tuberculoso u otro bacteriano. Los flictenulos aparecen en brotes de nódulos pequeños gris – amarillentos en el limbo en la cornea y en la conjuntiva bulbar que persisten una o dos semanas, pero cuando esta afectada la cornea es prominente el blefarospasmo, produciendo lagrimeo intenso, fotofobia y dolor, lo que puede causar opacidad corneal con pérdida de la visión.³⁷

5.3.1.8. Panoftalmia: Inflamación supurada que afecta las tres capas del ojo y generalmente causa su destrucción completa.³⁸

³⁶ *Ibid.* p. 1820.

³⁷ *Ibid.* p. 1821

³⁸ *Ibid.* p. 1822

5.3.1.9. Retinosis Pigmentaria: Es una enfermedad de la retina, membrana muy sensible que se encuentra en la parte posterior del ojo o globo ocular. En la mitad de los casos la transmisión hereditaria y cada uno de ellas se asocian a un grado diferente de gravedad en las manifestaciones de la enfermedad. En la otra mitad de los casos no hay antecedentes familiares y su aparición es de causa desconocida.

Al inicio de la enfermedad se afectan unos elementos de la retina denominados bastones que son los que permiten ver cuando hay poca luz (visión nocturna).

Más adelante se afectan otros elementos los conos, que son los que permiten distinguir los colores.

Los conos y los bastones son los receptores de la luz y por lo tanto se trata de unos elementos imprescindibles para la visión.

La retinosis pigmentarias es la primera causa de ceguera. Es más frecuente en los varones y afectan a una persona de cada 3.500 los casos más graves se producen cuando la enfermedad se inicia en edades tempranas de la vida, antes de los 20 años.

En estos casos la ceguera nocturna aparece ya en la primera infancia, la enfermedad progresa hasta afectar también a la visión diurna.³⁹

5.3.1.10. Otras enfermedades y traumatismos que conllevan a la pérdida de la visión.

- Relacionadas con la retina.
- Retinopatias vasculares (oclusión de la arteria central de la retina y oclusión de la vena central).
- Degeneración muscular senil.
- Desprendimiento de la retina.
- Retinosis pigmentaria.
- Relacionadas con el nervio óptico.
- Papiledema.
- Papilitis.
- Neuritis óptica.
- Neuritis retrobulbas.
- Atrofia óptica.

5.3.2. ¿Qué es la limitación visual? Una limitación sensorial es siempre un suceso difícil de asumir y cambia la vida de cualquier tipo de familia. En el caso

³⁹ SANCHEZ MONTANA, Juan. RODRIGUEZ VILLVERDE, Juan. *Todas las medicinas, círculo de lectores, Editorial Pinter Latinoamericana Ltda. Bogotá 2001 p. 172 – 179.*

de la visión, existen componentes de índole emocional y cultural muy particulares, el término limitación visual nos refiere, tanto a la ceguera como a la baja visión.

5.3.2.1. Ceguera. La ceguera se define como la falta de visión. Desde un punto de vista oftalmológico se llama en sentido estricto, a la ausencia total de percepción visual, incluyendo la percepción luminosa.⁴⁰

Existen varias clases de ceguera: ceguera central, diurna, histérica, nocturna, ceguera al color.

- La ceguera central se define como toda la ceguera en la que se descarta patología ocular y en la que se sitúen las lesiones orgánicas en el corte visual a nivel de los lóbulos occipitales, sus frecuencias son de origen isquémico o lumoral.
- La ceguera diurna se define como la mala visión en ambiente muy luminoso, se da acompañado de foto fobia en los síndromes de disfunción de cono, también ocurre en opacidades corneales o cristalinas centrales, por causa de la miosis diurna que empeora la visión.
- Ceguera Histérica: Pérdida de la visión sin causa orgánica o neurológica que la justifique. El diagnóstico diferencial con las cegueras corticales, que a veces son similares, se hace por el estudio de los potenciales evocados visuales que son normales en este tipo de cegueras.

⁴⁰ PAEZ, Hector Fabian. *Otro ciego Manual de Orientación para Padres de Familia de Niños y Jóvenes con limitación visual*. Editorial INCI. Primera Edición. Agosto 2000 Santafé de Bogotá.

- **Ceguera Nocturna:** Es la mala visión en ambientes poco iluminados, se da en enfermedades que afectan al sistema retiniano en degeneraciones como la retinopatía pigmentaria.
 - **Ceguera de Color:** Es la anomalía congénita por lo general transmitida según la forma autosómica recesiva, caracterizado por la falta de percepción de los colores.
-
- **¿Qué es la ceguera?.**

El ciego en Colombia, está definido en el Artículo No. 6 del Decreto No. 2156 de Noviembre de 1972 de la siguiente manera:

- a. Ausencia Total de la vista.
- b. Agudeza visual no superficial a 1/10 o 20/200 en el mejor ojo, después de su corrección.
- c. Limitación en el campo visual hasta un ángulo no mayor de 20 grados.

- **¿Puede hablarse de una psicología de la ceguera?.**

Basado en la psicología cognitiva se trata de explicar y describir las características psicológicas de los ciegos. Si puede hablarse de una psicología de la ceguera, pero para ello se deben especificar claramente cuales son las características distintivas de los individuos sin visión, lo que exige necesariamente una postura teórica.

Las diferencias interindividuales causadas por alteraciones en las características físicas de los individuos representan un terreno privilegiado, tanto para el esclarecimiento del papel que esas características físicas cumplen en el funcionamiento psicológico general de los sujetos, como para dilucidar los recursos de que dispone el aparato psíquico y el modo en que los emplea para hacer frente a las demandas del ambiente físico y social, y psíquico no es algo dado de una forma fija y terminada, sino que esta sujeto a un proceso de evolución a lo largo de cada individuo.

La vista es uno de los recursos perceptivos más importantes de que disponemos los humanos y por eso es que es importante investigar el modo en que una afectación grave en este sentido afecta al comportamiento real de los individuos en su relación con el entorno y la construcción de recursos psicológicos. Las actividades básicas que adoptan los ciegos frente a su ceguera, toman parte en el éxito o el fracaso de los esfuerzos del terapeuta para lograr una auténtica rehabilitación. Así mismo influyen en la actitud del ciego frente a su ceguera la actitud del oftalmólogo frente a esta y es el primer contacto real que el paciente tiene con su propia ceguera.

Aunque cada paciente reacciona ante la ceguera conforme a su personalidad y carácter. Desde luego, reaccionará ante ella como ante una situación de emergencia que influirá notablemente en su posterior idea del futuro.

Aunque, como ya se mencionó anteriormente que cada individuo reacciona de un modo peculiar y personalísimo, se puede producir dentro de ciertos límites la actitud de cada uno de ellos, una vez conocidos los distintos aspectos de su personalidad individual. Una persona que en el pasado tiene necesidad de depender de otros, al quedar ciego acentuará más su dependencia, y probablemente se convertirá en un parásito, sin posibilidad de lograr un pleno ajuste y el individuo que poseía una gran madurez e independencia antes de quedar ciego, probablemente afrontará con mayor equilibrio la ceguera. Una vez superada la época del susto y la crisis de depresión, que en cierto modo, es expresión de la nostalgia que siente al haber perdido un sentido, éste paciente podrá situarse en la sociedad de igual modo que una persona que ve, en un lugar apropiado a su condición de ciego.

También es preciso, que el médico esclarezca las causas de la ceguera a sus pacientes, puesto que puede ayudar mucho a disipar las ideas supersticiosas e irracionales en relación con la ceguera. (castigo por algún pecado cometido en el pasado).

5.3.2.2. Baja Visión: Una persona con baja visión es aquella con una incapacidad de la función visual aún después de tratamiento y/o corrección refractura común con agudeza visual en el mejor ojo 6/18 a percepción de la luz o campo visual menor de 10 grados donde el punto de fijación, pero que sea potencialmente capaz de usar la visión para planificación y ejecución de tareas (OMS, 1992).

5.3.3. Características de las personas con limitación visual: Una idea muy arraigada en el sentir popular es que las personas con limitación visual es diferente a los demás, por carecer total o parcialmente de la visión por consiguiente, se cree que esta impedido para realizar muchas actividades de la vida cotidiana, tales como desplazarse solo, cocinar, coser, etc. Estas son falsas creencias porque el individuo puede hacer las mismas cosas que otros, utilizando para ello sus otros sentidos como son; el oído, tacto, el olfato y el gusto.

El hecho de que una persona no tenga su visión, no quiere decir que no pueda apreciar una buena comida, disfrutar, apoyándose en la utilización de elementos que le permiten mejorar el desempeño de actividades sustituyendo con ellos la visión (bastón, regleta y el punzón, la impresora, braille etc.). Las personas tienen las mismas capacidades que el vidente, a nivel de inteligencia puede estudiar o realizar actividades laborales diversas, poseen sentimientos como todos, el hecho de no ver no quiere decir que no se perciba lo que esta sucediendo alrededor, por ejemplo, si hace calor o frío, si hace sol o esta lloviendo. Se puede decir que entre ellos existen las mismas diferencias individuales que se dan en la población vidente, en cuanto a su inteligencia, personalidad, motivación, etc. Ejemplo, hay videntes que son de mal genio, otros son calmados, alegres, extrovertidos, retraídos, con aptitudes para la música, los idiomas, el deporte y así sucesivamente. Esto quiere decir que no existe un estereotipo del ciego, sino que

sus características como las de todos nosotros dependen de las condiciones individuales, el medio ambiente que nos rodea y la crianza que hayan recibido.⁴¹

5.3.4. Aceptación y Adaptación a la Limitación Visual: La aceptación de la limitación visual se refiere al conocimiento que la persona adquiere de su condición física y sus posibilidades vitales. Este conocimiento incluye el aspecto biológico, el psicológico y el social de su condición, ya que la persona debe asumir las implicaciones de su discapacidad en cada uno de estos niveles.

La adaptación por otro lado, se refiere al proceso de acomodación al medio ambiente, incluyendo el desarrollo de habilidades y destrezas para el manejo de su condición física. Un ejemplo de esto es cuando la persona con limitación visual aprende a utilizar el bastón para guiarse en sus desplazamiento, logrando una adaptación física para su movilidad.

Por otro lado, el aceptar y adaptarse a una limitación visual, es un proceso complejo en el que intervienen factores externos e internos. Dentro de los factores externos hay que tener en cuenta la edad, sexo, nivel socioeconómico y cultural.

También la edad de adquisición de la misma; podría decirse que quien pierde su visión en la edad adulta o en la tercera edad, va a tener mayor dificultad para adaptarse porque durante su vida, ha dependido en gran parte de la visión para

⁴¹ JIMENEZ, Eleanora, ARIAS, Patricia. *Participemos todos. Aspectos psicosocial del limitado visual. Editorial, INCI. 1ª Edición. Abril de 2000. Santafé de Bogotá p. 11 – 13.*

desarrollar buena parte de sus actividades. En el caso del ciego congénito, no tendría ningún punto de referencia visual, ni una situación anterior comparable con la actual, lo cual hace que realice su proceso de aprendizaje desde un comienzo como limitado visual y que esto facilite su adaptación. Sin embargo, la persona ciega de nacimiento también va a tener que aceptarse como tal y está dependerá en gran medida de la forma como se desarrolle su relación con otros. “Toda acción sobre el ojo, incluso mera fantasía de una amenaza sobre la capacidad visual desencadena algún tipo de miedo en el paciente. Dado que la deficiencia del acto visual condiciona siempre, en mayor o menor grado, una pérdida de contacto con el entorno, el enfermo oftalmológico es probablemente siempre un paciente que se encuentra en una situación emocional especial” (Schultz – Zehder /Bischhof 1986, p. 1048 ss).

Aspecto relacionado con los factores internos. Dentro de estos se han descrito cinco etapas principales que hacen parte del proceso de ajuste a una discapacidad permanente; Shock, expectativas de recuperación, duelo, defensas y finalmente ajuste.⁴²

5.3.4.1. Estado de Shock: Si un adulto se queda ciego de un modo repentino, reacciona casi siempre con una inmovilidad psíquica total. Esta reacción ha venido llamándose estado de shock. Durante este período que puede durar desde un par de días hasta varias semanas, la persona está incapacitada para toda

⁴² *Ibid* p. 15 – 23.

función sensitiva e intelectual, no puede ni sentir, ni pensar. Durante este estado el enfermo trata de aislar sus sentimientos y sus interés de todo lo que se relaciona con su nuevo estado a fin de defenderse del intenso dolor que su condición puede producirle. Puede entonces considerarse el estado de shock como un período definitivamente anestésico.

La intensidad y la capacidad de recuperación subsiguiente al estado de shock depende de la resistencia del ego y la madurez adquirida en el momento de producir la invalidez. Si un individuo ha aprendido a luchar con valentía y decisión con problemas difíciles durante su vida anterior, experiencia, determinará en gran parte su capacidad de reacción y recuperación frente a la ceguera. Suponiendo, naturalmente, que no le presenten graves obstáculos exteriores, se puede formular la siguiente hipótesis: cuanto mayor sea la duración del estado de shock y mayor el número de factores que producen el shock, es más difícil la rehabilitación de la persona ciega y en intento de prevenir un estado de depresión muchas veces hace que el enfermo permanezca más tiempo en estado de shock, es decir lo prolonga.⁴³

5.3.4.2. Etapa de Expectativas de Recuperación: Se presenta esperanzas de mejorar y se incluye la preocupación sobre el manejo de la limitación visual. No existe motivación para aprender a vivir con ella, más bien se espera que

⁴³ CHOLDEN, Louis. *Un Psiquiatra trabaja sobre la ceguera. Instituto Nacional para Ciegos. INCI. Colombia. 1998. p. 49-50.*

desaparezca. Se encuentra incapacitado para aprender acciones que promuevan el ajuste.⁴⁴

5.3.4.3. Etapa de Depresión – Duelo: A menudo que la persona ciega empieza a reaccionar, sus reacciones y sentimientos se asemejan bastante a la llamada “depresión reactiva”. Son frecuentes la autocensura y autocompasión, y abundan los sentimientos desesperados, incluyendo la idea de suicidio. Suele haber una descomposición psicomotriz. Es ahora cuando el paciente esta reaccionando emocionalmente a su pérdida. Comprende que ha perdido su vista y llorara sus ojos, pues para el han muerto, ya que la persona que se queda sin vista ha de morir como vidente, para nacer de nuevo como ciego. La persona que ha adquirido una incapacidad debe tomar plena conciencia de que perdió algo de si mismo, que es una persona diferente, con distintas capacidades y potencialidades de las que poseía anteriormente. Naturalmente notará la falta del órgano perdido, pero también se dará cuenta del cambio que haya podido producirse en su apariencia física y en los más hondo de sí mismo. Sin embargo, lo que constituye el hecho esencial para que un proceso de rehabilitación consiga su propósito, es justamente el cambio producido en el concepto personal propio. Darse cuenta que es preciso modificar la idea anterior que uno tenía de si mismo, es una exigencia previa y necesaria para aceptarse la condición de invalido y sacar mayor partido de ella.

⁴⁴ JIMENEZ, Eleonora. *Op Cit*, p. 19.

La depresión es una realidad con la que hay que contar, y se halla estrechamente unida a la sensación de dependencia que debe soportar toda persona que acaba de quedarse ciega. De entre los muchos problemas inherentes al proceso de rehabilitación, no son los menos numerosos los que se relacionan con la falta de independencia personal. Durante la primera época de la ceguera, la persona necesita de los demás hasta en las exigencias más elementales, incluso necesita que le den de comer. Después de quedar ciega, la persona parece haber vuelto a la infancia. Esto precisamente está en completo acuerdo con la idea de renacimiento, imposible de separar de un auténtico proceso de rehabilitación. Su dependencia despierta en él conflictos propios de los niños. Las personas que en su vida anterior tuvieron ya necesidad de dependencia, suelen usar la ceguera como una racionalización de estas exigencias, latentes en ellos desde siempre.

Los problemas relacionados con la aceptación plena y total de la ceguera, presupone un estado emocional y cognoscitivo previo al proceso afectivo de rehabilitación. La persona invalida ha de tener conciencia de su afecto antes de aprender a vivir con él. En el caso de la ceguera supone un gran alivio al acertar que se es ciego, una vez aceptado, se puede empezar a analizar las limitaciones que ocasiona y las posibilidades que aún quedan abiertas.

5.3.4.4. Etapa de Defensa: Se caracteriza porque el individuo hace esfuerzos por hacer lo menos notoria posible su condición visual. Pueden presentarse rechazos a los símbolos de la ceguera como el bastón y el braille. Otra defensa es desarrollar pensamientos de logro y realizaciones personales que nunca se van a

concretar. Otra es proyectar en otros la culpa o responsabilidad por las dificultades que se viven.

5.3.4.5. Etapa de Ajuste. No consideran su discapacidad como barrera contra la que deben luchar, encuentran formas de satisfacer sus necesidades y se consideran personas aptas. Se entiende como una experiencia de la vida, al estudiar, trabajar o establecer relaciones de pareja, comienza a ser parte de un proyecto de vida basado en posibilidades.⁴⁵

Se debe tener en cuenta que las reacciones son muy diferentes a nivel individual, por lo que es un error generalizar o encasillar a todos los afectados bajo los mismos parámetros. Además la evolución del proceso en un solo individuo no es estrictamente lineal y se puede observar retroceso en las fases que ya se creían superadas.⁴⁶

A manera de conclusión se puede decir que en nuestra sociedad encontramos una gran variedad de personalidades, cada ser humano es un universo, es único en el mundo, cada individuo va estructurando su personalidad dependiendo de su estilo de vida, de lo hereditario, de los recursos con que cuenta para afrontar las dificultades que se le pueden presentar, etc. Esto también se observa en las personas discapacitadas ya que cada una de ellas es diferente. La discapacidad

⁴⁵ JIMENEZ, Eleonora. *Op Cit.* p. 21 – 23.

⁴⁶ MAYA, Luis. *El Servicio de Psicología para discapacitados Visuales en el Marco de la rehabilitación funcional.* Editorial INCI. Colombia 1999.

conlleva a la restricción para realizar diferentes actividades que la sociedad considera normales. El ser una persona discapacitada va a determinar que al realizar ciertas actividades necesite un gran esfuerzo para conseguir los mismos resultados si se compara con las demás personas. Los investigadores no están de acuerdo con la opinión de muchos autores que al referirse a personas discapacitadas opinan que son individuos que tienen gran deficiencia en el rendimiento funcional de la actividad cotidiana ya sea, en la ejecución de tareas, aptitudes y conductas por el contrario se piensa que los discapacitados tienen un gran potencial que debe ser explotado, que se le debe dar una atención integral que abarque rehabilitación así como su incorporación a la sociedad.

Al hablar de discapacidad se debe tener presente que existen diversas causas de ésta y que en cada una de ellas esta implícita un impacto en la persona dependiendo del tipo de causa. Así se habla de causa sociocultural y ambiental, genético o hereditaria, enfermedad, accidentes y desastres. Pero se debe tener en cuenta que la intensidad del impacto se da dependiendo de la estructura de la personalidad del individuo.

Se esta de acuerdo con el autor Power P.C. cuando comenta que aquella persona que nace con una discapacidad se adapta más fácilmente ya que no ha conocido nada más, que aquel que presenta la discapacidad por un accidente o enfermedad. Resulta muy difícil para un ser humano que lleva un estilo de vida propio, cambiar a otro y más que todo adaptarse a todo lo que éste incluye. Los limitados visuales son personas muy valiosas puesto que, tienen las mismas

capacidades del vidente, que poseen sentimientos como todos nosotros y que los expresan de alguna manera, que disfruta de un paseo, de espectáculos, etc. Pero una limitación visual constituye una pérdida muy grande para el individuo que puede afectar el auto concepto y la autoestima de quien la posee. Esto se evidencia cuando no se ha culminado con el proceso de rehabilitación y esa persona tiene muchas dudas acerca de la posibilidad de realizar actividades cotidianas, posee temores de conservar sus vínculos afectivos o de iniciar nuevas relaciones interpersonales, de poder salir adelante, presenta ideas irracionales o esquemas maladaptativos que pueden desencadenar en una depresión. En este proceso de adaptación de la limitación visual se debe tener en cuenta varios factores importantes tales, como el sexo, la edad, cultura, adquisición de la limitación, este proceso consta de cinco etapas fundamentales. El estado de shock en donde la persona no logra concebir que tiene una limitación. La etapa de expectativas de recuperación que instaura la creencia que se cometió un error el cual se puede corregir, presentan esperanzas de mejorar la etapa de duelo que esta acompañado por estado de depresión y pensamiento suicida, la etapa de defensa en donde la persona utiliza diferentes mecanismos para hacer menos notoria la condición visual. Finalmente, se llega a la etapa de ajuste en donde la persona no considera la discapacidad como una barrera con la que hay que luchar sino por el contrario la ve como una experiencia más de la vida, busca la forma de satisfacer sus necesidades de ser feliz y se considera apta y útiles a la sociedad. El valorar un discapacitado brindará la oportunidad de adquirir una gran experiencia sobre el modo en que estas personas enfrentan las situaciones

de la vida, los pensamientos que los rigen y los sentimientos que le generan estas.

5.3.5. Investigaciones sobre ceguera, miedo a la pérdida de la visión, suicidio y el delirio paranoide de los ciegos. La pérdida de la visión puede producir distintos grados de sufrimiento psíquicos, por lo cual se han llevado a cabo investigaciones que pretenden darle una explicación al comportamiento y al estado que presentan las personas. Así mismo sirve como soporte para nuestra investigación. Entre los estudios realizados se encuentran: ceguera, miedo a la pérdida de la visión y suicidio y el delirio paranoide de los ciegos.⁴⁷

Los doctores De Leo D, Hickey Pa, Meneghel G y Cantor CH en su investigación sobre ceguera, miedo a la pérdida de visión y suicidio, encontraron que el síntoma más común en los ciegos es la depresión, de duración y gravedad variable, acompañada de una notable discrepancia y gravedad variable, acompañada de una notable discrepancia entre los pacientes con distintos problemas visuales entre los ciegos y los afectados por una pérdida parcial de la visión. Encontraron que los pacientes que presentan una pérdida parcial de la visión manifestaron un cuadro psicopatológico caracterizado por humor, depresión, ira, hostilidad, mientras que los individuos totalmente ciegos tienen que enfrentarse a una situación irreversible, lo cual le permite aceptar su nuevo papel social y los hace más adaptables a las técnicas de rehabilitación.

⁴⁷ <http://www.casadental.com/diseño-full/depresión.htm>.

Así mismo, se observó que el 90% de los pacientes con ceguera adquirida, mostraron un humor depresivo acompañado por síntomas tales como: insomnio, pérdida del apetito, aislamiento social, pérdida de la autoestima, llantos e ideas de suicidio. Además de estos dos tercios de los pacientes manifestaron deterioro de una sintomatología somática preexistente, la cual se volvió más crónica a lo largo de 4 años. El síndrome depresivo – ansioso fue el que más prevaleció en un 50%.

De la misma forma este estudio mostró que el tipo de personalidad dependiente constituye un impedimento para el desarrollo de la vida alternativa. También encontró que la familia de estos pacientes mostraron cuatro reacciones diferentes: negación, rechazo, aceptación o sobreprotección, esta última es la más frecuente y contraproducente porque refuerza dependencia física y financiera del paciente. En las familias con antecedentes de cegueras hay una mayor aceptación.

También realizó un estudio cuyo objetivo fue analizar las diferencias que existen en los suicidios de individuos con deterioro visual y aquellos con deterioro auditivo. En esta investigación se encontró 12 personas con deterioro visual y 7 con problemas de audición; la edad promedio es de 44 y 48 años respectivamente. En su mayoría se encontró una ansiedad sustancial y miedo a cerca de la pérdida progresiva de la visión. El 8% de las personas que se suicidaron tendrían deterioro visual y el 63% trastornos auditivos, algunos de ellos habían presentado episodios traumáticos.

Los resultados de la investigación sugiere que la pérdida de la visión parece inducir a las personas a un estrés psicológico grave que pueda llevar al suicidio, en muchos casos la ceguera produce un shock emocional que provoca reacciones fuertes con cambios en el humor y el comportamiento.

Otro estudio fue el desarrollado por el Doctor Daniel Alberto Vidal que se llamó el delirio paranoide de los ciegos en una población total de 362 pacientes con ceguera adquirida y en etapa de pre – ceguera avanzada por enfermedades oftalmológica progresivas y traumatismos, llevándose a cabo en el servicio psicopatológico del hospital oftalmológico de Santa Lucia en la ciudad de Buenos Aires.

En esta investigación se halló que el 2% de la población mundial es ciega, y las causas más frecuentes son: traumatismo, glaucoma crónica, retinopatías, estrabismo, estas personas presentan frecuentemente entre los 2 a 7 días subsiguientes un cuadro de despersonalización, sintiendo a veces una sensación de irrealidad. En el aspecto psicológico, el paciente no está ciego mientras viva con cierta esperanza de curación; sólo cuando se desengaña, asume que su ceguera es irreversible, es cuando realmente debe considerarse ciego.

También se encontró que los rasgos de personalidad hallados con más frecuencia, aunque con intensidad variable, es la disminución o pérdida del sentido social,

recelo o desconfianza, susceptibilidad, tendencia al autorreferimiento, egocentrismo, rigidez, actitudes hostiles.

De la misma forma se encontró que el cuadro depresivo es el más frecuente en las enfermedades oftalmológicas hallándose:

- Cuadros depresivos moderados: 7 casos (58.38%).
- Cuadro depresivos graves: 3 casos (25 %).
- Cuadros depresivos Leves: 2 casos (16.66%)

La ideación suicida se comprobó en tres casos, con la creación de un intento.

5.3.6. Estudio realizado sobre las consecuencias psíquicas de la pérdida visual inminente. La ceguera se caracteriza (en la mayoría de los casos) por ser un hecho irrevocable; el desarrollo de las enfermedades oftalmológicas, cuyo pronóstico es incierto y negativo, sin embargo suele ser incierto. Esto supone para los afectados una vida temiendo quedarse ciego y a su vez llena de esperanzas, que la progresiva pérdida visual hace añicos e implica una constante inseguridad para los planes del futuro (Roder, 1996).

Kell en 1995. llevó a cabo una encuesta entre 249 alumnos y alumnas de la Deutsche Blindestudienanstalt (Institución Alemana de Ceguera) de Masbug, en la que se refleja el correspondiente porcentaje de personas ciegas deficientes

visuales graves y deficientes visuales en donde el pronóstico de la deficiencia visual es el siguiente:

Estable	60 (30.1%)
Negativo	35 (20.5%)
Dudoso	76 (44.4%)

Inclusive los deficientes visuales graves (n= 171). Meramente el 35% de todos los alumnos parten de un resto visual estable.

Los datos mencionados anteriormente no son representativos, dada la estructura de edad específica, pese a ello ilustra la enorme incertidumbre con la que conviven una gran parte de jóvenes deficientes visuales. Tal es el miedo. Las reacciones ante la enfermedad son de diversa intensidad en cada caso individual, pero se manifiesta temporal o constantemente y siempre esta presente alguna forma. "Toda acción sobre el ojo, incluso mera fantasía de una amenaza sobre la capacidad visual desencadena algún tipo de miedo en el paciente". Dado que la deficiencia del acto visual condiciona siempre una pérdida del contacto con el entorno, por esto es probablemente siempre un paciente que se encuentra en una situación emocional especial.

Por tanto afrontar y superar el miedo pasa al primer plano de la atención psico – social para comprender mejor la inseguridad vital, profunda y los miedos relacionados con ésta.

Los estudios de Bronda (1887) han mostrado que diferentes circunstancias (independientes del cuadro médico específico) pueden resultar agravantes. Entre estos factores agravantes se encuentran:

- Amenaza de la integridad corporal y bienestar (por enfermedad o medidas de tratamiento).
- Invalidez o discapacidad física.
- Modificaciones corporales irreversibles.
- Dolor o malestar y otros síntomas negativos de enfermedad o tratamiento.
- Amenaza de autoconcepto y de los planes del futuro.
- Incertidumbre sobre el desarrollo de la enfermedad y de su futuro.
- Riesgos de las metas futuras y de los valores.
- Pérdida de la autonomía y del control.
- Peligro para el equilibrio emocional: tolerar necesariamente sentimientos de miedo, enfado y otras emociones resultantes del estrés.
- Riesgos al realizar roles y actividades conocidas.
- Separación de familia, amigos y otros conocidos de la red social.
- Pérdida de importantes funciones sociales.
- Necesidades de depender de otros.
- Amenazas resultantes de la exigencia de adaptación a un nuevo entorno físico y social nuevo.
- Problemas relacionados con la comprensión de la terminología y peculiaridades médicas.

- Necesidad de tomar decisiones en situaciones de estrés o inhabilidades.

Estos factores de riesgo independientes del cuadro médico específico, proporcionan un panorama de las posibles vivencias o acontecimientos agravantes, que han de afrontar, las personas con discapacidades traumáticas o enfermedades crónicas. En el momento de afrontar o el acomodo a los acontecimientos o vivencias estresantes (factores de estrés) se denomina superación; en este proceso participan además de elementos fisiológicos, emocionales también cognoscitivos, sobre todo valoraciones cognitivas que se refieren al grado de amenaza y por otro lado al repertorio de superación de que dispone el individuo.⁴⁸

5.4. EDAD ADULTA TEMPRANA.

La edad adulta temprana comprende de los 20 a los 40 años se dice que los progresos más importantes ocurren en esta etapa sobre todo a los 20 años ya que el funcionamiento sensorial llega hacia nuestro máximo nivel. Hay unos autores que la llaman etapa de la juventud, la cual tiene las siguientes tareas:

- Lograr autonomía.
- Moldear una identidad.
- Desarrollar estabilidad emocional.
- Establecer y consolidar una carrera.

⁴⁸ KLOSE, Vive. *Entre dos mundos. Revista de Traducción sobre discapacidad visual No. 7. Febrero de 1998. p. 27.*

- Encontrar intimidad.
- Convertirse en partes de grupos sociales compatibles y de la comunidad.
- Seleccionar una pareja y ajustarse al matrimonio, convertirse en padres y criar hijos.

Roger Gould adoptó una posición más cognoscitiva al estudiar el curso del desarrollo durante la vida adulta. Los estudios de Gould (1978) incluyen tanto hombres como mujeres, aunque sus sujetos de ningún modo eran representativos. Gould y sus colaboradores examinaron extensas historias de hombres y mujeres de 16 a 60 años. A partir de estos perfiles extranjeros, visiones del mundo características de diferentes etapas adultas. Estaba interesado en los supuestos, ideas, mitos y visiones del mundo en diferentes períodos de la vida adulta.⁴⁹

Su teoría se llama fases de la vida, ha tomado el desarrollo humano y lo ha dividido por fases, para llegar a esto presento dos estudios, el primero fue un reporte descriptivo de observaciones transversales de pacientes psiquiátricos externos; el segundo grupo se basó en respuestas de cuestionarios de sujetos que no recibían psicoterapia (personas comunes y corrientes que nunca han ido donde un psicólogo). Este señor realizó una investigación solo de lo que observaba, describió, estudio y analizó lo que cada uno de los pacientes sentían y decían. Realizó siete agrupaciones de edades. En ambos grupos se basó en edades

⁴⁹ CRAIG, Grace. *Desarrollo Psicológico*. 7ª Edición. Editorial Prentice Hall. México, 1997. P. 498 – 499.

homogéneas, en cada grupo escogió un subgrupo de ambos grupos, que tenían la misma edad y la misma respuesta.

- a. Fase va de los 16 a los 18 años.
- b. Fase va de los 18 a 22 años, aparece un deseo de tener intimidad, deseo de no ser corregido por la familia o padres, deseo de más independencia.
- c. Fase de agrupación va de 22 a 29 años, aparece el deseo de contraer matrimonio, deseo de culminar una profesión, deseo de aceptar los hijos que vienen. Llegando deben aceptar la total responsabilidad para su vida renunciando a la esperanza de la continua ayuda paterna. Esto más que sacudirse del dominio de la madre o del padre; exige la construcción activa y positiva de una vida madura, conquistar el mundo propio también aporta la energía de la introspección constante y el centrarse en uno mismo.
- d. Fase va de los 29 a 35 años, aparece un deseo de tener competencia como adulto, deseo de crecer interiormente, y deseo de construir el futuro. En esta fase ocurre un cambio significativo hacia las actividades de los adultos, revelando un sentimiento de competencia y reconocimiento de las limitaciones se ha necesitado lograr la suficiente conciencia adulta la fortaleza o la integridad. Puede volverse a la superficie dotes, fuerzas y deseos suprimidos durante los 20 porque no encajaban en el despliegue del proyecto original. El crecimiento durante esta etapa exige romper con las rígidas expectativas de los 20 y adoptar una postura más razonable "lo que consigo esta directamente relacionado con que tanto esfuerzo estoy dispuesto a hacer". Empiezan a

cultivar intereses, los valores y las cualidades que perduran y progresan durante toda la vida adulta.

- e. Esta etapa va de los 35 a 43 años aparece un deseo mayor de conciencia que el tiempo se escurre, urgencia de lograr metas y control sobre los hijos adolescentes tiene la participación definitiva en el mundo de los adultos ya que esta gente se convierte en la principal autoridad tanto de los más jóvenes como de los mayores, los padres ya no lo controlan y sus hijos aún no lo desafían con eficacia. Están como dice Gould "En el bosque de la vida". A la vez sufren una repentina presión de tiempo y un miedo de que no puedan cumplir con todas sus metas. El impulso por la estabilidad y la seguridad, el más importante durante los 30 es sustituido por la necesidad de la acción inmediata y los resultados. No hay lugar para más dilataciones.
- f. Va de los 43 a 50 años.
- g. Esta etapa va de los 50 a los 60 años.

Se han detallado las fases que comprenden de los 20 a 40 años, puesto que son las edades en las que se basó este estudio.

6. METODOLOGIA

6.1. DISEÑO

El estudio a realizar es descriptivo – comparativo, según Ovalle, Víctor y Vázquez Francisco⁵⁰ que en el documento de Conceptualización, Diseño y presentación de informes de grado retoman a Abello Madariaga quien menciona que este tipo de investigación trata de describir las principales modalidades de formación, cambios o estructuras de un fenómeno, pero sin intentar determinar relaciones causales. Según el tipo de diseño, el estudio es no experimental transaccional descriptivo, que tiene como objetivo, indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables, recolectar datos en un único tiempo. Su propósito es describir variables.⁵¹

⁵⁰ OVALLE, Victor; VASQUEZ, Francisco. *Conceptualización, Diseño y Presentación de informes de grado en Psicología y Ciencias Sociales. Documento sin editar, 1997.*

⁵¹ HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos; BATISTA, Pilar. *Metodología de la Investigación. Editorial Mc Graw Hill, 2ª Edición. México, 1991. P. 186 – 187.*

6.2. POBLACION

La población de esta investigación son los adultos tempranos con discapacidad sensorial visual que oscilan entre las edades de 20 -40 años del Departamento del Atlántico, considerando como fuente la información arrojada por el DANE en el Censo del 2000, la población esta conformada por 246 personas con D.S.V.

6.3. MUESTRA

El muestro es no aleatorio, denominado muestreo intencional o basada en criterios, puesto que en este tipo de muestra se eligen una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persiguen la investigación.⁵²

Ya que se eligieron a los sujetos que presentaron las siguientes características:

1. Que presenten discapacidad sensorial visual.
2. Que las personas discapacitadas tengan una edad que oscile entre los 20 – 40 años.
3. Que sean personas escolarizadas.
4. Que presenten depresión leve o moderada.

⁵² MARTINEZ, Miguel. *La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación*. p. 55.

De los 246 personas que hicieron parte de la población, 38 cumplieron con las tres primeras características y sólo 17 hicieron parte de la investigación.

6.4. TECNICAS E INSTRUMENTOS.

La recolección de la información del presente estudio se llevó a cabo mediante la aplicación de distintas pruebas, que arrojaron datos sobre las siguientes variables de estudio:

- Tipo de Depresión (Leve o moderada) por medio del inventario de depresión de Beck.
- Creencias irracionales que se encuentran más arraigadas en los adultos con discapacidad visual utilizando el IBT de Jones.
- La discapacidad, el componente de la tríada cognitiva (visión de si mismo, mundo, futuro) y los pensamientos deformados que se encuentran más arraigados en la población que es objeto de estudio, utilizando un cuestionario que ha sido elaborado por las investigadoras. (cuestionario de la triada cognitiva).

El inventario de la Depresión de Beck, fue el primer instrumento que se aplicó, con el fin de identificar los adultos con discapacidad visual, que presentan depresión leve o moderada. Este test consta de 21 preguntas, donde la puntuación más alta que se puede obtener de las 21 preguntas es tres, el total más alto posible de todo el test será de 63 (lo que indica que se marcó tres en

todos los ítems). Como la puntuación más baja de cada pregunta es cero, la puntuación más baja posible del test será cero (lo que indica que se marcó cero en todas las preguntas). Cuanto más elevada sea la puntuación total tanto más grave será la depresión. En cambio cuanto más baja sea, mejor será el estado de ánimo de quien se le aplicó el test.

Guía para interpretación del inventario.

Puntuación total	Niveles de Depresión
1 – 10	Estados altibajos considerados normales.
11 – 16	Leve perturbación del estado de ánimo.
17 – 20	Estados de Depresión Intermitentes.
21 – 30	Depresión Moderada.
31 – 40	Depresión Grave.
Más de 40	Depresión Extrema.

El IBT de Jones es un cuestionario que consta de 79 preguntas, donde cada pregunta presenta 5 alternativas de preguntas

- 1 : Muy de acuerdo.
- 2 : Moderadamente de acuerdo.
- 3 : Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4 : Moderadamente en desacuerdo.

5 : Muy en desacuerdo.

En este cuestionario todas las preguntas que terminan con el mismo número miden la misma creencia irracional. Para interpretar cuantitativamente este cuestionario hay que utilizar la campana de Gauss y dos medidas que son la media y la media desviación que se restan y se suman al resultado. Si el resultado se pasa de las medidas establecidas el sujeto presenta creencias irracional. Para interpretar hay que tener en cuenta la respuesta del número 5 que se presenta con una pequeña circunferencia en la parte superior derecha, quiere decir que el puntaje es invertido o sea, que si se marca 5 se cuenta como 1, si se marca 1 se cuenta como 5 (1= 5; 2=4; 3=3). Así mismo hay que tener en cuenta las siguientes medidas.

Todos los ítems terminados en 1 – 11 – 21 – 31 – 41 –51 –61 –71 evalúan necesidades de aprobación.

Media = 22.78

Estándar = 4.

Los ítems 2 – 12 –22 –32 –42 –52 –62 –72 evalúan autoexigencia

Media = 25.18

Estándar = 4.32.

Los ítems 3 – 13 – 23 – 33- 43 –53 – 63 – 73 evalúan culpar a otros.

Media = 27.37

Estándar = 4.23

Los ítems 4 – 14 – 24 – 34 – 44 – 54- 64 –74 miden reacción a la frustración.

Media = 23.70

Estándar = 5.06

Los ítems 5 – 15 – 25 – 35 – 45 – 55-65 –75 miden irresponsabilidad emocional.

Media = 18.35

Estándar = 4.56.

Los ítems 6 – 16 – 26 – 36 – 46 – 56- 66 –76 miden ansiedad por preocupación.

Media = 27.01

Estándar = 4.86.

Los ítems 7 – 17 – 27 – 37 – 47 – 57 –67 –77 miden dependencia.

Media = 24.07

Estándar = 4.73

Los ítems 8-18- 28- 38 –48 –58 –68 –78 miden influencia del pasado.

Media = 23.08

Estándar = 4.54

Los ítems 9 –19-29-39-49-59-69-79 miden perfeccionismo.

Media = 26.51

Estándar = 3.83

Sabemos que se suman los resultados de las preguntas terminadas en cada uno de los números (por ejemplo, tomamos los terminados en el número 1, los sumamos es igual a 17, no se encuentran en la campana de gauss, lo que indica que se presenta la creencia irracional de necesidad de aprobación.

Por último se encuentra el cuestionario Tríada Cognitiva elaborado por las investigadoras, el cual posee validez externa. Este consta de dos apartados, el primero nos ayudará a reconocer al sujeto (datos personales, familiares y sobre cómo ocurrió las discapacidad). El segundo apartado presenta 45 preguntas con 5 opciones de respuesta.

1 = Nunca

2 = Casi nunca

3 = algunas veces

4 = Casi siempre

5 = Siempre

Las 15 primeras preguntas miden de la tríada cognitiva el componente de sí mismo, de la pregunta 16 – 30 componente mundo y de la pregunta 31 – 45 componente futuro. Así mismo, teniendo en cuenta y el puntaje siendo 15 el más bajo (si se responde con 1) y 75 el más alto (si se responde con 5 en todos los ítems que correspondan al componente). Entre más bajo sea el puntaje menos es la probabilidad de que se presente el componente, entre más alto sea el puntaje mayor es la probabilidad que este componente este estructurado en el sujeto (ver anexos).

6.5. PROCEDIMIENTO

Esta investigación surgió por una inquietud de las investigadoras ya que se han realizado estudios sobre creencias irracionales en jóvenes y en fármaco dependiente y es interesante observar que en las revisiones bibliográficas realizadas no se ha encontrado investigaciones de creencias irracionales en discapacitados, que era la propuesta inicial a investigar; pero esta se ha ido limitando, hasta que se escogió trabajar sobre: Descripción de las creencias irracionales en adultos discapacitados sensoriales visuales con depresión que residen en el Departamento del Atlántico. La realización de este proyecto de investigación fue programada, de tal forma que se llevó a cabo en tres etapas: la primera de ellas, estuvo destinada a la revisión bibliográfica y enriquecimiento del

marco teórico, que se realizó durante todo el proceso, para ello se consultó distintas fuentes bibliográficas pertinentes al tema de investigación. La segunda etapa, estuvo relacionada con la delimitación de la muestra que se determinó considerando como fuente la información arrojada por el DANE y el Censo del 2000 en donde se tuvo en cuenta las siguientes características: Que presenten Discapacidad Sensorial Visual y depresión leve y/o moderada; que las personas con limitación visual tengan una edad que oscile entre los 20 y 40 años. Al igual que se escogieron los test e instrumentos a utilizar tales como: el inventario de depresión de Beck, el IBT de Jones y el cuestionario Tríada cognitiva elaborado por las investigadoras. La tercera etapa, se llevó a cabo con la aplicación de los instrumentos y la obtención de los resultados.

En primera instancia se seleccionó a los municipios que tuvieran mayor número de discapacitados sensoriales visuales, al igual que el lugar en el que se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en forma individual, puesto que la gran mayoría de los discapacitados sensoriales visuales no manejan la lectura braille, y si el instrumento escrito no se lee bien, ni se comprenden las instrucciones puede influir de manera negativa en la validez, por esto los instrumentos fueron leídos por las investigadoras. El primer instrumento aplicado fue el inventario de la depresión de Beck, con el fin de identificar a los discapacitados sensoriales visuales que presentaban este trastorno psicológico, al igual que el nivel de depresión que pudo ser leve y/o moderado.

Teniendo en cuenta estos niveles de la depresión, se aplicó el IBT de Jones cuyos resultados identificaron las creencias irracionales que presentaban los adultos discapacitados sensoriales visuales con depresión. Por último se utilizó el cuestionario tríada cognitiva que permitió obtener información personal, de la discapacidad sensorial visual y del componente de la tríada Cognitiva que se encuentra más afectado, así como los pensamientos deformados que los están manteniendo con el propósito de alcanzar los objetivos propuestos en la presente investigación. Posteriormente se realizó la recolección y análisis de los datos.

7. DEFINICION DE VARIABLES

7.1. CREENCIAS IRRACIONALES

7.1.1. Definición Conceptual: Ellis la define como cualquier pensamiento que tienen las personas sobre sus acontecimientos activadores y que tienden de manera importante y directa a ejercer una fuerte influencia sobre sus consecuencias cognitivas, emocionales y conductuales, y sobre la perturbaciones emocionales.⁵³

7.1.2. Definición Operacional

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
Creencias irracionales	Necesidad de Aprobación	1- N. De ser aprobado. 1- No necesita aprobación	Menor de 18.78 y mayor de 26.78 Entre 18.78 y 26.78
	Autoexigencia	2- N. De ser competente para sentirse válido. 2- No necesita ser competente par sentirse válido.	Menor de 20.86 y mayor de 29.3 Entre 20.86 y 29.3

⁵³ ELLIS, Op Cit. p. 27.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
Creencias irracionales	Culpar a otros	3- N. De castigar y culpar a otros.	Menor de 23.14 y mayor de 31.60
		3- Responsabilidad en los actos	Entre 23.14 y 31.60
	Reacción a la frustración	4- Baja tolerancia a la frustración.	Menor de 18.64 y mayor de 28.76
		4- Tolerancia a la frustración	Entre 18.64 y 28.76
	Irresponsabilidad emocional	5- Necesidad de control.	Menor de 13.79 y mayor de 22.91
		5- Control	Entre 13.79 y 22.91
	Ansiedad por preocupación	6- Ansiedad por preocupación	Menor de 22.15 y mayor de 31.87
		6- Ansiedad normal	Entre 22.15 y 31.87
	Dependencia	7- Dependencia	Menor de 19.34 y mayor de 29.70
		7- Independencia	Entre 19.34 y 29.70
	Influencia del pasado	8- Vive del pasado	Menor de 18.54 y mayor de 27.62
		8- Vive en el presente	Entre 18.54 y 27.62
Perfeccionismo	9- Perfeccionista	Menor de 22.67 y Mayor de 30.34	
	9- No perfeccionista	Entre 22.67 y 30.34	

7.2. DEPRESION

7.2.1. Definición Conceptual. Beck la define como un desorden afectivo, en el que sus definiciones incluyen múltiples criterios: motivacionales, cognitivos y fisiológicos, y cuyo común denominador es un disturbio severo en el humor o estado de ánimo.⁵⁴

⁵⁴ ARZA, *Op Cit.* p. 4.

7.2.2. Definición Operacional

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICES
Depresión	Leve	Síntomas anímicos, motivacionales, conductuales, cognitivos físicos e interpersonales que se presentan de manera atenuada.	11-20
	Moderada	Síntomas anímicos, motivacionales, cognitivos, físicos e interpersonales que se presentan de manera un poco más intensa.	21-30

7.3. DISCAPACIDAD SENSORIAL VISUAL

7.3.1. Definición Conceptual: Pertenecen a este grupo las personas que presentan limitaciones para ver. No todas las personas con limitaciones visual, tienen pérdida total de la visión. Algunas conservan un resto visual que le permita algún tipo de desempeño a nivel escolar, social, laboral, de mejor calidad que la persona totalmente ciega. A ésta se les conoce como personas con baja visión.⁵⁵

⁵⁵ ARTEETA, *Op Cit.* p. 11

7.3.2. Definición Operacional

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍNDICES
Discapacidad Sensorial Visual	Ceguera	Ausencia total de percepción visual	1/10 a 20/200
	Baja visión	Conservación de un resto visual que permite un tipo de desempeño escolar laboral, social	6/18

8. CONTROL DE VARIABLES

8.1. VARIABLES CONTROLADAS EN LOS SUJETOS

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Sexo	Escogiendo hombres y mujeres al aplicar los instrumentos	Permitirá comparar las diferencias en el género.
Nivel de Escolaridad	Se escogieron aquellos limitados visuales que tengan procesos básicos de lecto – escritura	No todas las personas poseen el mismo nivel de educación ⁵⁶ se requiere cierto nivel de educación para poder contestar los instrumentos
Nivel de Depresión	Se escogieron a los adultos con limitación visual que presenten nivel de depresión leve y/o moderada, por medio de los resultados obtenidos del inventario de la depresión de Beck.	Son objeto de estudio de la presente investigación. Ya que la depresión severa es el resultado de un proceso evolutivo de la misma incapacitándolo para la realización de cualquier actividad en su vida.

⁵⁶ HERNANDEZ, *Op Cit.* p. 75.

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Edad Adulta Temprana	Se escogieron los adultos D.S.V. de edades comprendidas 20 – 40 años	Porque es necesario delimitar la población además las tareas que se desarrollan en las etapas son diferentes. ⁵⁷

8.2. VARIABLES CONTROLADAS EN EL AMBIENTE

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Sitio de aplicación de los instrumentos	Escogiendo un lugar que presente una infraestructura adecuada para la aplicación de los instrumentos	Las condiciones en donde se aplica el instrumento de medición puede afectar la validez. ⁵⁸

8.3. VARIABLES CONTROLADAS EN LAS INVESTIGADORAS

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Las instrucciones de los instrumentos se den de forma precisa	Leyendo las instrucciones	Si el instrumento es escrito y no se lee bien, ni se comprende las instrucciones pueden influir de manera negativa en la validez. ⁵⁹ Y algunos de los sujetos no manejan la lectura en braille

⁵⁷ CRAIG, *Op Cit.* p. 499

⁵⁸ HERNANDEZ, *Op Cit.* p. 77.

⁵⁹ HERNANDEZ, Roberto *Op Cit.* p. 75

8.4. VARIABLES CONTROLADAS EN LOS INSTRUMENTOS

¿QUÉ?	¿CÓMO?	¿POR QUÉ?
Validez del cuestionario de la triada cognoscitiva	Sea revisada por expertos.	Se requiere de una persona objetiva, que verifique que las preguntas sean puntuales sobre lo que se desea investigar y de ésta manera, los resultados permitirán medir lo que las investigaciones desean medir.

9. RESULTADOS

Para llevar a cabo el análisis de resultados se tabuló la información en puntuaciones brutas y en porcentajes, se realizó redes causales y matrices descriptivas comparando variables y subcategorías. Para ello se utilizó la regla de tres simple, elevando las puntuaciones brutas al 100%, lo que permitió comparar las variables y subcategorías de la investigación. Por ejemplo:

Depresión leve = 14

Total de persona deprimida (TD)= 17

$$X = \frac{DL}{TD} \times 100\%$$

$$X = \frac{14}{17} \times 100\% = 82\%$$

Esto indica que el 82% de los sujetos que hicieron parte de la investigación presentaron depresión tipo leve.

En primera instancia se describirá la variable de depresión, con las diferentes subcategorías (leve - moderada) que se tuvieron en cuenta para escoger a los sujetos con los que se llevó a cabo la presente investigación. La muestra del

presente estudio estuvo conformada por 38 personas, quienes poseen las características requeridas para la investigación.

Se encontró que el 55.2% de los sujetos a los cuales se les aplicó el inventario de depresión de Beck no presentaron depresión, y solo el 44.73% presentaron depresión tipo leve y moderada, en donde el 36.83% presentaron depresión leve y el 7.89% presentaron depresión moderada (ver tabla 2). Cabe resaltar que no se encontró depresión de tipo profunda. Así mismo, se halló que entre las subcategorías leve y moderada hubo una alta incidencia en la depresión tipo leve.

Otra variable a la que se refiere el presente estudio es a la discapacidad sensorial visual que tiene como subcategorías la baja visión y la ceguera. Se encontró que las personas que presentaban baja visión y depresión leve equivale a un 64.70% (ver tabla 4), en donde se encuentra que el 23.52% son hombres y el 41.17% son mujeres. Hallando un mayor porcentaje de mujeres que presentan baja visión con depresión tipo leve. En cuanto a la subcategoría de ceguera se encontró que el 17.64% presentan depresión tipo leve, de los cuales el 11.76% equivale al porcentaje de los hombres y el 5.88% al de las mujeres. En cuanto a las personas con baja visión que presentan depresión tipo moderada es el de 5.88% que se dio sólo en hombres. Con respecto a la ceguera se halló que el 5.88% de los hombres presentan depresión, porcentaje que se dio igual en mujeres.

En esta investigación se encontró que no hay una diferencia significativa entre el grupo de adultos depresivos (44.73%) y los no depresivos (55.2%).

Por otra parte, en cuanto al proceso de aceptación y ajuste, se corroboró que la edad de los sujetos es un factor externo importante en el proceso de adaptación. Debido a que el mayor porcentaje (42.1%) de los sujetos que no presentaron depresión, perdieron la visión durante la adolescencia; realizaron su proceso de rehabilitación durante esta etapa como limitado visual, lo que facilitó su adaptación social física y psicológica. Otro de los factores externos que puede estar asociado en el proceso de ajuste es el sexo, puesto que en la presente investigación se observó una incidencia no muy significativa (52.83%) de mujeres que presentaron depresión.

En los factores a nivel interno, se debe tener en cuenta que las reacciones son muy diferentes a nivel individual, por lo que es un error generalizar o etiquetar a los afectados bajo los mismos parámetros. Además, la evolución del proceso en un solo individuo no es estrictamente lineal y se puede observar retroceso en las fases que ya se creían superadas,⁶⁰ por lo que se puede asegurar que a pesar del tiempo transcurrido de la pérdida de la visión, algunos sujetos pueden presentar nuevamente síntomas depresivos.

TRIADA COGNOSCITIVA (VER TABLA 5 y 6)

Al identificar cual de los componentes de la triada cognoscitiva se encuentra más afectado en los adultos DSV, se detectó la visión de si mismo y la visión del

⁶⁰ MAYA, Luis. *Op Cit*, p. 85

mundo. Hallando en la visión de si mismo, en el parámetro esperado un puntaje igual a 23.52% que equivale a los sujetos que no tienen afectado este componente, encontrando que un 76.44% de los sujetos tienen comprometido este componente en donde el parámetro leve de la triada es igual a 52.92% y el parámetro moderado de 23.52%; hallándose mayor incidencia en las mujeres con un 47.04%, mientras que en los hombres un 29.4%. Con respecto a la visión del mundo, en el parámetro esperado hubo un puntaje igual a 23.52%, mientras que en los sujetos que tienen comprometido este componente equivale a 76.44%; hallándose en el parámetro leve 47.04%, en el parámetro moderado se obtuvo 29.4%, mostrando una mayor incidencia en las mujeres con un 41.16% y en los hombres con un 35.28%. Es importante resaltar que el componente de visión del futuro no se encontró tan comprometido en comparación con los otros dos componentes. Se obtuvo en el parámetro esperado 47.05%, en el leve 23.52% y en el moderado 29.40%; siendo el porcentaje de los hombres un 23.52% y en las mujeres un 29.4%, lo que muestra que no se presenta una diferencia significativa entre los sexos por la preocupación por el futuro.

Se puede deducir que los componentes de la triada cognoscitiva que se encuentra más arraigada en los adultos DSV son: visión del mundo y visión de si mismo, los cuales están relacionados con el modelo cognitivo de la depresión que postula 3 conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de ésta; dentro del cual se encuentra la triada cognitiva. Teniendo en cuenta los resultados se puede decir que los DSV tienden a tener una visión negativa de si mismo percibiéndose desgraciado y de poco valor. Además atribuyen sus experiencias desagradables a

un defecto suyo, más que a su limitación visual o DSV.. Igualmente, se centran en la tendencia depresiva o interpretar sus experiencias de manera negativa y les parece que el mundo le hace demandas exageradas o les presenta obstáculos que no le permiten alcanzar sus objetivos.

PENSAMIENTOS DEFORMADOS (VER TABLA 7 Y 8).

Los pensamientos deformados que se midieron en esta investigación fueron: tener razón, culpabilidad, filtraje, razonamiento emocional, etiqueta global, interpretación del pensamiento, pensamiento polarizado, personalización, sobregeneralización, visión catastrófica, falacia de justicia, debería, falacia de control, falacia de cambio, falacia de recompensa divina; los cuales se evalúan dentro de tres categorías: parámetro esperado, medio y parámetro arraigado.

En el pensamiento deformado tener razón, se halló un alto porcentaje en el parámetro esperado de 76.47%, en donde el 41.17% corresponde a hombres y el 35.27% a mujeres. Solo el 23.52% de los sujetos presenta afectado este pensamiento. Esta puntuación se encuentra dividida de la siguiente manera: un 11.76% para la categoría medio, y un 11.76% para la categoría arraigada; en las dos categorías al tener en cuenta el género el 5.88% corresponde a mujeres y el 5.88% a hombres. A partir de estos resultados se puede decir que existe una notable diferencia entre el parámetro esperado y las categorías medio y arraigado; por lo que se puede inferir que este pensamiento no está afectado en los DSV, ya

que toman en cuenta las opiniones diferentes a las de ellos, tienen una buena capacidad de escucha para las nuevas informaciones.

El pensamiento deformado de culpabilidad se halla en la categoría parámetro esperado con una puntuación de 58.82%, encontrando en mujeres un 35.29% y en hombres un 23.52%. se obtuvo en la categoría medio y arraigado un puntaje 4.17%, en donde el medio equivale al 29.41%, los hombres con un 11.76% y las mujeres con un 17.64% y la categoría arraigada con un 11.76% que corresponde únicamente a los hombres; encontrándose más comprometido este pensamiento deformado en los hombres, aspecto que sobresale en relación con los demás pensamientos deformados, los cuales se presentan en su gran mayoría mujeres.

El pensamiento de filtraje se encuentra dentro de la categoría parámetro esperado, obtuvo una puntuación de 58.82% lo que indica que poco más de la mitad de los sujetos no tienen comprometido este pensamiento, se halló en las mujeres un porcentajes de 29.52% y en los hombres un 35.28%. Así mismo, es importante anotar que el 41.16% de los sujetos tienen comprometido este pensamiento, específicamente el 29.4% se halló en la categoría medio, en donde los hombres tienen un 5.88% y las mujeres un 23.52%. el 11.76% corresponde a la categoría arraigada, hallando en los hombres un 5.88% y las mujeres un 5.88%. Por ello se puede expresar que la mayoría de los sujetos DSV no magnifican los detalles negativos que se han presentado a lo largo de su vida. Al tener en cuenta el género, se puede deducir que las mujeres presentan más afectado este pensamiento deformado en comparación con los hombres. Al comparar lo

obtenido en este pensamiento con el marco teórico se observa que existe una diferencia marcada con lo que allí se plantea, puesto que afirma que las personas deprimidas tiene afectado este pensamiento lo cual no es congruente con lo que se ha encontrado. Puesto que los adultos DSV no filtran información asociada con su discapacidad.

En cuanto al pensamiento deformado de razonamiento emocional se encuentra en el parámetro esperado con un 52.92%, los hombres con una puntuación de 35.28% y las mujeres con un 23.52%. Así mismo, es importante anotar que el 47.04% de los sujetos tienen comprometido este pensamiento, específicamente el 35.28% se halla en la categoría medio, en donde el 17.64% es igual tanto para hombres como mujeres. En la categoría arraigada se obtuvo un 11.76%, que corresponde únicamente a las mujeres, observándose más comprometido este pensamiento en mujeres. El anterior resultado indica que los adultos con DSV no piensan que todas las cosas negativas que se sienten sobre uno mismo y los demás deben de ser verdaderas porque se sientan como verdaderas, sino que examinan sus emociones.

El pensamiento de etiquetas globales se encuentra ubicado dentro de la categoría parámetro esperado, obtuvo una puntuación de 52.94%, hallándose en los hombres un porcentaje de 23.52% y en las mujeres un 29.41%. Así mismo, es importante anotar que el 47.05% de los sujetos tienen comprometido este pensamiento, específicamente el 29.41% corresponde a la categoría medio, en donde los hombres tienen un 17.64% y las mujeres un 11.76%. En la categoría

arraigada se obtuvo un 17.64%, en hombres un 5.88% y mujeres un 11.76%. Se observa que no existe diferencia entre hombres y mujeres. Se puede decir que la gran parte de los adultos con DSV no generalizan ni contemplan una única característica o conducta, sino por el contrario hacen juicios coherentes y adecuados a las situaciones.

El pensamiento deformado interpretación del pensamiento se encuentra ubicado en el parámetro esperado con una puntuación de 52.94%, que equivale a un 29.41% en hombres y un 23.52% en mujeres. Se encontró un 47.04% en las categorías media y arraigada, donde la categoría media tiene un 23.52% que corresponde a un porcentaje hallado solo en mujeres. En la categoría arraigada se obtuvo un 23.52%, los hombres con 11.76% encontrándose igual porcentaje en mujeres. Lo que indica que la mayor parte de los adultos con DSV no tratan de darle explicación a las actitudes de las personas que se encuentran en su entorno, sino por el contrario miran las situaciones de la manera más objetiva, buscando la verdad en ellas y comprobando si son apropiadas para el resto de las personas. Es importante resaltar que estos resultados son incongruentes con lo que afirman el marco teórico que expresa que este pensamiento se da con más frecuencia en los deprimidos.

Como séptimo pensamiento se encuentra el pensamiento polarizado, el cual se hallen la categoría de parámetro esperado puesto que el 52.94% de los sujetos se encuentran en parámetros normales, hallándose en las mujeres un 29.41% y en los hombres un 23.52%. el resto de los sujetos obtuvo un porcentaje de 47.07%

que se encuentra distribuido de la siguiente manera: el medio 23.52% en donde el 17.64% corresponde a mujeres y el 5.88% a los hombres. La categoría arraigada con 23.52%, hallándose un 17.64% en hombres y un 5.88% en mujeres. No se observa ninguna diferencia en la presencia de este pensamiento deformado en hombres y en mujeres. Se puede expresar que la mayoría de los adultos con DSV asume una actitud congruente con las situaciones de la vida cotidiana, lo cual le permite al mismo tiempo no ser personas extremistas.

En cuanto a los pensamientos deformados que se encuentran con un puntaje relativamente alto en la categoría de parámetro medio se puede mencionar: sobregeneralización, visión catastrófica, personalización, falacia de recompensa divina.

En más de la mitad de los sujetos, el 52.93% se observó la presencia del pensamiento deformado personalización, específicamente se halló un 41.17% en la categoría medio, que representa un porcentaje significativo en relación con la categoría arraigada, que solo obtuvo 11.76%. Teniendo en cuenta el género en la categoría medio, los hombres obtuvieron 17.64% y las mujeres 23.52%. Por su parte en la categoría arraigada los hombres tuvieron un 5.88%, notándose al adicionar las dos subcategorías mayor presencia de este pensamiento en las mujeres. En el parámetro esperado se encontró 47.05%, hallándose un 23.52% tanto en hombre como en mujeres. Es importante anotar que al realizar una comparación con lo que expresa el marco teórico se corrobora en lo referente a que la personalización es un pensamiento deformado frecuente en los deprimidos,

resaltando que no hay un número alto de DSV que presenta este pensamiento en forma arraigada. Así mismo, se observa que la mayor parte de los adultos con DSV interpreta cada experiencia, cada conversación como una pista para analizarse y valorarse así mismo, lo que conlleva al hábito de compararse continuamente con los demás.

La sobregeneralización es otro de los pensamientos deformados que se encuentra comprometido, puesto que sale de los parámetros esperados, con una puntuación de 58.82% que se encuentra distribuida de la siguiente manera: el medio con un 35.28% en donde el 5.88% corresponde a hombres y el 29.41% a mujeres. El parámetro arraigado es de 23.52%, hallándose en hombres el 17.64% y un 5.88% en mujeres. Se observa que las mujeres tienen más afectado este pensamiento en comparación con los hombres. Mientras que el 41.80% de los sujetos se encuentra dentro de la categoría parámetro esperado, en donde los hombres tienen un 29.41% y las mujeres un 11.76%. Estos resultados reafirman lo planteado en el marco teórico: "en las personas deprimidas se presenta con mayor frecuencia este pensamiento ". Los DSV tienen a menudo la tendencia a sacar conclusiones generales en base a acontecimientos aislados y aplicar estas conclusiones a situaciones relacionadas y no relacionadas, concluyen que un único acontecimiento negativo ocurrirá repetidamente.

Así mismo se observa que el 58.81%, más de la mitad de los sujetos presentan el pensamiento deformado de visión catastrófica. Se halló un 35.29% en la categoría medio, que corresponde un 5.88% en hombres y un 29.4% en las mujeres. En la

categoría arraigada se obtuvo un 23.52%, en donde el 17.64% se halló en hombres y el 5.88% en mujeres. Se evidencia al adicionar estas dos categorías mayor presencia de este pensamiento en mujeres. En el parámetro esperado se encontró un 41.12%, se obtuvo un 23.52% tanto en hombres como en mujeres. Es pertinente recalcar que al comparar lo obtenido con el marco teórico se observa que no existe una diferencia marcada con lo que en él se plantea: las personas deprimidas tienen afectado este pensamiento y muchos individuos depresivos tienden a exagerar sistemáticamente sus dificultades. Igualmente los adultos con DSV, esperan el desastre de las situaciones que se les presenten no dejando tiempo para reflexionar de forma positiva.

Otro pensamiento que obtuvo un puntaje significativo en la categoría medio y una puntuación mínima en el parámetro esperado de 11.76% que solo se halló en hombres, es el de falacia de recompensa divina. Se evidencia que el 82.22% de los sujetos presentan este pensamiento deformado, específicamente en la categoría medio un 58.81%; En donde el 23.52% corresponde a hombres y el 35.29% a las mujeres. En la categoría arraigada se da un 29.41%; un 11.76% en hombres y un 17.64% en las mujeres; lo que indica que este pensamiento se presenta más en mujeres y que la gran mayoría de los DSV piensan que en la situación en la que se encuentran va a ser recompensada posteriormente.

Los pensamientos deformados arraigados en los adultos. DSV con depresión tipo leve o moderada que se encontraron en esta investigación son: falacia de cambio, debería, falacia de justicia, falacia de control.

En primera instancia se encuentra el pensamiento deformado de falacia de justicia, se observó que más de la mitad de los DSV, un 76.46% presenta este pensamiento. Se evidencia que un alto porcentaje de personas, el 58.82% tiene este pensamiento en forma arraigada, en donde hay un puntaje de 29.4%, tanto para hombres como para mujeres. Así mismo, en la categoría media, se halló 17.64%; 5.88% para hombres y 11.76% para mujeres. En la categoría parámetro esperado se obtuvo un 23.52%, hallando 11.76% tanto en hombres como en mujeres. Se observó que los adultos DSV aplican las normas legales y contractuales a los caprichos de las relaciones interpersonales, evidenciándose la presencia de una justicia subjetiva, rendida a los beneficios propios.

Otro pensamiento arraigado en los DSV es el de falacia de control la mayor parte de los sujetos, un 82.33% presentan este pensamiento deformado, específicamente un 58.81% para la categoría arraigada, en donde el 23.52% equivale a hombres y el 41.17% a mujeres. En la categoría medio se obtuvo un 23.52%; el 17.64% para hombres y 5.88% para mujeres. Al adicionar estas dos categorías hay mayor prevalencia de este pensamiento en mujeres que en hombres los DSV son personas que distorsionan el sentido de poder y control, viéndose así mismos como impotente, controladores u omnipotente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor.

El pensamiento deformado Debería, se encuentra comprometido ya que se sale de los parámetros esperados con un 76.46%, en donde el medio es de 11.76%

que corresponde únicamente a las mujeres y la categoría arraigada es de 64.70% el 35.28% para hombres y el 29.4% mujeres, evidenciándose de esta manera que en cuanto al género este pensamiento se encuentra más afectado en mujeres. El 23.52% equivale a los sujetos que no tienen comprometido este pensamiento, en donde los hombres y las mujeres obtuvieron una puntuación de 11.76% se deduce que los DSV son personas que se comportan con unas reglas inflexibles y cualquier desviación hacia valores o normas particulares es mala, en donde no solo los demás son juzgados, sino que también la persona se hace sufrir a sí misma con los Debería.

El último pensamiento deformado que se encuentra en la categoría arraigada es la falacia de cambio con una puntuación de 88.2%, en donde la categoría media es de 17.64%, los hombres con un 5.88% y las mujeres con 11.76% la categoría arraigada es de 70.56%, en donde el 35.28% es igual para hombres y mujeres. Encontrándose en el parámetro esperado una puntuación de 11.76%, en la cual el 5.88% es igual tanto para hombres como para mujeres notándose de esta manera que no existe una diferencia en cuanto al género en este pensamiento. Este es el pensamiento que se encuentra más arraigado lo que indica que en los sujetos DSV la felicidad depende de los demás, suponiendo que una persona cambiará para adaptarse a nosotros mismos si se les presiona.

Se puede concluir que existe una asociación entre distorsiones cognitivas pensamientos deformados y la depresión, evidenciándose por lo mencionado anteriormente que los pensamientos deformados ubicados en la categoría

arraigado y medio son los que están sosteniendo la depresión tipo leve y/o moderada.

Con respecto a lo mencionado en el marco teórico sobre los pensamientos deformados que se dan con más frecuencia en las personas deprimidas se puede decir que estos en su gran mayoría se encuentran afectados en el presente estudio; no dejando de lado que se hallaron otros pensamientos deformados en los DSV, lo que indica que hay una variación en este aspecto, existiendo la posibilidad que cualquiera de estos pensamientos se encuentra afectado, dependiendo tanto de la depresión como de la DSV. Con relación a lo hallado en la presente investigación, se encontró que los pensamientos deformados que manifiestan los adultos con DSV que presentan depresión tipo leve o moderada son: Visión Catastrófica, Sobregeneralización, personalización y falacia de recompensa divina, pensamiento que se encuentran en la categoría de parámetros medio (lo que indica que aunque no se encuentra arraigado, se halla la presencia de estos pensamientos). Los pensamientos deformados que se encontraron en la categoría de presencia arraigada fueron: Falacia de justicia, Falacia de control, Debería y Falacia de cambio. Por lo que puede inferir que los DSV presentan las siguientes características: hábito de compararse continuamente con los demás, piensan que un único acontecimiento se repetirá continuamente, tiende a exagerar sus dificultades, esperan el desastre de las situaciones que se le presentan no dejando tiempo para reflexionar de forma positiva, piensa que la situación va a ser recompensada posteriormente, son responsables de todo lo que tienen a su alrededor y que la felicidad depende de

los demás, suponiendo que una persona cambiará para adaptarse a ello si les presiona.

CREENCIAS IRRACIONALES (Ver tabla 9 y 10)

Las creencias irracionales es la variable más importante en esta investigación, la cual está relacionada con las perturbaciones a nivel emocional, cognitivo y conductual. Las creencias irracionales que se midieron fueron; Necesidad de aprobación, Autoexigencia, Culpar a otros, Ansiedad por preocupación, dependencia, Influencia del pasado, perfeccionismo, reacción a la frustración e irresponsabilidad emocional. Las cuales obtuvieron porcentajes variables que oscilan del 17.64% al 47.05%, observándose porcentajes bajos y unos un poco más altos en los sujetos que presentaron las creencias irracionales.

Se iniciará por describir las creencias que obtuvieron menos porcentajes. Entre las que se encontraron: Irresponsabilidad emocional, Reacción a la frustración, Culpar a otros, dependencia y autoexigencia.

Irresponsabilidad emocional, fue una de las creencias que se presentó en el 17.64% de los adultos con DSV, de las cuales el 11.76% equivale a los adultos con la Baja visión y teniendo en cuenta el género, se encontró un 5.88% tanto para hombres como para mujeres y el 5.88% restante equivale a los adultos ciegos, porcentaje que corresponde al los hombres. Se puede observar una mínima incidencia en los hombres, aun siendo de esta manera un porcentaje no

representativo ya que el 82.3% de los adultos que hicieron parte de la investigación, no presentaron esta creencia irracional lo que podría indicar que los adultos con DSV, no asumen los actos y las acciones de los demás como dañinas, pensando que los acontecimientos externos no influyen en su estado emocional, manteniendo de esta manera un control sobre sus emociones y reconociendo que la infelicidad en gran parte viene de dentro.

Otras de las creencias que mostró un porcentaje bajo con relación a las otras creencias irracionales fue la reacción a la frustración, que la presentaron el 23.52% de los DSV, porcentaje que se divide en 17.64% para adultos con baja visión y el 5.88% los adultos ciegos. Se observa y es importante resaltar que en cuanto al género la incidencia de los hombres es alta, puesto que el porcentaje de los adultos que presentaron esta creencia irracional sólo corresponde a los hombres, siendo así que este porcentaje representativo en hombres, más no con la muestra de la investigación, puesto que el 76.47%, no presentaron esta creencia irracional. Con estos datos se puede deducir que son los hombres quienes presentan mayor tendencia a no aceptar la realidad, querer cambiar las cosas, creer que las cosas deberían ser de forma diferentes a lo que son, se preocupan mucho por una situación los que no les ayuda a resolverla.

Culpar a otros es otra creencia irracional que arroja un porcentaje bajo de 23.52%, en donde el 17.64% corresponde a los adultos con baja visión, con respecto al género el 11.76% son hombres y el 5.88 son mujeres. El 5.88% restante equivale a los adultos ciegos, porcentaje que corresponde a mujeres, lo que sugiere que los

DSV, que responden al 76.47% no tienden a juzgar a las otras personas por los actos que realizan, sino que asumen que cada persona es responsable de sus actos.

Se encontró que el 29.41% de los DSV presentaron la creencia irracional de dependencia, en donde el 17.64% corresponde a los adultos con baja visión; en cuanto al género, el 5.88% son hombres y el 11.76% son mujeres, y el 11.76% restante hace referencia a los adultos con ceguera, porcentaje que corresponde a los hombres, lo que indica que los adultos DSV representados por el 70.58%, no permiten que los demás elijan y piensen por ellos, dándoles prioridad a los que ellos quieren y piensan. (Tratando de valerse por si mismo, aprendiendo de los errores cometidos) las investigadoras consideraban que ésta era una de las creencias que tendría un puntaje alto, debido al tipo de discapacidad que presentan los sujetos y puesto que en el marco teórico se hace referencia a que si una persona antes de quedar ciega tiene necesidad de depender de otros, al quedar ciego acentuará más su dependencia y el individuo que poseía gran madurez o independencia, probablemente afrontará con mayor equilibrio la ceguera; de lo que se podría inferir que los DSV antes de padecer esta limitación, es probable que hubiesen sido personas con gran madurez e independencia. Por ello, un bajo porcentaje de DSV que presentan la creencia irracional de dependencia.

Por último se encontró entre los puntajes bajos la creencia irracional Autoexigencia, en donde se observa que el 70.58% de los DSV no presentan esta

creencia, mientras que el 29.41%, si la tienen, puntuación de baja incidencia que se encuentra distribuida de la siguiente manera: en baja visión se obtuvo un 17.64% que representa sólo a mujeres. El 11.76% corresponde a ceguera, en donde el 5.88% equivale tanto para hombres como para mujeres, lo que muestra que los adultos DSV, no se ven así mismo como totalmente competente y destacados en la mayoría de las actividades que realizan, puesto que tienen en cuenta sus discapacidades en el momento de realizar las labores que pretendan hacer, permitiéndoles llevarlos a cabo con satisfacción.

Entre las creencias irracionales que arrojaron porcentajes medianamente altos se encontraron: Necesidad de aprobación, influencia del pasado, ansiedad por preocupación y perfeccionismo.

El 58.8% de los DSV no presentan la creencia irracional de necesidad de aprobación, mientras que el 41.16% si la tiene, puntuación que resulta significativa a pesar de no superar a más de la mitad de los sujetos. Específicamente se halló un 23.52% en baja visión en donde el 5.88% corresponde a hombres y el 17.64% a mujeres. El 17.64% se obtuvo en la categoría ceguera, en cuanto al género el 11.76% equivale a hombres y el 5.88% a mujeres. Estos resultados indican que los adultos con DSV, presentan en baja proporción la necesidad de ser aprobados por todos, por cada persona significativa de la comunidad.

La creencia irracional de influencia del pasado obtuvo un 47.05%, de los cuales el 29.41% presentan baja visión, en donde el 11.76% corresponde a hombres y el

17.64% a mujeres. En tanto, que los adultos con ceguera obtuvieron un 17.64%; en los hombres con un 5.88% y las mujeres con 11.76% y los sujetos que no presentaron esta creencia que son el 52.94%, se puede observar que las mujeres presentan en mayor proporción esta creencia irracional, lo que indica que generalizan las situaciones y las consecuencias de estas, utilizan las mismas alternativas a sus problemas del pasado, lo que no les permite buscar otras alternativas de cambio.

Otra creencia irracional es la ansiedad por preocupación con un porcentaje de 47.05%, en donde la baja visión con un 23.52%, en cuanto al género los hombres con un 5.88% y las mujeres con un 17.64% y en los adultos ciegos un 23.52%, los hombres con un 11.76% y las mujeres con 11.76% encontrándose que en un 52.94% presentan esta creencia irracional. Mostrándose mayor incidencia en mujeres que en hombres, por lo que se puede decir que ellas, tienden a estar ansiosas o preocupadas por las situaciones, lo que no les permite ver de forma objetiva, si ese riesgo es real o imaginario, impidiéndoles actuar con eficacia cuando se encuentra en una situación de peligro.

La última creencia irracional es perfeccionismo en donde el 52.94% de los sujetos no presentan esta creencia. Mientras que el 47.05% la presentan, de los cuales el 29.41% presentan baja visión, los hombres con un 11.76% y un 17.64% en mujeres y los adultos ciegos con un 17.64%, los hombres con un 11.76% y el 5.88% en mujeres. Se observa que el porcentaje de incidencia tanto en hombres como en mujeres son iguales, teniendo en cuenta que el porcentaje de hombres

es proporcional al porcentaje de hombres que hicieron parte de esta investigación, se puede decir que se presenta esta creencia irracional con mayor incidencia en este género, por lo general los DSV hombres limitan las posibles soluciones a los problemas e inducen a resolverlos de forma mucho menos perfecta por el hecho de ser perfeccionistas.

EDAD ADULTA TEMPRANA

Otra variable controlada en esta investigación, fue la edad adulta temprana que comprende de los 20 a los 40 años de edad, etapa en la que se espera que se realicen ciertas tareas, descritas en el marco teórico. Con el fin de identificar si estas tareas se cumplen en los sujetos que hicieron parte de esta investigación, en el instrumento de la triada cognitiva en el ítem 1 que hace referencia a la identificación, se cuestionan ciertos aspectos referentes a tareas que se desarrollan en esta etapa entre estos:

- a. **ESTADO CIVIL** (Ver tabla 11): se encontró que el 64.69% de los DSV son solteros en donde el 29.41% son hombres y el 35.29% son mujeres. Se observó que este tipo de estado civil fue de mayor incidencia, ya que el 5.88% son separados (hombres); el 17.64% son casados, donde el 11.76% son hombres y el 5.88% mujeres; y el 11.76% vienen en unión libre porcentaje que corresponde a mujeres.
- b. **ESCOLARIDAD** (Ver tabla 12): más de la mitad de los DSV, un 58.81% son bachilleres, de los cuales un 17.64% son hombres y 41.17% son mujeres; el

17.64% realizan estudios universitarios de lo que el 5.88% equivale a los hombres y 11.76% a mujeres; el 11.76% cursaron estudios técnicos, porcentaje que corresponde a hombres; el 11.76% restante cursa primaria, porcentaje equivalente solo a hombres.

- c. OCUPACION (Ver tabla 13): El 29.41% de los DSV son estudiantes de los cuales el 11.76% son hombres y el 17.64% mujeres; el 23.52% no tienen ocupación, porcentaje que corresponde sólo a hombres; el 17.64% se dedican al comercio, de los cuales el 5.88% son hombres y el 11.76% son mujeres; el 11.76% son amas de casas; y el 17.64% restante mencionaron tener otro tipo de ocupaciones, en donde el 5.88% corresponde a hombres y el 11.76% a mujeres.
- d. CON QUIEN VIVE (ver tabla 14): El 58.80% de los adultos con DSV, viven con la familia nuclear, en donde el 35.28% son hombres y el 23.52% mujeres; el 29.41% viven con el cónyuge, de los cuales el 11.76% son hombres y el 17.64% son mujeres; solo el 5.88% vive con amigos, porcentajes que corresponde a una mujer; el 5.88% restante vive con la madre, porcentaje que equivale a una mujer.
- e. RELACIONES FAMILIARES BUENAS (Ver tabla 15): el 41.17% tienen buenas relaciones familiares con todos los miembros de la familia, donde el 11.76% son hombres y el 29.41% son mujeres; el 35.28% tienen buenas relaciones con la madre y los hermanos, de los que el 17.64% corresponde tanto a hombres como mujeres; el 17.64% mencionaron tener buenas relaciones con el esposo(a) e hijos, de los cuales el 11.76% son hombres y el 5.88% son

mujeres; sólo el 5.88% mantienen buenas relaciones con sus padres, porcentaje que corresponde sólo a hombres.

f. **RELACIONES FAMILIARES CONFLICTIVAS** (Ver tabla 16): el 52.92% de los sujetos con DSV manifestó no tener relaciones familiares conflictivas, en donde el 17.64% corresponde a los hombres y el 35.28% a mujeres; el 35.28% tienen malas relaciones con hermanos y primos, de los cuales el 23.52% son hombres y el 11.76% mujeres; el 5.88% que correspondió a una mujer manifestó tener malas relaciones con su padre; el 5.88% restante que equivale a un hombre mencionó tener malas relaciones con sus hijos.

g. **HECHOS MAS TRISTES DURANTE:** (Ver Tabla 17):

- **INFANCIA:** El 58.80% manifestó que durante la infancia tenían problemas con su padre, donde el 35.28% son hombres y el 23.52% mujeres; el 23.52% recuerda como un hecho triste las burlas y las caídas sufridas por la limitación, el 5.88% corresponde a hombres y el 17.64% a mujeres; el 17.64% de los adultos con DSV, no recuerdan hechos tristes durante su infancia, de los cuales el 5.88% son hombres y el 11.76% mujeres.

- **ADOLESCENCIA:** un 23.52% de los sujetos con DSV recuerdan como un hecho triste, la muerte de un ser querido, en donde el 5.88% son hombres y el 17.64% mujeres; el 23.52% manifestó como hecho triste, pérdidas o problemas con amigos y/o con la pareja, siendo el 11.76% tanto para hombres como para mujeres; el 17.64% recordó como algo triste los problemas con los padres o

hermanos, el 5.88% equivale a hombres y el 11.76% a mujeres; el 17.64% considera su limitación como un hecho triste, de los cuales el 11.76% corresponde a hombres y el 5.88% a mujeres; el 11.76% mencionó como hecho triste el no haber estudiado, en donde el 5.88% corresponde tanto para hombres como para mujeres; el 5.88% restante no recuerda ningún hecho triste durante la adolescencia, porcentaje que hace referencia sólo a hombres

- **JUVENTUD:** el 23.52% de los adultos con DSV recuerda como hecho triste la pérdida de un ser querido, en donde el 11.76% son hombres, al igual que en mujeres; el 23.52% manifestó como algo triste no estudiar, el 5.88% son hombres y el 17.64% mujeres; el 17.64% mencionó como hecho triste el tener problemas familiares, de los cuales el 5.88% son hombres y el 11.76% mujeres; el 11.76% que correspondió a mujeres, manifestó como hecho triste su limitación; el 5.88% que correspondió a un hombre expresó como hecho triste el estar soltero; el 17.64% restante, equivalente a hombres no manifestaron el haber tenido un hecho triste.

Se observó que gran parte de los DSV informaron en las diversas etapas hechos tristes que no se deben a su DSV si no por el contrario a pérdida de un ser querido, problemas con los padres, amigos, no estudiar.

h. **HECHOS MÁS FELICES DURANTE:** (VER TABLA 18):

- **INFANCIA:** el 29.40% no recordó un hecho feliz durante su infancia, el 5.88% hombres y el 23.52% mujeres; el 23.52% manifestaron como hecho feliz la primera comunión y los cumpleaños, de los cuales el 17.64% hombres y el 5.88% mujeres; el 11.76% recordó como hecho feliz jugar con los amigos, porcentaje que corresponde solo a mujeres; el 11.76% que representó solo a mujeres recordó como un hecho feliz recibir regalos; el 11.76% que es equivalente sólo a los hombres consideró como evento feliz estar en la escuela; por último el 11.76% recordó como un suceso feliz el compartir con la familia, en donde el 5.88% perteneció tanto a hombres como a mujeres.
- **ADOLESCENCIA:** el 35.28% de los adultos con DSV no recordaron un hecho feliz durante esta etapa de los que el 29.41 % son hombres y el 5.88% mujeres; un 23.52% que correspondió a hombres manifestó recordar como evento feliz el haber estudiado; el 17.64% expreso como algo feliz el estar enamorado, en donde el 11.76% son hombres y el 5.88% mujeres; el 17.64% equivalente a mujeres recuerdan como algo agradable tener amigos; el 5.88% restante correspondiente a mujeres, manifestaron como un evento feliz los cumpleaños.
- **JUVENTUD:** el 47.04% de los adultos con DSV, no recuerdan ningún hecho feliz, donde el 29.41% son hombres y el 17.64% mujeres; el 17.64% menciona como algo feliz el tener pareja, de los cuales el 5.88% corresponde a hombres y el 11.76% a mujeres; el 11.76% recuerdan como un hecho feliz el nacimiento del primer hijo, donde el 5.88% corresponde tanto para hombres como para mujeres; el 11.76% que equivale a mujeres menciona como algo

feliz el disfrutar de la vida; por último el 5.88% que representa a hombres, expresó que el trabajar es un hecho feliz.

Se observó un alto porcentaje con respecto a no recordar un hecho feliz significativo en cada una de las etapas del desarrollo de los DSV lo cual puede deberse a su estado emocional depresivo, a la situación social, familiar, económica, personal que estaban presentando, a catastrofizar los hechos felices, por lo tanto, las investigadoras no pueden afirmar, que el no recordar los eventos felices se deba a su DSV

MATRIZ DESCRIPTIVA:

Creencias Irracionales - Tipo de Depresión

CREENCIAS IRRACIONALES	NECESIDAD DE APROBACIÓN	AUTOEXIGENCIA	CULPAR A OTROS	REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	DEPENDENCIA	INFLUENCIA DEL PASADO	PERFECCIONISMO
TIPO DE DEPRESIÓN									
DEPRESION TIPO MODERADA	A diferencia de la depresión tipo leve se encontró en los DSV un alto porcentaje ya que el 17.65% que representan al los DSV con depresión tipo moderada, presentan esta creencia irracional, por lo que se puede inferir que según la gravedad de la depresión, así va estar comprometida esta creencia confirmando de esta manera lo mencionado en el marco teórico, sobre creencias y síntomas depresivos realizado por Clavete Zamalde E. Y Cardeños Ramírez.	No hay presencia de esta creencia irracional en los DSV con depresión tipo moderado por lo que se puede decir que existe una concordancia entre los resultados obtenidos y lo mencionado en el marco teórico Concluyendo de esta manera que esta creencia irracional no se encuentra comprometida en los DSV que presentan depresión	Un 11.76% de los DSV con depresión tipo moderada presentaron esta creencia, por lo que se puede decir que se presenta con más frecuencia en los DSV, con depresión moderada, que en los DSV con depresión tipo leve.	Solo el 5.88% de los DSV con depresión tipo moderada, presentaron esta creencia irracional. Considerándolo como contradictorio, puesto que se espera encontrar en las personas con depresión, esta creencia irracional.	No se halló la presencia de esta creencia irracional en los DSV con depresión tipo moderada. Confirmado de esta manera lo mencionado en el estudio de creencia y síntomas depresivos.	El 11.76% de los DSV con depresión tipo moderada presentan estas creencia irracional, lo que confirma de esta manera lo mencionado en el marco teórico (E. C y S). Siendo la presencia de esta creencia irracional uno de los posibles factores de mantenimiento de la depresión, puesto que el sentirse muy preocupado por una situación no les permite ver las posibles alternativas para solucionarlas.	No se presenta la presencia de esta creencia irracional, en los DSV con depresión tipo moderada lo que indica que son personas autosuficientes, y que probablemente no han aceptado su condición de adultos discapacitados	Se encontró que el 17.65% de los DSV con depresión tipo moderada presentaron esta creencia irracional. A partir de los resultados hallados y lo que se plantea en el marco teórico, se puede inferir que existe una relación entre la presencia de esta creencia irracional y la gravedad de los síntomas depresivos	A diferencia en los DSV con depresión leve, se halló en los DSV con depresión tipo moderada una menor proporción de 5.88%, lo que puede estar asociado al predominio de ideas y pensamientos negativos.

CREENCIAS IRRACIONALES	NECESIDAD DE APROBACIÓN	AUTOEXIGENCIA	CULPAR A OTROS	REACCION A LA FRUSTRACIÓN	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	DEPENDENCIA	INFLUENCIA DEL PASADO	PERFECCIONISMO
TIPO DE DEPRESIÓN									
DEPRESION TIPO LEVE	<p>Del 41.16% se encontró que el 29.40% de los DSV que presentaron esta creencia irracional son los sujetos con depresión tipo leve y aunque se observa que son más de la mitad de los sujetos que presentan este tipo de creencia irracional, el porcentaje no es proporcional a los DSV que presentan depresión tipo leve. Por ello se puede decir que son personas que no necesitan una necesidad extrema de ser amados, ni aprobados por cada persona significativa de su comunidad. En comparación con el estudio realizado por Clavele Zumalde E. Y Cardeño Ramírez. Sobre creencia y síntomas depresivos en donde mencionan que esta creencia, es una de las que se presenta con mayor frecuencia. Se observa que en los DSV con depresión tipo leve no se encuentran comprometido</p>	<p>Sólo el 29.4% de los sujetos D.S.V. con depresión tipo leve presentan la idea que para considerarse uno mismo valioso se debe ser competente, suficiente y capaz de lograr cualquier cosa en todos los aspectos posibles. Considerándose esta creencia irracional como una de las que se presenta con menor frecuencia en los adultos D.S.V. con depresión leve lo que indica que son personas que reconocen sus limitaciones y dependiendo de estas trazan su vida; sus metas y objetivos</p>	<p>Se encontró que el 23.52% de los D.S.V. para esta creencia de los cuales el 11.76% representan el porcentaje de D.S.V. con depresión tipo leve, mostrándose de esta manera que no hay prevalencia de esta creencia irracional. Así mismo estas son personas que no ven en la culpa y el castigo como el camino para eliminar una conducta desagradable o dañina.</p>	<p>Se halló la presencia de esta creencia irracional en un 23.52% en donde el 17.65% equivale a los adultos D.S.V. con depresión tipo leve. Encontrándose de esta manera un bajo porcentaje en la presencia de esta creencia en relación con las otras creencias irracionales y con los D.S.V. que presentan depresión tipo leve. Lo que muestra que son personas capaces de afrontar distintas situaciones que se pueden presentar en su vida cotidiana. Por lo que se puede decir que la ausencia de esta creencia irracional a ayudado en el proceso de adaptación y rehabilitación de su discapacidad.</p>	<p>Solo el 17.65% de los D.S.V. presentaron esta creencia y que corresponde a los D.S.V. con depresión tipo leve. Siendo esta la creencia irracional que se presenta en menor porcentaje, por lo que podemos inferir que los D.S.V. son personas emocionalmente estables, capaces de percibir los eventos externos de una manera objetiva. Al igual que tienen un locus de control interno lo que le permite que los comentarios y/o opiniones de otras personas no afectan su autoestima y condiciones físicas, psíquicas y cognitivas.</p>	<p>Del 47.05% se encontró que el 35.29% de los sujetos que presentaron esta creencia irracional, son los D.S.V. con depresión tipo leve. Esta creencia irracional consiste en la idea de que si algo es o puede ser peligroso o temible se deberá sentir terriblemente inquieto por ello, deberá pensar constantemente en la posibilidad que esto ocurra. Siendo esta una de las creencias irracionales que arrojó mayor puntaje de prevalencia, con respecto a las otras creencias irracionales y en comparación con el tipo de depresión, se evidencia, que el porcentaje que se obtuvo en esta creencia no es representativo. Si se tiene en cuenta que el 82.33% es equivalente a los D.S.V. con depresión tipo leve.</p>	<p><i>Se encontró que el 29.4% de los D.S.V. presentaron esta creencia irracional, siendo el mismo porcentaje de los D.S.V. con depresión tipo leve.</i> Lo que indica que la tercera parte de los D.S.V. presenta esta creencia irracional, que consiste en la idea que se debe depender de los demás y que se necesita de alguien más fuerte en quien confiar. Se esperaba que esta creencia irracional se presentara con mayor prevalencia en los D.S.V. por el tipo de limitación que presentan, y lo que se evidencia es que son personas autónomas, y capaces de tomar sus propias decisiones.</p>	<p>Del 47.05% se encontró que el 29.41% de los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional, son los sujetos con depresión tipo leve. A pesar que esta es una de las creencias irracionales con mayor puntaje de prevalencia, se observa que esta no es representativa con respecto a los adultos D.S.V. que presentan depresión tipo leve. Lo que sugiere que son personas que no viven en función de su pasado, y por ello buscan nuevas alternativas a los problemas que se les presentan, llevándolos a convivir mejor con su discapacidad.</p>	<p>Esta creencia irracional fue una de las más alta con un 47.05% de los cuales el 41.17% corresponde a los D.S.V. con depresión tipo leve. Siendo esta creencia irracional la que arroja mayor puntaje de incidencia en los D.S.V. con depresión tipo leve, lo que indica que la mitad de los sujetos tienen la idea que existe una solución precisa correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe, con el fin de sentirse seguras, manteniendo el control de las situaciones que se le presentan para ser felices.</p>

Creencias Irracionales – Género

CREENCIAS IRRACIONALES	NECESIDAD DE APROBACIÓN	AUTOEXIGENCIA	CULPAR A OTROS	REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	DEPENDENCIA	INFLUENCIA DEL PASADO	PERFECCIONISMO
Género									
HOMBRE	Del 41.16% de los D.S.V. el 17.64% son hombres, lo cual evidencia que hay un bajo porcentaje de hombres que presentan esta creencia. Así mismo, se puede decir que el porcentaje de los hombres no es representativo con el porcentaje de sujetos que presenta esta creencia irracional	Se encontró que el 29.4% de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional sólo el 5.88% son hombres. Lo que indica que los D.S.V. hombres son personas que pueden sobre llevar las actividades de su vida cotidiana teniendo en cuenta sus limitaciones. Por ello, se puede decir que el porcentaje de hombres son es representativo con el número de sujetos que presenta esta creencia irracional	El porcentaje de los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional es del 23.52%, de los cuales 11.76% son hombres. Se puede observar por que este porcentaje equivale a la mitad del número de D.S.V. que presenta esta creencia irracional, aún así este no es representativo con el número de hombres que hicieron parte del presente estudio.	Se encontró que el 23.52% de los D.S.V. presentaron esta creencia irracional, siendo éste el mismo porcentaje encontrado en hombres, lo que podría indicar que son éstos los que tienden a presentar esta creencia irracional.	Del 17.64% de los sujetos que presentan esta creencia irracional el 11.76% equivale a los hombres. Este no es representativo con el total de hombres que hizo parte de esta investigación	Se encontró la presencia de esta creencia irracional en el 17.64% de los hombres, porcentaje que no es representativo con el total de D.S.V. que presenta esta creencia, el cual es de 47.04%	Del 29.41% de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional el 23.52% son hombres, porcentaje que equivale a la mitad de los hombres que hicieron parte de esta investigación, lo que podría indicar que los hombres tienden más a la dependencia.	El 17.64% de los hombres presentan esta creencia irracional que no es representativo con los DSV que presenta esta creencia, que equivalen al 47.05%	Del 47.05% de los sujetos que presentan esta creencia irracional, el 23.52% son hombres, porcentaje que equivale a la mitad de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional, al igual que de hombres que hicieron parte de la presente investigación.

CREENCIAS IRRACIONALES	NECESIDAD DE APROBACIÓN	AUTOEXIGENCIA	CULPAR A OTROS	REACCION A LA FRUSTRACIÓN	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	DEPENDENCIA	INFLUENCIA DEL PASADO	PERFECCIONISMO
Genero									
MUJER	El 23.52% de las mujeres presentaron esta creencia irracional, porcentaje que es representativo al total de D.S.V. que tienen esta creencia el cual equivale al 41.16% aunque este porcentaje no es representativo con el número de mujeres que hicieron parte de esta investigación	Se encontró que el 29.4% de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional. El 23.52% son mujeres que representan a más de la mitad de los D.S.V. que tiene esta creencia. Aún así este porcentaje no es representativo al total de mujeres que hicieron parte de esta investigación	El porcentaje de los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional es del 23.52% de los cuales 11.76% son mujeres, al igual que en los hombres no se encuentra ninguna diferencia en cuanto a la incidencia del sexo en la presencia de esta creencia irracional.	En las mujeres no se halló la presencia de esta creencia irracional	Del 17.64% de los D.S.V. que presentan esta creencia solo el 5.88% tiene esta creencia irracional, porcentaje que no es representativo ni con el total de D.S.V. que presenta esta creencia ni con el total de mujer que hicieron parte de esta investigación	Se encontró una presencia de esta creencia irracional en el 47.04% de los D.S.V. de los cuales el 29.4% equivale a las mujeres, porcentaje que es representativo tanto con el total de D.S.V. que presentaron las creencias y el total de mujeres que hicieron parte de la investigación lo que indica que se preocuparan por las situaciones que pueden presentarse en el futuro.	Del 29.41% de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional, el 11.76% equivale a las mujeres, porcentaje que no es representativo en el total de mujeres que hicieron parte de esta investigación ni con el total de D.S.V. que presentó esta creencia.	El 29.41% de las mujeres presentan esta creencia irracional, porcentaje que es representativo tanto con los D.S.V. que presentan esta creencia como con el total de mujeres que hicieron parte de esta investigación lo que puede indicar que las mujeres tienden a vivir más en función de su pasado que los hombres.	Del 47.05% de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional el 23.52% equivale a las mujeres al igual que en los hombres este porcentaje pertenece a la mitad del total de los D.S.V. que presentan esta creencia irracional, pero a diferencia de estos el 23.52% no es representativo con el total de mujeres que hicieron parte de la presente investigación.

Creencias Irracionales – Tipo de D.S.V.

CREENCIAS IRRACIONALES TIPO DE D.S.V	NECESIDAD DE APROBACIÓN	AUTOEXIGENCIA	CULPAR A OTROS	REACCION A LA FRUSTRACIÓN	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	DEPENDENCIA	INFLUENCIA DEL PASADO	PERFECCIONISMO
BAJA VISION	El 23.52% de los adultos con baja visión presentaron esta creencia irracional, lo que evidencia una baja incidencia, con respecto al total de adultos con baja visión. Aunque se observa que este porcentaje equivale a la mitad del total de D.S.V. que presentan esta creencia irracional	Se observó que el 29.41% de los DSV el 17.64% corresponde a los adultos con baja visión, lo que muestra un porcentaje relativamente bajo, con respecto a los adultos con baja visión, pero evidenciándose un porcentaje un poco mayor que en los adultos con baja visión.	El 17.64% de los adultos con baja visión, presentaron esta creencia irracional, porcentaje que resulta significativo con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia irracional más no con el total de adultos con baja visión.	Del 23.52% de los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional el 17.64% equivale a los adultos con baja visión, porcentaje que no es representativo con el total de adultos con baja visión, aunque si es representativo con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia irracional.	Se halló un porcentaje significativamente bajo de 17.64% en los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional, de los cuales el 11.76% corresponde a los adultos con baja visión. Lo que evidencia que es un porcentaje representativo con el total de adultos con baja visión.	El 23.52% representa a los adultos con baja visión que presentan esta creencia irracional, porcentaje que equivale a la mitad de los D.S.V. 47.04% que presentaron esta creencia irracional	Del 29.41% de los DSV que presentan esta creencia irracional el 17.64% corresponde a los adultos con baja visión, porcentaje que no es representativo con el total de adultos con baja visión, pero equivale a más de la mitad de los adultos D.S.V. que presentaron esta creencia irracional.	El 29.41% de los adultos con baja visión presentaron esta creencia irracional, que es 47.05% de los D.S.V., porcentaje que en los adultos con baja visión no es representativo, aunque equivale a más de la mitad de los adultos D.S.V. que presentan esta creencia irracional.	Se observó que el 47.05% de los D.S.V., el 29.41% <u>corresponde a los</u> adultos con baja visión, porcentaje que no es representativo con el total de adultos con baja visión, pero si lo es con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia.

CREENCIAS IRRACIONALES TIPO DE D.S.V.	NECESIDAD DE APROBACIÓN	AUTOEXIGENCIA	CULPAR A OTROS	REACCIÓN A LA FRUSTRACIÓN	IRRESPONSABILIDAD EMOCIONAL	ANSIEDAD POR PREOCUPACIÓN	DEPENDENCIA	INFLUENCIA DEL PASADO	PERFECCIONISMO
CEGUERA	El 17.64% de los adultos ciegos, presentaron esta creencia irracional, porcentaje representativo con el total de adultos ciegos más no con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia irracional.	Se halló un porcentaje de 11.76% de los adultos ciegos que representaron esta creencia irracional, lo que muestra que este porcentaje no es representativo, ya que menos de la mitad de los adultos ciegos presentaron esta creencia	Sólo el 5.88% de los adultos ciegos presentaron esta creencia, lo que evidencia que este porcentaje no es representativo con el total de ciegos, ni con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia irracional.	Sólo el 5.88% de los adultos ciegos presentaron esta creencia irracional, lo que evidencia que no es representativo ni con el total de adultos ciegos, ni con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia.	Al igual que en las creencias de: reacción a la frustración y culpar a otros, sólo el 5.88% de los adultos ciegos presentan esta creencia irracional	El 23.32% de los adultos ciegos presentaron esta creencia irracional, porcentaje que equivale a la mitad de los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional, y es significativo con respecto a los adultos ciegos, ya que equivale a más de la mitad de los adultos ciegos que hicieron parte de esta investigación.	Se observó que el 11.76% de los adultos ciegos presentaron esta creencia irracional, porcentaje que no es representativo con el total de D.S.V., ni con el total de adultos ciegos que presentaron esta creencia irracional.	Se halló un porcentaje de 17.64% de los adultos ciegos que presentaron esta creencia irracional, porcentaje representativo con el total de adultos ciegos pero no lo es con el total de D.S.V. que presentaron esta creencia irracional.	El 17.64% de los adultos ciegos, presentaron esta creencia irracional, porcentaje que no es representativo con el total de D.S.V., pero si lo es con el total de ciegos que hicieron parte de esta investigación.

10. CONCLUSIONES

Para describir las creencias irracionales en adultos de edad temprana con DSV que presentan depresión y residen en el departamento del Atlántico, se aplicó el test de depresión de Beck a un total de 38 DSV, de los cuales solo 17 (44.72%) DSV presentaron algún tipo de depresión moderada por lo que se puede concluir que la depresión leve 14 (36.83%) DSV y 3 (7.89%) DSV con depresión no es un síntoma característico de los adultos tempranos con DSV, aunque no se puede descartar la presencia de ésta ante hechos externos, y sin dejar de lado las características individuales de los DSV.

Así mismo, la depresión según el modelo cognitivo postula 3 conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de ésta, entre los que se encuentra la triada cognitiva, que se midió con el cuestionario de la triada cognitiva, que arrojó como resultado que tanto los componentes de visión del mundo 76.44% y visión de si mismo 76.44%, se encuentran comprometido, observándose una leve diferencia en el parámetro moderado de cada uno de los componentes antes mencionados, es importante señalar que la visión del futuro 52.92% no se encontró comprometido, cabe resaltar que en ninguno de los

componentes de la triada cognoscitiva se encontró en el parámetro profundo, lo que podría explicar la presencia de un mayor porcentaje de adultos tempranos con DSV que presentan depresión tipo leve.

Otro de los tres conceptos específicos que postula el modelo cognoscitivo para explicar el sustrato psicológico de la depresión, son los errores en el procesamiento de la información, a los que se ha referido como pensamientos deformados. Hallándose la presencia de los siguientes pensamientos deformados: sobregeneralización (35.29%), visión catastrófica (35.29%), personalización (41.17%) y falacia de recompensa divina (58.81%), que se encuentra dentro del parámetro medio siendo estos pensamientos a los que se hace referencia en el marco teórico, como más frecuentes en las personas deprimidas. Los pensamientos deformados que se encontraron en el parámetro arraigado fueron: falacia de control (58.82%), falacia de justicia (58.82%), debería (64.68%), y falacia de cambio (70.56%). Por lo que se podría decir que no se puede etiquetar los pensamientos deformados que se presentan en las personas deprimidas, puesto que estos varían dependiendo de las características individuales, tipo de depresión y tipo de discapacidad (DSV).

En cuanto a las creencias irracionales se puede decir que se encontraron porcentajes variables entre estas, que oscilan del 17.64% al 47.05%, observándose porcentajes bajos y unos un poco más alto en los sujetos que presentaron las creencias irracionales. A continuación se describirán cada una de las creencias irracionales.

- Necesidad de Aprobación: el 41.16% de los adultos con D.S.V. presentaron esta creencia irracional, de las cuales el 29.4% con depresión leve y el 17.65% depresión moderada. Observando que más de la mitad de los D.S.V. que presentaron esta creencia irracional, tienen depresión tipo leve, aún así este porcentaje no es proporcional con los sujetos que presentaron depresión tipo leve, aunque los sujetos con depresión tipo moderada, si tienen la presencia de esta creencia irracional. Con relación al género se halló que un 17.64% son hombres y un 23.52% mujeres, porcentajes que no son representativos con respecto al género. En cuanto al tipo de DSV, se encontró que el 23.52% corresponde a los adultos con baja visión, y un 17.64% a los adultos ciegos, porcentaje que es representativo con el total de adultos ciegos, a diferencia de los adultos con baja visión. Por lo anterior se podría decir que a mayor gravedad de la depresión, más comprometida se encuentra esta creencia, sin tener en cuenta el género.

- Autoexigencia: el 29.4% de los sujetos con D.S.V. presentaron esta creencia irracional, porcentaje que sólo hace referencia a los sujetos con depresión tipo leve. En cuanto al género un 5.88% son hombres y el 23.52% mujeres, porcentaje que no es representativo con el total de hombres y mujeres que hicieron parte de la investigación, aunque se observa una mayor incidencia de mujeres. Respecto a los tipos de D.SV., el 17.64% que presentan esta creencia irracional corresponde a los adultos con baja visión y un 11.76% a los adultos ciegos, porcentajes que no son representativos con el total de adultos con D.S.V. se puede concluir que esta creencia irracional es una de las que se

presenta con mayor frecuencia en los adultos con D.S.V. y por la sintomatología que se asocia a la depresión se espera que a mayor gravedad, menos probabilidad para la presencia de esta creencia irracional.

- Culpar a otros: El 23.52% de los sujetos con D.S.V. presentan esta creencia irracional, de los cuales el 11.76% tiene depresión tipo leve, al igual que depresión tipo moderada. Según el sexo se obtuvo un porcentaje de 11.76% tanto para hombres como para mujeres; no hallándose ninguna diferencia en cuanto a la incidencia del sexo en la presencia de esta creencia irracional, porcentajes que no son representativos con el total de hombres y mujeres D.S.V. En cuanto al tipo de D.S.V., el 17.64% son adultos con baja visión que tienen la presencia de esta creencia irracional y el 5.88% son adultos ciegos, porcentajes que no son representativos con el total de adultos D.S.V. Esta es una de las creencias irracionales que se presentó con menor frecuencia en los adultos D.S.V.

- Reacción a la Frustración: El 23.52% de los sujetos con D.S.V. presentan esta creencia irracional, en donde el 17.65% equivale a los adultos D.S.V. con depresión tipo leve y el 5.88% a los adultos D.S.V. con depresión moderada. Al tener en cuenta el género se encontró que el 23.52% de los sujetos que presentaron esta creencia irracional son hombres, según el tipo de D.S.V. se halló un 17.64% en adultos con baja visión y un 5.88% en adultos con ceguera; porcentajes que no son representativos con el total de D.S.V que hicieron parte de la investigación, ni con el total de adultos que presentaron

depresión. Esta creencia irracionales se da con mayor incidencia en los hombres, aunque este porcentaje no es representativo con el total de D.S.V. Las investigadoras esperaban encontrar un alto porcentaje de adultos con D.S.V. que presentaran esta creencia irracionales pero sólo se encontró la presencia de ésta en la mitad de los hombres que hicieron parte de esta investigación.

- Irresponsabilidad Emocional: Sólo el 17.65% de los sujetos con D.S.V. presentaron esta creencia irracional, porcentaje que corresponde a los sujetos con depresión tipo leve. En cuanto al género el 11.76% equivale a hombres y sólo el 5.88% son mujeres, porcentajes que no son representativos con el total de hombres y mujeres D.S.V. que hicieron parte de la investigación. Con respecto al tipo de D.S.V. el 11.76% corresponde a los adultos con baja visión y el 5.88% a los adultos ciegos. Siendo esta la creencia irracional que se presenta con menor frecuencia en los adultos con D.S.V.

- Ansiedad por Preocupación: el 47.05% de los adultos con D.S.V. presentaron esta creencia irracional, de los cuales el 35.29% con depresión leve y el 11.76% depresión moderada, observándose que más de la mitad de los sujetos con D.S.V. que presentaron esta creencia irracional tienen depresión leve, aunque este porcentaje no es representativo con el total de los sujetos que presentaron depresión tipo leve, mientras que si es representativo en los sujetos con depresión tipo moderada. Con relación al género se halló que un 17.64% son hombres y 29.4% son mujeres, siendo el porcentaje de mujeres representativo

con el total de mujeres que hicieron parte de la investigación, así mismo con el total de adultos D.S.V. que presentaron esta creencia irracional. En cuanto al tipo de D.S.V. se encontró que el 23.52% representan a los adultos con baja visión y un 23.52% a los adultos ciegos, este porcentaje es representativo con el total de ciegos que hicieron parte de la investigación. Por lo anterior se puede decir: que son las mujeres quienes presentan con mayor frecuencia esta creencia irracional, al igual que los adultos ciegos.

- Dependencia: el 29.4% de los sujetos con D.S.V. presentaron esta creencia irracional, siendo el mismo porcentaje de los D.S.V. con depresión tipo leve. En cuanto al género un 23.52% son hombres, porcentaje que equivale a la mitad de los hombres que hicieron parte de esta investigación y el 11.76% corresponde a las mujeres, porcentaje que no es representativo con el total de mujeres que hicieron parte de la investigación. Teniendo en cuenta el tipo de discapacidad el 17.64% equivale a los adultos con baja visión y el 11.76% a los adultos ciegos; porcentajes que no son representativos con el total de adultos con D.S.V. Las investigadoras consideraban que esta era una de las creencias irracionales que tendría un puntaje alto, debido al tipo de discapacidad que presentan los sujetos.
- Influencia del Pasado: el 47.05% de los sujetos con D.S.V. presentaron esta creencia irracional, en donde el 29.4% equivale a los adultos D.S.V. con depresión tipo leve y el 17.65% a los adultos D.S.V. con depresión tipo moderada, porcentaje que sólo es representativo en los adultos con depresión

tipo moderada, a pesar que es una de las creencias irracionales con mayor prevalencia en los D.S.V. según el género se encontró que el 17.64% de los hombres presenta esta creencia irracional, porcentaje que no es representativo con el total de hombres que hicieron parte de la presente investigación y un 29.41% en mujeres, el cual es representativo con el total de mujeres de esta investigación. Al tener en cuenta el tipo de discapacidad se halló un 29.41% en los adultos con baja visión que presentaron esta creencia irracional y un 17.64% en los adultos ciegos, que es representativo con el total de adultos ciegos que hicieron parte de la investigación. Se observa que son las mujeres las que presentan con mayor frecuencia esta creencia irracional al igual que los adultos ciegos.

- Perfeccionismo: El 47.05% de los sujetos con D.S.V. presentan esta creencia irracional, de los cuales el 41.17% tiene depresión tipo leve y el 5.88% con depresión tipo moderada. Siendo esta creencia irracional la que arrojó mayor puntaje de incidencia en los D.S.V. con depresión tipo leve. Según el sexo se obtuvo un porcentaje de 23.52% tanto para hombres como para mujeres, porcentaje que en los hombres equivale a la mitad de los D.S.V. que presentaron esta creencia, al igual que de hombres que hicieron parte de esta investigación; mientras que en las mujeres el porcentaje no es representativo con el total de mujeres que hicieron parte de esta investigación. En cuanto al tipo de D.S.V. el 29.41% de los adultos con baja visión presentaron esta creencia irracional y el 17.64% corresponde a los adultos ciegos. Es

importante resaltar que esta creencia obtuvo un porcentaje que equivale a la mitad de los adultos con depresión tipo leve.

Teniendo en cuanto el tipo de depresión, se puede identificar la presencia de determinadas creencias irracionales en la depresión tipo leve en adultos con D.S.V., se encontró la presencia de perfeccionismo, en cuanto a la depresión tipo moderada se encontró la necesidad de aprobación, perfeccionismo, e influencia del pasado. En cuanto al género se identificó la presencia de las siguientes creencias irracionales; en los hombres con D.S.V.: Reacción a la frustración, dependencia y perfeccionismo; en las mujeres: ansiedad por preocupación e influencia del pasado. Por último en el tipo de D.SV., se halló en los adultos ciegos la presencia de necesidad de aprobación y ansiedad por preocupación, mientras que en los adultos con baja visión no se halló la presencia de ninguna de las creencias irracionales, en más de la mitad de los adultos con este tipo de D.S.V.

Se observó que la creencia irracional que se presentó tanto en adultos con depresión tipo leve y depresión tipo moderada fue el perfeccionismo. Esta creencia irracional se caracteriza porque los sujetos tienen la idea que existe una solución precisa, correcta y perfecta para los problemas humanos, y que si esta solución perfecta no se encuentra sobreviene la catástrofe. Es por ello que probablemente catastrofizan los hechos felices. También es importante anotar que los adultos con DSV obtuvieron un porcentaje medio alto (58.81%) en el pensamiento deformado visión catastrófica y obtuvieron un porcentaje alto

(76.46%) en el pensamiento deformado debería, lo que refleja su inflexibilidad y cualquier desviación hacia valores o normas no es correcta. Estos dos pensamientos pueden ser cogniciones erróneas que mantienen la creencia irracional de perfeccionismo.

En cuanto a la edad adulta temprana que fue una de las variables que se controló en esta investigación se encontró como característica sobresaliente en los D.S.V.: ser solteros, bachilleres, algunos con estudios técnicos y universitarios. Sujetos Activos puesto que se encontró un bajo porcentaje de éstos que no realizan ninguna actividad. Así mismo conviven con su familia nuclear, manteniendo buenas relaciones con todos los miembros de la familia. Se destacan como hechos tristes el haber tenido problemas con el padre durante la infancia; la muerte de un ser querido, la pérdida o problemas con amigos o la pareja durante la adolescencia; la pérdida de un ser querido o el no estar estudiando actualmente. Así mismo como hechos más felices gran parte de los DSV; no recuerdan hechos felices durante su infancia y otros recuerdan su primera comunión y/o cumpleaños. En la etapa de la adolescencia unos no recuerdan hechos felices y otros recuerdan como algo grato el haber estudiado. Actualmente no recuerdan ningún hecho feliz.

Para concluir, los resultados arrojados en la investigación son congruentes puesto que cada una de las variables que se midieron guardan relación entre sí, evidenciándose que en los D.S.V. no se encontró trastorno del Estado de ánimo depresivo, sino estados depresivos leves y/o moderados; encontrándose un mayor

porcentaje de adultos D.S.V. con depresión tipo leve, por lo tanto las creencias irracionales, los pensamientos deformados y componentes de la triada cognoscitiva se encontraron afectados en los adultos con D.S.V., que eran los objetivos propuestos en la investigación.

11. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES

Al iniciar la presente investigación las expectativas de las investigadoras eran muy altas ya que consideraban que la discapacidad trae consigo un estado de ánimo depresivo sin tener en cuenta la etapa en el proceso de ajuste y adaptación, en la cual se encontraba el discapacitado; encontrando una situación diferente a la que se esperaba; ya que gran parte de los adultos a los que se les aplicó el primer instrumento que fue el test de depresión de Beck, obtuvieron puntajes considerados como normales.

Se encontraron múltiples obstáculos al realizar la presente investigación, entre los cuales se pueden mencionar: el no haber una información precisa de los D.S.V. del Departamento del Atlántico, encontrando inconsistencia en los censos realizados por las diferentes instituciones públicas, siendo esta información desactualizada. Así mismo, en cada municipio hay un Plan de Atención Básica PAB que se encarga del manejo de información de personas discapacitadas, el cual apenas se está implementando en los municipios del Departamento del Atlántico por tanto la información suministrada por este no es veraz ni actualizada. Al acabarse el INCI muchos de los D.S.V. quedaron desprotegidos por el Estado

sin tener un lugar en donde recibir cualquier tipo de atención integral, por estas razones se hizo difícil la localización de cada uno de los D.SV.

En cuanto al marco teórico, específicamente a lo que hace referencia Ana Arza y Aaron Beck, sobre los pensamientos deformados que se presentan con más frecuencia en las personas deprimidas, en la presente investigación se observaron la presencia de éstos y otros pensamientos deformados en los adultos con D.S.V., lo que podría ser debido a la discapacidad y a otros factores. Por ello, las investigadoras pueden decir que la presencia de estos pensamientos deformados en personas deprimidas se deben a diferentes factores, por lo que no se podría etiquetar la presencia de éstos. Con respecto a esta investigación es importante mencionar que no se hallaron diferencias significativas en las creencias y pensamientos deformados de los DSV con depresión, en comparación con la población normal con depresión.

Entre las creencias irracionales que presento la muestra que hizo parte de la investigación se pudo resaltar las creencias irracionales de perfeccionismo, ansiedad por preocupación, necesidad de aprobación e influencia del pasado. Teniendo en cuenta el tipo de depresión leve, se encontró la presencia de la creencia irracional de perfeccionismo. En depresión tipo moderada se halló necesidad de aprobación, perfeccionismo e influencia del pasado. Observándose de esta manera que la creencia irracional de perfeccionismo se presentó tanto en adultos con depresión tipo leve y tipo moderada. En cuanto al género en los hombres se identificó la presencia de las creencias irracionales de reacción a la

frustración, dependencia y perfeccionismo. Por lo que las investigadoras puede inferir que no se observa una notable diferencia entre las creencias irracionales que presentan los hombres con DSV con depresión y los hombres "normales". En las mujeres se halló ansiedad por preocupación e influencia del pasado. Respecto al tipo de DSV, los adultos ciegos presentaron necesidad de aprobación y ansiedad por preocupación. Mientras que en los adultos con baja visión no se halló la presencia de ninguna de las creencias irracionales en más de la mitad de los adultos con este tipo de DSV. Retomando el marco teórico, el estudio sobre creencias irracionales y síntomas depresivos, realizado por Calvete Sumadle y Cardeñoso Ramírez, en el cual concluyeron que las creencias de necesidad de aprobación, perfeccionismo e influencia del pasado se asocian a los síntomas depresivos; se evidencia que no existe una diferencia marcada entre las creencias irracionales que presentan los DSV con depresión y las personas sin algún tipo de discapacidad con depresión.

A pesar de que la declaración de los derechos de los impedidos (Resolución 3447/75) establece que: "deben reconocerse los siguientes derechos a todos los impedidos sin distinción, ni discriminación: Derecho a que se le respete su dignidad humana, el impedido tiene los mismos derechos civiles y políticos que los demás seres humanos, tiene derecho a las medidas designadas a permitirle la mayor autonomía posible, a recibir atención médica, psicológica y funcional, a la seguridad económica y social, a un nivel de vida decoroso, a que se tenga en cuenta sus necesidades particulares en todas las etapas de la planificación económica y social, a vivir en el seno de su familia o en un hogar que lo sustituya

y a participar en todas las actividades sociales, creadoras y recreativas. También, a ser protegido contra toda explotación, toda reglamentación o todo trato discriminatorio, abusivo o degradante, deben ser informados de todas las medidas apropiadas de los derechos anunciados en esta declaración.⁶¹ Se observo que esto no se cumplen a cabalidad.

RECOMENDACIONES

La presente investigación puede ayudar como soporte a la realización de programa en el manejo, control y prevención del trastorno psicológico en los adultos D.S.V. que presentan depresión. Así mismo, esta investigación puede despertar el interés de otros estudiantes a realizar investigaciones sobre personas discapacitadas. También se podría realizar un estudio comparativo de las creencias irracionales de los adultos con D.S.V. que presentan depresión y de los adultos D.S.V. sin depresión con el fin de observar diferencias entre estos y conocer las creencias irracionales que se presentarían en ambos grupos.

Un aspecto a tener en cuenta para futuras investigaciones son las etapas de ajuste y adaptación con el fin de conocer el estado emocional de la persona en el momento mismo en que queda discapacitadas y reconocer este proceso en las personas discapacitadas y así mismo verificar si estas etapas se presentan y

⁶¹ ARTETA, María Inés, QUIROZ, Bety. *Derechos y deberes de las personas con discapacidad. Gobernación del Atlántico. Secretaría de Salud del Atlántico E.S.E., Centro de Rehabilitación integral CARI. Barranquilla 2001 p. 7 – 8.*

como se presentan. También, sería importante realizar una investigación que tenga en cuenta los DSV tipo congénita y adquirida, con el fin de establecer diferencias entre estos dos grupos de población.

Por el beneficio de los discapacitados se debe manejar una información condensada en instituciones públicas y privadas. Así mismo, las personas que manejen estos programas deben tener compromiso social y capacitación con el fin que se le brinde los beneficios que requieran todos o gran parte de la población de discapacitados.

Generalmente las personas que presentan algún tipo de limitación o discapacidad no la aceptan, por ello no se benefician de algunos servicios que probablemente más adelante le ayudaran, por ello se recomienda realizar programas masivos, llevados a cabo por puestos de salud, hospitales o entidades de salud con el fin de prevenir y rehabilitar la discapacidad. Puesto que la comunidad muchas veces no sabe a quien acudir en estos casos. En la actualidad cuentan con el programa RICP que se encarga de atender a los discapacitados.

BIBLIOGRAFIA

BECK, Aaron y RUSH, Jhon, Otros. Terapia Cognitiva de la Depresión 9ª Ed. Biblioteca de Psicología. Editorial Desclee de Brouwer, New York, 1983.

ARTETA, María Inés. Conviviendo con una persona discapacitada. Gobernación del Atlántico, Secretaría de Salud del Atlántico. E.S.E., Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI. Barranquilla 2001.

ARTETA, María Inés, QUIROZ, Bety. Derechos y deberes de las personas con Discapacidad. Gobernación del Atlántico, Secretaría de Salud del Atlántico. E.S.E., Centro de Atención y Rehabilitación Integral CARI. Barranquilla 2001.

ARZA, Ana Elvira. Aportaciones del modelos conductual – cognitivo a la depresión. Barranquilla, 29 de Abril de 1989.

CRAIG, Grace. Desarrollo Psicológico. 7ª Ed. México: Prentice May 1997.

CHOLDEN, Louis. Un psiquiatra trabaja sobre la ceguera. 1 Ed. Bogotá: INCE. 1998.

ELLIS, Albert y BERNARD, Michael. Aplicaciones Clínicas de la Terapia Racional Emotiva. DBB. México: Deselle de Brower. S.A. 1990.

ELLIS, Albert. Razón y Emoción en Psicoterapia. Bilbao: Deselle de Brower. S.A. 1980.

HERNANDEZ, Roberto, FERNANDEZ, Carlos, BAPTISTA, Pilar. Metodología de la Investigación. 2ª Ed. México: Mc Graw Hill. 1991.

<http://www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/12/a12-01.htm>

<http://www.siicsalud.com/dato/dat015/99d14022.htm>

<http://www.casdentel.com/diseño-full/depresion.htm>

JIMENEZ, Elenora, ARIS Patricia. Participemos todos Aspecto Psicosocial del Limitado Visual. Santafé de Bogotá: INC: 1ª 2000.

KLOSE, Vive. Entre dos mundos: Revista de Traducción sobre Discapacidad Visual. No. 7. 1998.

MARTINEZ, Miguel. La Investigación Cualitativa Etnográfica en Educación.

MAYA, Louis. El servicio de Psicología para discapacitados visuales en el marco de la rehabilitación funcional. Bogotá: INCI, 1999.

MCKAY Matthew, DAVIS, Martha y otros. Técnica Cognitiva para el tratamiento del estrés. Bogotá: Martínez Roca Libros Universitarios y Profesionales.

OVALLE, Víctor ; VASQUEZ, Francisco. Conceptualización, Diseño y Presentación de informes de grado en Psicología y Ciencias Sociales. Documento sin editar. 1997.

PAEZ, Hector Fabian. Otro ciego. Manual de Orientación para padres de familia de niños y jóvenes con limitación visual. Editorial: Santafé de Bogotá: INCI. 2000.

PINZON, Leopoldo. Atlántico. Edición Auspiciada por la Corporación Cívica de Barranquilla. MCMLM. Editorial Impresores y Editores. Medellín – Colombia 1985.

RODRIGUEZ, Francisco y ARENAS Eduardo. Manual de Oftalmología para estudiantes de medicina y médicos generales. Sociedad Colombiana de Oftalmología.

SANCHEZ, Juan Montana, RODRIGUEZ, Juan. Todas las medicinas. Círculo de Lectores. Editorial Pinter Latinoamericana Ltda. Bogotá 2001.

MERCK, Sharp y RESEARCH, Dohme. El manual de Merck de Diagnóstico y Terapéutica. 7ª

WYSIWYG://218/http://geocities.com/hotsprings/villa/3857/depre.html.

www.cop.es/delegaci/baleares/trabajo2/terapiacc.htm

TABLA 1. TIPOS DE DEPRESION, PUNTAJES BRUTOS

Tipos de depresión	Baja Visión			Ceguera			Total B.V y Ceguera	Total
	H	M	Total	H	M	Total		
Normal	12	5	17	2	2	4	21	38
Leve	4	7	11	2	1	3	14	
Moderado	1		1	1	1	2	3	

TABLA 2. PUNTUACIONES DE PORCENTAJES DE TIPOS DE DEPRESIÓN

Tipos de depresión	Baja Visión			Ceguera			Total B.V y Ceguera
	H	M	Total	H	M	Total	
Normal	31.57%	13.15%	44.73%	10.52%		10.52%	55.25%
Leve	10.52%	18.42%	28.94%	5.263%	2.631%	7.894%	36.83%
Moderado	2.63%		2.63%	2.631%	2.631%	5.26%	7.89%

TABLA 3. DEPRESION LEVE Y MODERADO PUNTAJES BRUTOS

Tipos de depresión	Baja Visión			Ceguera			Total B.V y Ceguera	Total
	H	M	Total	H	M	Total		
Leve	4	7	11	2	1	3	14	17
Moderado	1		1	1	1	2	3	

TABLA 4. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES DEPRESIÓN LEVE Y DEPRESIÓN MODERADA

Tipos de depresión	Baja Visión			Ceguera			Total B.V y Ceguera
	H	M	Total	H	M	Total	
Leve	23.52%	41.17%	64.70%	11.76%	5.88%	17.64%	82.33%
Moderado	5.88%		5.88%	5.88%	5.88%	11.76%	17.64%

TABLA 5. PUNTUACIONES BRUTAS DE LOS COMPONENTES DE LA TRIADA COGNITIVA

Categoría	Parámetro esperado			Parámetro leve			Parámetro Moderado			Parámetro profundo			Total parámetro leve y moderado	TOTAL
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T		
Componentes de la cognitiva														
Visión de si mismo	3	1	4	2	7	9	3	1	4	-	-	-	13	17
Visión del mundo	2	2	4	3	5	8	3	2	5	-	-	-	13	17
Visión del futuro	4	4	8	2	2	4	2	3	5	-	-	-	9	17

TABLA 6. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES DE LOS COMPONENTES DE LA TRIADA COGNITIVA

Categoría	Parámetro esperado			Parámetro leve			Parámetro Moderado			Parámetro profundo			Total parámetro leve y moderado	TOTAL
	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T		
Componentes de la cognitiva														
Visión de sí mismo	17.64%	5.88%	23.52%	11.76%	41.16%	52.92%	17.64%	5.88%	23.52%	-	-	-	76.44%	99.96%
Visión del mundo	11.76%	11.76%	23.52%	17.64%	29.4%	47.04%	17.64%	11.76%	29.4%	-	-	-	76.44%	99.96%
Visión del futuro	23.52%	23.52%	47.04%	11.76%	11.76%	23.52%	11.76%	17.64%	29.4%	-	-	-	76.44%	99.96%

TABLA 7. PUNTUACIONES BRUTAS DE LOS PENSAMIENTOS DEFORMADOS.

Categoría	Parámetro esperado			Medio			Presencia arraigada			Total: Medio y Presencia Arraigada	TOTAL
	H	M	T	H	M	T	H	M	T		
Pensamientos Deformados											
Tener Razón	7	6	13	1	1	2	1	1	2	4	17
Filtraje	6	4	10	1	4	5	1	1	2	7	17
Culpabilidad	4	6	10	2	3	5	2	-	2	7	17
Pensamiento polarizado	4	5	9	1	3	4	3	1	4	8	17
Interpretación del pensamiento	5	4	9	1	3	4	2	2	4	8	17
Etiquetas globales	4	5	9	3	2	5	1	2	3	8	17
Razonamiento emocional	6	3	9	3	3	6	-	2	2	8	17
Falacia de recompensa divinas	2	-	2	4	6	10	2	3	5	15	17
Personalización	4	4	8	3	4	7	1	1	2	9	17
Sobregeneralización	6	2	7	1	5	6	3	1	4	10	17
Visión catastrófica	4	3	7	1	5	6	3	1	4	10	17
Falacia de cambio	1	1	2	1	2	3	6	6	12	15	17
Debería	2	2	4	-	2	2	6	5	11	13	17
Falacia de justicia	2	2	4	1	2	3	5	5	10	13	17
Falacia de control	2	1	3	3	1	4	3	7	10	14	17

TABLA 8. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES DE LOS PENSAMIENTOS DEFORMADOS

Categoría Pensamientos Deformados	Parámetro esperado			Medio			Presencia arraigada			Total: Medio y Presencia Arraigada	TOTAL
	H	M	T	H	M	T	H	M	T		
Tener Razón	41.18%	35.29%	76.47%	5.88%	5.88%	11.76%	5.88%	5.88%	11.76%	23.52%	99.99%
Filtraje	35.29%	23.53%	58.82%	5.88%	23.53%	29.41%	5.88%	5.88%	11.76%	41.17%	99.99%
Culpabilidad	23.53%	35.29%	58.82%	11.76%	17.65%	29.41%	11.76%	-	11.76%	41.17%	99.99%
Pensamiento polarizado	23.53%	29.41%	52.94%	5.88%	17.65%	23.53%	17.65%	5.88%	23.53%	47.06%	100%
Interpretación del pensamiento	29.41%	23.53%	52.94%	5.88%	17.65%	23.53%	11.76%	11.76%	23.53%	47.05%	99.99%
Etiquetas globales	23.53%	29.41%	52.94%	17.65%	11.76%	29.41%	5.88%	11.76%	17.64%	47.05%	99.99%
Razonamiento emocional	35.29%	17.65%	52.94%	17.65%	17.65%	35.3%	-	11.76%	11.76%	47.06%	100%
Falacia de recompensa divina	11.76%	-	11.76%	23.53%	35.29%	58.82%	11.76%	17.65%	29.41%	88.23%	99.99%
Personalización	23.53%	23.53%	47.06%	17.65%	23.53%	41.18%	5.88%	5.88%	11.76%	52.94%	100%
Sobregeneralización	29.41%	11.76%	41.17%	5.88%	29.41%	35.29%	17.65%	5.88%	23.53%	58.82%	99.99%
Visión catastrófica	23.53%	17.65%	41.18%	5.88%	29.41%	35.29%	17.65%	5.88%	23.53%	58.82%	100%
Falacia de cambio	5.88%	5.88%	11.76%	5.88%	11.76%	17.64%	35.29%	35.29%	70.58%	88.22%	99.99%
Debería	11.76%	11.76%	23.52%	-	11.76%	11.76%	35.29%	29.41%	64.70%	76.46%	99.98%
Falacia de justicia	11.76%	11.76%	23.52%	5.88%	11.76%	17.64%	29.41%	29.41%	58.82%	76.46%	99.99%
Falacia de control	11.76%	5.88%	17.64%	17.65%	5.88%	23.53%	17.65%	41.18%	58.83%	82.33%	100%

TABLA 9. PUNTUACIONES BRUTAS CREENCIAS IRRACIONALES

Creencias irracionales	Baja Visión						Ceguera						Total B.V. y Ceguera con creencia	Total B.V. y Ceguera sin Creencia.
	H	M	Total con creencia H	Total con creencia M	Total sin creencia H	Total sin creencia M	H	M	Total con creencia H	Total con creencia M	Total sin creencia H	Total sin creencia M		
Necesidad de Aprobación	5	7	1	3	4	4	3	2	2	1	1	1	7	10
Autoexigencia	5	7	-	3	5	4	3	2	1	1	2	1	5	12
Culpar a otros	5	7	2	1	3	6	3	2	-	1	3	1	4	13
Reacción a la frustración	5	7	3	-	2	7	3	2	1	-	2	2	4	13
Irresponsabilidad emocional	5	7	1	1	4	6	3	2	1	-	2	2	3	14
Ansiedad por preocupación	5	7	1	3	4	4	3	2	2	2	1	-	8	9
Dependencia	5	7	1	2	4	5	3	2	2	-	1	2	5	12
Influencia del pasado	5	7	2	3	3	4	3	2	1	2	2	-	8	9
Perfeccionismo	5	7	2	3	3	4	3	2	2	1	1	1	8	9

TABLA 10. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES CREENCIAS IRRACIONALES

Creencias irracionales	Baja Visión			Ceguera			Total con Creencia	Total sin Creencia	TOTAL
	H	M	Total	H	M	Total			
Necesidad de Aprobación	5.88%	17.64%	23.52%	11.76%	5.88%	17.64%	41.16%	58.8%	99.9%
Autoexigencia	-	17.64%	17.64%	5.88%	5.88%	11.76%	29.4%	70.58%	99.9%
Culpabilidad	11.76%	5.88%	17.64%	-	5.88%	5.88%	23.52%	76.47%	99.9%
Reacción a la frustración	17.64%	-	17.64%	5.88%	-	5.88%	23.52%	76.47%	99.9%
Irresponsabilidad emocional	5.88%	5.88%	11.76%	5.88%	-	5.88%	17.64%	82.3%	99.9%
Ansiedad por preocupación	5.88%	17.64%	23.52%	11.76%	11.76%	23.52%	47.05%	52.94%	99.9%
Dependencia	5.88%	11.76%	17.64%	11.76%	-	11.76%	29.41%	70.58%	99.9%
Influencia del pasado	11.76%	17.64%	29.41%	5.88%	11.76%	17.64%	47.05%	52.94%	99.9%
Perfeccionismo	11.76%	17.64%	29.41%	11.76%	5.88%	17.64%	47.05%	52.94%	99.9%

TABLA 11. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES ESTADO CIVIL

Sexo			
Estado Civil	H	M	TOTAL
Unión libre	-	11.76%	11.76%
Casados	11.76%	5.88%	17.64%
Separados	5.88%	-	5.88%
Solteros	29.40	35.29%	64.69%
TOTAL			99.97%

TABLA 12. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES ESCOLARIDAD

Sexo	H	M	TOTAL
Escolaridad			
Primaria	11.76%	-	11.76%
Bachillerato	17.64%	41.16%	58.81%
Técnico	11.76%	-	11.76%
Universidad	5.88%	11.76%	17.64%
TOTAL			99.97%

TABLA 13: PUNTUACIONES EN PORCENTAJE OCUPACION

Sexo		M	TOTAL
Ocupación	H		
Ninguna	23.52%	-	23.52%
Ama de casa	-	11.76%	11.76%
Comerciante	5.88%	11.76%	17.64%
Estudiantil	11.76%	17.64	29.41%
Otras	5.88%	11.76	17.64
TOTAL			99.96%

TABLA 14. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES CON QUIEN VIVE

Sexo			
Con quien vive	H	M	TOTAL
Padres y hermanos	35.28%	23.52%	58.80%
Madre	-	5.88%	5.88%
Esposo(a)	11.76%	17.64%	29.41%
Amigos	-	5.88%	5.88%
TOTAL			99.96%

TABLA 15. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES RELACIONES FAMILIARES BUENAS

Sexo	H	M	TOTAL
Buenas			
Todos los miembros de la familia	11.76%	29.41%	41.17%
Madres y hermanos	17.64%	17.64%	35.28%
Espos(a) e hijos	11.76%	5.88%	17.64%
Padres	5.88%	-	5.88%
TOTAL			99.97%

TABLA 16. PUNTUACIONES EN PORCENTAJES. RELACIONES FAMILIARES MALAS

Sexo	H	M	TOTAL
Malas			
Ninguno	17.64%	35.28%	52.92%
Papá	-	5.88%	5.88%
Hermanos y primos	23.52%	11.76%	35.28%
Hijos	5.88%	-	5.88%
TOTAL			99.96%

TABLA 17. PUNTUACIÓN EN PORCENTAJE HECHOS MÁS TRISTES

Sexo	H	M	TOTAL
Infancia			
No recuerdan	5.88%	11.76%	17.64%
Burlas caídas por la limitación	5.88%	17.64%	23.52%
Problemas con el padre	35.28%	23.52%	58.80%
TOTAL			99.96%

Sexo	H	M	TOTAL
Adolescencia			
Ninguno	5.88%	-	5.88%
Muerte de un ser querido	5.88%	17.64%	23.52%
No estudiar	5.88%	5.88%	11.76%
Perdida o problemas con amigos o con la pareja	11.76%	11.76%	23.52%
Limitación	11.76%	5.88%	17.64%
Problemas con padres o hermanos	5.88%	11.76%	17.64%
TOTAL			99.96%

Sexo	H	M	TOTAL
Juventud			
Ninguno	17.64%	-	17.64%
Limitación	-%	11.76%	11.76%
Perdida de un ser querido	11.76%	11.76%	23.52%
Estar soltero	5.88%	-	5.88%
Problemas familiares	5.88%	11.76%	17.64%
No Estudiar	5.88%	17.64%	23.52%
TOTAL			99.96%

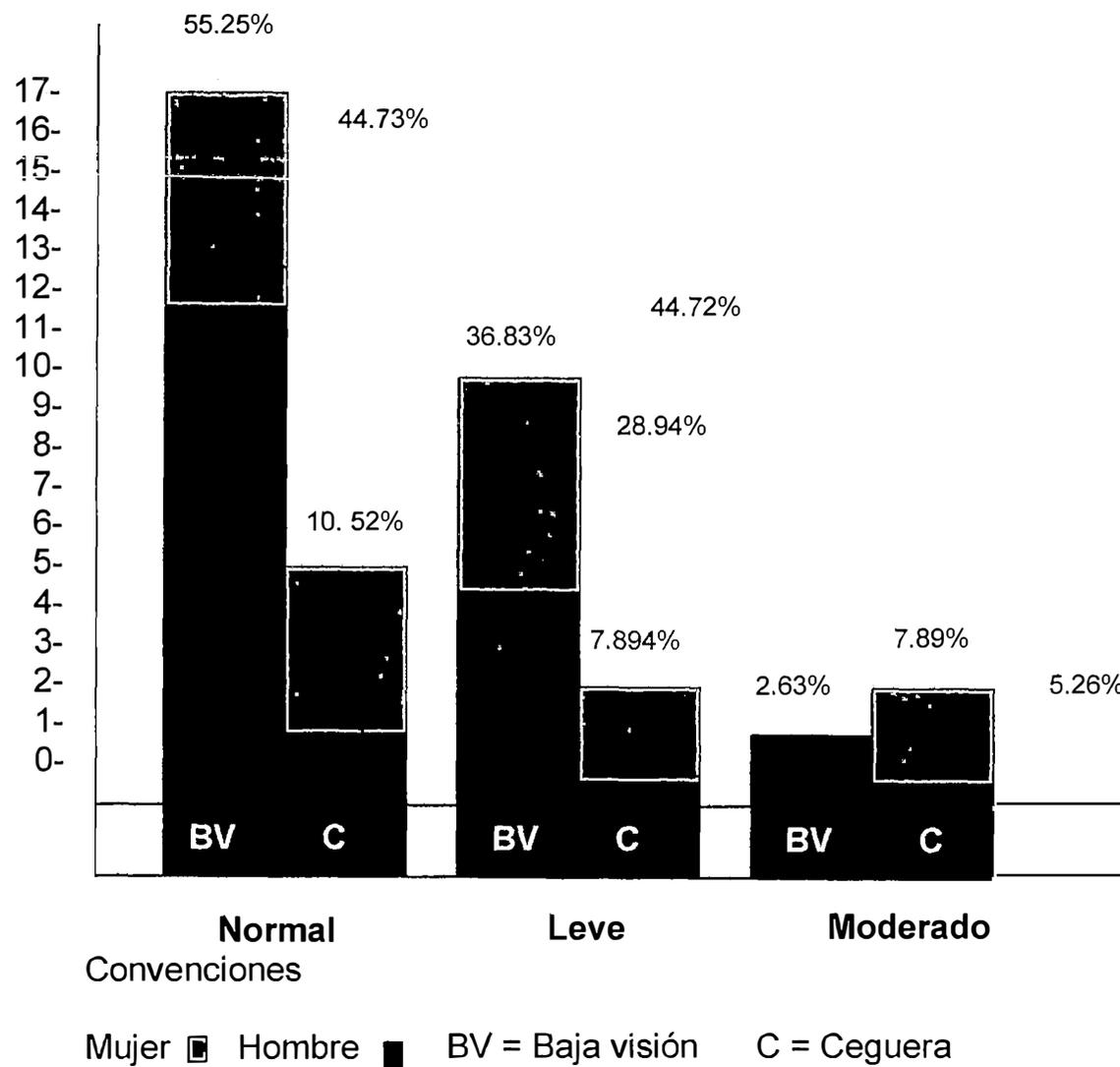
TABLA 18. PUNTUACIÓN EN PORCENTAJE HECHOS MÁS FELICES

Sexo	H	M	TOTAL
Infancia			
No recuerdan	5.88%	23.52%	29.4%
Primera Comuni3n y/o cumplea3os	17.64%	5.88%	23.52%
Jugar con los amigos	-	11.76%	11.76%
Recibir regalos	-	11.76%	11.76%
Escuela	11.76%	-	11.76%
Compartir con la familia	5.88%	5.88%	11.76%
TOTAL			99.96%

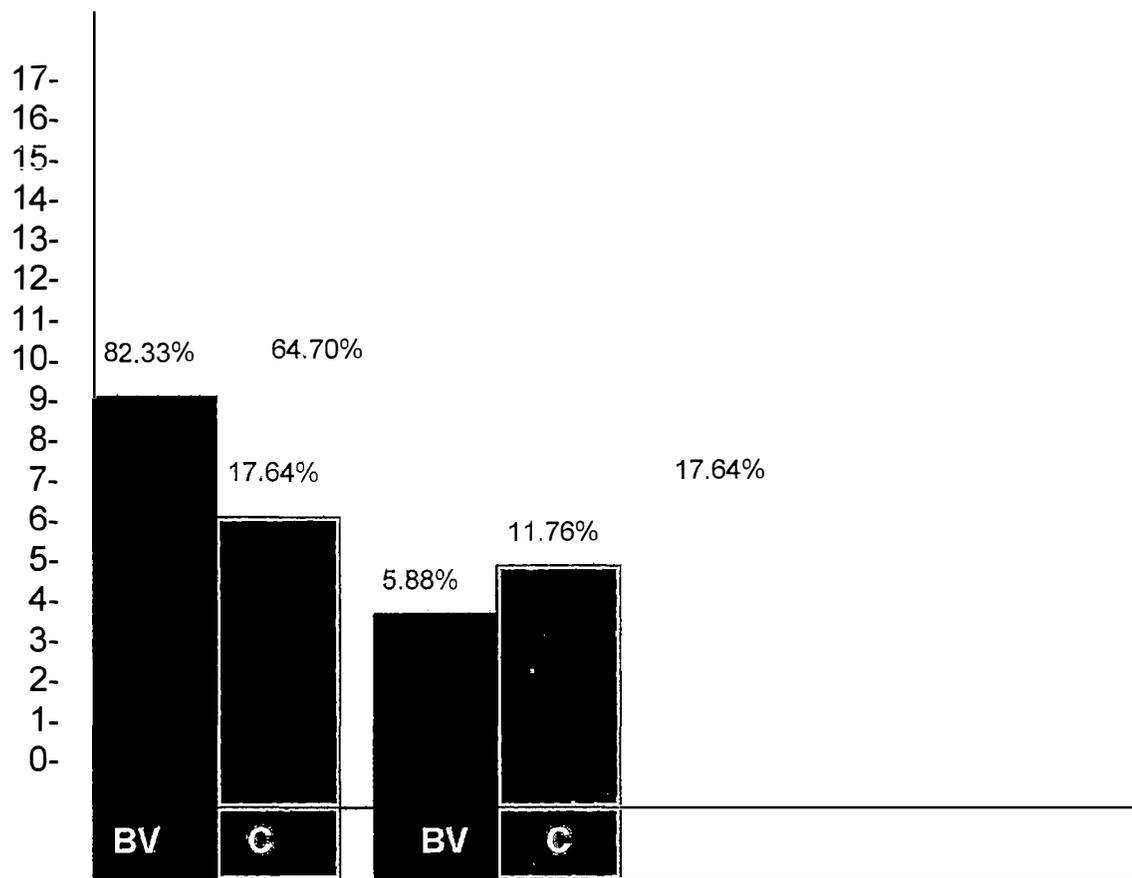
Sexo	H	M	TOTAL
Adolescencia			
No recuerdan	29.4%	5.88%	35.28%
Estudiar	23.52%	-	23.52%
Noviazgo	11.76%	5.88%	17.64%
Amigos	-	17.64%	17.64%
Cumplea3os	-	5.88%	5.88%
TOTAL			99.96%

Sexo	H	M	TOTAL
Juventud			
Ninguno	29.4%	17.64%	47.04%
El primer hijo	5.88%	5.88%	11.76%
Tener pareja	5.88%	11.76%	17.64%
Disfrutar de la vida	-	11.76%	11.76%
Trabajar	5.88%	-	5.88%
Estudiar	-	5.88%	5.88%
TOTAL			99.96%

TIPOS DE DEPRESIÓN



DEPRESION LEVE Y MODERADA

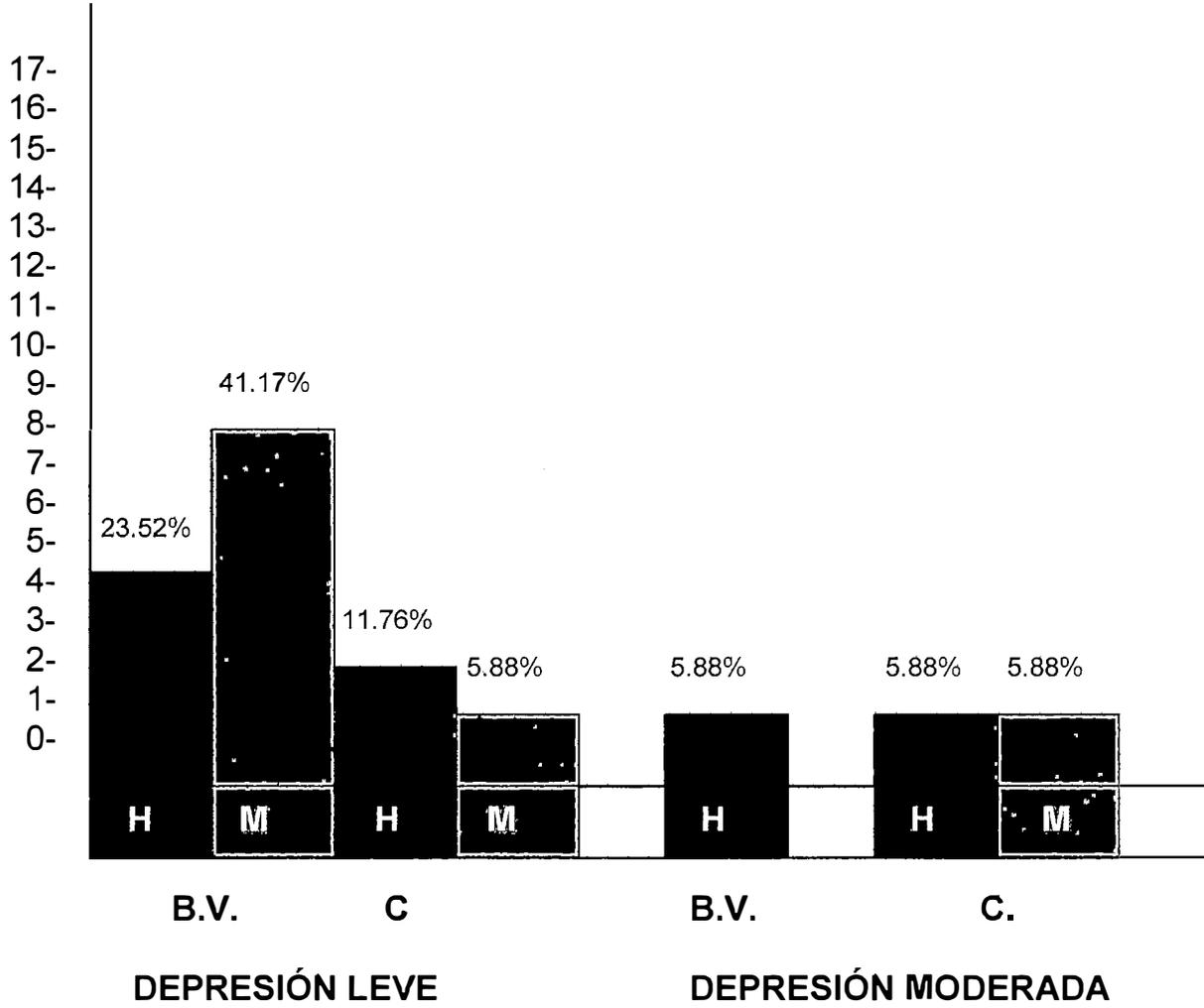


Leve
Convenciones

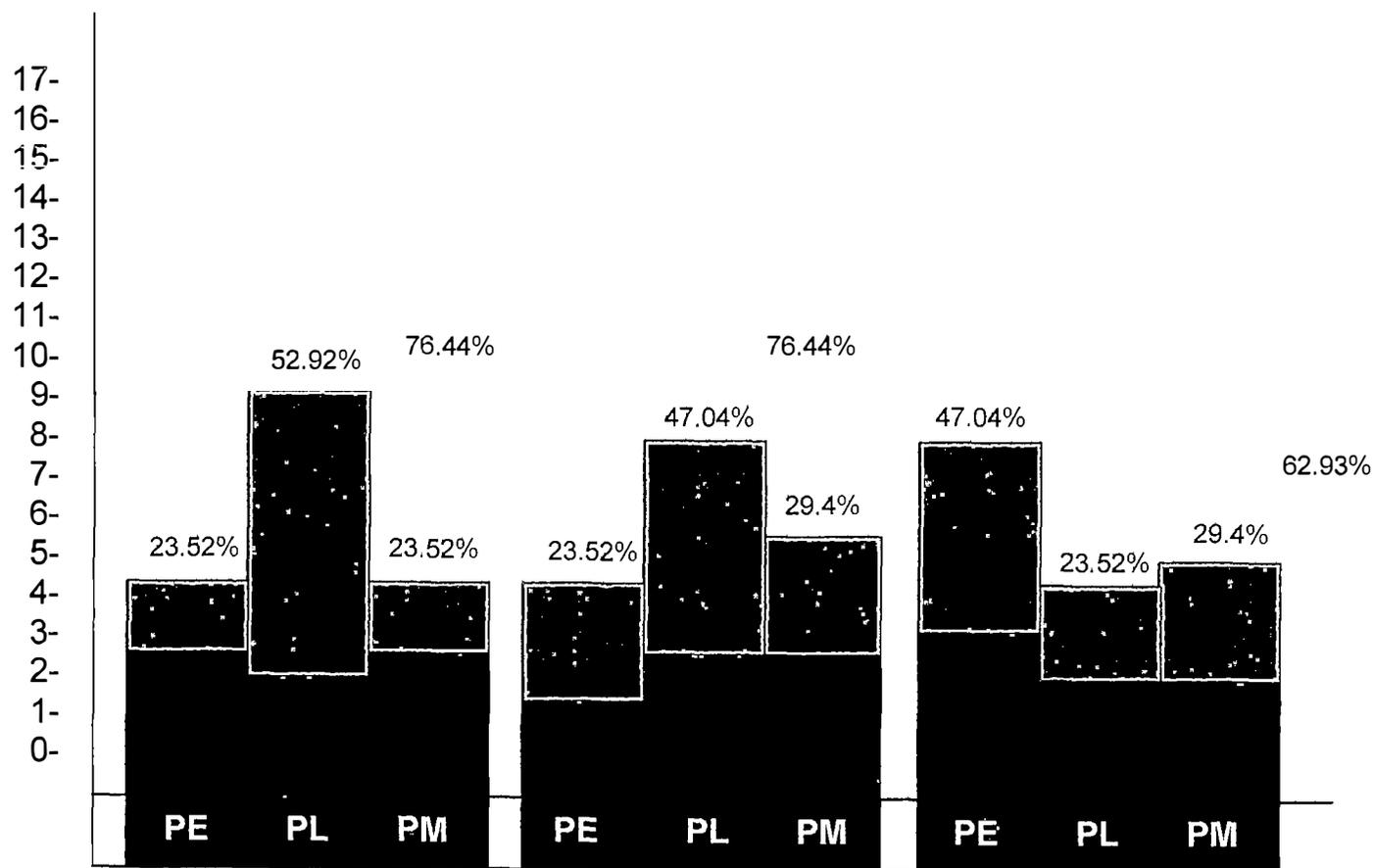
Moderada

BV = Baja visión C = Ceguera

TIPOS DE DEPRESION - GENERO



COMPONENTES DE LA TRÍADA COGNITIVA



Visión de si mismo

Visión del Mundo

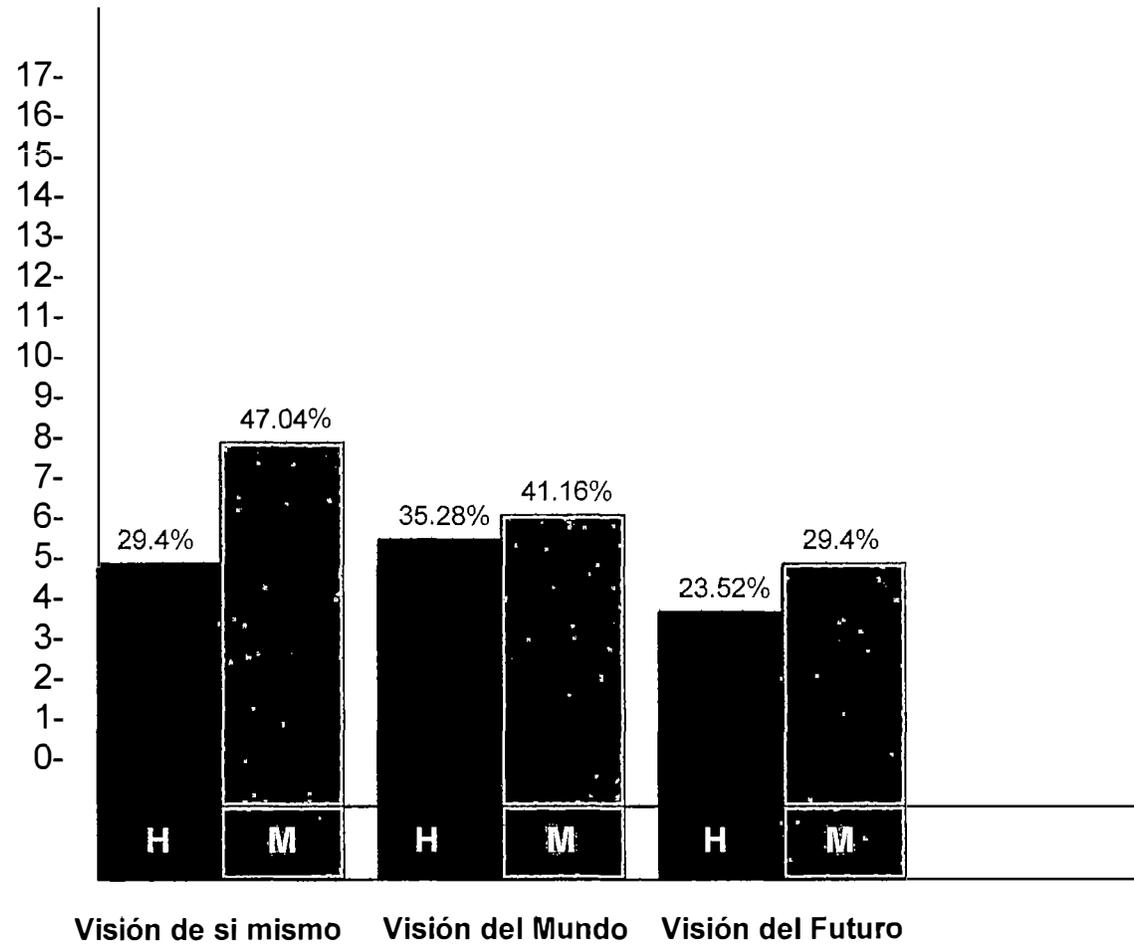
Visión del Futuro

Convenciones

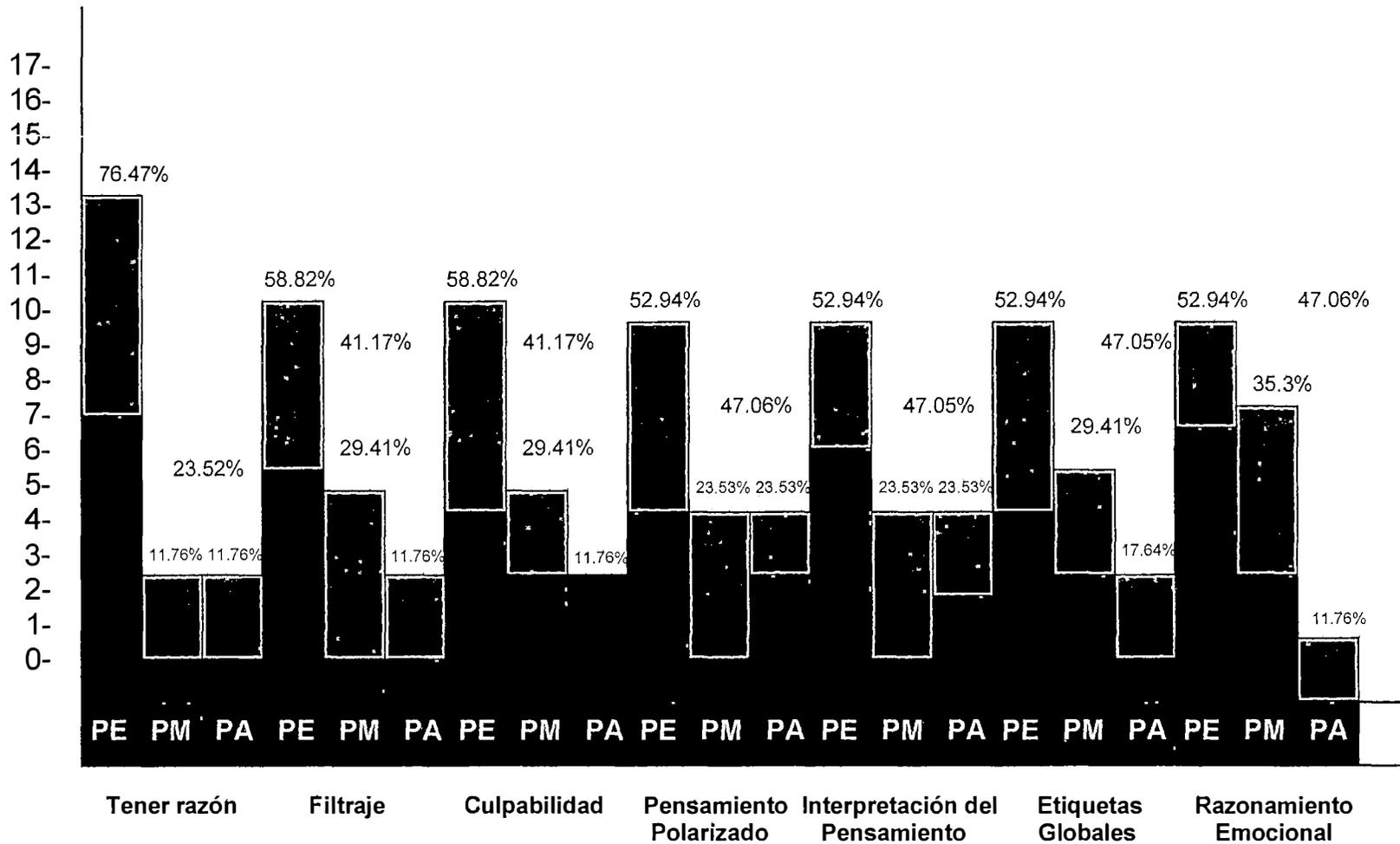
Mujer □ Hombre ■ PE = Parámetro Esperado

PL = Parámetro Leve PM = Parámetro Moderado

TRÍADA COGNITIVA



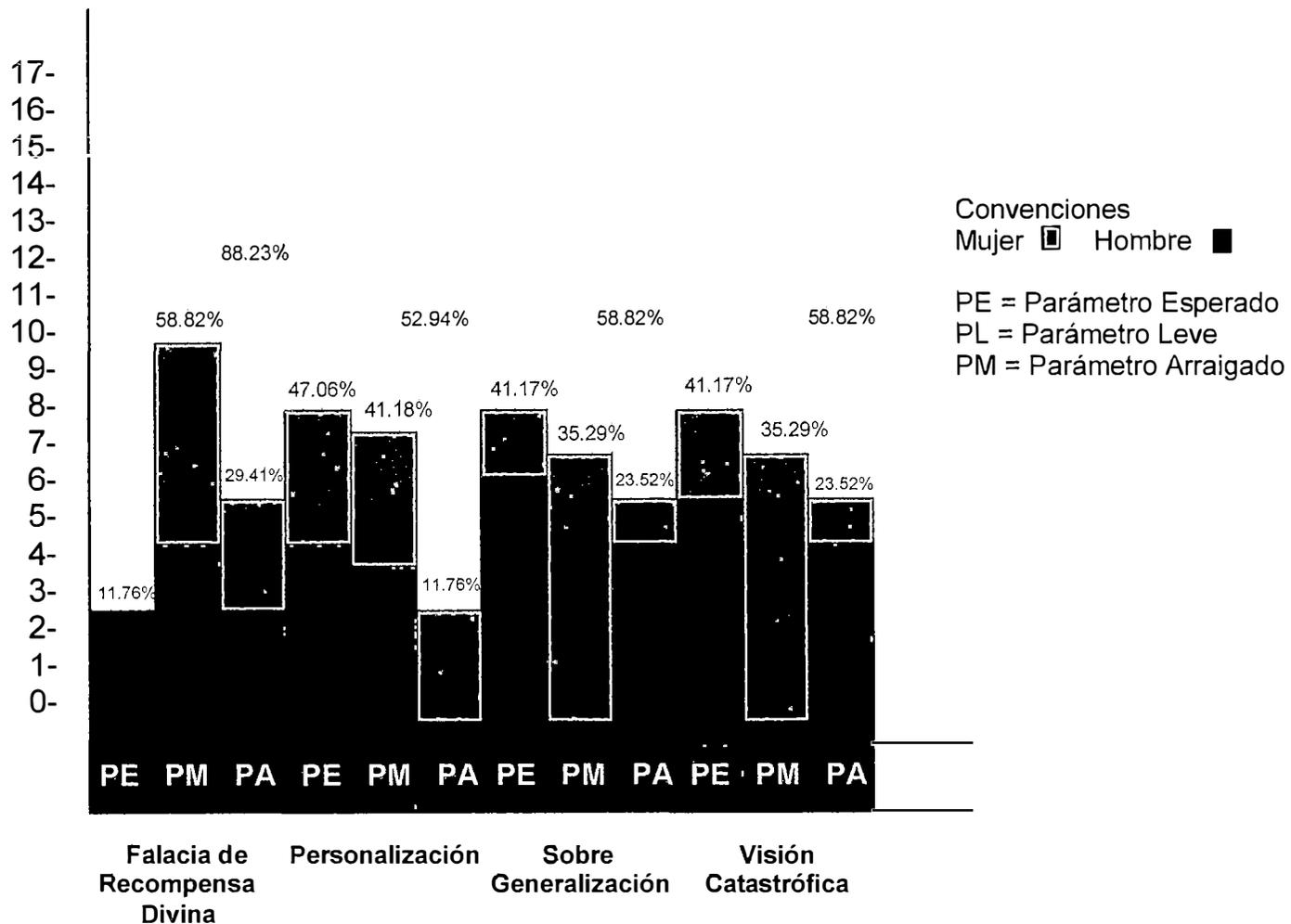
PENSAMIENTOS DEFORMADOS (PARÁMETRO ESPERADO)



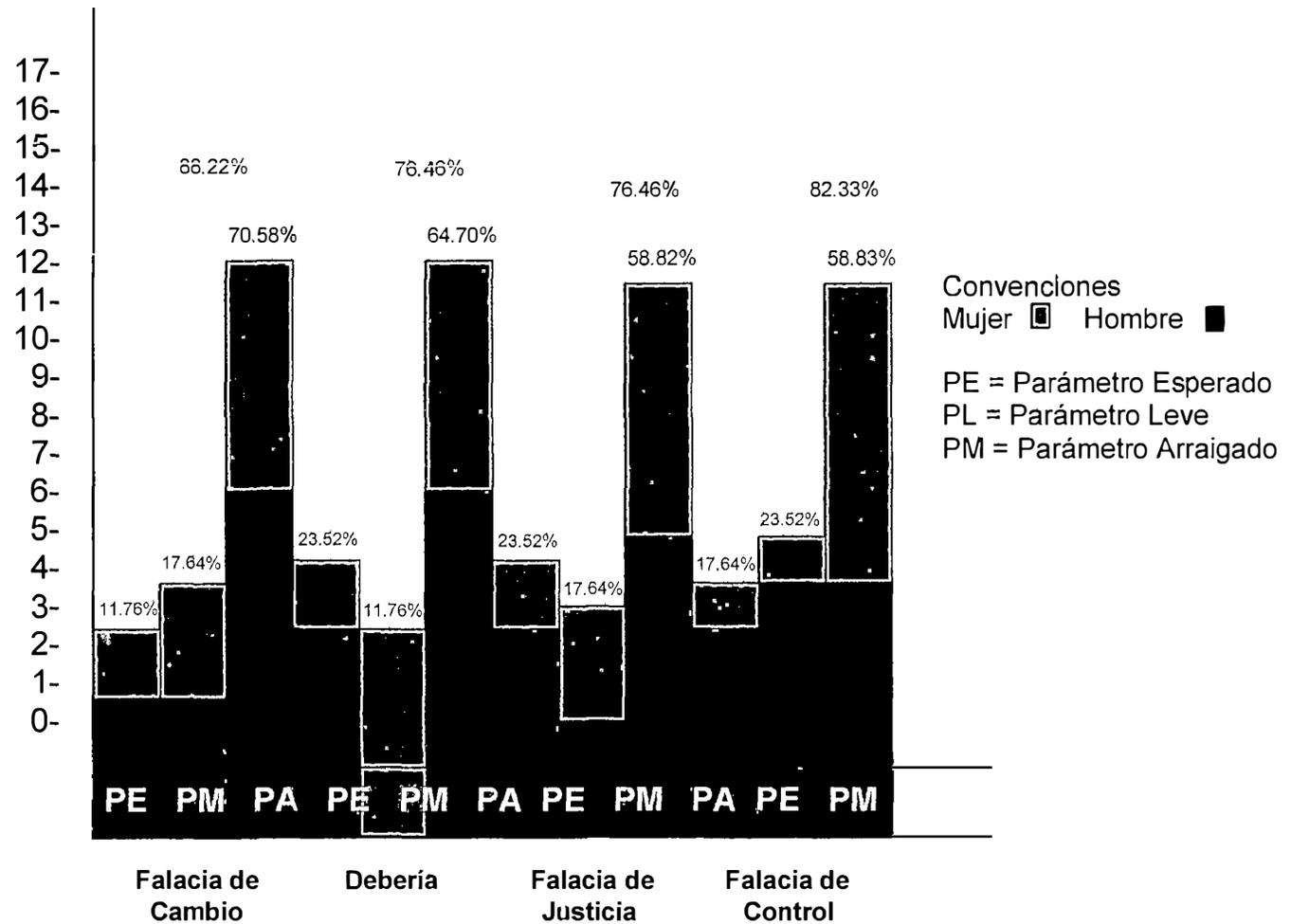
Convenciones

Mujer Hombre PE = Parámetro Esperado
 PL = Parámetro Leve PM = Parámetro Arraigado

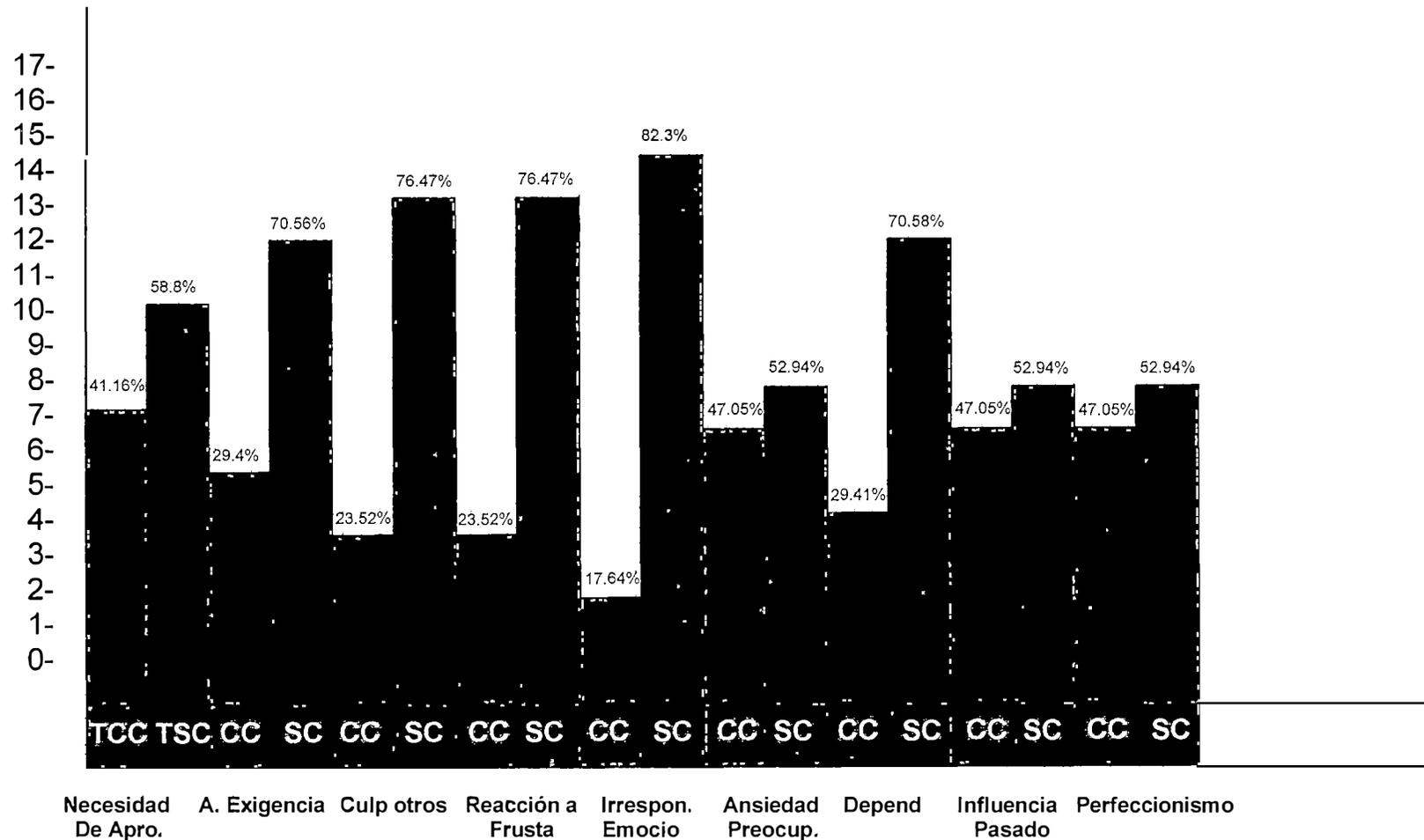
PENSAMIENTOS DEFORMADOS (PARÁMETRO MEDIO)



PENSAMIENTOS DEFORMADOS (PARÁMETRO ARRAIGADO)



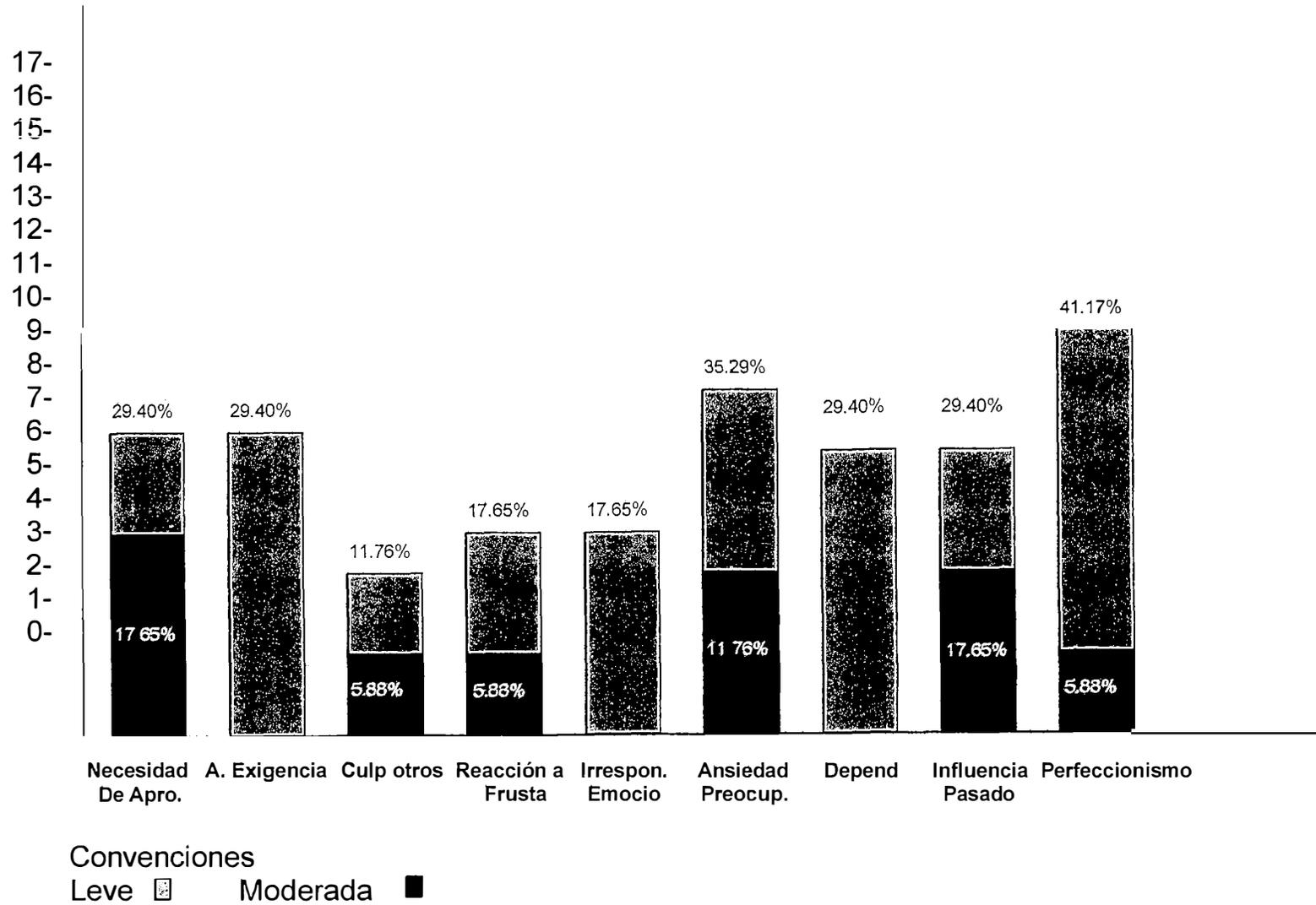
CREENCIAS IRRACIONALES



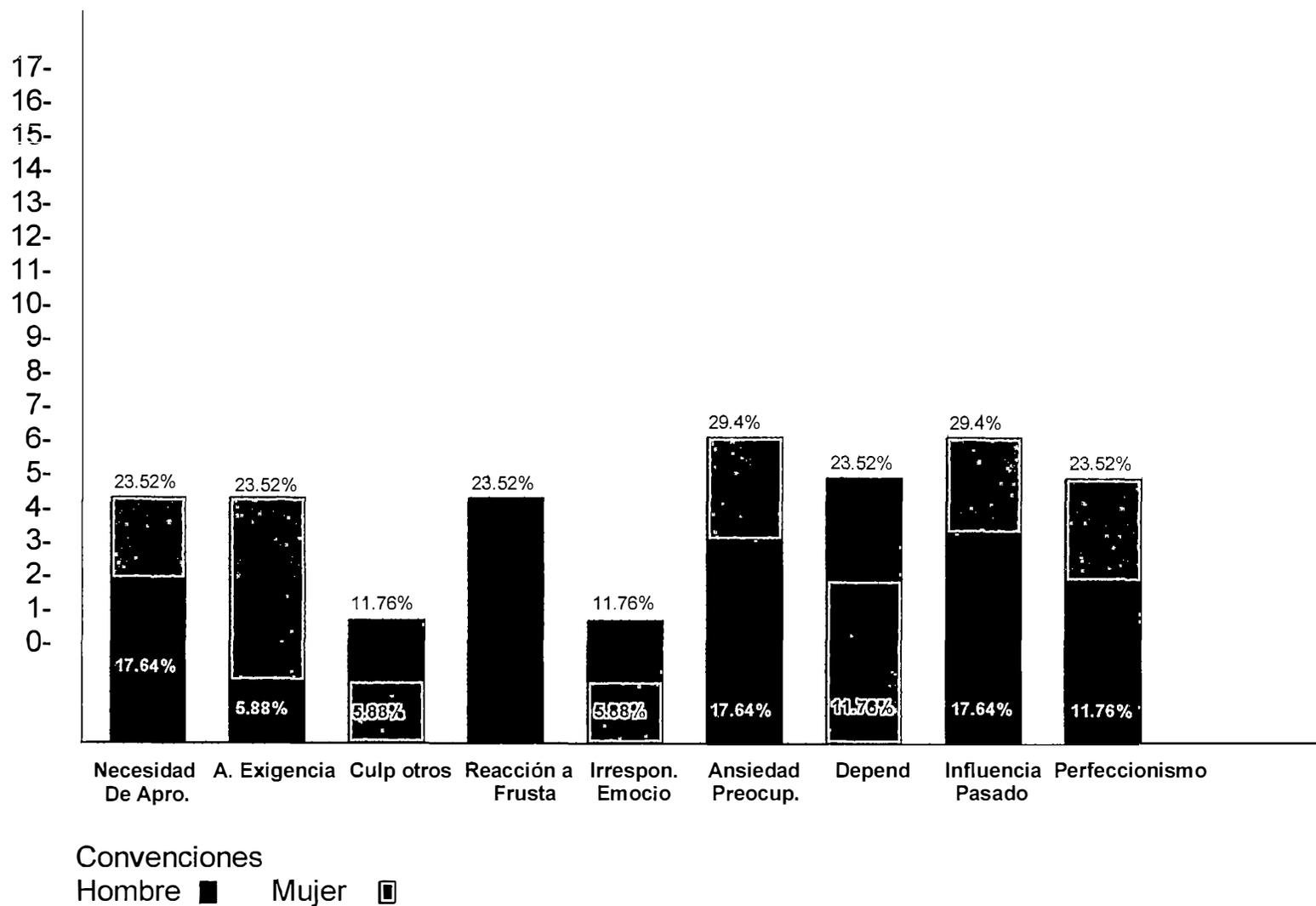
Convenciones

CC = Con Creencia SC = Sin creencia

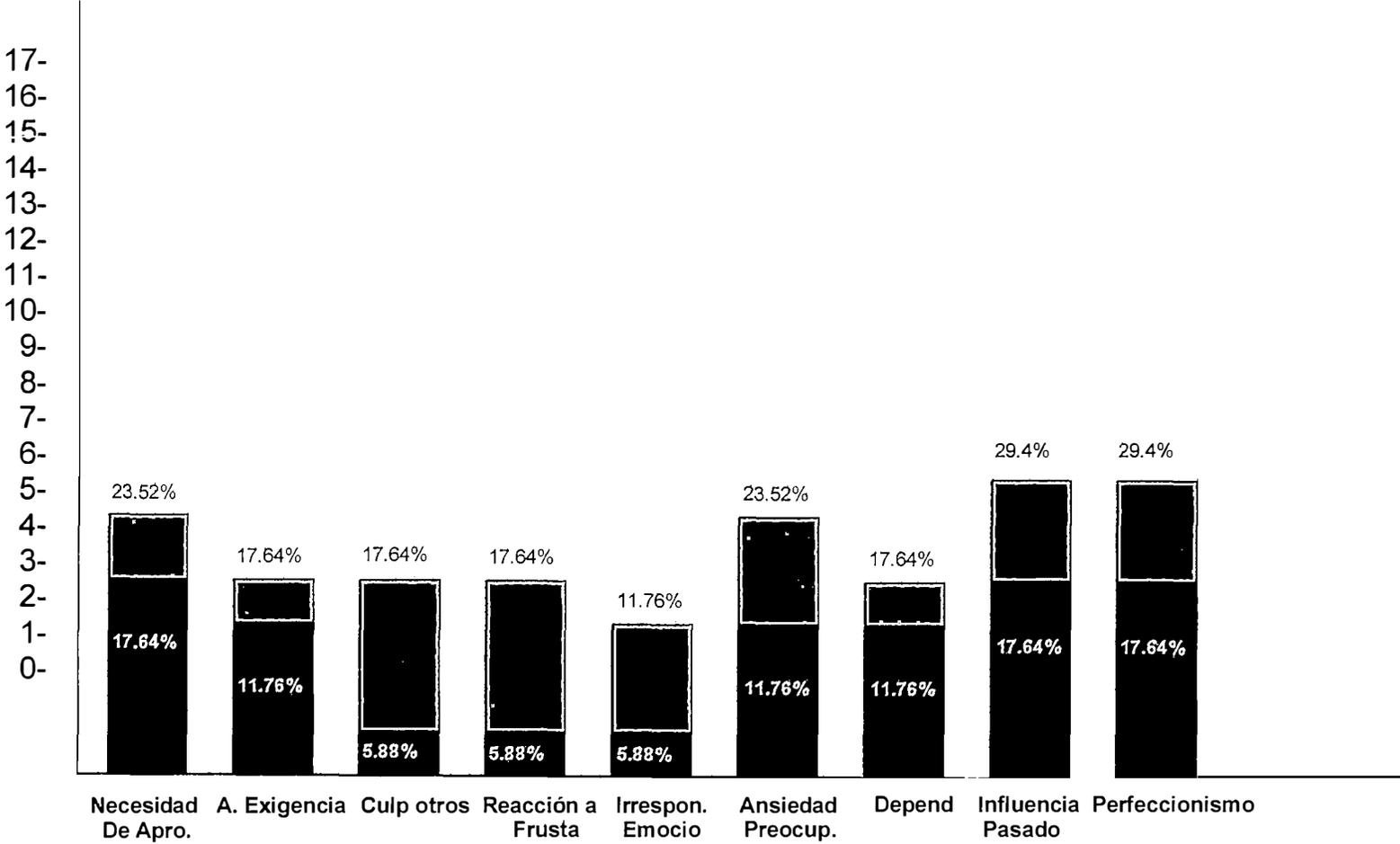
CREENCIAS IRRACIONALES TIPO DE DEPRESIÓN



CREENCIAS IRRACIONALES - GENERO



CREENCIAS IRRACIONALES TIPO DE D.S.V.



Convenciones

Baja Visión  Ceguera 

ANEXOS

Anexo A.

INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK

INVENTARIO DE LA DEPRESIÓN DE BECK.

Este es un cuestionario de cómo usted se ha estado sintiendo, rodee con un círculo el número que exprese mejor su actitud hacia la pregunta. No deje ninguna pregunta sin contestar. Independientemente del resultado que obtenga, éste puede ser su primer paso para lograr una mejoría emocional.

1. 0 No me siento triste.
 - 1 Me siento triste.
 - 2 Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
 - 3 Estoy tan triste o infeliz que no puedo soportarlo.
2. 0 No me siento especialmente desanimado (a) ante el futuro.
 - 1 Me siento desanimado(a) con respecto al futuro.
 - 2 Siento que no tengo nada que esperar.
 - 3 Siento que en el futuro no hay esperanzas y que las cosas no pueden mejorar.
3. 0 No creo que sea un fracaso.
 - 1 Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
 - 2 Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos
 - 3 Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
4. 0 Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes
 - 1 Yo disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
 - 2 Ya no tengo una verdadera satisfacción de nada.
 - 3 Estoy insatisfecho(a) o aburrido(a) de todo.
5. 0 No me siento especialmente culpable.
 - 1 Me siento culpable una buena parte del tiempo.
 - 2 Me siento culpable casi siempre.
 - 3 Me siento culpable siempre.
6. 0 No creo que este siendo castigado(a).
 - 1 Creo que puedo ser castigado(a).
 - 2 Espero ser castigado(a)
 - 3 Creo que estoy siendo castigado(a)
7. 0 No me siento decepcionado(a) de mí mismo(a)
 - 1 Me he decepcionado(a) a mí mismo(a).
 - 2 Estoy disgustado(a) con migo mismo(a)
 - 3 Me odio.
8. 0 No creo ser peor que los demás.
 - 1 Me crítico por mis debilidades o errores.
 - 2 Me culpo siempre por mis errores.
 - 3 Me culpo por todo lo malo que sucede.
9. 0 No pienso en matarme.
 - 1 Pienso en matarme, pero no lo haría.
 - 2 Me gustaría matarme.
 - 3 Me mataría si tuviera la oportunidad.
10. 0 No lloro más que de costumbre.
 - 1 Ahora lloro más de lo que solía hacer.
 - 2 Ahora lloro todo el tiempo.
 - 3 Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
11. 0 Las cosas no me irritan más que de costumbre.
 - 1 Las cosas me irritan un poco más que de costumbre
 - 2 estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
 - 3 Ahora me siento irritado(a) todo el tiempo.

- 12-0 No he perdido el interés por otras personas.
 1 Estoy menos interesado(a) en otras personas que de costumbre.
 2 He perdido casi todo mi interés por otras personas.
 3 he perdido todo mi interés por otras personas.
- 13-0 Tomo decisiones casi como siempre.
 1 postergo la adopción de decisiones más que de costumbre
 2 Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
 3 Ya no puedo tomar decisiones.
- 14-0 No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
 1 Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) sin atractivos.
 2 Siento que hay permanentes cambios en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
 3 Creo que me veo feo(a).
- 15-0 No puedo trabajar tan bien como antes.
 1 Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
 2 Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
 3 No puedo trabajar en absoluto.
- 16-0 Puedo dormir tan bien como antes.
 1 No duermo tan bien como solía hacerlo.
 2 Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormirme.
 3 Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormirme.
- 17-0 No me canso más que de costumbre.
- 1 Me canso más fácilmente más que de costumbre.
 2 Me canso sin hacer casi nada.
 3 Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.
- 18-0 Mi apetito no es peor que de costumbre.
 1 Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
 2 Mi apetito esta mucho peor que ahora
 3 Ya no tengo apetito.
- 19-0 No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
 1 He rebajado más de 2 kilos y medio.
 2 He rebajado más de 5 kilos.
 3 He rebajado más de 7 kilos y medio.
- 20-0 No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
 1 Estoy preocupado(a) por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
 2 Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
 3 Estoy tan preocupado(a) por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21-0 No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
 1 Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estar.
 2 Ahora estoy mucho menos interesado(a) en el sexo.
 3 He perdido por completo mi interés por el sexo.

Anexo B.

TEST DE CREENCIAS IRRACIONALES DE
JONES

IBT

Este es un cuestionario de cómo usted cree y siente acerca de varias cosas. Para cada pregunta usted debe encerrar en un círculo un número de la columna de la derecha, el cual exprese mejor su actitud hacia la pregunta. Asegúrese de marcar lo que Usted actualmente cree o siente y no como cree que debería sentir. No es necesario pensar mucho. Trate de evitar lo neutro o la respuesta tres tanto como le sea posible. Sólo utilice éste número si usted realmente no puede decidir si está de acuerdo o no. Recuerde que no hay respuestas buenas o malas. Cuanto más sinceramente conteste, más útil será para usted.

- 1- Muy de acuerdo.
- 2- Moderadamente de acuerdo.
- 3- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- 4- Moderadamente en desacuerdo.
- 5- Muy en desacuerdo.

1.	Es importante para mí que otros me aprueben	1	2	3	4	5 ^o
2.	Odio equivocarme en cualquier cosa	1	2	3	4	5 ^o
3.	Muchas personas perversas escapan al castigo que merecen	1	2	3	4	5 ^o
4.	Generalmente acepto lo que pasa	1	2	3	4	5
5.	Si alguien quiere puede ser feliz bajo casi todas las circunstancias.	1	2	3	4	5 ^o
6.	Tengo temor de algunas cosas que suelen molestarme	1	2	3	4	5 ^o
7.	Todos necesitamos de alguien para depender	1	2	3	4	5 ^o
8.	"Una cebra no puede cambiar sus rayas"	1	2	3	4	5 ^o
9.	Hay una forma correcta de hacer todas las cosas.	1	2	3	4	5 ^o
11.	M e gusta el respeto de otros; pero yo no tengo que tenerlo	1	2	3	4	5 ^o
12.	Evito las cosas que no puedo hacer	1	2	3	4	5 ^o
13.	Aquellos que obran mal deben ser sancionados	1	2	3	4	5 ^o
14.	Las frustraciones no me afligen	1	2	3	4	5
15.	Yo creo mi propio estado de ánimo.	1	2	3	4	5
16.	Siento poca ansiedad por cosas peligrosas que pueden ocurrir en el futuro.	1	2	3	4	5
17.	Cuando debo tomar decisiones importantes trato de consultar con alguna autoridad en el tema.	1	2	3	4	5
18.	Es casi imposible superar la influencia del pasado	1	2	3	4	5 ^o
19.	No hay solución perfecta para nada	1	2	3	4	5
21.	Quiero agradecerle a todas las persona	1	2	3	4	5 ^o
22.	No me importa competir en actividades donde otros son mejores que yo	1	2	3	4	5
23.	La Inmoralidad debería ser fuertemente Castigada	1	2	3	4	5 ^o
24.	Con frecuencia me siento molesto por situaciones que no me gustan	1	2	3	4	5 ^o
25.	La gente que es infeliz, es así porque Generalmente ellos mismos se lo buscaron	1	2	3	4	5
26.	En ocasiones no puedo dejar de pensar en cosas que me preocupan	1	2	3	4	5 ^o
27.	La gente necesita algo externo que les de fuerzas	1	2	3	4	5 ^o
28.	Si yo hubiera tenido experiencias diferentes, Sería más como yo quiero ser.	1	2	3	4	5 ^o
29.	Muy rara vez se halla un camino fácil en la vida	1	2	3	4	5
31.	Puedo gustarme a mí mismo aunque yo a muchos no les guste	1	2	3	4	5
32.	Me gustaría tener éxito pero no siento que deba esforzarme para ello o que "tenga que hacerlo"	1	2	3	4	5

Anexo C.

CUESTIONARIO DE LA TRIADA COGNITIVA

MODELO DEL CUESTIONARIO.

EDAD:

SEXO:

ESTADO CIVIL:

NÚMERO DE HIJOS:

ESCOLARIDAD:

DIRECCION:

TELEFONO:

OCUPACIÓN:

MUNICIPIO

I.

1. ¿Con quien vive?

2. ¿Con cuál (les) de las personas con quien vive tiene buenas relaciones, explique por qué ?

3. ¿ Con cuál (les) de las personas con quien vive no tiene buenas relaciones, explique por qué ?

4. Menciona los hechos más felices de tu vida:

En tu niñez: _____

En tu adolescencia: _____

En tu juventud: _____

5. Mencione los hechos más tristes de tu vida:

En tu niñez: _____

En tu adolescencia: _____

En tu juventud: _____

6. Nació con esta discapacidad? SI NO

Explique su respuesta: _____

II.

Este es un cuestionario de cómo Usted se siente, piensa y sobre las cosas que hace. Asegúrese de marcar lo que Usted actualmente cree o siente y no cómo cree que debería sentirse. Señalé con una **X** el número con el cual se encuentre más identificado. Recuerde que no hay respuestas ni buenas ni malas.

- 1: Nunca.
- 2: Casi Nunca.
- 3: Algunas veces.
- 4: Casi siempre.
- 5: Siempre.

Items que evalúan el sí mismo.

- 1- **Filtraje:** No hay nada divertido en mi vida 1 2 3 4 5
- 2- **Pensamiento Polarizado:** Soy un fracasado, no puedo hacer lo que otras personas hacen. 1 2 3 4 5
- 3- **Sobregeneralización:** Soy un inútil, aunque me ofrezcan ayuda. 1 2 3 4 5
- 4- **Visión Catastrófica:** El estar ciego es una tragedia, es terrible para mí. 1 2 3 4 5
- 5- **Interpretación del pensamiento:** Cuando hay mucho

- silencio en el ambiente siento que están hablando de mí. 1 2 3 4 5
- 6- **Etiqueta global:** Yo no soy un buen conversador, no soy tan interesante como otras personas. 1 2 3 4 5
- 7- **Personalización:** No me tienen en cuenta al momento de tomar decisiones. 1 2 3 4 5
- 8- **Falacia de recompensa divina:** Por portarme mal estoy ciego. 1 2 3 4 5
- 9- **Razonamiento emocional:** Soy estúpido (a) porque no puedo mantener una conversación. 1 2 3 4 5
- 10- **Falacia de Justicia:** No es justo que los demás se diviertan y yo no. 1 2 3 4 5
- 11- **Falacia de control:** En mi destino estaba marcado que viviera de esta manera. 1 2 3 4 5
- 12- **Falacia de cambio:** Si mi familia me diera más oportunidades, yo fuese más feliz. 1 2 3 4 5
- 13- **Culpabilidad:** Me siento culpable porque los demás tienen que hacer cosas que no quieren por ayudarme. 1 2 3 4 5
- 14- **Debería:** Debería tener mejores resultados en lo que hago. 1 2 3 4 5
- 15- **Tener Razón:** Les he demostrado con mis acciones que soy un fracasado, un ciego que no puedo hacer nada. 1 2 3 4 5

Items que miden el segundo componente de la tríada cognitiva: El mundo.

- 16- **Filtraje:** Cuando estoy con otras personas disfrutando del día, siempre necesito ayuda y esto es frustrante para mí. 1 2 3 4 5
- 17- **Pensamiento Polarizado:** Definitivamente los demás no acuden a mí porque saben que no puedo ayudarlos. 1 2 3 4 5
- 18- **Sobregeneralización:** Nunca seré capaz de confiar en alguien 1 2 3 4 5
- 19- **Visión catastrófica:** Mi limitación no me permitirá establecer una relación de pareja. 1 2 3 4 5



20. **Interpretación del pensamiento:** Por mi ceguera los demás me rechazan. 1 2 3 4 5
21. **Etiqueta global:** Como tomo un poco más de tiempo que los demás para realizar algunas actividades, todo el mundo me señala como si fuese un lento. 1 2 3 4 5
22. **Personalización:** Cualquiera es mucho mejor persona que yo. 1 2 3 4 5
23. **Falacia de recompensa divina:** Algún día Dios me recompensará por lo que estoy viviendo ahora 1 2 3 4 5
24. **Razonamiento Emocional:** Siento que los demás me ven como un estorbo. 1 2 3 4 5
25. **Falacia de Justicia:** No es justo que mi familia no me tenga en cuenta para tomar decisiones. 1 2 3 4 5
26. **Falacia de control:** Deben decirme todo lo que sucede a mi alrededor 1 2 3 4 5
27. **Falacia de Cambio:** Si mis amigos compartieran más tiempo conmigo las cosas serían diferentes. 1 2 3 4 5
28. **Culpabilidad:** Mi familia es un caos porque yo soy un discapacitado. 1 2 3 4 5
29. **Debería:** Nunca debió haberme pasado esto. 1 2 3 4 5
30. **Tener razón:** Aunque las demás personas me brinden su apoyo sigo pensando que no voy a salir adelante. 1 2 3 4 5

Items que miden el tercer componente de la tríada cognitiva: El futuro.

31. **Filtraje:** Por el hecho de ser un ciego nunca serviré para nada. 1 2 3 4 5
32. **Pensamiento Polarizado:** Si ahora me es difícil realizar algunas cosas, más adelante será peor. 1 2 3 4 5
33. **Sobregeneralización:** No podré valerme por mí mismo, siempre tendré que depender de los demás. 1 2 3 4 5
34. **Visión Catastrófica:** La vida no tiene nada bueno para mí. 1 2 3 4 5

- 35-Interpretación del pensamiento:** Los demás piensan que soy una persona que no tengo futuro. 1 2 3 4 5
- 36-Etiqueta global:** Siempre me verán como un inútil. 1 2 3 4 5
- 37-Personalización:** Nunca me tendrán en cuenta. 1 2 3 4 5
- 38-Falacia de recompensa Divina:** De nada servirá ser una buena persona, si Dios no me recompensará con volver a ver. 1 2 3 4 5
- 39-Razonamiento Emocional:** Nunca seré feliz, siempre estaré triste porque no podré ver. 1 2 3 4 5
- 40-Falacia de justicia:** No es justo que siempre esté en esta condición. 1 2 3 4 5
- 41-Falacia de control:** Nunca seré una persona independiente. 1 2 3 4 5
- 42-Falacia de cambio:** Mi condición de vida nunca cambiará, siempre será deprimente. 1 2 3 4 5
- 43-Culpabilidad:** Es culpa mía que las personas que me cuidan no podrán ser felices. 1 2 3 4 5
- 44-Debería:** Si yo viera mi vida tendría futuro. 1 2 3 4 5
- 45-Tener razón:** La vida no tiene significado, nunca va a ser diferente. 1 2 3 4 5