

ps
4030857



**SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA DEPRESIÓN EN
LAS UNIVERSIDADES DEL NORTE Y SIMÓN BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA DURANTE LOS AÑOS 1984-2002.**

**SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE LA DEPRESIÓN EN
LAS UNIVERSIDADES DEL NORTE Y SIMÓN BOLÍVAR DE LA CIUDAD DE
BARRANQUILLA DURANTE LOS AÑOS 1984-2002.**

**MARLYS ESTHER ACOSTA HERNÁNDEZ
LILIANA CASTAÑO GOMEZ
LISSETTE PATRICIA MOSQUERA EQUIS
HELEN SUJEY TORRENEGRA CABARCAS**

**BARRANQUILLA
CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
UNIDAD ACADÉMICA DE PSICOLOGÍA**

2002

UNIV

No INVENTARIO 4030857

PRECIO _____

FECHA 01-11-2008

CANJE _____ DONACION _____

Nota de aceptación

Presidente del Jurado

Alfonsina Calderín

Jurado

Jurado



DEDICATORIA

Este Logro, fruto de mi esfuerzo lo dedico a Dios , a Mis Padres, a mis Hermanas y a mi Esposo que con su apoyo me incentivaron a seguir adelante.

Gracias.

Marlyys.

DEDICATORIA

Dedico a Dios a mis Padres, a mi abuela, a mis Hermanos, a mi Esposo e Hijos, el haber logrado el gran sueño de mi vida por que con su apoyo y compañía me ayudaron a salir adelante y obtener así mi título profesional.

Liliana.

DEDICATORIA

Le doy gracias a Dios, a mis padres y Hermanos quienes con su esfuerzo dedicación y confianza me impulsaron a mejorar ayudándome a ser una profesional.

Lisette.

DEDICATORIA

Dedico el esfuerzo de mi logro a los grandes tesoros que Dios me ha regalado, ellos son Mis Padres por hacer de mí lo que soy hoy, a mi Hermano por motivarme a seguir en momentos difíciles, y a mi Novio por su apoyo y comprensión, gracias por la ayuda, la dedicación y la entrega, esto es para ustedes!!

Los quiero mucho.

Helen.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Dra. Adriana Altamar por enseñarnos un nuevo conocimiento guiando la investigación hacia algo innovador.

Agradecemos al Dr. Víctor Ovalle quien nos llevo de la mano durante gran parte del proceso, con su sabiduría supo guiarnos en momentos difíciles por los que pasamos durante la investigación.

Agradecemos a la Dra. María Lara por su tiempo, dedicación y paciencia para con nosotras y la investigación.

Agradecemos al Sr. Humberto Aristizabal por su ayuda incondicional, paciencia y por siempre ser una luz de alegría para todas nosotras en momentos difíciles.

TABLA DE CONTENIDO

	Página
INTRODUCCIÓN	1
2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	4
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. OBJETIVOS	8
4.1. OBJETIVO GENERAL	8
4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	8
5. MARCO TEÓRICO	10
5.1. DEPRESIÓN ✓	10
5.1.1. Panorama histórico de la depresión	12
5.1.2. Definición de depresión	17
5.1.3 Causas de la depresión	19
5.1.3.1. Causas Genéticas	19
5.1.3.2. Causas Psicológicas	21
5.1.3.3. Causas Ecológicas	25
5.1.3.4. Causas Sociales	28
5.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO ✓	31
5.2.1. Trastorno Depresivo Mayor	32
5.2.1.1. Causas de la Depresión Mayor	33
5.2.1.2. Tratamiento para la Depresión Mayor	36
5.2.1.2.1. Terapia Cognitiva	36
5.2.1.2.2. Terapia Interpersonal	38
5.2.1.2.3. Terapia Psicodinámica	38
5.2.1.2.4. Terapia Electro Convulsiva	38

5.2.1.2.5. Terapia Lumínica	39
5.2.1.2.6. Privación del Sueño	40
5.2.1.2.7. Farmacoterapia	40
5.2.2. Distimia	41
5.2.2.1 Tratamiento	45
5.2.2.1.1. Terapia Cognitiva	45
5.2.3. Trastorno Bipolar	45
5.2.3.1. Causas del Trastorno Bipolar	47
5.2.3.2. Tratamiento	48
5.2.3.2.1. Psicoeducación	49
5.2.3.2.2. Tratamiento Familiar Psicoeducacional	50
5.2.3.2.3. Farmacoterapia	53
5.2.4. Ciclotimia	53
5.3. LA DEPRESIÓN EN EL CICLO VITAL ✓	54
5.3.1. La Depresión en el Niño y en el Adolescente	54
5.3.2. Influencia en la Evolución de la Depresión en niños y Adolescentes	56
5.3.2.1. Influencias Biológicas	57
5.3.2.2. Influencias Sociales y Psicológicas	58
5.3.3. Repercusiones de la Depresión en la Madre	60
5.3.4. Tratamiento de la Depresión en Niños y Adolescentes	62
5.3.4.1. Farmacoterapia	62
5.3.4.2. Tratamiento Cognitivo Conductual	62
5.4. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS PARA LA COMPRESIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN ✓	63
5.4.1. Modelos Psicodinámicos	63
5.4.1.1 Conceptos Fundamentales	67
5.4.1.2. El Psicoanálisis Según Lacan	72
5.4.2. Modelos Humanistas	74
5.4.2.1. Carl Rogers	78

5.4.2.1.1. Método Terapéutico	80
5.4.3. Modelos Conductistas	81
5.4.3.1. Métodos Terapéuticos	88
5.4.4. Modelos Sistémicos	91
5.4.4.1. Métodos Terapéuticos	98
5.4.5. Modelos Cognitivos	100
5.4.5.1. Métodos Terapéuticos	105
5.5. SISTEMATIZACION	110
5.5.1. La Sistematización como Producción de Conocimientos	110
5.5.2. El Mundo de la Práctica Sistematizada	112
5.5.3. El Proceso de la Sistematización de Experiencias	117
5.5.4. La Obtención de Conocimientos Mediante la Sistematización	121
5.6 RESEÑA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE	127
5.7 RESEÑA DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR	136
6. DEFINICIÓN DE VARIABLES	143
6.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL	143
6.2 DEFINICIÓN OPERACIONAL	144
7. METODOLOGÍA	145
7.1. PARADIGMA	145
7.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	145
7.3. POBLACIÓN Y MUESTRA	146
7.4. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS	146
7.5. PROCEDIMIENTO	147
8. RESULTADOS	149
9. CONCLUSIONES	266
10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES	272
BIBLIOGRAFÍA	276
ANEXOS	280

LISTA DE ANEXOS.

	Pág.
Anexo A: Descripción de Sistematización de las Investigaciones	280
Anexo B: Análisis cronológico de las investigaciones	297
Anexo C: Formato de sistematización para los informes finales de investigación	300
Anexo D: Gráfica de resultados	306

INTRODUCCIÓN

El presente documento es un informe final de investigación cuyo objetivo es la sistematización de las investigaciones sobre depresión llevadas a cabo en dos universidades privadas con sede en la ciudad de Barranquilla.

La depresión es una “dificultad emocional que compromete el aspecto psíquico y la actividad física asociada a sentimientos de tristeza y pesadumbre, también se manifiesta como reacciones ante acontecimientos afectivos importantes y problemas a nivel social”.¹

Frente a la depresión nadie permanece indiferente, ni el que la padece ni los que lo rodean. De ahí el gran interés por conocer a fondo las diferentes investigaciones realizadas acerca de este tema.

La sistematización se define como la recolección, ordenación y la clasificación de aquella información que ha sido requerida y encontrada de acuerdo con el problema objeto de trabajo, logrando así una descripción coherente, organizada y detallada del trabajo, buscando en tal dinámica las dimensiones que pueden explicar el curso que siguió el trabajo realizado”.²

¹ TORO G, Ricardo. Fundamentos de Medicina. México: Manual moderno, 1.990. P. 50

² Estado del Arte sobre las innovaciones educativas en América Latina. P 23

Como práctica ordenadora de información, la sistematización ordena y reflexiona aspectos que son constitutivos de la experiencia, lo teórico-metodológico, lo contextual (institucional, comunitario, histórico, político y social), los procesos que la determinan, las situaciones particulares a la que se enfrentan sus actores y su interacción con dicha práctica. En síntesis, la sistematización desde esta perspectiva, documenta la acción haciéndola clara y significativa para otros.

A nivel metodológico esta es una investigación descriptiva según la profundidad del conocimiento y teórica con modalidad histórica según el nivel de abstracción. Apoyada epistemológicamente en un paradigma empírico-analítico.

La población está representada por diez investigaciones sobre depresión realizadas en las Universidades del Norte y Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla, durante los años 1984-2002.

El instrumento de recolección de la información es una ficha valorativa de la sistematización de investigaciones elaborada por la psicóloga María del Socorro Lara, y adaptada por la asesora Adriana Altamar y las investigadoras Marlys Acosta, Liliana Castaño, Helen Torrenegra, y Lissette Mosquera.

La ficha evaluó aspectos formales tales como: Universidad de origen de la investigación, tipo de orientación, ejes temáticos y líneas de investigación; los siguientes aspectos conceptuales: Características de la justificación, teorías predominantes, características del marco teórico, características del marco geográfico y aportes personales de los

investigadores; los siguientes aspectos metodológicos: Características de la descripción del problema, características de la formulación del problema, características de los objetivos, características de las hipótesis, características de las variables, tipo de investigación predominante, características de la población y características de las investigaciones; y los siguientes aspectos de contenido: Características de los resultados, características de las conclusiones y características de las recomendaciones.

2. DESCRIPCIÓN Y FORMULACION DEL PROBLEMA.

El planteamiento de esta temática surgió a raíz de la carencia de estudios sobre sistematización en las diversas universidades con sede en la ciudad de Barranquilla. Así mismo, la poca motivación investigativa que hay por parte de los estudiantes universitarios y profesionales acerca del tema de la depresión.

Se entiende por “sistematización el proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de nuestra experiencia de intervención en una realidad social como un primer nivel de teorización de la práctica.”³ De allí que el propósito de la sistematización sea objetivar la experiencia, recuperando analíticamente dicho proceso a partir de los referentes conceptuales producidos desde la experiencia, recolectando la información necesaria analizándola y sistematizándola. El conocimiento resultante de la sistematización no es a juicio de las investigadoras sino hipótesis que pueden ser confrontadas nuevamente con la práctica.

La idea de sistematizar las diferentes investigaciones realizadas sobre depresión encontradas en la Universidad del Norte y Simón Bolívar, surge del interés por conocer la realidad actual acerca del tema, y por otro lado, lograr evidenciar qué aspectos deben ser tenidos en cuenta en futuras investigaciones en este campo y así fortalecer y ampliar mucho

³ Ibid. P.4.

más las líneas de investigación y generar conocimiento. Se aborda el estudio de la depresión porque se ha observado como los casos de esta misma, han aumentado año por año (18% anual), considerándose ésta como una de las principales enfermedades que ataca al ser humano en cualquier ciclo de la vida del individuo, donde año por año la incidencia de esta crece cada día más y más.⁴

La depresión es una enfermedad en la cual se experimenta tristeza, pérdida de interés en las actividades que normalmente eran placenteras, afectando las relaciones por largos períodos de tiempo.

En definitiva el objetivo último de la sistematización de las investigaciones sobre depresión es plantear nuevos lineamientos que deben ser considerados en futuras investigaciones y por otro lado evitar repetir informaciones y conocer en qué estado se encuentra la investigación, pues se partía del hecho que de esta manera no se perdería la memoria histórica sobre la temática objeto del presente estudio.

A partir del anterior planteamiento, la presente investigación formuló la siguiente pregunta problema:

¿Cuál es la sistematización de las investigaciones sobre la depresión en las universidades del Norte y Simón Bolívar la ciudad de Barranquilla durante los años 1984-2002 ?.

⁴ INSTITUTO DE SALUD MENTAL DE ANTIOQUIA. Estadísticas acerca de los trastornos del estado de ánimo. Medellín: ISMA, 2.001.

3. JUSTIFICACIÓN

La depresión es una enfermedad común en todo el mundo. Se estima que “un 75% de las personas sufren una depresión en algún momento de su vida; ésta puede afectar a hombres como a mujeres, jóvenes o adultos, niños o ancianos, sin tener en cuenta raza, antecedentes étnicos, edad, sexo o religión y generalmente es más frecuente en aquellas personas con antecedentes familiares de depresión”.⁵

Varios factores tanto internos como externos pueden contribuir a la depresión y causar problemas en la vida familiar, marital, social y laboral de los pacientes que la sufren, lo que, por supuesto, tiene un impacto muy negativo en la calidad de vida de las personas y además, su recuperación genera un alto costo.

En los últimos años se ha avanzado mucho en la forma de entender este problema y de dimensionar un buen tratamiento. Según la OMS, de las diez (10) enfermedades que más afectan la calidad de vida, cinco (5) son psiquiátricas y de estas cinco (5) la primera es la depresión; esto ha generado que los profesionales de la salud se interesen en diseñar investigaciones acerca de la depresión.

⁵ KAPLAN H, SADO C B, GREB, Ja. Synopsis of psychiatry. Buenos Aires: Panamericana, 1994. p. 12.

Teniendo en cuenta la importancia que merece actualmente el tema de la depresión se estudiará la sistematización de las investigaciones sobre la depresión en dos universidades de la ciudad de Barranquilla.

En el ámbito profesional es de gran importancia sobre todo para aquellos investigadores e instituciones que deseen en un futuro profundizar o crear programas que estén dirigidos hacia la depresión y que contribuyan en la recuperación de pacientes depresivos, enriqueciendo de esta manera los conocimientos que se tienen acerca de la depresión.

Con esta investigación lo que se pretende es, con base en la sistematización de los resultados de las investigaciones sobre la depresión en dos universidades de esta ciudad, proponer nuevos lineamientos conceptuales y metodológicos hacia donde se debe dirigir futuras investigaciones, contribuyendo así, de esta forma a enriquecer el conocimiento de los investigadores y los comités de investigación de las universidades de Barranquilla con respecto a la depresión.

Desde el punto de vista práctico se considera que la presente investigación tiene entre otras, la importancia de permitir la recuperación histórica de un tema de gran impacto a través de una técnica como lo es la sistematización, que permite además el análisis crítico de los métodos y enfoques teóricos con los que se ha venido hasta el momento abordando el estudio de la depresión.

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GENERAL.

Sistematizar las investigaciones sobre la depresión en las universidades del Norte y Simón Bolívar de la ciudad de Barranquilla durante los años de 1984-2002.

4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- ◇ Identificar los siguientes aspectos formales de las investigaciones sistematizadas:
 - Universidad de origen de la investigación.
 - Tipo de orientación.
 - Tipo de origen.
 - Ejes temáticos.
 - Líneas de investigación.

- ◇ Describir, ordenar y clasificar los siguientes aspectos conceptuales de las investigaciones sistematizadas
 - Características de la justificación.
 - Teorías predominantes.

- Características del marco teórico.
- Características del marco geográfico.
- Aportes personales de los investigadores.

◇ Describir, ordenar y clasificar los siguientes aspectos metodológicos de las investigaciones sistematizadas:

- Características de la descripción del problema.
- Características de la formulación del problema.
- Características de los objetivos.
- Características de las hipótesis.
- Características de las variables.
- Tipo de investigación predominante.
- Características de la población.
- Características de las investigaciones.

◇ Describir los siguientes aspectos de contenido de las investigaciones sistematizadas:

- Características de los resultados.
- Características de las conclusiones.
- Características de las recomendaciones.

5. MARCO TEORICO.

5.1. DEPRESION.

Sabemos que la depresión no es un problema actual, sino que ha existido desde siempre considerándose como un estado de ánimo pasajero en donde las personas que padecían este mal se les trataba de curar incluso con algún jugo de hierbas o se pensaba, por los síntomas que presentaba, cansancio falta de energía entre otras, que eran flojos y que por tal no querían realizar ninguna actividad; hasta que Hipócrates comenzó a analizar este "estado de ánimo pasajero", el cual encontró y concluyó a esta como una enfermedad la cual provenía de uno de los cuatro humores corporales (bilis negra) y fue a partir de entonces que se le comenzó a tomar más importancia a este trastorno⁶.

A partir de entonces el término depresión fue evolucionando dando paso a que muchos investigadores interesados en la enfermedad formularan, de acuerdo a las características y síntomas en que se presentaba, su propia definición y explicación acerca del por qué se originaba este trastorno una de las cuales es el desamparo aprendido, en donde se verá que esta teoría explica un poco a nivel psicológico por qué se puede presentar una depresión cuando la persona se encuentra en determinadas circunstancias las cuales se le aparecen en el ritmo de vida o en la relación con los demás.

⁶ ARIETI, James. Depresión y existencia humana. México: Trillas, 1.981. p.21.

Las causas y síntomas que se presentan en una depresión son diversas y enfocadas a muchos aspectos; los diferentes autores que han tratado este tema generalmente se enfocan a describir por una parte a los síntomas y por otra a los diferentes tipos de depresiones sin que se encuentre un orden, o normalmente los agrupan por las etapas de la vida sin, tal vez, tener en cuenta que hay depresiones que son resultado de otras generadas desde la infancia o que un tipo de depresión puede presentarse en un niño como en un adulto⁷.

Pero lo importante es que se llega finalmente a considerar que como somos muchos habitantes en el planeta de igual forma existen diversos tipos de causas por las cuales se origina una depresión al igual que características y síntomas que van desde factores genéticos, psicológicos, ecológicos y sociales, en donde los genéticos tienen una influencia importante, no sólo en las depresiones sino en otras enfermedades como ya se sabe; los factores psicológicos se puede decir que son los más importantes por el tipo de depresión grave que originan. Por otra parte también están los ecológicos, aunque suene un tanto exagerado, pero a veces el estrés, el ruido y otros factores llevan a un tipo de depresión simple, pero al igual que todos los tipos de depresiones debe ser atendida para que el problema no se agrave y por último se encuentran las causas sociales que de igual forma son especialmente importantes ya que por naturaleza interactuamos socialmente y es por tal que los lazos afectivos son importantes para nosotros.

Al hablar de depresión es importante considerar qué pasa realmente en el mundo respecto a cifras; cuántas son las personas que padecen esta enfermedad y quiénes la padecen más son

⁷ TRAD, V. Paul. Depresión Psíquica en neonatos y lactantes_ México: Limusa. 1.992. p. 16-19.

preguntas que nos pueden ayudar a saber qué es y cómo se presenta una depresión para así tomar decisiones y actuar de acuerdo a estas.

Las causas y tipos de depresiones que se presentan en las personas pueden ir desde lo más sencillo a lo más complejo y riesgoso ya que puede haber un suicidio, por lo cual distintos estudios realizados por diversos investigadores llegan a lo que son las distintas terapia como la terapia cognitiva y la terapia conductual que son de mucha importancia para que el paciente se recupere⁸.

Por lo tanto entre los objetivos del presente trabajo consiste en organizar las causas de la depresión y qué tipo de depresión se presenta en cada una, así como los síntomas respectivos.

⁸ GASTO, Carlos. *Depresiones crónicas*. Madrid: Doyma. 1.993. p. 5-9.

5.1.1. Panorama Histórico de la Depresión. Durante el transcurso del tiempo el término depresión a ido evolucionando hasta definirse e identificarla en la actualidad como una enfermedad⁹. Los datos que permiten identificar sus orígenes se remontan muchos años atrás en el siglo IV a., de c., cuando el gran filósofo Hipócrates hace la descripción de una enfermedad a la cual llama melancolía, la cual era causada por uno de los cuatro humores corporales, que en relación conjunta estaban relacionados con problemas psiquiátricos: sangre, bilis negra, bilis amarilla y flema; y que la melancolía era producida por la bilis negra o atrabilis (Calderón, 1998), con diversa sintomatología, principalmente somática.

Un siglo después Caelius Aurelianos (siglo V) apoya la descripción de Hipócrates afirmando que la bilis negra era la causa de la melancolía y que la depresión su efecto; si bien en ese entonces no se conocía con exactitud lo que era la depresión o la melancolía, los síntomas descritos eran acertados en comparación con lo que en la actualidad conocemos. Esta se caracterizaba por aversión a la comida, irritabilidad, cansancio, somnolencia o como las describe Caelius, citado en Polaino (1980), los pacientes melancólicos presentan síntomas como ansiedad, silencio, rechazo y hostilidad hacia la propia familia, en ocasiones deseos de vivir y en ocasiones deseos de morir, llantos y quejas sin sentido¹⁰, entre otras., pero estas podrían no presentar síntomas reales de una depresión como lo afirma Polaino (1980) diciendo que estos síntomas que preceden a la melancolía tampoco se aproximan a la psicopatología de las depresiones, tal y como hoy la conocemos, y mucho menos llegan a implicar una somatización del tipo etiológico sobre la depresión; en cierto modo tiene razón

⁹ BACOT, Guma. Modelo combinado de terapia conductual para depresión. En: Revista de psicología general y aplicada. Vol. 39. México: 1.991. p. 632-644.

¹⁰ ARIETI, James. Op. Cit. P. 20.

pero también hay que tomar en cuenta que los términos utilizados en ese tiempo, por la época en que se encontraba, son muy buenos y su aproximación es muy acertada.

Otros pensadores como Galeno de Pérgamo (130-120) describen a la melancolía como una alteración crónica que no se acompaña de fiebre y con síntomas como temerosidad, suspicacia misantropía, cansancio de la vida entre otros; así los términos fueron cambiando, uno de los cuales es la manía que era identificada como estados de humor de tonalidad opuesta; otro término utilizado es la melancolía que ha sido empleada como sinónimo de depresión hasta el comienzo de la era psicofarmacológica este se extendió durante poco más de diez siglos durante los cuales Gregorio Magno (540-604), citado en Polaino (1980), describía a la acedia como uno de los desequilibrios humorales, también por sus especificaciones como sinónimo de melancolía y un desorden de la vida emocional que se tematiza en función de los apetitos dentro del marco teórico de las pasiones introducidas por Santo Tomas quien sostenía que la melancolía era producida por demonios e influencias astrales incluso que era a causa del pecado de pereza, pero más que eso se encuentran dentro de las pasiones de los síntomas o estados de una depresión se acentúa sin tratamiento y causa la muerte como ya se a mencionado y como lo afirma en Calderón (1998) Aslam en Londres quien escribió: “Los que se encuentran bajo la influencia de pasiones depresivas pueden tener diferentes tipos de síntomas semblante ansioso y con aspecto sombrío; poco dispuestos a hablar; se aíslan recluyéndose en lugares oscuros, o permanecen en cama la mayor parte del tiempo... después se vuelven miedosos y conciben miles de fantasías; recuerdan sus actos inmorales, o se sienten culpables de crímenes que

nunca han cometido... Con frecuencia se desesperan y tratan de terminar con su existencia que les parece aflictiva y odiosa”¹¹.

En contraste con Santo Tomas, Casiano, un hombre que creía que acedia es un estado del alma y que sólo lo padecían los religiosos que vivían en aislamiento, decía que la acedia producía desgana, apatía estar a disgusto en la celda, dificultades para respirar y pereza para acometer los trabajos propios de la clausura y de la vida en general. (Polaino, 1980). Así la acedia fue sustituyendo al término melancolía tras los siglos XV Y XVI por los síntomas que caracterizaban a la acedia.

Esta enfermedad no era tomada como un problema de salud serio sin embargo hasta la época del México prehispánico a las personas que presentaban estos síntomas llegaban incluso a recomendar un tratamiento a base de yerbas o jugos de flores al cual le llamaban remedio para la "sangre negra", término común del cuadro en la Europa del siglo XVI, Calderón (1998). Todas las descripciones que se hacían fueron un gran principio para tomar a la depresión como una enfermedad que ataca a cualquier persona, por lo cual debe de ser tratada; pero no fue sino hasta 1630 cuando Robert Burton publica un tratado llamado anatomía de la melancolía en el cual era fácil identificar los estados depresivos, y después con Bonetus quien en 1679 escribe de la "manía de la melancolía" y en otra publicación de 1686 habla acerca de la relación y significación etiopatogénica existente entre la melancolía y la manía, Polaino (1980), esto da paso a que se formulen términos para los diferentes

¹¹ CALDERÓN, N. Guillermo. Depresión, sufrimiento y liberación. México: Edamex, 1.987. p.10-23.

tipos de depresión. Bonetus emplea el término maniaco-melancholicus que es el equivalente que usamos hoy de maniaco-depresivo.

A su vez y en relación con las causas de la depresión Philippe Pinel, citado en Calderón (1998), a principios del siglo XIX, señaló como causas posibles de la melancolía en primer lugar las psicológicas, como una pérdida significativa en la vida, ya sea material o emocional, miedo, entre otras., y en segundo las físicas; lo cual se verá más adelante.

Conforme fue avanzando el tiempo los conceptos y términos utilizados para referirse a la melancolía o depresión eran más acertados y específicos. En 1869 Georg Meller Beard decía que la neurastenia (fatiga nerviosa) era un estado crónico de afección del sistema nervioso central (SNC) sin lesión demostrable en donde se presentaban síntomas como irritabilidad (mal humor crónico), insomnio, mareos, temores difusos, temores hipocondríacos, entre otras., (Gasto, 1993). Por otra parte Kraepelin en 1896 con su especificación de la diferencia entre psicosis maniaco-depresiva y demencia precoz llamada después esquizofrenia, dio paso a que se considerará a la psicosis como una depresión. Con esto concuerdan Calderón (1998) y Gasto (1993), quienes describen que para Kraepelin la enfermedad maniaco-depresiva era una psicosis constitucional, esencialmente hereditaria, caracterizada por la repetición, alternancia, yuxtaposición o coexistencia de estados de excitación y depresión.

Durante todo ese tiempo los términos utilizados fueron similares, como neurastenia y psicastenia como sinónimos de depresión neurótica; al paciente neurótico se le clasifica dentro de una depresión crónica además de con una probable respuesta al tratamiento

biológico. Los diferentes términos de melancolía en su mayoría coincidían al especificarlas con sus síntomas, por ejemplo en el libro II de las enfermedades, (Gasto, 1993), melancolía se define como: "tensión del espíritu enfermedad difícil en la que el enfermo parece tener en las vísceras una espina ... la náusea le atormenta, se aparte de la luz y de los hombres tiene terror y la eclosión frénica (delirio) hace salir al exterior... la enfermedad de ordinario ataca en primavera cura con el tiempo pero si no se cuida termina con la vida.¹²ⁿ".

Aquí se puede apreciar una expresión literal y a su vez corpórea de los síntomas que padecía una persona con depresión o melancolía y la actitud que toma; en donde se tiene razón en que si no se atiende puede ser mortal para quien la padezca, pero no es la primavera lo que puede provocarla precisamente sino el tiempo por el cual pasa la persona deprimida en donde se sienta con demasiado trabajo o estrés además de la forma en relacionarse en su entorno y con los demás.

Así finalmente melancolía es aceptada como concepto de depresión y que lleva a otros más que especifican las diferentes ramas o clasificaciones de ésta; como se demuestra en la primera cuarta parte del siglo XX en donde los conceptos se desglosaban en ansiedad, depresión, histeria, hipocondría, obsesión, fobia trastorno psicossomático; entre otras y como Sir Aubreg Lewis que a fines de los 30's establece conceptos como las psicosis afectiva, la depresión psicogénea y la neurosis de ansiedad que en cierto modo eran inseparables en cuanto a diagnóstico por la similitud de padecimiento.

¹² GASTO, Carlos. Op. Cit. p. 12-16.

De este modo fue evolucionando el término depresión hasta encontramos en la actualidad con una gran información de causas, características y tratamientos para esta enfermedad.

5.1.2. Definición Depresión. Acerca de cómo definir a la depresión existen muchos intentos de conceptos para esta, de entre las que salen las descritas por Kraepelin, Márquez, Polaino, Freud y por supuesto Hipócrates quien fue el primero en aportar un descubrimiento importante en el campo de la depresión, reconociéndola por principio como una enfermedad que debe ser considerada y tratada con importancia, llamándola melancolía y haciendo una descripción clínica de esta mencionando a los cuatro humores corporales.

Kraepelin, citado en Polaino (1980), por ejemplo la denominó locura maniaco- depresiva, derivado de depresión por los diferentes síntomas característicos. Breton (1998) describe al término depresión como una forma de trastorno anímico o afectivo, con lo cual se refiere a un cambio en el estado de ánimo¹³.

Estas son definiciones que nos pueden dar una idea general de lo que significa el término depresión y están basadas prácticamente en un síntoma muy característico de esta enfermedad, la tristeza; el estar triste y sentirse deprimido se utilizan como síntomas principales; así que por tanto depresión es un estado de tristeza que nos lleva al concepto de Márquez (1990), el cual dice que la depresión es la falta o el déficit de energía psíquica, por

¹³ BRETON, Sue. La depresión. México: Planeta, 1.998. p. 8-40.

lo que este concepto involucra la explicación a muchos síntomas no sólo a uno, por los cuales una persona puede estar en un estado de depresión.

La energía psíquica es aquella energía o esta fuerza que vivifica y anima y que procede de unas relaciones satisfactorias con el ambiente y con uno mismo. Producir energía psíquica es sinónimo de sincronizar con lo que tenemos alrededor o a través de unas relaciones satisfactorias, según lo dice Márquez (1990); así pues y entonces el secreto de este sentir de la felicidad no es otro que mantener el equilibrio y sincronizar con la naturaleza y con todo lo que nos rodea. Freud por su parte, consideraba que en el centro de la psique existe una fuerza que él llamaba libido, y que es lo que nos hace mantener el equilibrio o la felicidad¹⁴.

Otras definiciones no menos importantes que las anteriores son las de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la cual describe a la depresión como un problema afectivo en el que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. La actividad está por lo general disminuida pero puede haber desasosiego y agitación. Hay una propensión marcada a la recurrencia, que en algunos casos puede presentarse a intervalos regulares. Esta está más descrita y abarca síntomas del pensamiento comparándola como una psicosis afectiva. Otra es la propuesta por el DSM III (Diagnostic and Statical Manual of mental Disorders), que la describe como humor disfórico diciendo así: "Pérdida del interés o insatisfacción en todas o casi todas las

¹⁴ JACOBSON, E. Depresión, estudios comparativos de condiciones normales. Buenos Aires: Amorrourtu. P. 225.

actividades o pasatiempos usuales. Se expresa por síntomas tales como: deprimido, triste, desesperanzado, irritable, preocupado...¹⁵.

Todas las definiciones y conceptos que se acaban de mencionar nos dan una idea de lo que es depresión, junto con síntomas que más adelante se ampliarán para una mejor comprensión, pero se podría decir que en general estas son las más importantes para unificar un concepto.

5.1.3 Causas de la Depresión. Las causas de la depresión pueden ser múltiples.

5.1.3.1. Causas Genéticas. Una de las causas posibles de la depresión es atribuida a factor genético, ya que algún tipo de depresión puede ser heredada, incluso la forma de responder al tratamiento de tal forma como lo menciona Calderón (1998), que si un enfermo deprimido responde bien a determinado grupo de medicamentos antidepresivos, sus parientes deprimidos responderán favorablemente al tratamiento con el mismo fármaco; aún así no se puede hablar de una herencia directa del cuadro de depresión, sino simplemente de la posibilidad de transmisión hacia los desencadenantes más vulnerables al cuadro; como lo afirma Sturgeon (1987) diciendo que la susceptibilidad a la depresión se parece a otros rasgos hereditarios en que algunas personas de la familia la heredan y otras no. Por lo cual con respecto a la depresión existe una predisposición genética a algunas clases de depresiones.

¹⁵ Diagnostic and statical manual of mental disorders. DSM III. New York: 1.990.

El factor hereditario es especialmente importante en las depresiones psicóticas, Calderón (1998), que corresponden a la agrupación de depresiones primarias; ya que una depresión es primaria cuando constituye un componente importante y/o esencial de un síndrome (Arieti, 1981), en donde se encuentra la psicosis maniaco-depresiva; así mismo, y por lo cual, psicosis es un término utilizado en muchos casos para designar un desorden psiquiátrico importante o grave.

Hay diferentes formas de nombrar o denominar a este tipo de depresión ya sea profunda o sintónica, psicótica, primaria o endógena; dependiendo del enfoque del autor pero tienen relación entre ellas y es por tal que en ocasiones se suele tener una confusión en la manera de nombrarla. En especial, acerca de las causas genéticas, una depresión endógena se basa de manera exclusiva en factores orgánicos, presumiblemente hereditarios, que se manifiestan mediante alteraciones bioquímicas del organismo; coincidiendo en ésta opinión Arieti (1981) y Breton (1998); y es por tal que el término endógeno se relaciona con las depresiones genéticas.

Hay algunos médicos especialistas, según Calderón (1998), que creen que todas las depresiones son una forma de la enfermedad maniaco-depresiva; la maniaco depresión es una condición en la que el individuo pasa a través de ciclos de hiperactividad y euforia extrema y se hunde luego en una depresión profunda (Breton, 1998); así la depresión psicótica es en ocasiones el punto más bajo de un ciclo maniaco-depresivo a pesar de que el término psicosis es utilizado para designar un desorden psiquiátrico importante o grave¹⁶.

¹⁶ JACOBSON, E. Op. Cit. p. 225-245.

La depresión psicótica se manifiesta a menudo a causa de factores genéticos, trastorno mental o enfermedad o crisis nerviosa y como consecuencia de factores endógenos intervienen desequilibrios químicos como ya se mencionó.

Entonces se puede decir que una depresión endógena es la forma simple de depresión, de las causas genéticas, que es seguida, si se agrava, por la depresión psicótica en donde intervienen factores diversos, entre ellos genéticas, ante estos tipos de depresión por lo cual afirma Jacobson (1971) que los factores psicogenéticos desempeñan un rol importante en el desarrollo de las psicosis.

5.1.3.2. Causas Psicológicas. Las causas psicológicas son un factor determinante en los tipos de depresiones neuróticas, llamadas también reactivas, las cuales están muy relacionadas con el término distimia; ya que en las distimias como en las neurosis "...los factores emocionales desempeñan un papel preponderante, presentándose desde los primeros años de vida determinando rasgos de personalidad tan profundamente arraigados en el modo de ser del individuo que se aprenden a través de la estrecha relación y la dependencia respecto de los miembros de la familia" (Calderón 1998),¹⁷.

Es por tal que las causas determinantes se consideran como un factor importante en los patrones de las depresiones neuróticas las cuales se derivan de conflictos o desórdenes originados desde la infancia, ya que ésta es la etapa formativa en la cual el niño es

¹⁷ Ibid. P. 15.

susceptible a trastornos que se le pueden presentar como sonambulismo, terrores nocturnos, fobias, timidez; que si no son atendidos se pueden presentar como problemas de personalidad y de conducta que se agravan con el tiempo presentándose así como rasgos característicos neuróticos, como lo afirma Freud (1942b), citado en Jacobson (1971), definiendo a la neurosis, la melancolía y la esquizofrenia como resultado de conflictos suscitados entre el yo, el ello, el superyo y la realidad; desde este enfoque psicoanalista se dice que se debe de revisarlas cicatrices más que las heridas recientes originadas desde la infancia, más que nada de conflictos entre el yo y el superyo.

No solo puede presentarse el cuadro de una neurosis por traumas de la niñez, sino también debe tomarse en cuenta la presencia, en determinado momento de la vida del paciente, de sentimientos de culpa, de conflictos creados por necesidades inconscientes, de incidentes que han tenido algún significado importante para el paciente o de tensiones familiares ya sean las matrimoniales o sexuales, Calderón (1998)¹⁸.

Se llama de igual forma depresión reactiva a las depresiones neuróticas porque hay causas a las cuales se les puede llamar desencadenantes por originar este tipo de depresión; por ser causas inmediatas de las neurosis, esto es por que la persona siente en algún momento la necesidad de reprimir, distorsionar o desplazar sentimientos de hostilidad que se presentan en las relaciones con los demás en la vida diaria; cuando esto sucede la personalidad del paciente entra en conflicto con estos sentimientos y con la necesidad de reprimirlos lo cual origina angustia que a su vez, por causa de un ego super exigente, se presentan los rasgos de una personalidad que constituyen los síntomas neuróticos. Calderón (1998) menciona

¹⁸ Ibid. P. 2.

que son las mujeres en las que se presenta con más frecuencia una neurosis por el tipo de vida que llevan y que tienen que asumir por la gran responsabilidad que esta conlleva, la familia, el esposo, los hijos y en su caso el trabajo; por lo cual requiere un doble de energía y trabajo que el que necesita para atender las necesidades que su entorno le exige.

Otro factor que influye en las causas de las neurosis y no menos importante es la llamada pérdida del objeto, la cual se refiere a una pérdida de cualquier tipo que haya sufrido la persona en cualquier momento de su vida, ya sea material, sentimental o la pérdida de poder.

La pérdida del objeto en la etapa formativa es de importancia considerable ya que como se mencionó esta podría causar problemas con la psicopatología de la vida adulta. En la adolescencia la pérdida del objeto es particularmente traumática para el adolescente y produce un impacto profundo sobre la estructura psíquica todavía en desarrollo, (James, 19981); es quizá en la adolescencia, como se ha dicho, en donde la persona pasa por muchos obstáculos y dificultades que podrían no ser tan fáciles de pasar bien librados ya que es la etapa donde se comienzan a tomar decisiones para mejorar el futuro de la persona, si esta se ve interrumpida u obstruida por una pérdida, especialmente de un ser querido, o pérdida de la capacidad de decisión, sentimiento de impotencia, puede generar trastornos en la personalidad del adolescente llegando hasta una neurosis.

La pérdida en un niño es relativamente menos compleja a la de un adolescente o adulto, ya que en este su mayor identificación con algún objeto es la madre, aquella persona que le proporciona confianza y seguridad, si el niño siente este tipo de pérdida, suena alarmante y

quizás imposible pero, puede llegar a presentar una depresión, esto es justificado con lo que dice Jacobson (1971) acerca de que la llamada "depresión básica es el resultado de un conflicto agresivo, causada por una falta de comprensión y aceptación materna que reduce la autoestima del niño".

Ya se expuso acerca de la pérdida de un ser querido y hay que hacer mención a que en esta se puede pasar por diferentes fases con las cuales coinciden diferentes autores (Calderón, 1998; James, 1981), las cuales son normales, en el sentido de que un ser humano lleno de sentimientos y emociones puede llegar a sentir diferentes estados de ánimo en el transcurso del periodo de duelo, las cuales son: la negación al principio, a perder a alguien y desesperación; depresión; ira contra el objeto perdido y finalmente aceptación. Si la persona que ha sufrido una pérdida de un ser querido se queda estacionada en alguna de estas fases se debe tomar en consideración para ser tratado ya que eso ya no es normal. Otra de las causas desencadenantes es la pérdida de una situación económica la cual causa problemas en la relación de la persona con los demás, así como también la pérdida de poder provoca descontrol e inseguridad en la persona; un factor primordial que origina la depresión neurótica es la pérdida de la salud ya sea por enfermedades con peligro de muerte, cáncer o sida; enfermedades que originan incapacidad física como embolias o amputaciones de alguna parte del cuerpo; también por enfermedades que determinan alteraciones estética, ya sea por ejemplo por quemaduras que requieren operaciones, o enfermedades que afectan la autoestima, como impotencia o frigidez; la edad y el transcurso del tiempo están relacionados con la pérdida de la persona, pérdidas como la juventud, sentir que se hacen viejos y lo que conlleva a la vejez como lo son las arrugas, la falta de energía, los cambios hormonales, de los cuales están conscientes y que puede

hacerlos más susceptibles a experimentar cambios anímicos, (Bretron, 1998), y estos cambios son desencadenantes a causa de alguna pérdida para que el paciente presente rasgos de una depresión neurótica que esta muy relacionada a nivel psicológico. En las mujeres, según Sturgeon (1987), la edad más común para que surja un episodio depresivo es de los 20 a los 30 años y más aun entre los 25 y los 27 ya que puede considerarse como la pérdida de ese primer rubor de la juventud.

5.1.3.3. Causas Ecológicas. El ser humano está tan relacionado con su medio ambiente que le rodea que en ocasiones cuando este sufre algún cambio importante, de igual forma repercute en el estado de ánimo del hombre. Así pues cuando ocurre o se presenta una severa contaminación ambiental hay un desequilibrio ecológico consiguiente, por todo esto es una pena pensar y asegurar que es precisamente el hombre quien provoca estos cambios en su atmósfera y en su propio hábitat por el tipo de necesidades que se le han ido presentando en el transcurso del tiempo; diferentes tipos de comunicación, de transporte, de industrialización que generan contaminación. En estudios realizados recientemente por Calderón (1998), se menciona que la población ha aumentado conforme pasa el tiempo considerablemente en el mundo, exigiendo, las generaciones venideras nuevas necesidades de "modernización" lo cual implica de alguna forma modificar el medio ambiente y es por tal que Calderón afirma que en la medida en que el hombre deteriora el medio ambiente, disminuye la calidad de su vida¹⁹; si fuese tomada en consideración esta idea habría menos problemas a nivel general que se le presentan al hombre especialmente de una depresión a causa de estos factores ecológicos que influyen de manera anímica en el ser humano de manera significativa.

Trad (1992) afirma que "la mayoría de las explicaciones que se dan a la aparente falta de continuidad en el desarrollo se basan en el carácter impredecible de los factores ambientales"; de igual forma hay ambientalistas como Kagan, mencionado en Trad (1992), que atribuyen a los factores imprevistos en el ambiente los que afectan a la persona originando estados psicológicos que dan lugar a discontinuidades en lugar de una

¹⁹ CALDERÓN, N. Guillermo. Op. Cit. P. 10-23.

continuidad; esto como ya se mencionó que los factores nocivos del ambiente pueden desencadenar un trastorno en las personas que se encuentran en contraste e intensa interacción con éste. Los desequilibrios que se presentan en el ambiente y por los cuales hay una preocupación por ellas en el sentido de que repercuten en el estado psicológico de las personas son por ejemplo: la contaminación atmosférica la cual se debe a la contaminación del aire por concentraciones elevadas de sustancias nocivas que afectan al hombre, a los animales así como a las plantas. La contaminación del aire es a causa de productos de combustión de vehículos de motor, industrias que generan la mala calidad del aire que respiramos, las talleres e incluso los desechos que son quemados equivocadamente, también se puede considerar al polvo, por algunos vientos fuertes que lo generan y que es contaminante severo en las zonas urbanas y rurales (Calderón, 1998).

Otra causa de una depresión leve, en este caso, son los problemas de tránsito con los que se está en constante contacto en el ambiente, puede parecer exagerada esta causa, pero el exceso de vehículos que se encuentran en la carretera por donde tenemos que cruzar genera congestión vial que a su vez provoca irritabilidad en las personas, presentación de estrés que puede ser un activador importante en una depresión; también la falta de estacionamientos es una causa incluida es los problemas de tránsito presentándose como consecuencias un mayor número de accidentes que pueden llevar a una pérdida económica y como ya se mencionó la pérdida es un detonador de un trastorno mental así como el estrés, por la disminución de horas de descanso que provocan estos problemas.

También puede tomarse como contaminante ambiental al ruido excesivo del cual pareciera que las personas estamos acostumbradas, los aviones de reacción, para personas que vivan

cerca de un aeropuerto, las fábricas metalúrgicas; incluyéndose dentro de esta causa los equipos de sonido que con la tecnología con la que ahora nos encontramos pueden llegar a generar ondas de sonido altas provocadoras del ruido, al igual que la televisión.

El ruido es un intermediario provocador de una mala concentración que no permite el buen juicio y funcionamiento del cerebro por lo cual puede llegar a desarrollar en la persona consecuencias como el insomnio, la fatiga física e intelectual, la irritabilidad, incremento de la tensión arterial y hasta sordera.

Todos estos problemas incluidos en el ambiente o provenientes de esto son un factor influyente para que se presente una depresión en el hombre, el tipo de depresión que se da por estas causas se debe considerar o clasificar dentro de las depresiones leves que en su mayoría son reversibles con un tratamiento adecuado e incluso el mismo paciente se libera de ésta si las condiciones y su manera de sentir y pensar cambian en su entorno pero que como en todos los trastornos se puede agravar si no se atiende adecuadamente y si las condiciones de vida no cambian, tal como lo afirma Breton (1998) diciendo que el papel que juegan las situaciones en que se encuentran las personas como su empleo, su hogar, sus relaciones son importantes; si alguna de ellas no es satisfactoria hará que el enfermo se sienta todavía peor y que le resulte difícil pensar positivamente con el fin de ayudarse a mejorar, se dice que las personas que padecen esta clase de depresión enferman cuando los días se hacen más cortos y con ello no reciben toda la luz solar que necesitan.

5.1.3.4. Causas Sociales. El ser humano desde que nace es dotado, en la mayoría de los casos, de amor, protección y seguridad por la madre como por los demás miembros de la familia y conforme va creciendo va teniendo una identidad y una posición en su entorno social por lo cual necesita el apoyo de algún miembro de la familia y a lo largo de su vida esta persona necesita aún más a algún punto de apoyo que otra. En este mismo sentido se afirma (Márquez, 1990) que además pueden ser otras cosas en las cuales puede apoyarse una persona como pueden ser determinados proyectos de vida, empresas y tal vez deseará sentirse una persona importante como un deportista o un famoso artista, o un hombre que triunfe en la vida.

De cualquier forma se sabe gracias a los estudios etiológicos, mencionados en Calderón (1998); que los estados afectivos de depresión son una respuesta a la pérdida de los lazos de unión que han sido indispensables para la supervivencia y desarrollo de nuestra especie. Lo cual se puede observar por las manifestaciones físicas y psicológicas de angustia que se presentan cuando se ha sufrido una pérdida, y cuando por consiguiente, en determinadas ocasiones, se origina una depresión²⁰.

Para los seres humanos los vínculos afectivos son muy importantes y en consecuencia se puede ocasionar una depresión al sentir la destrucción de estos; la forma en que se llama a estas depresiones son las salidas o entradas, en donde, según Calderón (1998) las salidas son una defunción de un ser querido, una separación de divorcio, la incorporación de un hijo en el ejercito, etc., y las entradas son consideradas como el ingreso de una persona al

²⁰ Ibid. P. 22.

espacio vital o interpersonal del individuo cuando se siente invadido el lugar en donde se relaciona; esto es que ciertos tipos de situación cotidiana están estrechamente relacionados con la enfermedad depresiva.

En estudios realizados por Breton (1998) se ha comprobado que personas que perdían a una madre antes de los once años de edad y las que no tenían una relación estrecha con alguien en que pudieran confiar, eran más susceptibles a alguna depresión; lo cual demuestra que somos seres sociales por lo cual no podemos mantener una vida equilibrada sin relaciones de este tipo que intervienen en muchos aspectos anímicos, psicológicos y culturales del individuo. Así por ejemplo las personas que tienen una mala relación conyugal son blanco perfecto para que se presente una depresión ya que esto es peor a que si no tuvieran ninguna relación, esto es porque la mala relación se suma a su falta de autoestima y nos hace más vulnerables a las enfermedades depresivas; hay incluso personas que se casan sólo porque piensan que si no la hacen en ese momento y con esa persona, ya nadie va a querer estar con ella, y esto es a causa de su bajo nivel de autoestima que tienen.

Ya se habló un poco acerca de la depresión en la adolescencia y de igual forma se mencionó que esta etapa es en donde la persona sufre muchos cambios incluyendo su entorno social que es en determinado momento quien le exige mayores responsabilidades y actitudes diferentes que tiene que asumir, y es por tal que las manifestaciones depresivas en la adolescencia pueden obedecer, además, a la renuncia a vínculos y objetos infantiles, la no conservación de ideas irrealizables o los conflictos derivados de sentimientos de culpa.

Es claro que no todas los jóvenes pasan por los traumas descritos pero como menciona Arieti (1981), nuestra cultura impone fuertes tensiones al adolescente debido a las inhibiciones sexuales, las limitaciones de su libertad, la exigencia de triunfos sociales y académicos y su indefinición de su rol en la sociedad, de modo que no es de sorprender que sufran trastornos.

Entonces se podría decir que las causas sociales de la depresión son por la desintegración de vínculos familiares, disminución del apoyo espiritual de la iglesia, el cual es un lazo muy importante e influyente por las costumbres, educación u opinión personal; la falta de vínculos con los vecinos o las amistades y también por migraciones de algún familiar o como ya se menciona por la intromisión de alguien al entorno familiar.

Estos factores son importantes para que se origine una depresión dentro de los cuales también están implicados otros no menos importantes que pueden disparar un trastorno. Cuando una persona se siente, como es característico, muy poca cosa, con el autoestima baja suele en determinados casos "refugiarse" en las drogas o en el alcohol el cual es también un depresivo del sistema nervioso y en ocasiones puede provocar una reacción tóxica al igual que algunos fármacos que son recetados para la presión alta pueden ser depresores y, de las drogas se sabe que son especialmente un tipo de depresores por las consecuencias que lleva el tomarlas. Se sabe de igual forma que en la mayoría de las personas que ingieren alcohol o drogas las manifestaciones son común mente de tipo ansiosas es por eso que este tipo de depresiones se pueden clasificar dentro de las depresiones ansiosas.

5.2. TRASTORNOS DEL ESTADO DE ANIMO.

Los Trastornos del Estado de Ánimo tienen como característica principal la alteración del humor, el estado emocional interno de una persona, cambios en el nivel de actividad, funciones cognitivas, lenguaje y funciones vegetativas (por ejemplo el Trastorno Depresivo Mayor produce trastornos en el sueño como insomnio o hipersomnias).

Varias investigaciones han demostrado que los sucesos estresantes anteceden a los primeros episodios de los Trastornos del Estado de Ánimo. Esto quiere decir que es muy probable que ciertos acontecimientos que son lo suficientemente intensos desencadenen los primeros síntomas. Por otro lado, se ha postulado que estos factores estresantes producen cambios a largo plazo en la biología del cerebro.

La Asociación Psiquiátrica Americana ha realizado una clasificación de estos trastornos y ésta es la más usada entre los profesionales de la salud mental²¹. En el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), aparecen los siguientes:

5.2.1. Trastorno Depresivo Mayor. Los síntomas de la depresión incluyen un estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades. Pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño.

²¹ DSM IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1.995.

de dormir, lentitud o agitación físico, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte²².

Si una persona posee cinco o más de estos síntomas, y éstos le perjudican su vida diaria durante dos semanas, entonces esa persona tendría un diagnóstico de **Episodio Depresivo Mayor**.

Si éstos persisten durante más de dos meses será diagnosticada con **Trastorno Depresivo Mayor, episodio único**. Pero si los episodios se repiten, es decir, si padece de dos o más de dos o episodios depresivos mayores, entonces se trata de un **Trastorno Depresivo Mayor Recidivante**.

5.2.1.1. Causas de la Depresión Mayor. No existe una concepción unificada al respecto. Existen diferentes enfoques que explican las causas de la depresión, cada uno enfatiza un aspecto, pero las teorías más útiles parecen ser las que incluyen distintas variables. De esta manera, para explicar el proceso causal de la depresión se deben tener en cuenta diversos factores²³ Ciertas personas por poseer características específicas (bioquímicas, genéticas, de personalidad) son más vulnerables que otras a desarrollar un episodio depresivo ante la aparición de un factor estresante.

²² Ibid. P.16.

²³ KAPLAN, H.; SADOCK, B.; GREBB, J. Op. Cit. P. 97.

Por ejemplo, diferentes teóricos psicodinámicos como Bowlby, Blatt, Arietti y Bemporad²⁴ postulan que los individuos con un tipo de depresión que ellos denominan "Anaclítica", "Dominada por el Otro" o "Dependiente", están fundamentalmente preocupados por las relaciones interpersonales, mostrando una excesiva dependencia de ellas. Los síntomas que presentan estas personas se caracterizan por tener sentimientos de soledad, indefensión, abandono, pérdida y falta de amor. Por otro lado, quienes padecen de una depresión llamada "Introyectiva", "Dominada por las metas" o "Autocrítica" están principalmente preocupados por cuestiones de logro, autodefinición, autovalía, sienten culpa, se autocritican excesivamente y tienen sentimientos de inutilidad y fracaso.

Otros estudios han demostrado que la depresión se encuentra estrechamente relacionada con una alteración en la regulación de la noradrenalina y la serotonina y posiblemente también de la acetilcolina y de las endorfinas como consecuencia de la exposición de la persona a ciertos factores estresantes. De esta manera comenzaría un círculo vicioso.

Otras variables, como por ejemplo los esquemas (paquete de información, abstracción fruto de las experiencias previas), y los estilos de personalidad, explican cómo las personas interpretan la realidad y responden emocionalmente ante la aparición de un factor estresante. Esta manera de ver las cosas tiene su origen en el contexto de las experiencias infantiles tempranas con las personas significativas, las que influyen en la manera de interpretar la realidad, de reaccionar emocionalmente y en sus conductas y competencias.

²⁴ BELLOCH, A; SANDÍN, B. Op. Cit. P. 2.

Por ejemplo, las pérdidas en la infancia serían un factor de vulnerabilidad que en la edad adulta podrían conducir a una depresión, en la medida en que estas pérdidas han hecho que la autoestima del individuo dependa excesivamente de la aprobación y afecto de los demás. De esta manera son incapaces de superar la frustración cuando por cualquier circunstancia son rechazados o abandonados. Por ejemplo, cuando una persona depresiva es criticada por su pareja, generalmente lo percibe como una falta de amor más que como un comentario. Por lo tanto, los acontecimientos estresantes son consecuencia de cómo las personas conducen su vida, antes y durante la depresión.

Esto hace referencia a las habilidades sociales y a la manera en que la persona afronta y resuelve sus problemas. Esta forma de manejarse frente a situaciones negativas o traumáticas, fue aprendida y adquirida a lo largo de su vida, es de fundamental importancia, dado que generalmente las personas deprimidas manifiestan cierta distorsión en sus interpretaciones. Muchas veces éstas sí son correctas, ya que realmente se encuentran frente a situaciones estresantes, pero fallan en la forma en que deciden resolverlas. Por ejemplo, los individuos que no tienen esperanzas de poder controlar la situación que atraviesan son más proclives a contraer depresión, en contraposición a los que poseen un estilo de afrontamiento más activo como: "Voy a ser capaz de lograrlo".

Una vez que las personas se encuentran deprimidas, este estado de ánimo sesga el resto de sus cogniciones (percepción, memoria, atención, atribución), facilitando de esta manera el mantenimiento de la misma por medio de círculos viciosos reforzantes.

Por ejemplo, al principio la persona deprimida demandará apoyo de sus seres queridos, pero esta demanda persistente llegará gradualmente a ser aversiva para ellos, quienes terminarán por apartarse y dejarla sola, confirmando de esta manera su valoración negativa sobre sí misma y reforzando el círculo vicioso.

Un último aspecto a tener en cuenta son los factores neuroquímicos, especialmente en aquellas depresiones endógenas o biológicas. Las causas se atribuyen a la modificación de las pautas de la neurotransmisión entre los hemisferios cerebrales y el sistema límbico como resultado de la interacción de múltiples variables (factores constitucionales, evolutivos, interpersonales, ambientales).

5.2.1.2 Tratamiento para la Depresión Mayor. Son varias las modalidades de tratamiento para la depresión mayor, entre estas tenemos:

5.2.1.2.1 Terapia Cognitiva. El objetivo principal es aliviar los síntomas y cambiar el estilo de interpretación del mundo del paciente a través de tareas que el terapeuta le propone. Este tipo de tratamiento se basa sobre el supuesto de que el pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a la depresión²⁵. El terapeuta ayuda al paciente a que éste cambie sus actitudes negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

²⁵ Ibid. P. 2.

La duración del tratamiento es corta y se obtienen cambios rápidos. Puede combinarse con la utilización de antidepresivos. También se trata de incluir al cónyuge en el tratamiento como observador e informador objetivo.

Aarón Beck, quien creó la terapia cognitiva de la depresión, sostiene que las disfunciones cognitivas son el núcleo del trastorno y que los cambios afectivos y físicos son la consecuencia. Este abordaje cognitivo-conductual tiene gran éxito para el tratamiento de la depresión²⁶. La tríada de la depresión consiste en:

1. Autopercepción negativa. El individuo se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto propio, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas cree que a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la felicidad y alegría. (Ej. "No sé hacer nada bueno", "Siempre fui y siempre seré un cobarde").
2. Tendencia a interpretar sus experiencias de manera negativa. Le parece que el mundo le demanda demasiadas exigencias y le pone demasiados obstáculos en el camino que le impiden alcanzar sus objetivos. Interpreta todas sus interacciones con el entorno en términos de frustración o derrota. (Ej. "Debo ser mal padre, porque si no mis hijos tendrían más disciplina).

²⁶ LAGOMARSINO. En: Revista Sistemas Familiares. Buenos Aires: 1.999. p.106.

3. Visión negativa acerca del futuro, expectativa de continuas dificultades, sufrimientos y fracasos. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa hacerse cargo de una determinada tarea en el futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso (por ejemplo, "Podría tener un ataque al corazón si voy al supermercado").

5.2.1.2.2. Terapia Interpersonal. Su objetivo es el alivio sintomático a través de la resolución de los problemas interpersonales actuales del paciente, reduciendo así el estrés en la familia o el trabajo y mejorando las habilidades de comunicación interpersonal²⁷. Se trabaja con el paciente proporcionándole información sobre su enfermedad y se lo entrena en habilidades sociales. Puede combinarse con la utilización de antidepresivos. Se analiza el papel del cónyuge en la predisposición del paciente a la enfermedad y los efectos de ésta sobre la relación matrimonial.

5.2.1.2.3. Terapia Psicodinámica. Su objetivo es promover un cambio de personalidad a través del entendimiento de los conflictos pasados de la infancia no resueltos. Se centra en la capacidad reflexiva del paciente y su inclinación hacia lo psicológico²⁸. Trata de descubrir el origen del conflicto intrapsíquico a través de los relatos del paciente. Intenta reforzar las capacidades adaptativas del paciente, va más allá de la mejoría sintomática. El tratamiento es de larga duración.

²⁷ BRETON, Sue. Op. Cit. P.11.

²⁸ Ibid. P.11.

5.2.1.2.4. Terapia Electro Convulsiva (TEC). Es un tratamiento eficaz para pacientes con síntomas graves, sólo para pacientes que no responden a la psicoterapia y a la medicación o no la toleran. Muchas personas sienten temor hacia la terapia electro convulsiva y esto se debe a los prejuicios alimentados por la difusión de información errónea en informes inexactos de la prensa sensacionalista. Los pacientes deben someterse a un examen físico y neurológico previo. No pueden ingerir nada por vía oral seis horas antes del tratamiento. Antes de ser estimulado eléctricamente se administran anestésicos generales.

Las tres indicaciones fundamentales de la TEC son los Trastornos Depresivos Mayores, los Episodios Maníacos, y en algunos casos la Esquizofrenia. Los pacientes ancianos suelen responder más despacio a la TEC que los pacientes jóvenes.²⁹

5.2.1.2.5. Terapia Lumínica. Este tratamiento es especialmente indicado para aquellas personas que no han respondido a la medicación y que se caracterizan por presentar los síntomas de la depresión en otoño e invierno. Este tipo de depresiones suelen desaparecer en primavera, y aparecen con más frecuencia en las mujeres (89% de los casos)³⁰.

El tratamiento, también llamado fototerapia, requiere la exposición a luz intensa (200 veces más intensa que la luz normal dentro de las casas). Generalmente se indica una hora diaria de exposición durante la mañana. El paciente recibe instrucciones de no mirar fijamente a la luz, sino realizar ojeadas ocasionales.

²⁹ FINK, Michael. What is an adequate treatment in the convulsive therapy?(TEC). Acta Psychiatry. Washington: Scand: 1991.p. 84

³⁰ Ibid. P.11.

Las alteraciones, como la exposición a la luz, modifican los ritmos del organismo. Es por eso que la exposición a la luz artificial por la mañana adelanta la fase de los ritmos biológicos y sirve como tratamiento contra el retraso de los ritmos circadianos asociados a los Trastornos Depresivos Mayores.

5.2.1.2.6. Privación del Sueño. Las investigaciones demuestran que la privación del sueño durante una noche disminuye enormemente los síntomas depresivos en aproximadamente un 60% de todos los pacientes con depresión³¹. Lamentablemente los efectos duran sólo un día, los síntomas reaparecen cuando el paciente duerme una breve siesta después de una noche sin dormir. Sin embargo, este tratamiento resulta ventajoso si se lo combina con otro tipo de tratamientos, como por ejemplo la utilización de antidepresivos, y si se prescribe al paciente acostarse antes y levantarse antes (adelanto de la fase del sueño).

5.2.1.2.7. Farmacoterapia. Una educación adecuada del paciente en lo que refiere al uso de antidepresivos es fundamental para garantizar el éxito terapéutico y para elegir el fármaco y la dosis más adecuada. Cuando se le ofrece esta posibilidad el médico deberá explicarle que no se convertirá en un adicto a los fármacos y también deberá decirle que tardará entre tres o cuatro semanas en notar los efectos positivos de los antidepresivos. Los antidepresivos más utilizados son los Tricíclicos o los Tetracíclicos. También se utilizan los IMAO (Inhibidores de la Monoaminoxidasa) y los ISRS (Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina). Los IMAO no se eligen en primer lugar porque produce crisis hipertensivas cuando el paciente que toma estos fármacos ingiere ciertos alimentos con

³¹ Ibid. P. 3.

altas cantidades de tiramina. Por lo tanto su prescripción obligatoria a la persona a mantener cierta dieta alimentaría. Este tratamiento se recomienda cuando:

- Existen síntomas vegetativos importantes (por ej. pérdida significativa de peso, hiperactividad o retardo psicomotor, despertares precoces).
- Delirios autodespreciativos o alucinaciones auditivas.
- Actos o planes suicidas.
- Crisis de angustias o fobias, delirios somáticos.
- Existencia de otros trastornos mentales como esquizofrenia, dependencia del alcohol, anorexia nerviosa.
- Existencia de trastornos de personalidad.

5.2.2. Distimia. Es un estado de ánimo depresivo de larga duración (al menos dos años continuados) acompañado de otros síntomas del episodio depresivo mayor. Debe presentar dos o más de los siguientes:

- Pérdida o aumento del apetito,
- Insomnio o hipersomnia,
- Falta de energía o fatiga,
- Baja autoestima,
- Dificultades para concentrarse o tomar decisiones,
- Sentimientos de desesperanza.

Estos síntomas se van convirtiendo poco a poco en una parte de la experiencia cotidiana (por ej. "Yo siempre he sido así, ésta es mi forma de ser"). Es por este motivo que es difícil su diagnóstico.

Aproximadamente el 6% de la población sufre de distimia. Las mujeres son dos o tres veces más propensas a padecerla. Puede comenzar en la niñez, adolescencia o adultez³².

Sin embargo es un trastorno que aparece con más frecuencia en personas de mayor edad, y se observa un riesgo prácticamente doble en solteros que en casados, especialmente en el grupo de adultos (45-65 años). Por último, es casi dos veces más común que aparezca en ámbitos urbanos que rurales.

Los trastornos del estado de ánimo, sobretodo la **Distimia** y el **Trastorno Depresivo Mayor** se presentan con frecuencia conjuntamente con los Trastornos de Ansiedad. De hecho, Katon y Roy-Byrne³³ han hecho estudios comunitarios y llegaron a la conclusión de que existe un subgrupo poblacional que presenta síntomas de ansiedad y de depresión que presentan un alto grado de malestar y de sufrimiento. Sin embargo estas personas no cumplen los criterios para un Trastorno de Ansiedad o un Trastorno del Estado de Ánimo, por lo que últimamente muchos autores (Clark y Watson) han sugerido una nueva categoría diagnóstica: **Trastorno Mixto de ansiedad-depresión**. Para estos autores existen tres componentes específicos de cada trastorno:

³² Ibid. P. 2.

³³ Ibid. P. 11.

El **afecto negativo o distress afectivo** es común en la ansiedad y en la depresión. Se caracteriza por sensaciones emocionales aversivas como: nerviosismo, miedo, disgusto, culpa e ira. Es lo contrario a un estado de calma y serenidad.

La **hiperactivación fisiológica** es específico de la ansiedad. El **bajo afecto positivo o la anhedonia**. Se caracteriza por la apatía, la pérdida de interés y del entusiasmo. Predominan la tristeza y el letargo.

- Bajo afecto positivo
- Tristeza
- Anhedonia
- Pérdida de interés
- Apatía
- Tendencias suicidas
- Baja activación simpática
- Pérdida del apetito
- Inhibición psicomotora
- Sentimientos de inutilidad
- Percepción de pérdida
- Desesperanza

- Alto afecto negativo
- Irritabilidad
- Preocupación
- Baja concentración
- Insomnio
- Fatiga
- Agitación motora
- Llanto
- Sentimientos de inferioridad
- Culpa
- Baja autoestima
- Indefensión
- Hiperactivación fisiológica
- Miedo
- Pánico
- Nerviosismo
- Inestabilidad
- Alta activación simpática
- Tensión muscular
- Hipervigilancia

- Percepción de amenaza / peligro
- Incertidumbre

5.2.2.1 Causas de la Distimia. En la distimia los factores genéticos y biológicos están más implicados en su causalidad que los factores psicosociales. Estos pacientes poseen actitudes disfuncionales rígidas, pero a diferencia de la depresión, exageran los factores positivos.

5.2.2.2 Tratamiento.

5.2.2.2.1. Terapia Cognitiva.

El objetivo principal es aliviar los síntomas y cambiar el estilo de interpretación del mundo del paciente a través de tareas que el terapeuta le propone. Este tipo de tratamiento se basa sobre el supuesto de que el pensamiento lógico asegura la mejor forma de enfrentarse a los problemas, cambiando las creencias y los pensamientos que llevan a la persona a la depresión³⁴. El terapeuta ayuda al paciente a que éste cambie sus actitudes negativas sobre sí mismo, el mundo y el futuro.

5.2.3. Trastorno Bipolar. Se caracteriza por uno o más episodios maníacos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

³⁴ Ibid. P.2.

Es decir, el **episodio maníaco** se caracteriza por la presencia de tres o más de los siguientes síntomas durante aproximadamente una semana³⁵:

- § Autoestima exagerada o grandiosidad.
- § Disminución de la necesidad de dormir.
- § Más hablador de lo habitual o verborreico.
- § Fuga de ideas o experiencia subjetiva de que el pensamiento está acelerado.
- § Distractibilidad.
- § Aumento de la actividad intencionada o agitación psicomotora.
- § Implicación excesiva en actividades placenteras que tienen un alto potencial para producir consecuencias graves.

El **episodio depresivo mayor** hace referencia a los siguientes síntomas que persisten durante más de dos semanas:

- Pérdida de placer o interés en casi todas las actividades.
- Pérdida o aumento importante de peso o de apetito.
- Insomnio o exceso de sueño de dormir.
- Lentitud o agitación física.
- Fatiga.

³⁵ Ibid. P. 4.

- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos.
- Dificultad para concentrarse y
- Pensamientos recurrentes de suicidio o muerte.

Esta alteración es lo suficientemente grave como para provocar deterioro laboral o actividades sociales habituales, o necesita hospitalización con el fin de prevenir los daños a uno mismo o a los demás.

Aproximadamente un 0,4-1,6% de la población padece este trastorno. El inicio puede darse a cualquier edad, pero lo más frecuente es que sea entre los 20 y 25 años. Un porcentaje del 10-15% de las personas que tienen un Trastorno Bipolar llegan a suicidarse³⁶.

Varios estudios de muestran que se presentan cuatro episodios por cada diez años, si la persona no es tratada con litio. Además el intervalo entre los episodios tiende a disminuir a medida que aumenta la edad. Aunque la mayoría de las personas vuelven a la normalidad luego de los episodios, algunos, el 20-30% siguen mostrando labilidad afectiva y dificultades interpersonales o laborales. Los episodios pueden durar días o semanas, incluso pueden persistir varios meses.

No existen demasiadas teorías psicológicas explicativas sobre los trastornos bipolares porque los factores genéticos y biológicos juegan un papel preponderante y además porque suponen solamente un 10% del total de los trastornos del estado de ánimo.

³⁶ Ibid. P. 3.

5.2.3.1. Causas del Trastorno Bipolar. Las distintas escuelas psicoanalíticas han explicado la manía como un mecanismo de defensa. Pero fuera del ámbito psicoanalítico *A. Beck* extendió su teoría de la depresión (*Beck*, 1976; *Leahy* y *Beck*, 1988).

En la manía los factores genéticos y biológicos están más implicados en su causalidad que los factores psicosociales. Estos pacientes poseen actitudes disfuncionales rígidas, pero a diferencia de la depresión, exageran los factores positivos. Algunos ejemplos son:

- Si hay alguna posibilidad de éxito debería aceptar el riesgo porque ganaré.
- Merezco más de lo que tengo.
- Mis recursos son ilimitados.
- Cada éxito demuestra de nuevo lo superior que soy.
- Cuando la gente me mira, me admira.

También *A. Beck* supone la existencia de un procesamiento distorsionado de la información. Así prestan más atención y recuerdan de forma más selectiva únicamente las experiencias positivas o sobregeneralizan su éxito profesional³⁷.

Como consecuencia aparecen los pensamientos automáticos optimistas. El paciente maníaco se ve a sí mismo como extremadamente atractivo, con recursos para hacer de todo, percibe el mundo ausente de obstáculos, llenos de experiencias positivas y predice un futuro lleno de posibilidades.

³⁷ Ibid. P. 11.

5.2.3.2. Tratamiento para el Trastorno Bipolar.

5.2.3.2.1. Psicoeducación. Es solamente un componente del tratamiento, ya que debe complementarse con medicación y con terapia individual o familiar³⁸.

Las familias en las que hay un miembro con un trastorno bipolar no son diferentes de otras familias en las que hay un miembro con una enfermedad psiquiátrica crónica.

El objetivo principal del tratamiento es lograr que el paciente tome conciencia de su enfermedad y de la responsabilidad que recae sobre él en la estabilización de su estado de ánimo.

Es importante tener en cuenta que la familia es un apoyo fundamental para el paciente, sobretodo en las tareas en que su juicio resulta afectado y hace peligrar la continuidad del tratamiento. Por eso el tratamiento que propone el Dr. A. Lagomarsino es la psicoeducación, que sirve como guía de la enfermedad para el paciente y a su familia:

La información puede darse oralmente en sesiones de terapia individual o familiar o en forma escrita. Otra manera de llevar a cabo la psicoeducación es en talleres para pacientes y familiares. Los temas que suelen tratarse son:

³⁸ Ibid. P. 11.

- Conocimientos necesarios para la comprensión de la enfermedad y sus tratamientos (datos epidemiológicos, sintomatología).
- El establecimiento de reglas y límites en una familia para lograr una buena convivencia.
- Los pedidos hechos al paciente tienen que ser precisos, evitando generalidades y reproches.
- Es necesario que la familia planifique como actuará ante una crisis.
- Se trabaja sobre la autoestima, la vergüenza y discriminación, frustración, rabia, tristeza.

La información intenta disminuir la desorientación y la desesperanza, al mismo tiempo que crea un espacio para compartir experiencias y crear una red de apoyo para las familias que padecen esta enfermedad.

5.2.3.2.2. Tratamiento familiar psicoeducacional. La "Expresión Emocional" (EE) revela los procesos transaccionales de la familia. La "Expresión Emocional" es el conjunto de las actitudes familiares hacia el miembro con problemas psiquiátricos. Es decir, las críticas, las conductas hostiles y el grado de involucramiento (entendido en términos de preocupación de sacrificio) de una persona por el paciente.

Algunas investigaciones "Goldstein y Miklowitz",(1995) demuestran que las familias con pacientes psiquiátricos se caracterizan por tener un alto grado de EE y que alterando el grado de EE se observan mejorías en los pacientes.

Es un tratamiento complementario a la farmacoterapia. Consiste en 21 sesiones y su duración es de 9 meses: 12 sesiones semanales, 6 cada dos semanas y 3 mensuales³⁹.

Se observan y registran los patrones de "Expresión Afectiva" característicos de la familia.

Se tiene en cuenta tres aspectos centrales para el tratamiento:

1. Las conductas que evidencian una alta EE en la familia (críticas, conductas hostiles como ataques a la personalidad del paciente, o comentarios que expresan que no puede valerse por si mismo y que necesita ayuda que demuestran una actitud de sobre involucración).
2. Las atribuciones que hacen los familiares acerca de las conductas sintomáticas de los pacientes. Las familias de sujetos bipolares tienden a interpretar los cambios de humor a la personalidad y no a las consecuencias de una enfermedad psiquiátrica. Es importante verificar el nivel de control creen que tiene el paciente sobre estas conductas.
3. Por último es importante observar como una familia discute y resuelve un problema, si generan escaladas y criticas en las discusiones o logran un buen intercambio de opiniones

³⁹ Ibid. P. 11.

El tratamiento consiste en tres módulos básicos:

1. **Psicoeducación:** Se realiza en siete sesiones en las que el clínico comparte con la familia y el paciente información acerca del Trastorno Bipolar (síntomas característicos, causas, pronóstico, aspectos hereditarios, factores estresantes, etc.). Lo más importante es que el paciente explique a su familia qué siente cuando está sintomático y que la familia también exprese su visión del problema.

2. **Entrenamiento en comunicación:** se realiza una vez lograda la estabilidad de los síntomas. Se desarrolla en aproximadamente siete sesiones. Con rol-playing los familiares aprenden ciertas capacidades necesarias para una buena comunicación. También se realizan tareas fuera de las sesiones.

3. **Resolución de problemas:** En 4 o 5 sesiones se entrena a la familia a identificar los problemas, generar alternativas, evaluar los pros y los contras e implementar la solución escogida. Es de gran ayuda para hacer frente al paciente cuando este no quiere tomar la medicación o cuando surgen problemas de convivencia. Los objetivos del tratamiento son:
 1. Que los familiares comprendan los cambios de humor del paciente en términos de síntomas y no de rasgos de personalidad. Que comprendan que ellos no los pueden controlar.

2. Lograr la mayor independencia posible del paciente a través de su adherencia voluntaria a la medicación y así evitar la sobreprotección.

3. Permitirle a la familia sentir que puede tener control sobre su futuro, entrenándolos en el descubrimiento de los síntomas previos a un episodio maníaco o depresivo (como alteración del sueño, elevada ansiedad, etc.). Esto los ayuda a prevenirse.

5.2.3.2.3. Farmacoterapia. El tratamiento con fármacos debe llevarse a cabo con suma precaución, ya que el tratamiento de los episodios depresivos con fármacos antidepresivos precipita con frecuencia un episodio maníaco. Para los episodios maníacos se suele prescribir litio.

5.2.4. Ciclotimia. Es una alteración del estado de ánimo crónica y con fluctuaciones durante al menos 2 años⁴⁰. La persona presenta numerosos períodos de síntomas hipomaníacos (síntomas similares a los del episodio maníaco, pero que no son lo suficientemente graves como para provocar deterioro laboral, o social o necesitar hospitalización, ni tampoco presenta síntomas psicóticos) y numerosos períodos de síntomas depresivos, tales como:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día.
- Pérdida de placer o interés en casi todas las actividades.
- Pérdida o aumento importante de peso o de apetito.

⁴⁰ Ibid. P. 4.

- Insomnio o exceso de deseo de dormir.
- Lentitud o agitación física.
- Fatiga.
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos.
- Dificultad para concentrarse.
- Pensamientos recurrentes de suicidio o muerte.

La ciclotimia suele comenzar en la adolescencia o al principio de la edad adulta. Aparece con la misma frecuencia en hombres y en mujeres.

5.3. LA DEPRESIÓN EN EL CICLO VITAL.

5.3.1. La depresión en el Niño y en el Adolescente. A distintos grupos de niños y adolescentes puede calificárseles, o no, de depresivos según los métodos empleados y las conclusiones relativas a los correlatos de la depresión pueden estar influidas por el criterio y por el informante que se emplee.

Se ha sugerido que es importante distinguir entre el fenómeno (o síntoma) de depresión y el síndrome (trastorno) denominado depresión. Por síntoma de depresión se entiende la experiencia de tristeza, pérdida de interés o de placer, la falta de capacidad de respuesta y

condiciones similares, que se utilizan para describir este estado de ánimo negativo. Como síndrome, se entiende como un grupo de atributos que se dan predominantemente en forma conjunta como el estado de ánimo negativo y problemas somáticos, cognitivos y de conducta. Para hablar de trastorno, es necesario saber más del problema que la situación actual.

Desde la perspectiva psicoanalítica se consideró la depresión como el castigo del superyó sobre el yo. Otra perspectiva sostenía que existe un trastorno depresivo en el niño, pero se ve enmascarado por otros problemas (equivalentes depresivos) tales como la hiperactividad o la delincuencia, haciendo que la depresión subyacente no se manifieste de modo directo.

La perspectiva evolutiva recalca el valor de los datos normativos y de las posibles repercusiones de un punto de vista evolutivo. La depresión en la niñez puede no existir como una entidad clínica diferenciada de los fenómenos corrientes y transitorios del desarrollo; puede haber una o dos conductas "depresivas" en un niño que podrían considerarse típicas de el estadio evolutivo en que se encuentra.

Existe un amplio abanico de conceptualizaciones, desde las que cuestionan la existencia de un trastorno diferenciado en la niñez, hasta las que conciben la depresión en la niñez en los mismos términos que la depresión de los adultos. El punto de vista más difundido es este último, representado por los criterios DSM, que describen dentro de los estados de ánimo a la manía y que está apoyado por un gran número de investigaciones.

Así pues, en general, debemos ser precavidos para no cerrar prematuramente nuestra conceptualización de la depresión en la niñez y la adolescencia. Todavía es necesario obtener mucha información sobre el desarrollo, y la información existente requiere una mayor explicación.

La evaluación puede englobar una serie de estrategias y medir un amplio espectro de atributos. Así mismo, es muy frecuente realizar una entrevista clínica general y utilizar una escala dimensional general como la *Child Behavior Checklist*.

Entre las medidas de depresión que se han elaborado, los instrumentos de autoinforme son los más habituales; éstos revisten una importancia especial, dado que muchos de los problemas clave que caracterizan a la depresión, tales como la tristeza o los sentimientos de falta de valía, son subjetivos. El *Children's Depression Inventory* (CDI) probablemente sea la medida de este tipo más utilizada y se deriva del inventario de Beck, para los adultos.

De la misma forma, algunos instrumentos de autoinforme se reformulan para que los puedan contestar otras personas importantes para el niño, como los padres. Sin embargo, la correlación entre éstas aplicaciones y los autoinformes son bajas.

Por otro lado, se han elaborado instrumentos de medida de constructos relacionados con la depresión, como la desesperanza y la autoestima, que son de gran ayuda para fines clínicos y de investigación.

5.3.2. Influencias en la Evolución de la Depresión en Niños y Adolescentes.

5.3.2.1. Influencias Biológicas.

- **Influencias genéticas.** El hallazgo que los niños cuyos padres sufren un trastorno depresivo mayor corren un mayor riesgo de padecer este trastorno, de que un aumento de la depresión en los miembros de la familia está relacionado con el inicio de la misma antes de los veinte años y de que los índices de depresión son más elevados en los parientes adultos de niños a quienes se les ha diagnosticado depresión mayor, es coherente con la existencia de una influencia genética en la depresión del niño y del adolescente.

Sin embargo, los estudios de familias no descartan que tales fenómenos no se vean influidos por el entorno. De hecho, Rende y colaboradores sugirieron que la influencia genética opera sobre factores de personalidad y del temperamento tales como la emocionalidad y la sociabilidad, que afectan a toda la gama de la sintomatología depresiva y, al mismo tiempo, la expresión de esta sintomatología en forma extrema puede ser resultado de las experiencias ambientales compartidas por los hermanos de la misma familia.

- **Bioquímica de la depresión.** En adultos se ha recalcado el papel de neurotransmisores tales como la norepinefrina, serotonina y acetilcolina. Además se piensa que el sistema neuroendocrino, que incluye el hipotálamo, la glándula

pituitaria y las glándulas adrenales y tiroideas, desempeñan un papel importante en la depresión.

Sin embargo, se sabe que el sistema neuroregulatorio de la primera niñez y la adolescencia no es equivalente, por lo que una simple extrapolación de los hallazgos adultos no es suficiente. De un modo general, las diferencias encontradas entre los indicadores biológicos de la depresión podrían indicar que el trastorno del niño y del adulto son diferentes; otra conclusión puede ser que estos indicadores biológicos representan diferencias relacionadas con la edad dentro del mismo trastorno.

5.3.2.2. Influencias Sociales y Psicológicas.

- **Pérdida por separación.** Las explicaciones psicoanalíticas sobre la depresión a partir de Freud hacen hincapié en la noción de la pérdida del objeto (real o simbólica). Algunos autores hacen hincapié en la pérdida de la autoestima y en los sentimientos de desesperanza que se producen por esta pérdida, restando importancia a la conducta de agresión que se vuelve hacia el propio yo. Desde otro punto de vista, la pérdida podría tener como consecuencia una disminución de las fuentes de reforzamiento positivo para el niño.

El punto de vista actual es que la pérdida precoz no es en sí, ni por sí misma, patógena. El vínculo entre dicha pérdida y una depresión posterior no es directo. Mas bien, se cree que tal pérdida, así como otros sucesos, puede desencadenar toda

una serie de circunstancias adversas tales como falta de cuidados, cambios en la estructura familiar y dificultades socioeconómicas que hacen que el individuo corra el riesgo de desarrollar un trastorno posteriormente.

- **Perspectivas conductual - cognitiva.** Influencias tales como las habilidades interpersonales, las distorsiones cognitivas, las opiniones sobre uno mismo, las creencias sobre el control, la autorregulación y el estrés constituyen el centro de estas perspectivas.

Se ha sugerido que los individuos deprimidos no estimulan respuestas interpersonales positivas en los demás. El comportamiento social negativo, el retraimiento social y una baja competencia social aparecen relacionados con puntuaciones más elevadas en depresión.

La explicación que da la teoría de la indefensión aprendida indica que algunos individuos, debido a su historia de aprendizaje, llegan a percibirse a sí mismos como individuos con muy poco control sobre su entorno. Esta indefensión está a su vez asociada con el estado de ánimo y los comportamientos característicos de la depresión. El estilo atribucional (interno - estable - global) se considera como el mediador entre los acontecimientos vitales y la depresión.

Beck supone que la depresión es el resultado de opiniones negativas sobre el yo, el mundo y el futuro. Así mismo, no está claro si estas cogniciones desempeñan un papel causal en la depresión en forma de vulnerabilidad subyacente, o si están asociadas a la depresión de algún otro modo, quizá produciéndose al mismo tiempo o siendo consecuencia de la misma.

Otros creen que el déficit en una o más conductas específicas de autocontrol (autovigilancia, autoevaluación y autorreforzamiento) contribuyen al desarrollo de la depresión. De acuerdo con este modelo, los individuos deprimidos se centran selectivamente en acontecimientos negativos en lugar de positivos, y en las consecuencias inmediatas del comportamiento en lugar de las demoradas, establecen criterios de autoevaluación excesivamente severos y se proporcionan a sí mismos muy poco reforzamiento positivo y castigos excesivos.

5.3.3. Repercusiones de la Depresión en la Madre. Parece claro que la depresión de los padres (madre) es uno de los principales factores de riesgo para desarrollar depresión en la niñez.

La vulnerabilidad del niño puede estar relacionada con factores que no sean el diagnóstico específico de los padres, sino cualquier otro trastorno. Los niños con padres deprimidos no sólo corren riesgo de sufrir depresión, las consecuencias del estado anímico de los padres parecen manifestarse en una multiplicidad de áreas de funcionamiento del niño como trastornos disociales, TDAH, trastornos de ansiedad, problemas escolares y un deterioro en la competencia social.

Además, haciendo un estudio de seguimiento, se descubrió que los niños cuyos padres no habían mejorado presentaban mayor número de problemas que los niños cuyos padres sí habían mejorado, mostrando ambos grupos un nivel de disfunción significativamente más elevado que el grupo control.

Existe una serie de mecanismos que pueden explicar la relación entre la depresión de los padres y la adaptación del niño. La depresión, tanto en adultos como en los niños y los adolescentes está ligada a ciertas formas de pensar y estilos cognitivos característicos; es posible que los padres con depresión transmitan estos estilos a sus hijos.

La depresión de los padres también puede producir alteraciones en la crianza eficaz del niño y puede hacerles definir como problemáticos comportamientos que otros padres no percibirían. Además de las disputas matrimoniales, las familias en las que uno de los progenitores está deprimido pueden tener que vivir acontecimientos vitales de una gran tensión, que exacerben el episodio depresivo de los padre y contribuya a producir alteraciones de crianza.

Finalmente, la relación entre la depresión del niño y de los padres puede verse desde el punto de vista del apego. La falta de disponibilidad y sensibilidad emocional que pueden estar relacionadas con la depresión son predictores viables de un apego inseguro. En los niños con este tipo de apego se ha observado que los contenidos cognitivos y emocionales de estos modelos de funcionamiento muestran un parecido extraordinario con los patrones cognitivos y emocionales propios de la depresión.

No todos los hijos de padres deprimidos sufren los mismos efectos negativos, además es probable que los efectos de la depresión de los padres varíen en función de la edad y el sexo. Por lo mismo, el aporte de cada una de las influencias familiares debería considerarse dentro del contexto de un modelo causal multifactorial.

5.3.4. Tratamiento de la Depresión en Niños y Adolescentes. Los tratamientos que se han probado con niños deprimidos han sido adaptaciones de intervenciones que parecen haber sido eficaces en el tratamiento de adultos.

5.3.4.1. Farmacoterapia. Los antidepresivos tricíclicos tales como la imipramina, la amitriptilina, la nortriptilina y la desipramina han sido los fármacos más estudiados, aunque los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina como la fluoxetina y otros componentes como el brupopión se han utilizado con niños y adolescentes deprimidos.

En la actualidad es difícil saber si estos fármacos, efectivamente son eficaces en los niños y adolescentes y no tienen efectos secundarios de importancia evolutiva.

5.3.4.2. Tratamiento Cognitivo - Conductual. No hay mucha información consolidada sobre el tratamiento psicológico de la depresión en niños y adolescentes, especialmente con respecto a casos clínicos de depresión. Por otro lado, las intervenciones indicadas para niños se han basado en una extensión adaptada de las intervenciones utilizadas por adultos, lo que no es del todo correcto, puesto que las vidas de los niños y adolescentes deprimidos son distintas de las de los adultos.

Se han aplicado técnicas de representación de papeles, reestructuración cognitiva, autocontrol, resolución de problemas, sin que los resultados sean aún lo suficientemente categóricos, a excepción de un "curso de afrontamiento de la depresión para adolescentes" desarrollado por Lewinsohn y cols.

Los tratamientos eficaces deberían incluir componentes capaces de acometer diferentes aspectos de la depresión y del entorno social y familiar de los niños y adolescentes deprimidos.

5.4. PRINCIPALES MODELOS TEÓRICOS PARA LA COMPRESIÓN Y ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA DEPRESIÓN.

5.4.1. Modelos Psicodinámicos. En psicoterapia el término psicodinámico hace referencia a aquellos modelos en los que el conflicto intrapsíquico tiene un papel central. El modelo con mayor relevancia histórica es el psicoanalítico, al que nos referiremos, aunque abarca también a otros "disidentes" del psicoanálisis como Adler y Jung.

El psicoanálisis fue creado por Freud (1856-1939). Su obra fue influenciada por Herbart(176 -1841) que mantenía una idea asociacionista de la conciencia, que incluía un nivel consciente y otro preconscious⁴¹; por Fechner (1801-1887), creador de la psicofísica, del que aprovechó su concepto de umbral para elaborar el concepto de censura; por Brucke

⁴¹ MARC, Schwob. Como Vencer La Depresión. Santafé de Bogotá: Paulinas, 1.994. p.12.

(1819-1892) y T.Meynert (1833-1892), fisiólogos y maestros de Freud, de los que recoge conceptos como el de los procesos primarios y secundarios; por Brentano (1838-1917) del que deriva el concepto de Yo como función autónoma y por el desarrolló del método hipnótico y catártico de J.Breuer.

Feixas y Miró, a la hora de exponer el desarrollo de la obra de Freud, la divide en cuatro etapas: Primera etapa prefundacional (1886-1895): En ella Freud clasifica las neurosis y busca un método de tratamiento para las mismas. En esta época son relevantes sus obras: "Los estudios sobre la histeria" (1895, publicada con Breuer) y "Proyecto de una psicología científica para neurólogos (1895, obra que no llegó a publicar en vida). Desarrolla un modelo causal de las histerias basado en las experiencias traumáticas del sujeto que quedan a nivel inconsciente y desarrolla una teoría de los procesos psíquicos como energía que circula por determinadas estructuras cerebrales.

Segunda etapa fundacional (1895-1895): Los rasgos sobresalientes de esta etapa son el desarrollo del método de la asociación libre y el abandono de la teoría de las experiencias traumáticas (seducción infantil). El método de la asociación libre lo comenzó a utilizar con el mismo (auto análisis) y le sirvió para descubrir sus deseos incestuosos hacia su madre, que formuló como Complejo de Edipo y que extendió como fenómeno universal.

Tercera etapa de la Psicología del Ello (1900-1914). Se fundamenta en el concepto de libido, que sirve como base a la teoría psicoanalítica. Por libido se entiende la fuente de

energía del psiquismo, la pulsión sexual (aunque no limitada a lo genital), que puede reprimirse, descargarse, sublimarse, entre otras. Las transformaciones de la libido regulan la elección de objeto (relaciones personales) y la formación del carácter o estructura psíquica. A esta época pertenece "La interpretación de los sueños" (1900), "Psicoterapia de la vida cotidiana" (1904) y "Tres ensayos sobre teoría sexual" (1905). Concibe las neurosis como resultado de una regresión o fijación en el desarrollo psicosexual. Elabora la noción de Inconsciente en una primera teoría (primera tópica), los sueños como realizaciones inconscientes de deseos, la descripción de la estructura mental en consciente – preconsciente - inconsciente, la descripción de los mecanismos de defensa y la diferencia psicosexual estructural entre hombre y mujer. Desde el punto de vista terapéutico se desarrolla el análisis de los sueños con el método de la asociación libre.

Cuarta etapa de la Psicología del Yo (1914-1939). En esta fase desarrolla su segunda teoría de la estructura mental (segunda tópica) que se organiza como fuerzas psíquicas en conflictos entre el Ello, el Yo y el Super yo. También introduce en las fuerzas pulsionales de la libido el concepto de pulsión de muerte (Thanatos). A esta época pertenecen las obras: "Introducción a la meta psicología" (1915), "Mas allá del principio de placer" (1920) y "El Ego y el Id" (1924). A partir de este momento el Yo se sitúa en el centro del trabajo psicoanalítico, y el psicoanálisis se dirige a aliviar al yo de las presiones tanto del ello como del súper yo.

Los principales disidentes del psicoanálisis freudiano (Adler y Jung) habían formado parte de este movimiento pero se apartaron del mismo y desarrollaron sus propios modelos

psicológicos y psicoterapéuticos. Adler (1870-1937) desarrolla su psicología individual centrada en el sentimiento de inferioridad y su compensación, proponiendo un método terapéutico más directivo centrado en la corrección de actitudes inconscientes disfuncionales y es el fundador de las primeras clínicas de trabajo psicológico con problemas infantiles. Jung (1875-1961) desarrolla su concepto de inconsciente colectivo que le lleva a analizar las estructuras inconscientes comunes en las culturas primitivas, y sobretodo en las religiones.

El psicoanálisis actual se caracteriza por el desarrollo de varias corrientes: Los que propugnan un énfasis en el Yo como estructura en gran parte autónoma y las relaciones objétales (relaciones interpersonales e intra psíquicas)⁴². En esta línea destaca las aportaciones de la llamada: Psicología del Yo y de las relaciones objetales (Sullivan, Hartman, Rappaport, Ana Freud, entre otros). Otra tendencia destaca el papel de las experiencias tempranas en el funcionamiento de la personalidad (M.Klein, Mahler y J.Bowlby). Una tercera línea intenta de aplicar el psicoanálisis a otras patologías distintas a la neurosis como las psicosis y los trastornos de personalidad (From, Reichman, Sullivan, Kohut y Kernberg). Una cuarta línea destaca el papel de los aspectos psicosociales en el desarrollo de las estructuras inconscientes y la personalidad (Sullivan, Fromm, Erikson, entre otras). Una quinta línea, muy relevante para la psicoterapia, aplica formas breves de psicoterapia psicoanalítica basadas en la investigación (Mann, Sifneos, Malan, Davanloo y Strupp). Otra sexta línea retoma el psicoanálisis en un intento de volver a sus fuentes a partir de la obra de J.Lacan y su tesis del Inconsciente estructurado como un lenguaje. Por

⁴² DURKHEIM, Emile. Diccionario de Psicología. Tomo 1. Bogotá: Orbis, 1.993.

ultimo, una sexta línea, la mas actual, intenta de acercar el psicoanálisis a los modelos de la psicología cognitiva (Erdelyi, Peter, freund, Bowlby, Arieti, entre otras). La nota común es la diversidad.

5.4.1.1. Conceptos Fundamentales. Se suele definir el psicoanálisis desde cuatro niveles (Laplanche y Pontalis, 1968; Baker, 1985): Primero un método de investigación de los significados mentales inconscientes⁴³.

Segundo un método de psicoterapia basado en la interpretación de las relaciones transferenciales, resistencia y deseos inconscientes.

Tercero un conjunto de teorías psicológicas sobre el funcionamiento de la mente (metapsicología) y teoría clínica sobre los trastornos mentales y su tratamiento.

4º Un enfoque filosófico o general para entender los procesos de las culturas y la actividad social.

Los conceptos fundamentales del psicoanálisis se formulan a través de los cinco modelos que Freud desarrolló sobre la actividad psíquica: el modelo topográfico, el modelo económico, el modelo dinámico, el modelo genético y el modelo estructural⁴⁴.

⁴³ Ibid. P. 21.

⁴⁴ Ibid. P. 51.

- **Modelo Topográfico:** Pertenece a la etapa de fundación del psicoanálisis. Freud en esta época distinguía tres niveles de conciencia: El Inconsciente, gobernado por los procesos primarios (ilógicos e intemporales) que contiene los recuerdos, imágenes, sentimientos y deseos no accesibles a la conciencia; El Preconsciente que intermedia entre el inconsciente y el consciente, donde pueden acceder ciertos contenidos, y el Consciente, gobernado por los procesos secundarios (lógicos y racionales), que se identifica en gran parte con el Yo y con el principio de realidad (ajuste al entorno).
- **Modelo Dinámico:** Desde esta perspectiva los fenómenos mentales son el resultado de fuerzas en conflicto. El conflicto surge de una oposición entre las fuerzas instintivas, o deseos sexuales y agresivos inconscientes, las defensas, en gran parte inconscientes, derivadas del Yo, y los principios normativos o morales del individuo conscientes e inconscientes. El síntoma es una "solución de compromiso" para resolver ese conflicto, y en el mismo está contenido entre las tres fuerzas.
- **Modelo Económico:** Se ocupa de los procesos energéticos que regulan la actividad mental. Esos procesos son el principio de placer (satisfacción) y el de realidad (adaptación al entorno). La libido es la fuente energética guiada por el principio de placer que conlleva el proceso primario de libre circulación y descarga de la energía. El principio de realidad hace que la energía libidinal quede ligada a un objeto (relación de catexia) para su descarga o satisfacción.

- **Modelo Genético:** Se ocupa del desarrollo evolutivo del sujeto, en concreto de sus procesos inconscientes. A este proceso evolutivo se le denomina desarrollo psicosexual que va progresando en fases; fases que pueden alterarse por exceso o defecto de gratificación (nociones de fijación o regresión a una fase). La fase inicial, que ocupa el primer año es la "oral" relacionada con las actividades de succión y chupar y con la zona erógena de la boca: Los comportamientos adultos de fumar, beber, entre otras se relacionarían con ella. Le sigue la fase "anal", segundo año, donde el centro de gratificación es la zona anal y las actividades de retención y expulsión de heces. La fijación en esta fase produciría síntomas como el estreñimiento, enuresis, o rasgos de conducta como la avaricia o el despilfarro. La tercera etapa, la "falica", entre los tres y cinco años, se relaciona con la zona erógena de los genitales, y la superación de la misma se relaciona con la resolución del "Complejo de Edipo". La última fase es la fase "genital" que se relaciona con la capacidad orgásmica y actividades de recepción y expresión de sensaciones sexuales y afectivas agradables.
- **Modelo Estructural:** Pertenece a la última etapa de la producción de Freud. Se distinguen tres estructuras mentales: El Ello (Id) que es la fuente de la energía mental, de los deseos e instintos básicos no normativizados culturalmente de origen inconsciente; El Superyó (Super ego) derivado de los valores normativos y morales de la cultura transmitidos familiarmente, y el Yo (Ego), situado entre los dos anteriores y que tiene por misión mediar entre los dos anteriores (entre los deseos inconscientes y las normas que los restringen) así como con el medio externo. El Ello es totalmente inconsciente, el

Yo es en parte consciente y en parte inconsciente, y el Superyó es también parcialmente consciente e inconsciente (normas interiorizadas en la primera infancia).

- **Método terapéutico.** El método terapéutico básico del psicoanálisis clásico se basa en tres procesos fundamentales: La Asociación Libre, El Análisis de los fenómenos de Transferencia y Contra transferencia y el Análisis de la Resistencia. Al análisis de estos procesos le acompañan unos elementos de encuadre o reglas de trabajo para el paciente (Regla básica de la Asociación Libre) y el terapeuta (Regla de Abstinencia Regla de la Atención Flotante).

La asociación libre consiste en que el paciente debe de expresar todos sus pensamientos, sentimientos, fantasías y producciones mentales en general, según le vayan surgiendo en su cabeza y sentimientos sin exclusiones o restricciones algunas. A veces el analista insta al paciente a ir asociando a partir de los elementos que el propio paciente a generado en su propio discurso.

El analista se abstiene de responder a demandas específicas del paciente como el consuelo, la simpatía o el consejo, y hace de pantalla o espejo en blanco que proyecta el discurso desplegado por el propio paciente (regla de la abstinencia). Además el analista no debe de dar prioridad inicialmente a ningún componente del discurso del paciente, manteniendo una atención de neutralidad e importancia homogénea hacia todo los elementos del discurso del paciente (regla de atención flotante).

Con estas reglas, del paciente y terapeuta, se facilita que se produzca una relación transferencial. El paciente proyecta o desplaza sobre el analista aspectos cruciales con figuras importantes de su historia vital (por lo general los padres). La re-experimentación del paciente de esos aspectos conflictivos e inconscientes (transferencia) de la relación con sus progenitores, proyectadas sobre el analista, que no reacciona punitivamente ante el paciente, y le permite desplegar su discurso hacia aspectos más inconscientes (que se van haciendo más conscientes), junto con el análisis y la interpretación de esos fenómenos se le denomina Análisis de la Transferencia.

Por otro lado, el terapeuta, aunque este analizado, puede experimentar reacciones emocionales hacia el paciente, que a nivel inconsciente suele reproducir los roles complementarios punitivos o satisfacción de sus progenitores, se denominan reacciones contratransferenciales. El análisis y la supervisión del propio terapeuta le ayuda a estar atento a estas reacciones, como le proporcionan una valiosa fuente de información para la terapia, y a su manejo adecuado.

Sin embargo los pacientes suelen utilizar una variedad de maniobras conscientes e inconscientes para manejar su propia ansiedad y conflicto y para evadir su trabajo terapéutico de libre asociación (Resistencias). La detección de esas maniobras y su interpretación adecuada constituye el Análisis de las Resistencias. Este último trabajo terapéutico es crucial para el desarrollo del análisis que suele desarrollarse por lo general, en el transcurso de varios años en el psicoanálisis clásico.

En las versiones breves de la terapia psicoanalítica (psicoterapias breves psicoanalíticas) se enfatiza la selección de conflictos a abordar, un rol más directivo del terapeuta, un periodo breve a veces preestablecido de sesiones, y la consecución de determinados objetivos. Estas últimas terapias por lo general reciben el rechazo absoluto de los analistas clásicos. Sus defensores sin embargo enfatizan que sus resultados y aplicación son iguales o superiores al largo proceso psicoanalítico tradicional (p.e Strupp, Malan, Sifneos, entre otras).

5.4.1.2. El Psicoanálisis Según Lacan. Lacan desarrolla una teoría del sujeto que supone un retorno radical a Freud a través de su formulación del inconsciente estructurado como un lenguaje.

El psicoanálisis de la I.P.A (Asociación Psicoanalítica Internacional), según Lacan, se había alejado de los postulados freudianos a través de las teorías del yo. Postulaban el "yo autónomo" frente al inconsciente, con el riesgo de acercarse a las teorías psicológicas no psicoanalíticas; y a las formulaciones neofreudianas que postulaban una etiología sociocultural de los trastornos mentales.

Se trata de volver a Freud de manera radical, y afirmar que el yo no es el sujeto. El sujeto está dividido entre el yo (lo consciente) y el Otro con mayúsculas (el inconsciente) . Esa división se debe al efecto del lenguaje. En contra de la tradición filosófica racionalista y empirista que sitúan al yo como centro racional o verificador de la experiencia, Lacan

afirma: "Yo pienso donde no estoy; yo estoy donde no pienso ". El lugar del sujeto de la conciencia no es el lugar del sujeto del inconsciente. El ser no está en la conciencia, sino en el Otro del inconsciente. El inconsciente se estructura mediante tres registros: lo imaginario, lo simbólico y lo real.

Lo imaginario hace referencia a las identificaciones del sujeto con una serie de imágenes. El estadio del espejo, donde el niño ve por primera vez su imagen en el espejo, va a permitirle-y-confundirle diferenciar su propio cuerpo del de otros. La relación afectiva posterior del sujeto con otros va a vincularse a la propia relación entre el mismo y sus imágenes de identificación.

Lo simbólico hace referencia a la entrada del lenguaje en la formulación de lo inconsciente. Nombrando su experiencia, dándole palabras, se sustituye el objeto por su representación simbólica. El objeto primordial que se sustituye es la ausencia de la madre. Su ausencia indica que ella desea en otra parte (hacia el padre). Esa ausencia va ligada al deseo del niño por su madre que se reprime mediante los significantes lingüísticos que se encadenan unos a otros. La cadena de significantes genera a su vez la metáfora. La metáfora genera una sustitución de unos significantes por otros, hasta el significante primero: el deseo de la madre. La metáfora del nombre del padre sustituirá al deseo de la madre. Esta representa que la madre desea el falo del padre, y al mismo tiempo una barrera para con el deseo de la madre para con el niño.

Lo real hace referencia a lo que escapa a la simbolización del lenguaje. La distinción entre el objeto real deseado y los objetos sustitutivos simbolizados definen también el lugar de lo real.

En resumen, la constitución del sujeto (que no es el yo consciente), aparece con un sujeto que paga un precio: De un lado su división (vía represión) y por otro la pérdida que supone, la renuncia al objeto primordial.

También Lacan introduce en el aspecto terapéutico del psicoanálisis "las sesiones de duración variable". El tiempo del inconsciente no es el tiempo del reloj, y por lo tanto esto afecta a la duración de la sesión psicoanalítica. El paciente no sabe cuanto durará su sesión, ya que esta puede ser interrumpida en cualquier momento por el analista como ocasión para que surja el deseo inconsciente. La sesión se centra en el desarrollo de la cadena de significantes, a través de la asociación libre y las reglas terapéuticas. Ello permitirá, no sin grandes dificultades resistenciales, que el inconsciente actúe como un lenguaje.

5.4.2. Modelos Humanistas. Los modelos humanistas de la psicoterapia abarcan a las concepciones "fenomenológicas", "humanistas" y "existencialistas" desarrolladas en el campo psicoterapéutico. Dentro de las concepciones humanistas destacan la "Terapia gestáltica", el "Análisis Transaccional" y la "Psicoterapia Centrada en el Cliente" (de la que nos ocuparemos con preferencia, por ser el modelo humanista con más apoyo empírico).⁴⁵

⁴⁵ WING, JK. Psychiatric. British journal of Psychiatry. 4ed. 1964. p.30-36.

A todas las orientaciones anteriores se les denomina "tercera fuerza" en los años sesenta, por presentarse como alternativas tanto al psicoanálisis como al conductismo dominante en esos años.

Estas psicoterapias se desarrollan sobretudo en Norteamérica, en gran parte al margen de la tradición académica. Sus antecedentes filosóficos se encuentran en autores como F. Brentano (1838-1917) que destaca el papel de la experiencia y el carácter intencional de los actos psíquicos; E.Husserl (1859-1938) que destaca el análisis de la experiencia inmediata, de la conciencia pura, a través del método fenomenológico; K.Jaspers (1883-1969), filósofo y psicopatólogo que introduce en psiquiatría el método fenomenológico como forma de describir las vivencias anómalas del enfermo psíquico; S.Kierkegaard (1813-1855), precursor del existencialismo y que describe los problemas del significado de la vida, la muerte, y la ansiedad existencial; L.Binswanger (1881-1966), psiquiatra vinculado originalmente al psicoanálisis y que evolucionó hacia el existencialismo, aportando su método de análisis del significado vital, el llamado daseanálisis (forma de ser-en-el-mundo); J.P.Sartre (1905-1980), que destaca el como la existencia precede a la esencia, es decir que el ser humano no viene con un ser a desarrollar sino que tiene que encontrarlo por si mismo. El ser humano es radicalmente libre, y se autodetermina mediante su proyecto existencial a través de sus decisiones(hay que notar que la concepción budista del "karma" es similar a esta existencial en cierto grado) y al psiquiatra V.Frankl (1905-) que a partir de su propia experiencia radical de prisionero en un campo de concentración nazi, enfatiza la

importancia del encuentro o pérdida del sentido de la propia existencia, describiendo las llamadas "neurosis noogénicas" como forma de pérdida de este sentido.

Sin embargo, a pesar de estos antecedentes europeos, la psicología humanista es un fenómeno, básicamente norteamericano. Sus antecedentes más claros están en el "neopsicoanálisis" de K.Horney, E.Fromm, la psicología individual de Alfred Adler, los filósofos Tillich y Martin Buber, residentes en EE.UU., y la escuela Gestalt, sobretodo a través de K.Goldstein que introduce en este país la idea del organismo humano (su obra "El organismo" de 1934), como una totalidad impulsada hacia la autorrealización.

En los años cincuenta comienzan a destacar dos autores, C.Rogers que elabora sus primeras aportaciones terapéuticas(Rogers en 1952 publica su obra "Psicoterapia centrada en el cliente") y Maslow jerarquiza la motivación humana en su obra "Motivación y personalidad". En 1961 se constituye la Asociación Americana de psicología Humanista que aparece como reacción a la insatisfacción producida tanto por la psicología académica dominada por el conductismo que entendían como reduccionista y mecanicista, y por su alternativa el psicoanálisis que entendían también como reduccionista al olvidar el carácter de construcción del significado vital del sujeto.

Según Bernstein y Nietzel(1980) los modelos humanistas se caracterizan por:

1º La importancia concedida a la percepción subjetiva del mundo o realidad como determinante fundamental de la conducta.

2º La afirmación de que cada persona posee de manera innata un potencial de crecimiento o desarrollo de sí mismo orientado hacia metas positivas como la armonía, el amor o la alegría.

3º La persona humana es considerada en sí misma como un sujeto independiente y plenamente responsable de sus actos, sin plantearse causas subyacentes, como hacen los modelos conductistas o psicodinámicos.

4º Solo podemos comprender a una persona cuando nos podemos situar en su lugar para percibir el mundo desde ella misma. Como consecuencia el modelo rechaza el concepto de enfermedad mental y las clasificaciones de los trastornos mentales, asumiendo que toda conducta es normal cuando nos colocamos en el punto de vista de la persona afectada (este punto es más relativo en los modelos fenomenológicos, en los que se basan gran parte de las actuales nosologías psiquiátricas actuales).

5º La intervención terapéutica se suele centrar en el aquí y ahora de la experiencia actual e inmediata, concediendo poca importancia a los antecedentes históricos y a las intervenciones directivas.

El modelo de psicoterapia desarrollado por C.Rogers parte de la idea de que toda persona posee una tendencia actualizante, una especie de impulso hacia el crecimiento, la salud y el ajuste. La terapia mas que un hacer algo al individuo, tratará de liberarlo para un crecimiento y desarrollo adecuado (Rogers,1951).

5.4.2.1. Carl Rogers. Uno de los obstáculos más poderosos para impedir la anterior tendencia es el aprendizaje de un concepto de sí mismo negativo o distorsionado con base a experiencias de desaprobación o ambivalencia hacia el sujeto en etapas tempranas de su desarrollo (Raimy, 1948). Parte del trabajo de la terapia centrada en el cliente trata de facilitar que el sujeto se exprese con sus ambivalencias e impulsos hostiles y agresivos, de modo que este pueda reconocerse de manera integral.

Otro elemento fundamental para que el sujeto continuase su tendencia actualizante es la experiencia. Este consiste en la experimentación consciente de un sentimiento que hasta el momento fue reprimido. La experimentación de sentimientos reprimidos por ambivalentes, hostiles o irracionales que parezcan permite al sujeto actualizar su experiencia, ser "el mismo" y modificar el autoconcepto distorsionado que estaba manteniendo hasta el momento.

De la manera anterior se da una interacción mutua entre la experiencia y el autoconcepto. Sin embargo el sujeto puede desarrollar una desconfianza hacia su propia experiencia emocional con base a las practicas de educación y crianza en las que está inmerso. La presión del entorno (familia, colegio, entre otras) puede hacer que el niño enfoque su

conducta a agradar, llevarse bien, alcanzar el éxito, según es definido por instancias externas a el mismo. El niño aprende que para ganarse la aprobación de los otros debe de actuar según unos criterios externos. De este modo puede sentir en privado, consciente o inconscientemente, deseos o sentimientos que inhibe en público.

Rogers(1983) identifica este proceso como la "Cultura de la Coca-Cola". El proceso evaluador anterior queda así conformado por la discrepancia entre lo experimentado y lo que debe de experimentarse o expresarse.

La anterior discrepancia genera psicopatología. La incongruencia entre lo que el organismo experimenta y lo que es necesario para mantener la aceptación o consideración positiva hacia sí mismo genera una especie de conducta defensiva que implica negación y distorsión y por lo tanto mayor o menor grado de psicopatología.

El terapeuta centrado en el cliente tratará de desarrollar una serie de mecanismos de cambio (aceptación positiva incondicional, empatía y congruencia) mediante los que comunicará al sujeto la actitud de que experimentar su organismo, su subjetividad emocional es importante y esencial para su actualización y desarrollo personal (Rogers,1957).

5.4.2.1.1. Método Terapéutico. Básicamente el terapeuta parte de la idea de que su cliente tiene una tendencia actualizante y un valor único y personal que esta bloqueado o distorsionado por determinados criterios de aceptación externa (consideración positiva

condicional). La terapia tratará de desbloquear el proceso anterior mediante la aplicación de tres estrategias o técnicas fundamentales: La Empatía, La Consideración positiva incondicional y La Congruencia (Rogers,1957).

La empatía: se refiere al esfuerzo continuo del terapeuta por apreciar y comunicar a su cliente una comprensión de los sentimientos y significados expresados por este. Esto se hace mediante un ciclo de tres fases: 1)La resonancia empática del terapeuta a las expresiones del cliente, 2)la expresión de empatía por parte del terapeuta al cliente y 3)la recepción del cliente de la respuesta empática del terapeuta.

Consideración positiva incondicional: el terapeuta brinda la oportunidad al cliente a expresar sus sentimientos generalmente inhibidos para facilitar su autoaceptación. Para ello le acepta sin condiciones de valor y evita corregirle o dirigirle hacia criterios preestablecidos. Esta actitud conlleva un aprecio hacia los sentimientos y la persona del cliente con todas sus aparentes contradicciones e irracionalidades.

La congruencia: se refiere a la autenticidad del terapeuta ante su cliente particular. Para que este pueda mostrarse empático ha de ser congruente con sus propios sentimientos generados en la relación terapéutica. Tal congruencia se muestra tanto en el ámbito verbal como no verbal.

La terapia centrada en el cliente ha contribuido poderosamente a establecer una serie de condiciones que son necesarias en casi todas las psicoterapias, sobretodo en sus aspectos relacionales.

Se discute que sus tres condiciones básicas(empatía, aceptación positiva incondicional y congruencia) sean condiciones suficientes para la psicoterapia, aunque si parecen necesarias (p.e Carkuff, 1979).

También es de destacar que los movimientos actuales de psicoterapia (p.e enfoques cognitivos constructivistas e integradores) se basan en gran parte en el enfoque experiencial expuesto por C.Rogers (p.e Bohart, 1992; Guidano, 1993). La emoción y su experimentación se consideran básicos en el proceso de cambio de la psicoterapia efectiva.

5.4.3. Modelos Conductistas. La extensión de los modelos conductistas al campo de la clínica y la psicoterapia viene marcado por varios hechos históricos. Durante la segunda guerra mundial los psicólogos comienzan a ejercer sus funciones como seleccionadores de personal y como ayuda de los psiquiatras en tareas de diagnóstico. Después de este conflicto se dedicaron al cuidado de los veteranos de la guerra en instituciones públicas. En 1949 se desarrolla la conferencia Boulder, donde se define el papel del psicólogo clínico. Socialmente, la profesión del psicólogo clínico se va consolidando y lleva de la mano una nueva forma de abordar los trastornos mentales. Por un lado se comienza a cuestionar el diagnóstico basado en clasificaciones particulares(fiabilidad baja, efecto de "marca"

negativa de la etiqueta, circularidad explicativa y poca relación con la etiología) y por otro la relación de estos diagnósticos con su tratamiento (escasa relación entre el tipo de trastorno y el tipo de tratamiento).

A partir de 1950 surgen tres focos geográficos de extensión de la terapia de conducta: En Inglaterra H.J. Eysenck (1952) publica su ácido artículo sobre la baja eficacia de la terapia tradicional en el campo de las neurosis(entiéndase terapias basadas en el psicoanálisis y los psicofármacos). Este autor siguiendo la tradición de Pavlov basa su modelo de personalidad y terapia en la psicología del aprendizaje y la psicofisiología. Desde Surafrica, Wolpe(1958) desarrolla un nuevo modelo para interpretar y tratar las neurosis, basado en el condicionamiento clásico y en la "desensibilización sistemática". Este autor muestra en sus obras como esta terapia es eficaz en el tratamiento de las distintas neurosis. El tercer foco deriva de los E.E.U.U donde la obra de B.F. Skinner basada en el condicionamiento operante se aplica con cierto éxito a problemas de aprendizaje escolar (educación programada), retraso mental y manejo de conductas en pacientes psicóticos.

En 1959, Eysenck introduce el termino terapia de conducta para referirse a aquella psicoterapia basada en los principios de aprendizaje(clásico y operante) y en una metodología científica de tratamiento. En la década de 1960,se desarrolla por Bandura (1969) el tercer tipo de aprendizaje humano relevante: el aprendizaje por imitación o modelado. En la siguiente década, los años setenta comienzan a cuestionarse la suficiencia de los modelos conductuales basados exclusivamente en el condicionamiento y aparecen los llamados modelos cognitivos conductuales como el paradigma ABC (Acontecimiento

Cognición Consecuencia) de Ellis (1962), los enfoques cognitivos de la depresión de Beck (1966), los métodos de inoculación al estrés de Meichenbaum (1977) y la teoría de las expectativas de auto eficacia de Bandura (1977) dentro de su enfoque de aprendizaje social.

De forma general, se genera así dos grandes corrientes en la terapia de conducta: aquellos que rechazan los términos mentalistas y apoyan la suficiencia del condicionamiento para la explicación y el tratamiento de los problemas psicológicos (abanderados por Wolpe y los seguidores de Skinner) y aquellos otros, que aun reconociendo la importancia del condicionamiento, lo ven insuficiente para abordar los problemas psíquicos (Eysenck y sus seguidores destacan el papel de los factores biológicos; y los terapeutas cognitivos el papel de los significados subjetivos como las creencias, atribuciones, metas e interpretaciones personales).

Actualmente la terapia o modificación de conducta tiene aplicación en un rango muy amplio de problemas (neurosis, depresión, trastornos de pareja, toxicomanías, trastornos psíquicos infantiles, medicina, entre otros); y es reconocida como uno de los enfoques más influyentes y prestigiosos en el terreno de la salud mental.

Algunos autores destacan como su último desarrollo las llamadas terapias cognitivas. Para otros autores (p.e Beck) las terapias cognitivas se basan en un modelo del hombre y la terapia distinto al mantenido en la terapia de conducta más tradicional. Sin embargo en la terapia cognitiva se utiliza con profusión las técnicas conductuales como procedimiento de

cambio de significados cognitivos. Nosotros trataremos estas terapias en otro punto por tener algunas características distintivas a estos modelos conductuales.

Los postulados básicos del modelo conductual (Kazdin,1975;Skinner,1975) son:

1º La conducta anormal o desviada no es el producto de procesos mentales o biológicos alterados. No es un síntoma "superficial" de una estructura subyacente. Ella misma conforma la anormalidad. Los llamados procesos mentales son actividades conductuales encubiertas, no observables directamente.

2º La evaluación o diagnóstico conductual consiste en la determinación de la conducta objeto de estudio, sus antecedentes y sus consecuencias.

3º La intervención psicoterapéutica conductual consiste en la modificación de los antecedentes y consecuencias de la conducta afin de modificar esta.

4º La conducta puede ser manifiesta(actos motores y conducta verbal) o encubierta(pensamiento, imágenes y actividad fisiológica). Los llamados procesos mentales subjetivos son conductas encubiertas regidas por los mismos principios de aprendizaje que la conducta manifiesta.

5° El estudio del "sujeto conductual" consiste en el análisis de su conducta manifiesta y encubierta.

6° El conductismo y la terapia de conducta no niegan la existencia de los procesos subjetivos llamados mentales, como se suele malinterpretar, sino mas bien los considera actividad mental, actividades conductuales, conducta (Skinner,1974).

7° La terapia de conducta estudia la conducta encubierta a través de la conducta manifiesta. La conducta manifiesta no está causada por la conducta encubierta, sino que ambas se explican en función de la historia de aprendizaje del sujeto conductual y las variables antecedentes y contingenciales actuales.

8° El terapeuta de conducta "siente" un profundo respeto por la persona de su paciente, y le informa de sus intervenciones, de las que suele pedir consentimiento. La terapia conlleva un rol activo del paciente y del terapeuta. Los terapeutas de conducta están profundamente interesados en mantener una adecuada relación terapéutica con sus clientes.

La terapia de conducta asume una serie de supuestos fundamentales que podemos agrupar en los cinco siguientes(Rimm y Cunningham,1988):(1°)La terapia de conducta se centra en los procesos conductuales mas cercanos a la conducta manifiesta (salvo en el caso de los conductistas cognitivos);(2°) La terapia de conducta se centra en el aquí y ahora y presta menos atención a los sucesos históricos;(3°) La terapia de conducta asume que la conducta

anormal es adquirida en gran parte a través del aprendizaje (clásico, operante y por modelamiento).

El paradigma del condicionamiento clásico se refiere al aprendizaje basado en la asociación de un estímulo neutro, que posteriormente adquirirá poder para elicitarse la conducta (estímulo condicionado) al asociarse con un estímulo incondicionado. Aunque el condicionamiento clásico supone que el estímulo condicionado antecede por lo general al incondicionado; también existe el caso inverso donde el estímulo condicionado sigue al estímulo incondicionado, es el llamado condicionamiento hacia atrás.

El condicionamiento clásico ha sido propuesto para explicar y tratar diversos fenómenos neuróticos. La llamada Teoría de los dos factores (Mowrer, 1946) propone que la respuesta de ansiedad se condiciona a un estímulo neutro (primer factor) y que la respuesta de escape o evitación es reforzada por la reducción de la ansiedad, como respuesta operante (segundo factor). Eysenck (1982) desarrolla su teoría de incubación del miedo donde el estímulo condicionado de carácter fuerte puede adquirir las características del incondicionado, aunque este no termine presentándose, manteniéndose la respuesta ansiosa sin extinguirse (la llamada paradoja neurótica).

El paradigma del condicionamiento operante se basa en que una conducta en presencia de un estímulo particular (estímulo discriminativo) se hace más probable si es seguida de una consecuencia o contingencia reforzante. En este paradigma la conducta no está controlada por sus antecedentes (no es una ER) sino por sus consecuencias (RC). Si una conducta

aumenta su probabilidad de producirse si es seguida por una determinada consecuencia se denomina a este proceso reforzamiento positivo. Si esa conducta aumenta su probabilidad de producción si es seguida por la retirada de un estímulo aversivo, se denomina a ese proceso como reforzamiento negativo. Si la probabilidad de esa conducta se reduce como consecuencia de la presentación de un estímulo aversivo o la retirada de uno positivo, se denomina al proceso como castigo. Si esa conducta deja de producirse como consecuencia de la no presentación de sus consecuencias reforzantes (positivas o negativas) se denomina al proceso como extinción.

Los principios del condicionamiento operante han sido propuestos para explicar y modificar diversas conductas anormales como la depresión (Lewinsohn,1974), evitación o "defensas" de los trastornos neuróticos (Mowrer,1949), conducta histriónica (Ullman y Krasner,1969), esquizofrenia (Ullman y Krasner, 1975), problemas de la pareja (Linenhan y Rosenthal,1979), toxicomanías (Kepner,1964), entre otros.

El tercer paradigma es el llamado condicionamiento vicario o aprendizaje por modelamiento o imitación. Las personas no solo adquieren su conducta por la asociación de experiencias o los resultados de sus acciones sino también por observación de como actúan otras personas reales o actores simbólicos (historias, relatos, entre otros). Gran parte de la conducta humana es mediada culturalmente por diversidad de modelos familiares y sociales en el llamado proceso de socialización o aprendizaje social. Las habilidades sociales para relacionarse con los demás y muchos temores y prejuicios que dan lugar a conductas patológicas están mediado por este proceso (Rosenthal y Bandura,1978).

También los conductistas mas actuales han destacado no solo el papel del aprendizaje y la cultura social en la conducta humana sino también la importancia de los factores biológicos. Por ejemplo, tanto Eysenck (1967) como Gray (1975) postulan bases biológicas para las diferencias de personalidad entre los sujetos; y Seligman (1971) desarrolla su teoría de las fobias preparadas biológicamente.

Otro aspecto destacable son las teorías del autocontrol y el interaccionismo reciproco. Aunque la persona está en gran parte controlada por sus contingencias ambientales y su historia de aprendizaje, su propio repertorio conductual le permite ejercer cierto autocontrol sobre su propia conducta y sobre el entorno, de modo que este y ella (la persona y el entorno) se modifican recíprocamente (Skinner,1975; Bandura,1984).

Queda claro que el conductismo actual esta lejos de ser una simple teoría Estimulo - Respuesta.

5.4.3.1. Método Terapéutico. Básicamente la terapia de conducta comienza mediante un proceso de diagnostico denominado Análisis Funcional o Conductual. Consiste en "traducir" el problema presentado a categorías conductuales operativas (conductas manifiestas y encubiertas por lo general clasificadas como "cogniciones","emociones" y "conductas") y en determinar las variables que las mantienen (organismicas,

mediacionales, antecedentes estimulares y contingencias de refuerzo) (Kanfer y Saslow,1967).

El anterior proceso determina de que variables es función la conducta estudiada y guía el proceso de selección de las técnicas terapéuticas. En la mayoría de los casos el terapeuta comparte con su cliente o paciente los resultados de tal análisis y como a partir del mismo es deseable intervenir.

También hay que destacar que la misma Relación Terapéutica puede ser analizada por el mismo procedimiento, cuando esta es relevante para la terapia en curso(colaboración del paciente).

Cuando la conducta del paciente presenta una escasa colaboración para la terapia, se puede intentar modificarla para lograr niveles mejores de relación terapéutica analizando su función (Edelstein y Yoman,1991). El terapeuta de conducta suele manejar un amplio abanico de Técnicas terapéuticas para diversidad de problemas.

El empleo de las mismas mas adecuado es cuando deriva den análisis funcional del problema en cuestión. De manera resumida podemos agrupar estas técnicas mediante el paradigma de aprendizaje en el que se basan:

1.º Técnicas basadas en el condicionamiento clásico: La mas conocidas y utilizadas son los métodos de Exposición y de Desensibilización Sistemática que consisten en enseñar al sujeto a enfrentarse mas o menos gradualmente a las fuentes estimulares de su ansiedad, miedos, vergüenzas y otras emociones de modo que dejen de responder con ansiedad ante las mismas. La desensibilización conlleva el aprendizaje previo de habilidades de relajación.

2. Técnicas basadas en el condicionamiento operante: Básicamente se dividen en procedimientos encaminados a aumentar conductas adecuadas (Reforzamiento ,Moldeamiento por aproximaciones sucesivas, entre otras) y aquellos otros encaminados a reducir conductas inadecuadas (Extinción y Castigo),así como aquellos que combinan las dos finalidades anteriores (Reforzamiento diferencial, Contrato de conducta, Control de estímulos, entre otros).

3.º Técnicas basadas en el modelamiento: A través del modelado del terapeuta o grupo se presenta al paciente diversos procedimientos de manejo de problemas relacionales, el paciente las observa e imita el modelo y el terapeuta le proporciona información correctora. También se utilizan como técnicas para expresar no solo nuevas conductas, sino también para expresar deseos y emociones diversas. Las técnicas mas conocidas en este terreno son el Entrenamiento en Habilidades Sociales y el Entrenamiento en Asertividad.

4° Técnicas basadas en los principios del autocontrol: Se suele utilizar en combinación con las anteriores, y en cierto sentido las intervenciones anteriores se proponen al paciente como vías de autocontrol o aprendizaje de manejo de problemas. Las más utilizadas son los autorregistros a través de los cuales el paciente aprende a observar su propia conducta y a modificarla y las técnicas cognitivas mediante las que se aprende a manejar la relación entre los acontecimientos, su interpretación, valoración subjetiva y sus efectos emocionales y conductuales. Estos procedimientos se utilizan con mayor énfasis y extensión por los terapeutas cognitivos y de una manera más particularizada por los terapeutas cognitivos, conductuales o conductistas cognitivos.

Un aspecto a resaltar es que para el terapeuta conductual la terapia es mucho más que la utilización de un determinado elenco de técnicas sino un modo de entender a la persona y su conducta basado en los principios del Conductismo clásico (Pavlov, Watson), moderno (Skinner, Bandura..) y actual (Eysenck, Staats, Ardila, Meichenbaum).

Los desarrollos actuales del conductismo y la terapia de conducta se mueven entre dos polaridades más o menos extremas, los que defienden los principios conductistas más radicales (Conductismo Radical de Skinner), los que combinan principios conductistas y cognitivos (Psicólogos Cognitivos-Conductuales (Beck, Ellis..) y aquellos que se consideran ajenos al conductismo, aunque conectados históricamente al mismo (Psicólogos Cognitivos-Constructivistas como Mahoney y Guidano). Estos tres grupos a su vez suelen ser denominados en la psicoterapia como pertenecientes a la Modificación de Conducta.

Aunque sus objetivos filosofías y métodos suelen ser diversos, por lo general son complementarios, al intervenir sobre distintos niveles, áreas o dominios conductuales.

5.4.4. Modelos Sistémicos. El desarrollo histórico de los modelos sistémicos van unido a la evolución de la terapia familiar. En la década del 1950 ? 1960 algunos terapeutas formados en la orientación psicoanalítica comenzaron a incluir a la familia en el tratamiento. Su propósito no era sin embargo modificar el funcionamiento familiar sino aumentar la comprensión del paciente para mejorar su tratamiento. En la línea anterior Ackerman estudio los problemas de los mineros y sus familias, y como el desempleo del padre provocaba alteraciones en la vida familiar (Ackerman,1937). Otro terapeuta, Bell citaba a la familia del adolescente para entender su problemática(en la misma línea Alfred Adler manejaba su consulta de problemas infanto juveniles en los años treinta) y Bowen observaba las disfunciones relacionales madre-hijo en niños hospitalizados.

La línea dominante en esta década era el neopsicoanálisis (Fromm, Sullivan, Horney..) que ponía énfasis en el origen psicosocial de los conflictos psíquicos, y como la familia intermediaba la interiorización de determinadas orientaciones de valor "patológico" social en sus miembros. Desde esta perspectiva surgieron conceptos como el de la "madre esquizofrenógena" de Fromm-Reichman(1948) o "madre perversa" de Rosen(1953) para explicar la génesis y mantenimiento de psicopatologías como la esquizofrenia.

La siguiente década años 60, supone un alejamiento de los planteamientos psicoanalíticos y un predominio de la teoría de la comunicación. Por un lado el grupo de Palo Alto en E.E.U.U, a partir del estudio de Gregory Batenson sobre la comunicación entre el

esquizofrénico y su familia, genera su teoría del doble vínculo que explica la esquizofrenia como un intento límite para adaptarse a un sistema familiar con estilos de comunicación incongruentes o paradójicos. Otros destacados terapeutas seguirán la línea comunicacional del centro de Palo Alto (Jackson, Watzlawick, Haley, entre otros). Otro autor destacado es Minuchin que también en E.E.U.U estudia el funcionamiento familiar de los jóvenes puertorriqueños emigrantes con problemas de delincuencia (Minuchin, 1967) y que le llevó a desarrollar su escuela estructural de terapia familiar. Y un tercer grupo que también trabaja en esta época en este país de manera independiente es el formado por Lidz, Wynne, Bowen y Whitaker.

En la misma década en Europa aparecen dos centros geográficos de fuerte influencia. En Inglaterra Laing, que tenía contactos con el grupo americano de Palo Alto, trabaja con familias de esquizofrénicos. El otro centro más influyente a la postre, está en Italia. Es el llamado grupo de Milán (Mara Selvini-Palazzoli, Boscolo, Cecchin y Prata).

En esta década el grupo de Milán y el de Palo Alto serán los más influyentes en la terapia familiar. El primero centrado más en los conceptos de familia como sistema y el segundo en las pautas comunicacionales en el funcionamiento familiar.

En la década de los años 70 se divulga y expande el modelo de terapia familiar sistémico, comunicacional y proliferan las escuelas y sus mutuos debates. Las principales escuelas de esta década son:

-La Escuela Interaccional del MRI(Mental Research Institute) que supone la segunda generación de la escuela de Palo Alto sucesora de Batenson. Su aportación mas significativa se ve reflejada en la obra de Watzlawick,Weaklan y Fisch "Cambio"(1974).Para estos autores las soluciones intentadas por las familias para manejar determinadas situaciones suponen los auténticos problemas; y por consiguiente las intervenciones se dirigen a cortocircuitar el flujo problema-solución intentada. Para ello distinguen entre los llamados Cambios-1 (Que supuestamente siguen la "lógica" intentado lo contrario al problema, pero que no cambian la estructura del sistema) y los Cambios-2 (Que se centran en intervenciones paradójicas distintas al sentido común, pero que producen cambios en la estructura del sistema familiar) .Una aportación relevante de esta escuela es que su modelo ha sido aplicado tanto a familias como a clientes individuales.

-La Escuela Estructural-Estratégica alrededor de las obras de Haley y Minuchin .Se centra sobretodo en los llamados sistemas triádicos(relaciones con un mínimo de tres miembros). Postulan que en los sistemas familiares se organizan como alianzas o coaliciones. Las alianzas suponen la mayor cercanía afectiva entre dos miembros de la familia en relación a otro, y la coalición supone una variación del anterior con el relevante matiz que se constituye en contra de un tercero. Las coaliciones están formadas por miembros de dos generaciones (un progenitor y un hijo frente al otro progenitor). El resultado de las mismas es la disfunción familiar y el impedimento del desarrollo del sistema. Las intervenciones terapéuticas se centran en desafiar las decisiones de la familia

del paciente-problema (redefinición), y la prescripción de tareas(a veces paradójicas) con el fin de desequilibrar el atolladero actual del sistema.

-La Escuela de Milán alrededor de la obra de Selvini-Palazzoli que estudia las familias muy rígidas llamadas de transacción psicótica (generalmente con problemas típicos de trastornos psicóticos o anorexia nerviosa). Un aspecto destacado de este enfoque es el llamado análisis de la demanda de tratamiento a través del cual el terapeuta elabora su primera hipótesis sobre el papel que cumple el llamado paciente identificado en el funcionamiento familiar. Las intervenciones como en los otros enfoques intenta de modificar la estructura familiar en base a intervenciones típicas como la connotación positiva del síntoma (a menudo en términos de "sacrificio" para un bien mayor",que viene a ser una redefinición del problema) y las prescripciones paradójicas.

Los desarrollos mas actuales de los modelos sistémicos se centran mas en los modelos epistemológicos y cognitivos, en concreto en los llamados modelos constructivistas (que son también una fuerza emergente en la terapia cognitiva). Lo relevante desde esta óptica no es la secuencia circular de conductas familiares sino los significados compartidos por la familia (Premisas familiares). La intervención se dirige a la modificación del significado, de las premisas o de las estructuras de conocimiento del sistema (Cecchin,1987;Anderson,1988;Procter,1985). Se trata en suma de "reconstruir la historia que el sistema ha creado en torno al problema, generando una nueva narrativa (Anderson y Goolishian,1988).

Este reciente desarrollo de los modelos sistémicos ha producido un cada vez mayor acercamiento de los modelos sistémicos y los modelos cognitivos (sobretudo de los constructivistas"); acercamiento que se propone como una de las mayores revoluciones en el campo de las psicoterapias (Feixas y Miró,1993).

El concepto central de las terapias familiares sistémicas es el de la familia como sistema. Este concepto deriva de la Teoría General de los sistemas (con Bertalanffy, 1967; Wiener,1947). Se refiere a que la conducta de un miembro de la familia no se puede entender separada del resto de sus miembros. Esto lleva a su vez a considerar que la familia es mas que la mera unión de sus componentes (el principio sistémico de que "el todo es más que la suma de las partes"). En concreto se asume que considerar a la familia como sistema implica: (1) Los miembros de la familia funcionando en interrelación donde la causas y efectos son circulares y (2) Cada familia tiene características propias de interacción que mantiene su equilibrio y matiza los márgenes de sus progreso o cambio.

Foster y Gurman (1988) consideran cuatro aspectos centrales del funcionamiento familiar: la estructura, regulación, información y capacidad de adaptación.

- La estructura se refiere al grado de claridad de los limites familiares (quienes pueden acceder a discutir y decidir sobre determinados temas o decisiones), las jerarquías y tareas(quién esta a cargo de quién y de qué) y la diferenciación (el grado en que sus miembros tienen identidades y roles separados manteniendo al mismo tiempo la unión

familiar). Un aspecto relevante de la disfunción estructural de una familia es la Triangulación, que supone el intento de resolver un conflicto familiar de dos personas (p.e de los padres) involucrando a una tercera (p.e un hijo).

- La regulación se refiere a la secuencia típica de interacción o de relación familiar, que suele ser habitual y predecible. Conforman una pauta de causas-efectos circular (Causalidad circular) y sirve a la finalidad de mantener el equilibrio u homeostasis familiar. En las secuencias relacionales disfuncionales suele aparecer el llamado paciente identificado que es aquella persona etiquetada por la familia como raro u anormal y que contribuye a mantener un equilibrio precario en el sistema familiar.

- La información se refiere a la manera en que se comunican los miembros de la familia que también suele ser habitual. Aspectos disfuncionales de esta comunicación son los fenómenos del doble vínculo (descrito en un apartado anterior), la escalada simétrica (que se refiere al aumento de la frecuencia o intensidad de la comunicación, p.e pautas de discusión de la pareja donde cada uno culpa al otro y vuelta a empezar.), y la complementariedad donde cada parte en la relación toma roles que se complementan (p.e padre negligente y niño desobediente, padres autoritarios y rígidos y niño sumiso, etc).

- La capacidad de adaptación se refiere a la capacidad de la familia para manejar las crisis o retos a su estabilidad a lo largo del ciclo vital (p.e escolarización de los niños, casamiento de los hijos, muerte de un cónyuge, entre otros). Cuando una familia tiene una pobre

capacidad de adaptación suele recurrir a generar un paciente identificado que mantiene su equilibrio a costa de disminuir el grado de singularidad de sus miembros y de impedir la evolución del sistema.

5.4.4.1. Método terapéutico. Aunque los métodos terapéuticos empleados por estos enfoques varían en cada escuela, podemos encontrar unos elementos mas o menos comunes a todas ellas.

En primer lugar el terapeuta intenta de hacerse un diagnóstico del sistema familiar implicado en el paciente identificado. Unos terapeutas se centraran en el tipo de secuencia problema, solución intentada (p.e Watzlawick) y quienes son los implicados; otros investigaran las alianzas o coaliciones familiares (Haley, Minuchin) y el grado en que la familia está desligada (límites rígidos entre sus subsistemas de componentes que conlleva una excesiva individualidad y una acrecentada dificultad para compartir la vida afectiva) o está aglutinada (límites muy difusos entre sus miembros donde es difícil mantener la individualidad de sus miembros y el compromiso con el mundo externo) y otros analizaran la demanda (quien y como se decide quien es el paciente) y la función que cumple el síntoma del miembro identificado para cada componente de la familia (en la línea de Selvini-Palazzoli).

Este proceso diagnóstico suele conllevar entrevistas con toda la familia (aunque a veces se considera de manera no rígida quien está dispuesto a venir a terapia como información y elemento "comprometido").

La siguiente fase consiste en introducir un cambio en la estructura y funcionamiento familiar, que se supone aumentara la capacidad del sistema para manejar la nueva situación. Dicho cambio se dirige a modificar patrones de relación familiares disfuncionales. Para ello el terapeuta dispone de una serie de recursos técnicos, entre los que destacan:

- La reformulación del problema: Se trata de explicar, adaptándose al lenguaje de la familia y sus creencias, de un modo diferente lo que está sucediendo en la secuencia de relaciones familiares, de modo que posibilite un cambio.

- El uso de la resistencia: Si el terapeuta intenta de manera lógica persuadir a la familia a cambiar una secuencia, se puede encontrar con una oposición de esta debido a su propia homeostasis. Una alternativa es aliarse con esa oposición y plantear la pregunta del estilo "¿Por qué tienen ustedes que cambiar X?", de modo que al sistema solo le queda la alternativa de seguir lo indicado o su opuesto. En ambos casos el terapeuta lleva el control del cambio.

-Intervención paradójica: Consiste en proponer de manera controlada aquello que constituye el problema con ciertos matices, de modo que se rompa la secuencia habitual. Puede tomar la forma de pedir un cambio lento, el peligro de cambiar y la prescripción del síntoma.

-Prescripción de tareas: Consiste en pedir y modelar con la familia determinadas pautas conductuales.

- Ilusión de alternativas: El terapeuta sugiere que solo hay dos posibilidades de manejo de un problema, indicando que no son posibles otras vías.

- Uso de analogías: El terapeuta expone un caso similar mediante una metáfora al problema de la familia que está tratando para observar sus reacciones y abordar la resistencia.

- Cuestionamiento circular: Consiste en un estilo de preguntar a las familias donde el terapeuta pone los hechos en interrelación en la secuencia familiar (P.e "¿Cuando X actuó así, como reaccionó Y a esa conducta..y Z ante la reacción de Y..?").

Actualmente en la terapia sistémica existen dos grandes corrientes: Una de tipo más "conductual o pragmática" centrada en el estudio de las secuencias interaccionales y en su modificación (su representante más fuerte es Haley) y otra de tipo más "cognitivo o constructivista" centrada en las creencias familiares, sus estilos de construcciones narrativas comunes y el desarrollo de narraciones alternativas (Procter, Anderson, entre otros).

5.4.5. Modelos Cognitivos. Los orígenes remotos de la psicoterapia cognitiva se remontan a la filosofía estoica y el budismo. La máxima de Epíteto "Los hombres no se perturban por las cosas sino por la opinión que tienen de estas" recoge uno de los primeros modelos cognitivos del hombre. El budismo por su parte de la realidad como construida por el

pensamiento y las valoraciones como generadoras de pasiones que pueden generar sufrimiento. Posteriormente y en la tradición kantiana, Vaihinger (1853?1933) desarrolla su teoría del conocimiento, donde las personas guían su conducta por modelos de la realidad a modos de esquemas, metas y guiones. Otro filósofo que destaca el papel de la cognición es B. Russell (1873?1971) que en su obra "La conquista de la felicidad" (1930) describe como las creencias adquiridas en la primera infancia se hacen inconscientes y pueden adquirir un carácter perturbador en la vida posterior del sujeto.

Los orígenes psicológicos de la psicoterapia cognitiva se remontan a diversas evoluciones de las distintas escuelas psicológicas. Dentro del psicoanálisis, Lungwitz (1926) propone un modelo de terapia muy parecido a la terapia cognitiva actual, y K. Horney (1950) desarrolla su teoría de las actitudes neuróticas ("Tiranía de los deberías"). Desde la psicología individual, Alfred Adler (1897-1937) desarrolla un modelo cognitivo de la psicopatología y la psicoterapia. Para este autor, que para muchos es el fundador de las terapias cognitivas, el niño adquiere "esquemas aperceptivos" en su etapa infantil preverbal, esquemas que guían la dirección de su conducta en su vida posterior de modo inconsciente. La terapia conllevaría hacer consciente esos esquemas y manejar sus aspectos disfuncionales.

Los fundadores modernos de esta psicoterapia son Albert Ellis y Aaron Beck. Ambos se formaron en el psicoanálisis, y abandonaron esta escuela al observar que tanto la investigación de determinados procesos psicológicos como la práctica psicoterapéutica no se correspondían a los postulados de aquel modelo.

Ellis (1913) fue modificando gradualmente su modelo terapéutico desde una perspectiva psicoanalítica más clásica, pasando por otra más "neofreudiana" hasta llegar a su propio modelo. Con estas modificaciones observó que iba aumentando el porcentaje de éxito en su tratamiento y que los pacientes aunque podían tener una adecuada comprensión de su conducta ("Insight") no la solían modificar, y se estancaban a este nivel. En 1958 publica su famoso Modelo ABC para la terapia. En este modelo afirmaba que los trastornos emocionales (C) no derivaban directamente de los acontecimientos vitales de la vida actual o los acontecimientos pasados (A), sino de determinadas Creencias Irracionales o exigencias que el propio sujeto había adquirido y en las que se "autoadoctrinaba" (B). Paralelamente se acercaba a la terapia de conducta al proponer determinados métodos activos para modificar tales exigencias. Su terapia constituye la llamada "Terapia Racional Emotiva".

Beck parte de su trabajo sobre la depresión. Observa que en este y otros trastornos emocionales (Beck,1967,1976) la estructura de las experiencias de los individuos determinan sus sentimientos y conducta. Este concepto de Estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de "Esquema cognitivo" y en el ámbito clínico el de "Supuestos personales" (Beck,1979). Equivalen a las creencias irracionales según la concepción de Ellis. Estas asunciones o supuestos son adquiridas en etapas tempranas de la vida, permanecen a nivel no consciente, activándose posteriormente por diversos eventos y generando determinadas interpretaciones subjetivas de los eventos que suelen ser distorsionados (distorsiones cognitivas) generado a su vez problemas emocionales,

conductuales y relacionales. La detección por el propio sujeto de sus distorsiones cognitivas, sus efectos y el aprendizaje de su modificación, y de los supuestos personales que la sustentan, constituye la "Terapia Cognitiva", propuesta por Beck.

Actualmente han aparecido nuevos modelos de psicoterapia cognitiva que se postulan por sus defensores como distintos a los señalados anteriormente de Ellis y Beck. Estos nuevos modelos se denominan "Constructivistas". Básicamente se diferencian de los anteriores, que ellos denominan como "Racionalistas", en varios aspectos (Mahoney y Gabriel, 1987): (1) No se puede concebir una "realidad" objetiva independiente del sujeto que pueda ser "distorsionada", (2) No se puede afirmar siempre la primacía de la cognición sobre la emoción o la acción y (3) La terapia no se constituye como una labor psicoeducativa de corrección de cogniciones erróneas, sino como una reconstrucción de la propia coherencia del sistema cognitivo del paciente. Líneas terapéuticas destacadas en este movimiento son: "Terapia Cognitiva, Evolutiva" de Mahoney (1991), la "Terapia Cognitiva, Estructural" de Guidano y Liotti (1985) y la "Terapia Cognitiva, Narrativa" de Gonsalvez (1992). Este corriente cognitiva tiene a su vez importantes partidarios en el modelo sistémico, constructivista, como fue apuntado en el modelo sistémico.

Podemos proponer una clasificación general de los principales conceptos de estos modelos, siguiendo a Ingram y Kendall (1986), en tres apartados: (1) Esquemas o estructuras cognitivas, (2) Operaciones cognitivas y (3) Productos cognitivos.

- **Esquemas cognitivos:** Constituye una abstracción fruto de la experiencia previa. Son organizaciones de significados personales referentes al si mismo, los eventos las personas y las cosas. En líneas generales están organizados en la llamada memoria a largo plazo, tanto de forma semántica-proposicional como de manera episódica mediante escenas de guiones. Los esquemas son el núcleo de los trastornos cognitivos y contiene las Creencias y Supuestos personales (p.e Ellis,Beck) y otros significados de desarrollo mas tempranos de tipo preverbal.

- **Operaciones cognitivas:** Se refiere a la actividad, conducta o procesos de los esquemas cognitivos. Esta actividad "procesa la información" de los datos sensoriales, guiada por los significados personales y cuando es patológica suele dar lugar a los llamados tradicionalmente "trastornos del juicio y razonamiento" y en la línea de Beck a las "distorsiones cognitivas" (pensamiento polarizado, sobregeneralización, abstracción selectiva, inferencia arbitraria, entre otras). Conforman la llamada "visión túnel" de los distintos trastornos emocionales (Mckay y cols.,1985);por ejemplo las personas ansiosas se centran en la anticipación de peligros, las personas irritadas en la evaluación de injusticias, las personas deprimidas en las perdidas y las personas hipomaniacas en las ganancias.

- **Productos cognitivos:** Son los resultados mas conscientes de las operaciones cognitivas automáticas o inconscientes. Conforman los pensamientos, imágenes, atribuciones, entre otras. En cierto modo la conducta, las emociones y la respuesta corporal(psicosomática o psicofisiológica) también es resultante o producto cognitivo .En la clínica constituirían los patrones de conducta disfuncionales o los aspectos "sintomáticos".

Básicamente, los conceptos cognitivos de la terapia apuntan a la relevancia del Significado (Beck,1979),su formación, desarrollo, disfuncionalidad y posibilidades de cambio. En este enfoque lo mas relevante no es la conducta, la emoción, la motivación o la mera cognición, sino el significado.

5.4.5.1. Método Terapéutico. El terapeuta cognitivo desarrolla su trabajo recorriendo un camino que va desde la Conceptualización a la Intervención en el caso concreto.

La conceptualización supone iniciar el proceso diagnostico, primero general, utilizando la historia clínica y el análisis funcional (ver apartado de modelo conductual), y posteriormente, de manera mas individualizada, generando las primeras hipótesis sobre la Estructura cognitiva que subyace a la presentación sintomática o patrón conductual problemático. Estas hipótesis se generan tanto por los datos mas directos y conductuales como por los informes verbales y relacionales del paciente (p.e evaluaciones, atribuciones, estilo y rol en la relación terapéutica, etc).

El terapeuta "racionalista" apuntará a detectar los supuestos o creencias disfuncionales y las distorsiones cognitivas subyacentes a la presentación sintomática, y el terapeuta "constructivista" (p.e Guidano,1994) al rango de incoherencia en la estructura subjetiva de significados, entre los afectos experimentados y como son explicados y atribuidos conscientemente por el sujeto.

Una vez realizado este diagnóstico de la estructura cognitiva el terapeuta diseña la intervención terapéutica.

Los terapeutas cognitivos suelen ser multimodales a nivel de selección de técnicas terapéuticas (A.Lazarus,1984). Emplean procedimientos de orígenes diversos (cognitivos, conductuales, sistémicos, experienciales...) según el caso concreto. La finalidad de los mismos es producir una modificación de los significados personales.

Una agrupación general, aunque incompleta, de esos procedimientos podría ser la siguiente (Ruiz,1994):

Técnicas cognitivas: 1)*Detección de pensamientos automáticos:* Consiste en un entrenamiento en base a un autorregistro en la detección de los pensamientos que acompañan a sus reacciones emocionales y conductuales ante determinados eventos internos y externos.

2)*Clasificación de las distorsiones cognitivas:* A partir de los registros anteriores se enseña al sujeto las distorsiones del pensamiento que utiliza automáticamente al evaluar determinados eventos y sus alternativas.

3) *Búsqueda de evidencias de los pensamientos automáticos:* Básicamente se trata de comprobar el grado de validez de las interpretaciones personales relacionadas con

alteraciones emocionales. Esto se hace buscando evidencias a favor y en contra en la propia experiencia, utilizando evidencias provenientes de terceros, diseñando experimentos personales para comprobar una hipótesis o detectando los errores lógicos de las interpretaciones, o utilizando "diarios predictivos" donde va recogiendo evidencia de la confirmación diaria o no de un esquema.

4)*Detección y trabajo con los supuestos o creencias personales:* A partir de los pensamientos automáticos y siguiendo una especie de asociación a partir de ellos (cadena inferencia o flecha descendente) se hipotetizan los esquemas que los sustentan, que después se intentan de revisar de manera parecida a los pensamientos automáticos.

5)*Uso de imágenes:* El terapeuta propone al paciente el manejo de determinadas situaciones o interpretaciones alternativas mediante el ensayo de escenas en la imaginación que fomentan el afrontamiento de diversas situaciones.

6)*Disputa racional de creencias disfuncionales:* Consiste en que el sujeto aprenda a cuestionarse el grado de validez de sus actitudes disfuncionales en base a las evidencias a favor de una exigencia, la desastatización del no cumplimiento de la exigencia y la diferencia entre la conducta y el autoconcepto que deriva de la exigencia.

7)*Técnica del rol fijo*: El paciente escribe un boceto de como se percibe actualmente y el terapeuta le sugiere un personaje alternativo para que actúe "como si fuera tal" y compruebe los nuevos efectos.

8)*Resolución de problemas*: Se enseña al sujeto a identificar problemas, generar soluciones alternativas, ponerlas en practica y seleccionar las mejores.

9)*Inoculación al estrés*: Consiste en preparar al paciente mediante instrucciones, relajación y ensayo imaginativo en el manejo de situaciones de dificultad creciente.

Técnicas experienciales o emocionales: 1)*Autoobservación con la técnica de la moviola (Guidano, 1994)*: Consiste en el repaso imaginativo de situaciones cargadas de afecto desde una doble perspectiva, el como es vivenciada emocionalmente y el como es explicada. Suele conllevar el uso de "focusing" (asociación de emociones y reacciones corporales). Se utiliza para aumentar la congruencia afectiva, cognitiva.

2)*Empleo de la dramatización*: Se utilizan para superar inhibiciones y desarrollar habilidades. También para adoptar empáticamente otras perspectivas alternativas. Se puede hacer de situaciones actuales, pasadas o anticipadas.

Técnicas conductuales: 1) *Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad:* Se emplean para modificar las expectativas de autoeficacia en situaciones sociales de los pacientes desarrollando sus habilidades en este terreno.

2) *Uso de la exposición con o sin relajación:* Se emplea para comprobar las predicciones catastrofistas de los pacientes y sus expectativas de dominio de situaciones temidas.

3) *Uso de tareas de dominio y agrado:* El paciente registra el agrado y dominio de sus actividades diarias, y sobre esta base se programan experiencias que aumenten su grado de bienestar y modifiquen su visión túnel negativa. También se suele emplear conjuntamente con la "Programación de actividades" y la "Asignación gradual de tareas" que cumplen fines similares.

4) *Trabajo con la familia:* En determinados casos la disfunción es mantenida por la relación familiar que suele compartir unos determinados supuestos disfuncionales. En ese caso la intervención puede ser cognitiva-sistémica (p.e Huber y Baruth,1991)

Hay que destacar que los terapeutas cognitivos prestan especial atención al manejo de la relación terapéutica y como los pacientes suelen confirmar sus esquemas disfuncionales a través de la misma (y de otras relaciones fuera de la consulta). Hay terapeutas cognitivos que resaltan el manejo de esta relación como la vía principal de intervención terapéutica (p.e Safran y Segal,1994). Este último aspecto supone una reconceptualización desde el

modelo cognitivo de las relaciones de transferencia y contratransferencia propuestas desde el psicoanálisis.

5.5. LA SISTEMATIZACION.

5.5.1. La Sistematización Como Producción de Conocimientos. La concepción de la sistematización como actividad de producción de conocimientos desde y para la práctica plantea una serie de retos aún insuficientemente enfrentados y, menos aún, resueltos. Uno de los principales se refiere al tipo de conocimiento que se produce mediante ella y a la manera como éste se genera.

Al decir de Diego Palma⁴⁶ las distintas vertientes en las cuales se ha desarrollado la sistematización en América Latina tienen un sustrato teórico-epistemológico común (si bien no siempre explicitado): Una concepción que entiende a las prácticas como fuente de conocimiento, en interrelación dialéctica con la teoría.

Sin embargo, esta comprensión es más un reto y una aspiración que una realidad. De un lado, la relación entre teoría y práctica -en tanto polos de una unidad dialéctica de contrarios- no está resuelta, y no sabemos cómo establecerla adecuadamente. En algunos casos se recurre a una aplicación mecánica de la teoría a la práctica, y en otros se abandona lo teórico, asumiendo a la práctica como único criterio y fuente de verdad.

⁴⁶ PALMA, Diego. La Sistematización como Estrategia de Conocimiento en la Educación Popular. El estado de la cuestión en América Latina. Serie Papeles del CEAAL No. 3, Santiago de Chile: junio de 1992.

Por otra parte, las diferencias, coincidencias y relaciones entre conocimiento teórico y conocimiento práctico (así como entre las maneras en que se producen) tampoco están claras, ni han sido suficientemente abordadas.

Para la sistematización estos temas son sumamente vigentes, y la interpelan en su concepción misma, afectando también profundamente las posibilidades de realizarla. Esto último tiene que ver no sólo con las dimensiones teóricas y epistemológicas, sino con las condiciones reales de quienes esperamos que sistematicen, cuya manera de pensar, reflexionar y conocer es indispensable explorar más.

Antes de continuar, queremos explicitar que todos los planteamientos que siguen se sustentan en una concepción de la sistematización como *"proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de nuestra experiencia de intervención en una realidad social"*⁴⁷. Pero esto no alude a cualquier forma de intervención, sino a la que se desarrolla en la promoción y la educación popular, que se realiza en articulación con grupos populares y que, junto con ellos, busca transformar la realidad. En consecuencia, los sujetos a los cuales nos referimos -los sistematizadores potenciales- son un tipo específico de personas: aquellos que participan en proyectos de intervención en la realidad con una intencionalidad de transformación (en particular, pensamos en los promotores y educadores populares), a los que Donald Schön (1.983) llama los "profesionales de la acción". Este tipo de profesionales se encuentra cotidianamente ante una serie de situaciones inciertas y confusas, que deben ser capaces de enfrentar adecuadamente para llevar adelante sus objetivos transformadores. Para

⁴⁷ BARNECHEA, M; GONZALEZ, E. y MORGAN, M. ¿Y Cómo lo hace? Propuesta de Método de Sistematización. Taller Permanente de Sistematización. Lima: agosto de 1992, p. 11.

ello, deben desarrollar un proceso de *reflexión-en-la-acción*, que los lleva a comprender las situaciones, orientarse en ellas y actuar adecuadamente. Esta reflexión se sustenta en conocimientos y, a la vez, produce nuevos conocimientos, que refrendan o modifican lo que ya sabían, y que les permiten afrontar las nuevas situaciones desconocidas que se les presentan permanentemente en la práctica.

Este proceso, sin embargo, no siempre es consciente para el profesional mismo, ya que se da como respuesta a los problemas que surgen cotidianamente, y que generalmente exigen un enfrentamiento rápido e inmediato. En consecuencia, ni el conocimiento en que se sustenta la intervención, ni el nuevo conocimiento que se genera durante ella, dan lugar a un saber ordenado, fundamentado y, por lo tanto, transmisible. La sistematización pretende, precisamente, orientar a los profesionales para darle orden y rigor al conocimiento que está *en su práctica*.

5.5.2. El Mundo de la Práctica Sistematizada. En un texto anterior, planteábamos: *"La sistematización, como actividad de producción de conocimientos sobre la práctica, tiene a ésta como su referente principal, ya que es su sustento y, a la vez, lo que le da sentido y orientación. Sin práctica no hay sistematización posible, y ésta tiene como finalidad principal volver a la práctica para reorientarla desde lo que ella misma enseña"*⁴⁸.

Estamos entendiendo por **práctica** a una actividad intencionada, que se sustenta en un conocimiento previo y que se plantea lograr objetivos de transformación. Se trata de acciones desarrolladas por sujetos que, a partir de determinada lectura de la realidad, identifican

⁴⁸ Ibid. p. 9.

algunos problemas sobre los cuales están en condiciones de actuar, con los recursos con que cuentan. En esa intervención, los promotores y educadores entran en diálogo con los sectores populares afectados por las situaciones-problema, se articulan con ellos y con sus propias formas de enfrentarlas, y definen conjuntamente los objetivos y formas de acción⁴⁹.

El mundo en el cual se mueven y actúan estos profesionales tiene características y especificidades que determinan su hacer y su conocer, o su "hacer-conociendo".

En primer lugar, al acercarse a la realidad, el profesional se ve enfrentado a situaciones dinámicas, inestables, cambiantes, inciertas, que se le presentan de manera confusa y entremezclada, como un conjunto de situaciones problemáticas que se condicionan e interactúan. Ante un mundo con estas características, el profesional se sitúa con *un proyecto*, una propuesta intencionada, que tiene objetivos de transformación. Este proyecto se sustenta en conocimientos que provienen tanto del campo formal, sistemático, teórico; como de lo que se sabe sobre la realidad en la que se va a intervenir, producto de un diagnóstico más o menos organizado y de un sentido común compartido en el equipo y la institución. Sin embargo, este conocimiento previo nunca será suficiente, ya que la realidad cambia a mayor velocidad que las interpretaciones y comprensiones que sobre ella se pueden construir.

Una segunda característica importante a considerar cuando nos referimos al mundo de la práctica, es que el profesional forma parte de la situación sobre la cual está interviniendo y que está conociendo. Esto significa que:

⁴⁹ Ibid. p. 9.

- La acción del profesional modifica la situación, requiriendo entonces que el proceso de conocimiento continúe indefinidamente, ya que la nueva situación producida no es la misma que motivó la intervención.
- La acción no sólo está produciendo cambios en la situación, sino también en sí mismo, a la vez que le permite profundizar el conocimiento sobre la situación y sobre él.

Una tercera característica fundamental del mundo de la práctica es que no nos referimos a la acción de *un sujeto*.

La práctica se realiza articuladamente con otros actores, cuyas vivencias, visiones e intereses son diversos, como también sus formas de intervención y, obviamente, sus interpretaciones sobre la práctica y sus efectos. En términos del conocimiento sobre la realidad, sus formas de generarlo también difieren, traduciéndose en productos distintos. Es por ello que, en la promoción y educación popular, se da un "diálogo de saberes" cuyas diferencias no deben llevar a considerar que unos son más o menos válidos que los otros. El conocimiento práctico producido por los profesionales de la acción es distinto a aquél producido por los investigadores, como también al de los sectores populares con los que interactúan en la práctica. Todos son importantes y deben ser considerados para arribar a una comprensión más profunda y completa de la realidad.

Como ya hemos dicho, la práctica se funda en conocimientos, pero también produce nuevos conocimientos. Cuando se interviene en la realidad, es posible obtener -si se reflexiona sobre

ello- un conocimiento rico y profundo sobre ésta, los sujetos con los cuales se interactúa, las estrategias de intervención, y también sobre uno mismo.

Sin embargo, el sentido que tiene el conocimiento producido en y para la práctica y, por lo tanto, la manera en que se produce, son distintos a los de otro tipo de conocimientos.

Son los problemas, las situaciones imprevistas, los obstáculos que no conocíamos, que se presentan cotidianamente en la práctica y que nos impiden realizar lo que habíamos previsto, los que nos impulsan a buscar nuevas vías de acción, muchas veces intuitivamente, hasta que encontramos un camino que resulta exitoso. Estas nuevas vías se fundan en nuevos conocimientos, conseguidos sobre la marcha, y su validez se comprueba con el éxito de la acción. Es decir, en palabras de Usher y Bryant: *"el juicio y el razonamiento prácticos deben pasar la prueba de la práctica"*⁵⁰, es ella la que muestra cuál era el camino adecuado.

En esa búsqueda de caminos alternativos para lograr lo que nos hemos propuesto, *el recurso al conocimiento está al servicio de la acción*. La teoría se pone al servicio de la práctica, se recurre a ella no como un modelo total, sino a los "fragmentos" de conocimiento que son relevantes para comprender mejor la situación, en la perspectiva de actuar sobre ella.

El conocimiento previo en que se sustenta la práctica se basa en la teoría existente y conocida por el "profesional práctico". La teoría *está en la práctica*, forma parte sustancial de ella y se expresa en ella, dándole sentido y significado a lo que se hace al permitirle al profesional

⁵⁰ USHER, R. y BRAYAN, I. La Educación de Adultos como Teoría, Práctica e Investigación. El triángulo cautivo. Barcelona: Morata, 1.993. p. 81.

relacionar sus actividades con lo deseable y con lo posible, dada la situación, y confrontar con ello los resultados alcanzados. *"Todas las acciones, puesto que suponen intenciones, se hallan situadas dentro de marcos o paradigmas conceptuales que dependen de la vida social. ... Esto implica que 'la teoría' no es algo que se aplique 'mecánicamente' a la práctica, sino que está ya presente en ésta de modo que sin ella, la práctica no sería tal, sino simple conducta fortuita"*⁵¹. Es a este sustento implícito de la práctica a lo que Usher y Bryant denominan *"teoría no formal"*, caracterizándola como situacional y localizada en el mundo de la experiencia de los profesionales, al cual penetra y del cual emerge, brindando orientación para que la acción informada aborde las situaciones prácticas.

Sin embargo, como el conocimiento previo nunca es suficiente, y como la práctica nos genera nuevos conocimientos, el producto final (en términos de conocimiento) es distinto a aquel con que se contaba inicialmente. Este proceso de construcción de nuevos conocimientos, a partir de los que teníamos y de lo que vamos descubriendo en la práctica, no se da de manera consciente y explícita en quienes desarrollan este tipo de intervenciones en la realidad. Como ya se dijo, la búsqueda de nuevas formas de acción muchas veces es intuitiva, y se va ensayando (y equivocándose) hasta que algo resulta. El profesional, entonces, adquiere la llamada *"experiencia"*, que le ayuda a hacer mejor su trabajo, pero que pocas veces da lugar a un conocimiento ordenado, fundamentado, consciente y, por lo tanto, transmisible. Es aquí donde la sistematización juega un importante rol, brindándole herramientas para transitar desde la experiencia a un conocimiento organizado.

⁵¹ Ibid. p. 85 y 86.

A diferencia del conocimiento teórico, que es impersonal y universal, que se interesa más por explicar el mundo que por actuar sobre él, y que se formula en un discurso de generalizaciones; el conocimiento práctico se caracteriza por ser *situacional y orientado a la acción*⁵². El conocimiento teórico es uno de los elementos que se considera al definir una acción, pero sus características de generalidad impiden que dé respuesta a muchos de los problemas que surgen cotidianamente en la práctica. Por lo demás estos problemas no se resuelven *aplicando* mecánicamente la teoría, sino a partir de la reflexión que los profesionales realizan *en la acción*, poniendo en juego no sólo su conocimiento teórico, sino toda su experiencia previa, su sentido común, su habilidad para enfrentarlos y su capacidad de oír, captar y asimilar el punto de vista de los "otros". Es lo que Schön llama el "arte" de los profesionales, que les permite enfrentarse y resolver situaciones nuevas y desconocidas. La reflexión en la acción genera constantemente nuevos conocimientos, que posteriormente serán usados ante nuevas situaciones.

5.5.3. El Proceso de la Sistematización de Experiencias. Uno de los autores que más ha aportado a este debate es Donald Schön, en sus escritos sobre el "profesional reflexivo" y sobre la "epistemología de la práctica", que es como denomina a la manera de producir conocimientos de estos profesionales. Schön plantea que, para orientarse en el mundo confuso, engañoso en el cual debe intervenir, este profesional debe efectuar una serie de razonamientos que lo llevan a definir problemas y cursos de acción. Los efectos que su actuación produce en los problemas lo hacen persistir o modificar sus acciones. En este proceso, el profesional está generando conocimientos, que se van acumulando y le sirven para actuar ante nuevos problemas.

⁵² Ibid. p. 81.

Para que se cumplan sus objetivos de transformación el profesional requiere, en primer lugar, comprender la realidad en que intervendrá, como condición básica para saber qué hacer. Sin embargo, esto no se da como un paso previo a la acción, sino como procesos simultáneos a través de los cuales el profesional va conociendo al actuar, y reformulando su acción a partir de esa mejor comprensión.

El acercamiento de este tipo de profesionales a la realidad requiere que *construyan* problemas a partir de los fenómenos confusos, cambiantes e inciertos que se les presentan. Realizan un *trabajo intelectual*, que se sustenta en los supuestos que tiene la persona (teóricos, ideológicos, producto de su experiencia previa, etc.) y que le permiten *encontrarle un sentido* a las situaciones que se le presentan, en relación a las cuales desarrollará su acción.

Para Schön, los pasos o momentos de ese proceso se pueden identificar como sigue:

- En primer lugar, el profesional le pone un nombre -identifica- la situación problemática que se le presenta.
- Luego, explora y decide qué es lo que la hace problemática (qué le da el carácter de tal).
- A continuación, postula las causas de los problemas que ha definido.
- Ello le permite especificar qué quiere -y puede- cambiar en la situación.
- Finalmente, postula qué acciones podrían modificarla.

Esta formulación de pasos se acerca mucho a lo que Sergio Martinic ha propuesto como "hipótesis de acción"⁵³. Este autor plantea que las experiencias de educación popular fundamentan su acción en una *lectura de la realidad* a través de la cual se llega a constataciones e interpretaciones que permiten comprenderla, así como ubicar y distinguir los *problemas a enfrentar* mediante la intervención. Los proyectos se basan en el supuesto de que, si no se enfrentan los problemas identificados, se seguirá reproduciendo la situación; ello, a su vez, se sustenta en la convicción de que es posible alterar ese curso. El quiebre de dicho movimiento se expresa en la intervención del proyecto desarrollando *procesos*: propiciando acciones y generando interacciones con su puesta en práctica. La nueva trayectoria producida por la intervención lleva a la transformación del problema, dando cuenta de la *intencionalidad* del proyecto.

En ambos casos, se está aludiendo a una interpretación de los procesos mentales (de análisis y abstracción) que los profesionales realizan para comprender y actuar en el mundo de la realidad, que se les presenta inicialmente de manera confusa, compleja e incierta. Los problemas no aparecen como tales ante nuestros sentidos, es necesario construirlos a partir de los datos que la realidad nos entrega, lo cual requiere realizar un esfuerzo de análisis (descomponer) y síntesis (recomponer) que lleva a comprender y darle un sentido a los datos dispersos y confusos que podemos percibir. Y eso lo hacen los profesionales cotidianamente, muchas veces sin ser conscientes de los complejos procesos mentales que realizan en su práctica diaria.

⁵³ MARTINIC, Sergio. Elementos Metodológicos para la Sistematización de Proyectos de Educación Popular. Santiago de Chile: Cide, 1987. p.44.

Para plantearse y comprender los problemas, el profesional reflexivo debe "sacar a la luz" (explicitar) los conocimientos con que cuenta, que no sólo tienen un fundamento teórico, sino también ideológico, ético, experiencial. Estos le brindan los medios y la información que le permiten ordenar las situaciones problemáticas confusas y construirlas como problemas. A partir de ello, define una acción, cuyos efectos retroinforman el conocimiento previo y lo modifican. Es a este proceso de explicitación de la teoría no formal presente en la práctica del profesional, al que Usher y Bryant denominan "teorización".

Es decir que la práctica, por su propia naturaleza, incluye conocimiento y acción; pero un conocimiento en constante transformación, a partir de la acción y de los cambios que ésta produce en la situación sobre la cual se está actuando y, a la vez, conociendo mejor.

Sin embargo, este proceso no está exento de dificultades y limitaciones:

- No todos los profesionales (y no siempre) realizan el proceso de reflexión en la acción, optando muchas veces por repetir mecánicamente lo que antes les resultó bien, achacando a factores externos los posibles fracasos.
- El proceso reflexivo significa todo un esfuerzo de hacer consciente lo sabido y de cuestionarlo; esto genera inseguridad en los profesionales, que a veces optan por seguir amarrados a "lo seguro", dejando de lado la reflexión y la búsqueda creativa de nuevos caminos.

- La relación entre teoría y práctica encuentra grandes limitaciones para su realización: el profesional no siempre tiene acceso a los avances que se van produciendo en los medios académicos, ni está en condiciones de comprenderlos, como tampoco cuenta con los recursos mentales para operar crítica y creativamente en relación a ellos.
- Si bien los supuestos con que cuenta el profesional representan un importante instrumento para la comprensión de las situaciones, es necesario controlarlos, para dejar que las cosas hablen por sí mismas⁵⁴: de lo contrario, podemos dejar de percatarnos de sus especificidades, que muchas veces nos deben llevar a modificar nuestros supuestos.

Nuevamente la sistematización juega un importante rol, al impulsar al profesional para que extraiga los fundamentos de su práctica, para que reflexione sobre el por qué de lo que hace, contraste y critique sus supuestos (con la práctica misma -los efectos que tiene su acción en la realidad- y con la teoría) y ordene lo que ha aprendido de manera que le sea más útil en situaciones futuras y a otros.

5.5.4. La Obtención de Conocimientos Mediante la Sistematización. La sistematización no debiera suponer un corte o ruptura con los procesos mentales que desarrolla el profesional durante la práctica. Es decir, no se trata de "enseñarle" al profesional a producir conocimiento de una forma distinta a la que él habitualmente desarrolla, sino de ayudarlo a hacer consciente y explícito todo lo que sabe y que ha aprendido en la práctica.

⁵⁴ Ibid. p. 116.

Las diferencias entre los procesos de conocimiento que se producen durante la práctica y la sistematización están dadas por lo que se busca obtener, lo que hace que los énfasis sean distintos. En la práctica, el profesional necesita enfrentar los problemas que se le presentan y lograr los objetivos que se había propuesto: el conocimiento se va produciendo de manera muchas veces inconsciente, sin que la persona se detenga a pensar en lo que está aprendiendo, ya que lo que le interesa es alcanzar determinado fin. En la sistematización, en cambio, lo que interesa es comprender cómo se llegó allí, para lo cual se explicitan todos los conocimientos producidos en la práctica y se los confronta con aquellos con que se contaba inicialmente y con el conocimiento teórico vigente.

En la sistematización, el objeto de conocimiento es la experiencia de intervención -la práctica-, donde nos miramos a nosotros mismos (lo que establece una íntima relación con la dimensión subjetiva del conocer) y a la relación con los sujetos populares con quienes interactuamos. Sus objetivos se refieren, en última instancia, a la proyección, mejoramiento y corrección de la práctica. Es un conocer producto de una acción, pero que da lugar a otra acción.

La sistematización, entonces, enfatiza el polo del conocimiento, pero siempre hablando del *conocimiento práctico*. Lo que se pretende es enriquecerlo, en diálogo con los enfoques teóricos vigentes y mediante un proceso ordenado y consciente (por lo tanto, metódico) de descubrimiento y explicitación de los procesos y productos de conocimiento presentes en la práctica.

De todo lo tratado en los párrafos anteriores se deducen una serie de criterios y condiciones que están presentes en la sistematización en tanto proceso de producción de conocimientos desde y para la práctica.

Un elemento importante a considerar es la dimensión subjetiva del conocer: quienes realizan este proceso son sujetos-actores que forman parte y están directamente involucrados en la práctica. Esto se contrapone a la visión positivista, que “aisla” al sujeto que conoce del objeto que intenta conocer, pretendiendo así eliminar cualquier emoción que le quitaría “objetividad” al conocimiento.

En la perspectiva dialéctica, que suscribimos en este aspecto, se pretende conocer el proceso social desde adentro, como personas participantes en él, que estamos implicadas y comprometidas en la construcción de alternativas diferentes. El proceso social no sólo se compone de acciones medibles, cuantificables y cualificables, sino que es una manera de vivir en la historia. Nuestra práctica particular forma parte de la práctica social e histórica de la humanidad.

Considerando que nos estamos refiriendo a una intervención que tiene objetivos transformadores, esta dimensión subjetiva del conocer desde la práctica no sólo es importante para reflexionar e interpretar, sino sobre todo para comprometerse con la transformación. Esto no sólo se refiere a elementos externos, sin embargo; uno mismo se transforma en el proceso. De aquí derivan algunas de las dificultades para sistematizar, ya que nos confrontamos a nosotros mismos (nuestras vidas, concepciones, etc.).

Lo anterior nos lleva a considerar un segundo elemento: los sujetos-actores interpretan la práctica desde perspectivas diferentes, que tienen que ver con el mundo social y cultural al que pertenecen. Al actuar, siempre tenemos un sentido, marco teórico o contexto teórico que orienta nuestra acción, pero también la justifica y explica. No partimos de una tabla rasa, tenemos determinadas referencias teóricas desde las cuales desarrollamos nuestra práctica, aunque no sean totalmente rigurosas ni estén lo suficientemente conscientes. Aquí situamos un campo importante de la sistematización, que nos ayuda a explicitar este contexto, nuestras acciones, nuestras interpretaciones, nuestras sensaciones.

Un tercer elemento alude a que nuestras prácticas se desarrollan en el espacio cotidiano, en el "día a día" en que se desarrolla la vida social. Ello tiene dos implicancias fundamentales, en términos de la producción de conocimientos (y del tipo de saber que se genera):

- Por un lado, la intervención se desarrolla de manera permanente (todos los días), y la realidad va cambiando de igual forma. Por lo tanto, el conocimiento se va construyendo y re-construyendo de manera cotidiana.
- De otro lado, nuestras prácticas inciden en la vida cotidiana de los sectores populares. *"La vida cotidiana es el espacio más inmediato en que cada una de las personas se constituyen en sujetos sociales que adquieren autonomía para decidir por sí mismos, para ser protagonistas de su propia historia, constructores de su destino. Es un espacio en el que dominan su realidad"*⁵⁵. Es en la vida cotidiana que se traducen los procesos sociales globales, es allí donde lo general tiene su expresión particular y específica, "lo

⁵⁵ BARNECHEA, M. Mercedes. Op. Cit. p. 34.

*cotidiano es la experiencia singular que cada sujeto particular tiene de los procesos generales*⁵⁶.

Los promotores y educadores populares tenemos una ubicación privilegiada para rescatar las experiencias cotidianas y aportar al conocimiento desde esa dimensión aún poco explorada por el conocimiento científico, que ha privilegiado el estudio e investigación de fenómenos generales, que explican la dinámica social en su conjunto⁵⁷.

Por último, un cuarto elemento se refiere a que nuestras prácticas -en tanto educadores populares o promotores- están íntimamente articuladas con las de los sectores populares con quienes nos relacionamos. Quienes actúan y conocen no son individuos aislados, en la medida que la práctica ha sido desarrollada por sujetos colectivos.

En consecuencia, los retos que se le plantean a la sistematización, en tanto proceso de producción de conocimientos, son varios:

- Hay que construir herramientas para que los profesionales expliciten tanto los conocimientos en que han sustentado su acción, como aquellos que se han ido produciendo en ella. Esto se realiza a partir de una reconstrucción de los supuestos iniciales, de la práctica misma y, luego, de la interpretación de su sentido, para descubrir los razonamientos que explican por qué se hicieron las cosas de esa manera, contrastar y criticar los supuestos de la acción y ordenar lo que se ha aprendido de manera que oriente

⁵⁶ PALMA, Diego. Op. Cit. p. 90.

⁵⁷ Ibid. 91.

una intervención futura (y para que se proyecte más allá, como un conocimiento útil a otros).

- Estos procesos deben articular los diversos saberes que se han encontrado y que se ha ido produciendo en la práctica: aquellos del equipo profesional (cuyas visiones individuales son distintas) y los de los sectores populares.
- Igualmente, es necesario articular las dimensiones objetivas y subjetivas del conocimiento: las sensaciones, sentimientos, expectativas, intereses, valores, que están involucrados en la práctica. Todo ello es muy importante para reflexionar, interpretar y descubrir los sentidos que ésta tiene y, sobre todo, para comprometerse con la transformación que se persigue lograr en la realidad.
- En la medida que las prácticas, ubicándose en el espacio de lo cotidiano, forman parte de un contexto mayor, el conocimiento producido en ellas debe entrar en diálogo y aportar hacia lo general. En palabras de Teresa Quiroz⁵⁸, deben contener "gérmenes de generalización", ya sea hacia la discusión y refundamentación (para usar un término prevalente en CEAAL hoy) de los marcos o contextos teóricos, o hacia la formulación de políticas referidas a los problemas y sujetos con los cuales se interactúa. Pero ello se realiza mediante procesos de conocimiento que, en vez de ir desde lo general a lo particular (como ha sido la vía predominante en las ciencias), siguen el trayecto contrario, aportando a lo general desde el conocimiento particular y cotidiano.

⁵⁸ Ibid. P. 110.

5.6 RESEÑA DE LA UNIVERSIDAD DEL NORTE

La Universidad del Norte nació un 24 de enero de 1966 cuando un grupo de dirigentes empresariales, liderados por don Karl C. Parrish, en representación de la Asociación Nacional de Industriales (Andi), la Fundación Barranquilla, hoy Fundación Mario Santodomingo y el Instituto Colombiano de Administración (Incolda), suscribieron el Acta que la constituyó como centro de educación superior.

Posteriormente, 11 de julio de 1966, bajo la rectoría del Ingeniero Julio Muvdi, la Universidad inicia sus labores académicas en el barrio El Prado. En esos momentos contaba con 58 estudiantes y 10 profesores para los ciclos básicos de Administración de Empresas y de Ingeniería.

En 1973 se inaugura oficialmente la Universidad en el km. 5 de la Carretera a Puerto Colombia, gracias al apoyo económico de numerosas empresas que se unieron al esfuerzo como donantes fundadoras, pero sobre todo al aporte de seis hectáreas donadas por la empresa Cementos del Caribe, en las cuales está hoy ubicada la Universidad. La construcción de los tres primeros edificios de la Universidad se hizo posible gracias a las transferencias de todo el patrimonio por la parte de la Fundación Andi a la Universidad, estos recursos se reforzaron más adelante con donaciones de otras empresas.

El 22 de febrero de 1973, el Gobierno Nacional hizo el reconocimiento oficial de la Universidad del Norte como Centro de Educación Superior, mediante el Decreto 263 de 1973, emanado de la Presidencia de la República y del Ministerio de Educación.

Para esta época funcionaban los programas de Administración de Empresas y Tecnología, Relaciones Industriales y Análisis de Costos, Medicina y las Ingenierías Mecánica e Industrial. En 1974 se crea un proyecto con el ICBF (Instituto Colombiano de Bienestar Familiar), llamado hoy día Proyecto Costa Atlántica, con el fin de dar atención a niños de 0 a 7 años en barrios marginados de Barranquilla y extensivo al corregimiento La Playa.

En 1977 se inician el Programa de Ingeniería Civil y la construcción de los pisos segundo y tercero del Bloque E para aulas, ensanchándose así la planta física.

Con el nombramiento, en 1980, del doctor Jesús Ferro Bayona, filósofo y doctor en ciencias sociales, se inicia una etapa de consolidación institucional y académica y se reafirma la presencia de la Universidad del Norte a nivel nacional e internacional.

En ese año se inauguran los laboratorios de suelos y ensayo de materiales "Joaquín Ruiseco", donados por Cementos del Caribe; de igual forma, con la primera donación de un computador por parte de la IBM, se logra una renovación tecnológica en el Centro de

Cómputos. Así como también con la donación de equipos de computación mainframes o macrocomputadores, hecha por Cervecería Aguila.

Por otra parte, el Icfes aprueba el programa de Medicina y al año siguiente el programa de Ingeniería de Sistemas y le otorga licencia de funcionamiento al programa de Derecho. Este mismo año, 1981, se realiza el lanzamiento la Revista Huellas y se inicia el programa internacional de Intercambio de estudiantes, Convenio ISEP, entre la Universidad norteamericana y la Universidad del Norte.

Con el Acuerdo 113, en 1983, se abren las Maestría en Administración de Empresas y Evaluación de Proyectos, esta última en la modalidad de universidad abierta. Con estos postgrados comienzan los primeros programas de especialización en la Costa Caribe. Igualmente, ese mismo año, con la presentación oficial del primer libro del sello Ediciones Uninorte, la Universidad da inicio a una nueva etapa de difusión del pensamiento cultural y académico en la ciudad.

En 1989, a través de un convenio con la Universidad del Valle, Uninorte inicia la Maestría en Matemáticas, y la Maestría en Educación, en convenio con la Universidad Javeriana.

En 1993, cuando se contaba con 11 programas de pregrado, 6 maestrías y 5 especializaciones, la Universidad inicia la construcción de la nueva biblioteca.

1994 se constituye en un año crucial para la Universidad, ya que el Icfes y Colciencias aprueban a Uninorte, como nodo regional a Barranquilla de la red CETCOL (Ciencia, Educación y Tecnología) en Colombia para tener acceso a la red mundial Internet. Adicionalmente, la Universidad firma un convenio de cooperación académica y científica con la Universidad de Mainz de Alemania. También firma un convenio con la Universidad de París XII, con el fin de fortalecer la maestría en Desarrollo Social y obtener simultáneamente el título estatal francés en educación en educación y lograr su acreditación a nivel internacional.

En este año, el Presidente de la República, Dr. Ernesto Samper Pizano, nombra al rector, Dr. Jesús Ferro Bayona, miembro del Consejo Nacional de Competitividad, uno de los organismos estratégicos de la política económica nacional.

En octubre, del 94, la Biblioteca General de Uninorte abre sus puertas. Por su tamaño, tecnología y alcance académico, la biblioteca se constituye en una obra monumental para la comunidad uninorteña.

Uninorte participa, en esta fecha, en el Programa de Formación Académica para América Latina, ALFA, creado por la Comisión Europea, con el objetivo de fomentar la cooperación entre instituciones de enseñanza superior de América Latina y Europa. En el marco de este programa, Uninorte recibió la aprobación de cinco redes académicas, la coordinación de dos redes y la adhesión a cuatro redes internacionales.

El 20 de enero de 1995, el Dr. Ernesto Samper Pizano, inauguró oficialmente la nueva Biblioteca y el Centro de Recursos Audiovisuales.

La Universidad del Norte se acoge en el 95, junto con otro selecto grupo de universidades nacionales, al Sistema Nacional de Acreditación, con el propósito de evaluar la Institución y obtener la respectiva acreditación, y de este modo, garantizarle a la sociedad que se cumple con los más altos requisitos de calidad. En el marco de este proceso de acreditación y autoevaluación universitaria, Uninorte recibió en febrero de 1996 una comisión de la ABET, organización reconocida por el Departamento de Educación de los Estados Unidos y el Consejo de Acreditación Postsecundaria, como la única agencia responsable de la acreditación de programas educativos conducentes al grado de ingeniería en ese país.

Este mismo año, Colciencias aprobó el Programa de Investigaciones en Inmunología y Biología Molecular de la Universidad del Norte. Por otra parte, las actividades desarrolladas por el Centro de Investigación de Desarrollo de Inmunología y Biología Molecular, CIDIBIM, fueron reconocidas por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, a través de la resolución No. 003, como un Programa Nacional de Ciencia y tecnología en las actividades de investigación científica.

Por otra parte, el CIDHUM, Centro de Investigaciones en Desarrollo Humano, fue creado el 26 de marzo de 1996 por Resolución No. 15 de la Rectoría, pero su actividad como

grupo de investigación nació en 1977, con la aprobación del primer proyecto de la Fundación Van Leer a Uninorte en el campo de la infancia.

A partir del primer semestre del 96 inicia actividades el programa de Ingeniería Electrónica. Y las universidades del Norte y Francisco de Paula Santander, de Cúcuta, firman un convenio de cooperación para el desarrollo de la Especialización en Gerencia en Servicios de Salud en la ciudad de Cúcuta.

Uninorte y el Instituto Colombiano de Normas Técnicas, ICONTEC, firman el 16 de mayo, de este año, un convenio de Cooperación Académica e Interinstitucional para el Diseño y Ejecución de Programas o Cursos de Postgrados y/o Educación Continuada, en áreas de interés común de las dos entidades.

El Rector de Uninorte fue invitado por el Ministerio de Educación a formar parte de la Comisión Nacional para el Desarrollo de la Educación Superior, instalada en Bogotá el 4 de julio por el Presidente de la República, Dr. Ernesto Samper y la Dra. María Emma Mejía, entonces titular de esta cartera.

En agosto del 98, las directivas de Uninorte inauguraron el más moderno Laboratorio de Robótica del país. Este Laboratorio de Automatización y Robótica está al servicio del país y por su dotación tecnológica -israelí y norteamericana- se constituye en uno de los más modernos y avanzados de la nación. Su infraestructura está orientada hacia la investigación,

la docencia y servicios externos y es un apoyo invaluable para los procesos de formación de los estudiantes de pregrado y de postgrado de la Universidad.

Colciencias destacó a la Universidad del Norte como una de las universidades privadas del país, que realiza más investigaciones e invierte más en esta materia en el ámbito nacional.

Uninorte obtuvo el contrato de operación del Centro de Investigaciones Científicas del Laboratorio de Ensayos Hidráulicos de las Flores, el cual fue convocado por Cormagdalena a través de licitación pública.

En enero de 1999, las directivas de Uninorte inauguraron el Laboratorio Multimedia del Instituto de Idiomas, que contribuye a mejorar la calidad de aprendizaje de lenguas extranjeras, practicar las relaciones internacionales y ampliar la cultura de los estudiantes. El Laboratorio está dotado con lo último en avances de informática y provisto de los más novedosos y reconocidos programas de enseñanza de idiomas y se refuerza aún más el proyecto de universidad virtual.

El Consejo Nacional de Acreditación, CNA, acreditó en 1999 el Programa de Ingeniería Industrial de Uninorte, convirtiéndose éste en el primer programa de pregrado en ser acreditado en la Costa y en el segundo programa en esta área a escala nacional. Este reconocimiento es importante si se tiene en cuenta que en el país existen 278

instituciones de educación superior (técnicas, tecnológicas y universitarias) y 4.168 programas de pregrado y sólo 10 programas

Con el objeto de desarrollar destrezas básicas para investigación, la Universidad del Norte abrió en 1999 la Maestría en Educación, constituyéndose en la primera institución de educación superior del país en ofrecer este tipo de programa.

Las directivas de Uninorte celebraron en agosto la Acreditación Nacional otorgada por el Ministerio Nacional de Educación a los programas de Ingeniería Industrial e Ingeniería de Sistemas. El programa de Ingeniería de Sistemas se constituye en el primer programa, en esta área, en ser acreditado en el país. Con estas acreditaciones, Uninorte lidera los procesos de autoevaluación y calidad de los programas académicos de educación superior de la Costa Caribe.

El Rector de Uninorte, doctor Jesús Ferro Bayona, fue elegido miembro principal del Consejo de Administración de la junta directiva de la Asociación Colombiana de Universidades, Ascun.

La Universidad del Norte como propiciatoria de experiencias que le permitan a los ciudadanos de nuestra región acercarse al conocimiento y a la cultura de otras naciones para el enriquecimiento de su bagaje académico y cultural con una perspectiva internacional creó la Cátedra Fulbright. Esta se inició en agosto y su objetivo es propiciar un espacio de

reflexión académica alrededor de las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales de nuestra región y los Estados Unidos.

El Ministerio de Educación, a través del Consejo Nacional de Acreditación, CNA, otorgó la acreditación a los programas de Psicología, Medicina e Ingeniería Mecánica. Con estas acreditaciones ya son cinco los programas de Uninorte que han sido acreditados.

En año 2000 fueron varios los profesionales uninoorteros que se destacaron en el ámbito nacional. El Presidente de la República, doctor Andrés Pastrana nombró en el mes de diciembre al doctor Jesús Ferro Bayona miembro principal del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, máximo organismo de la Dirección y Coordinación del Sistema Nacional de Ciencia y Tecnología, cuyas políticas ejecuta Colciencias, en representación de las universidades privadas. El Consejo Nacional de Educación Superior, organismo adscrito al Ministerio de Educación, nombró al doctor Alberto Roa Varelo, vicerrector académico, miembro del Consejo Nacional de Acreditación, CNA, organismo encargado de implementar la acreditación de las instituciones y programas académicos en Colombia. El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología eligió como consejero del Programa de Ciencia y Tecnología al doctor José Amar Amar, decano de la División de Humanidades y Ciencias Sociales de Uninorte. El ingeniero Javier Páez, decano de la División de Ingenierías, fue nombrado Consejero del Programa Nacional de Desarrollo Tecnológico, Industrial y de Calidad.

5.7 RESEÑA DE LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR.

La Corporación Educativa Mayor del Desarrollo debe su existencia al espíritu creador del doctor JOSE CONSUEGRA HIGGINS, científico social, especializado en Economía, con larga trayectoria como catedrático, ex - Decano de varias Facultades de Economía y ex - Rector de la Universidad del Atlántico.

La Fundación de la Corporación se plasmó el día 15 de Octubre de 1972, guiada por los principios de la libre cátedra y la identificación de los problemas latinoamericanos y colombianos.

Intervinieron en su Fundación 16 personas, las cuales se constituyen en junta provisional, constituida de la siguiente forma:

Presidente : Dr. José Consuegra Higgins

Vice – Presidente: Arq. Walter Suárez

Secretaria: Ana Bolívar de Consuegra

Inició labores académicas el 23 de Marzo de 1973, estando el conjunto integrado por la Facultad de Economía, Facultad de Derecho, Facultad de Trabajo Social, Facultad de Arquitectura, de Contaduría y la Facultad de Educación, con especialización en Matemáticas, Física, Literatura e Idiomas y Ciencias Sociales.

Los antecedentes legales son del orden siguiente: La Corporación obtuvo la Personería Jurídica según Resolución N°318 del 15 de Noviembre de 1972, emanada de la Gobernación del Departamento.

OBJETIVOS INSTITUCIONALES

Para la adopción de sus objetivos la Universidad se inspiró en los Principios Generales (Cap. 1 del Decreto Ley 80 de 1980):

1. Promover el conocimiento y la reafirmación de los valores de la nacionalidad, la expansión de las áreas de creación y goce de la cultura.
2. Promover la incorporación integral de los colombianos a los beneficios del desarrollo científico y artístico que de ella se deriven.
3. Suscitar el espíritu crítico que dote al estudiante de capacidad intelectual para asumir con plena responsabilidad las opciones teóricas encaminadas a su perfeccionamiento personal y su desarrollo social mediante la vinculación de la investigación con la docencia.
4. Reelaborar permanentemente y con flexibilidad nuevas concepciones de organización social, en un ámbito de respeto a la autonomía y a las libertades académicas de investigación, de aprendizaje y de cátedra.

5. Brindar la oportunidad y acoger a todas las manifestaciones del pensamiento científico, a todas las fuerzas sociales, comunicadas con todos los pueblos del mundo, vinculadas a todos los adelantos de la investigación científica y tecnológicas.

BIENESTAR UNIVERSITARIO

Funciona desde su fundación bajo la dirección de doña Ana Bolívar de Consuegra, el cual se ha ido desarrollando hasta ponerse a la cabeza de los demás de Barranquilla, cuenta con hermosas cafeterías, biblioteca JOSÉ MARTÍN y dentro de ella la JURÍDICA “FRANCISCO DE PAULA SANTANDER”, que no sólo presta sus servicios a nuestros estudiantes, sino también a los de otras universidades de la ciudad. Cuenta además con un Director de Deportes, un Director de Danzas y un Director de Asuntos Artísticos. Cabe mencionar que en la actualidad los diversos grupos que auspicia el Bienestar Universitario ha ganado un sin número de premios tanto a nivel local como a nivel nacional en sus distintas disciplinas. En la actualidad posee consultorios médicos, odontologías, psicología, trabajo social, como también está el Consultorio Jurídico el cual se ha extendido a varios lugares de Barranquilla.

El Bienestar Universitario entrega periódicamente y en forma gratuita a sus estudiantes y profesores la REVISTA DESARROLLO INDOAMERICANO, bajo la dirección de nuestro Rector – Fundador, que además es el órgano de difusión de la Universidad y del pensamiento Latinoamericano. Además en cada bimestre se realizaba feria de libros con precios demasiados bajos (\$1000 y 2000), para la adquisición de estudiantes y profesores con temas propios de nuestros estudiantes.

PRINCIPIOS

La institución orienta sus esfuerzos hacia la consolidación de unos saberes y unas conductas que permitan la formación de un hombre y un profesional que pueda hacerse cargo de su propia situación histórica, de asumir los compromisos y las responsabilidades que tiene frente a su comunidad.

Es precisamente, en cumplimiento de este compromiso institucional, por lo que la universidad promueve la creación, el desarrollo y la adaptación del conocimiento en beneficio del crecimiento humano, del respeto a las libertades de conciencia, de opinión, información, enseñanza, aprendizaje, investigación y de cátedra orientadas por las exigencias de criterios éticos que se traducen en una real convivencia universitaria que se fundamenta, además en los siguientes principios:

Dignidad Humana: El hombre es el sujeto de la historia y su característica es la capacidad de crear, trascender y sobreponerse a su estado de naturaleza. Esta condición de ser inteligente lo convierte en ser perfectible, preparado para construir el desarrollo de lo humano.

Autonomía: Es la capacidad que tiene la universidad para darse su institucionalidad, expresada en su Marco Jurídico, su Organización y Estructura que le permite proyectarse y lograr sus fines.

Integralidad: Universalizar las distintas manifestaciones del saber científico, es decir, una cohesión del Hombre consigo mismo, con la sociedad, con la naturaleza y con la cultura para lograr la articulación pluridimensional del saber.

Solidaridad: Capacidad de comprender la historia personal y las condiciones de vida del otro, respetarlo y con él realizar acciones que promuevan su desarrollo social, político y económico. Exige a la institución la capacidad de ayuda y cooperación a la sociedad para que acceda a la Educación Superior.

Trabajo: Concebido como Derecho y Obligación es una condición para el desarrollo de las potencialidades del hombre. En la institución se refiere al Derecho y Obligación de todos los miembros de la comunidad educativa de contribuir al logro de la Misión institucional y del propio proyecto de realización personal.

Legalidad: La universidad recoge en su Estatuto Orgánico los principios, fines, fundamentos, propósitos, metas y lineamientos generales que propone la Constitución Política y la Ley colombiana.

VALORES

Libertad de cátedra y de aprendizaje: La corporación respeta en sus docentes el derecho de exponer sus ideas con el rigor de la serenidad científica. El estudiante, a su vez, goza de la garantía de expresar sus criterios, en la materia que sea objeto de análisis, todo esto bajo los límites del comportamiento adecuado y el respeto mutuo.

Convivencia: Condición inherente a la acción de construcción de la humanidad en el hombre. Exige concertación en los modos de solución de los conflictos, respeto por los acuerdos, canales de comunicación abiertos y transparentes, actitud de diálogos democráticos, participativos y respetuosos de la diferencia de visiones, procurando la argumentación racional y el bienestar colectivo por encima de los intereses particulares. La misión y la estructura axiológica del PEI son el horizonte de sentido para la acción social.

Justicia: La dignidad del ser humano como sujeto de la historia se construye en ámbitos donde se garantice que las decisiones que se tomen y afecten su proyecto de vida se funden en la institucionalidad existente, de manera que se logre la equidad.

Democracia: Significa tener a todos los miembros de la comunidad educativa como interlocutores válidos, dentro de sus esferas de competencia, para la toma y ejecución de decisiones de la vida universitaria que afectan directa o indirectamente sus intereses.

Participación: Es el derecho y la obligación de ejercer la libertad, conjugada con el conocimiento para intervenir responsable, eficaz, eficiente y oportunamente en la vida.

PROPÓSITOS

1. Formular una teoría económica y social que pueda interpretar los fenómenos propios del subdesarrollo y ofrecer estrategias adecuadas para su superación.

2. Realizar investigaciones de carácter socioeconómico, políticos, jurídicos y culturales de la localidad, de la región y del país, que permitan detectar debilidades y fortalezas de nuestra sociedad y proponer soluciones y estrategias de desarrollo, que conduzcan al establecimiento de una senda de crecimiento armónico local, regional y nacional.
3. Facilitar experiencias de aprendizaje que le permitan a cada estudiante acceder reflexiva, crítica y creativamente nuestra herencia cultural diversa y compleja que de paso habilite para la creación, desarrollo y transmisión de conocimientos que le capaciten para cumplir con sus funciones profesionales, investigativas y de servicio social que requieren la región y el país.
4. Proporcionar condiciones democráticas que le facilite a la comunidad educativa desarrollar sus capacidades autónomas para emitir juicios responsables y respetuosos, ante las diferentes comunidades a las que pertenece, y frente al principio de autoridad como elemento rector de la vida.
5. Promover ambientes pedagógicos que favorezcan el desarrollo de la capacidad de comprensión, de discernimiento y de juicio en el educando.
6. Favorecer relaciones sociales éticas que permitan construir colectivamente los valores de la convivencia pacífica, promover la unidad, descentralización e integración y actuar armónicamente entre sí y con las demás estructuras educativas y formativas.

6. DEFINICIÓN DE VARIABLES

6.1. DEFINICION CONCEPTUAL.

En el sentido literal se entiende por sistematización el “proceso permanente y acumulativo de creación de conocimientos a partir de nuestra experiencia de intervención en una realidad social, como el primer nivel de teorización de la práctica”.⁵⁹ En la sistematización encontramos un carácter reflexivo y de interpretación crítica como lo es el partir del ordenamiento y reconstrucción de la experiencia, el descubrimiento de la lógica del proceso vivido y los factores que han intervenido en dicho proceso, como se relacionan entre sí y por qué lo han hecho.

⁵⁹ Ibid. p.22

6.2 DEFINICION OPERACIONAL.

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	INDICE
Sistematización	-Aspectos formales.	-Universidad de origen. -Tipo de orientación. -Tipo de origen. -Ejes temáticos. -Líneas de investigación.	-Características.
	-Aspectos conceptuales.	-Justificación. -Teorías predominantes. -Marco teórico. -Marco geográfico. -Aportes personales.	-Características.
	-Aspectos metodológicos.	-Descripción del problema. -Formulación del problema. -Objetivos. -Hipótesis. -Variables. Tipo de investigación. -Población. -Características de la investigación.	-Características.
	-Aspectos de contenidos.	-Resultados. -Conclusiones. -Recomendaciones.	-Características.

7. METODOLOGÍA.

7.1 PARADIGMA.

El paradigma de esta investigación es empírico-analítico, toda vez que el interés era demostrar y comprobar hechos, además cuantificar el fenómeno en cuestión mediante la utilización de estrategias e instrumentos válidos.

7.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.

El tipo de investigación realizada es de tipo descriptiva e histórica. Descriptiva desde la profundidad del conocimiento, pues según el grado de profundidad alcanza a describir y según Abello y Madariaga (1.986) este tipo de investigación se define como el que trata de describir las principales modalidades de formación, cambio o estructura de un fenómeno, como también su comparación con otros, pero sin intentar determinar relaciones causales.⁶⁰

Histórica desde el punto de vista del nivel de abstracción, pues se pretende reconstruir hechos ya pasados, sin que haya un contacto entre una población definida y los investigadores, y el problema objeto de estudio solo existe en el pensamiento de los investigadores.

⁶⁰ ABELLO, Raimundo y MADARIAGA, Camilo. Estrategias de evaluación de programas sociales. Barranquilla: Uninorte, 1.986. p. 97.

7.3 POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de estudio estuvo representada por las facultades de psicología de las universidades de Barranquilla donde se han llevado a cabo investigaciones sobre la depresión.

La muestra estuvo representada por la totalidad de las investigaciones (10) realizadas en las universidades del Norte y Simón Bolívar en los años comprendidos entre 1984-2002.

7.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.

Para la recolección de la información se utilizó como instrumento de recolección de información una ficha de valoración de las tesis de grado sobre la depresión de las universidades Norte y Simón Bolívar, que permiten realizar un resumen de los procesos de intervención de los programas de depresión implementados por las instituciones de salud mental escogidas para el estudio. Estas fueron elaboradas por psicóloga María del Socorro Lara, adaptada por la psicóloga Adriana Altamar y las investigadoras y validadas en su contenido por medio del sistema de jueces expertos en el tema.

7.5 PROCEDIMIENTO.

Para el desarrollo de la presente investigación, inicialmente se delimitó el tema comenzando por la idea de describir todas las investigaciones sobre depresión realizadas por las universidades en la ciudad de Barranquilla, así de esta forma se inició el proceso exploratorio de información en todos los medios disponibles como las bibliotecas y búsqueda en internet acerca del tema relacionado con el estudio.

La revisión bibliográfica permitió elaborar los objetivos y la delimitación del marco teórico escogiendo de esta manera el tipo de investigación.

Posteriormente se indagó en qué universidades de la ciudad de Barranquilla se habían realizado estudios de depresión durante los años 1984-2002 encontrándose que solo 2 universidades habían realizado este estudio sobre esta temática, entre esas universidades están la Universidad del Norte y la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

Luego se programó una exploración de las tesis por parte del equipo de investigadoras trasladándose a las universidades correspondientes para conocer dichos documentos y tener contacto directo con las investigaciones.

Para recoger los datos primordiales del estudio, las investigadoras utilizaron una ficha resumen adaptada a la investigación por la asesora Adriana Altamar y las investigadoras MARLYS ACOSTA, LILIANA CASTAÑO, HELEN TORRENEGRA Y LISSETTE

MOSQUERA, tomando como referencia la ficha resumen original realizada por María del Socorro Lara.

Con respecto a la aplicación del instrumento, se presentaron dificultades debido a que en esos momentos estaba restringida la entrada de estudiantes de otras universidades como en el caso de la Universidad del Norte, motivo que generó atraso en dicha aplicación, después de solucionado la entrada las investigadoras estuvieron sujetas a numerosas condiciones para poder acceder a la institución, como lo era un tiempo determinados y unos días especificados por el reglamento interno de la institución.

Después de todo este proceso en donde se recogió toda la información necesaria para la investigación se prosiguió a la sistematización de la información, a través de descripciones cualitativas de cada una de las variables de estudio y las dimensiones abordadas en cuanto a la metodología utilizada por cada una de las investigaciones realizadas y sistematizadas por las investigadoras. Los que permitió dar sugerencias claras y oportunas en cuanto a futuras investigaciones en el campo de la depresión.

La fase final de la investigación consistió en plantear las conclusiones y las discusiones y recomendaciones, para lo cual se tuvo en cuenta la interpretación a la luz del marco teórico y del contexto donde está inmersa la población.

8. RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados encontrados en el estudio. En primer lugar se realiza un análisis detallado de cada una de las investigaciones objeto del presente estudio. Posteriormente se presentan los resultados estadísticos, donde se cuantifican en frecuencias y porcentajes cada uno de los aspectos evaluados en las investigaciones sistematizadas. Para las interpretaciones se ha tenido en cuenta el contexto y el marco teórico de referencia.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 1)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Universidad del Norte, División de Psicología.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1986, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“La desesperanza aprendida: Revisión Teórica y Análisis crítico”

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Raymundo Abello (Psicólogo).

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Gladys Avendaño Taffur y Aura Rosero Castro.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada una línea a la cual pertenezca la investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

No tiene un capítulo destinado a la justificación, tampoco en el documento se hace referencia a los elementos básicos de la misma.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

La perspectiva teórica elegida por los investigadores para guiar su proceso de investigación fue la de Beck (1972). El modelo cognoscitivo propuesto por el autor establece que la depresión es un trastorno que implica la interacción de componentes motivacionales,

fisiológicos, conductuales, afectivos y cognoscitivos. A su vez plantea que la estructura cognoscitiva es un esquema el cual define como un patrón complejo quien se imprimió en la estructura orgánica por experiencias que combinan las propiedades de los estímulos y la idea se percibe y se conceptualiza. “Las creencias son vistas de manera importante en la forma en que la información es procesada y las atribuciones sirven para confirmar o no las creencias originales y las expectativas del futuro están influenciadas por las creencias presentes y expectativas anteriores. Las autoras no hacen aportes a esta teoría”⁶¹.

8.2.2. Marco Histórico.

En el Marco Histórico de la “desesperanza aprendida” planteado inicialmente formulado por Seligman y colaboradores ha tenido en los últimos diez (10) años un impacto positivo y destacado en el desarrollo teórico de la Psicología clínica o social. Esta teoría ha sido reformada con el fin de superar muchas fallas implícitas en ella. El modelo original de esta teoría fue propuesto por Martín E. Seligman ubicado en el año 1974; este estudio se centró en la similitud entre el fenómeno de la desesperanza aprendida en los animales y en la depresión humana, surgiendo así el primer modelo para entender la depresión reactiva. Desde este punto de vista el autor ve las ventajas de que las ideas basadas en la similitud de los dos fenómenos son fáciles de comprobar y ayudan a delimitar la definición del fenómeno clínico, puesto que a nivel del laboratorio está bien definido. Todo lo anterior fue comparado y reformulado por Seligman en colaboración con Lyn Abramson.

⁶¹ BECK, At. Depression : cauces and treatment, Philadelphia: University Press, 1952. p.226.

Posteriormente los autores Abramson y Seligman (1978) con respecto al modelo de desesperanza aprendida, plantean dos problemas: 1) el no establecer diferencias entre los casos en los cuales los desenlaces son incontrolables sólo para ciertos sujetos. 2) No explican cuando es la desesperanza general o específica, cuando es crónica o aguda. Los autores propusieron revisar la teoría de la atribución para aclarar las fallas antes mencionadas

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación no tiene Marco geográfico ya que es un revisión histórica pues no se realiza en un marco geográfico determinado.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

El juicio valorativo de los autores tiene la teoría de la desesperanza aprendida es que ha sido de gran importancia porque ha contribuido al fortalecimiento del modelo conductual en la Psicología Clínica permitiendo desarrollar métodos y procedimientos que busquen aumentar el nivel de eficiencia de los depresivos en la consecución de objetivos y metas.

Al modo de ver de los investigadores el estado psicológico de incontrolabilidad se acerca a explicaciones muy claras acerca del comportamiento social muy característico de nuestra ciudad donde ya todos parecemos tan conformes de lo que pasa con el campo de los servicios públicos, obras de bienestar social y del comportamiento de sus habitantes.

Por último, consideran que el modelo de desesperanza aprendida suministra un marco bien definido prudente y experimentalmente enraizado para los atamientos cognoscitivos y conductuales de la depresión.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

No tiene Formulación del Problema.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

No tiene Objetivo General. Están implícitos.

9.2.2. Objetivos Específicos.

No tiene Objetivos Específicos.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene propósito la investigación.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

En la investigación no aparece definición conceptual, pero si aparece un capítulo en el Marco Teórico como: “Definición de Conceptos”, que vendrían siendo las variables.

Depresión: Según Seligman, la depresión no está muy bien definida y es esta la razón por la cual necesita un modelo. La “entidad” clínica presenta síntomas multifacéticos y para su propósito se centrará en aquellos que parecen ser relevantes a la diagnosis y que pueden relacionarse con el decaimiento aprendido de los animales.

Desesperanza aprendida: Seligman y Maier (1967), utilizaban la frase la desesperanza aprendida para describir la respuesta de evitación y escape debilitada que mostraban perros expuestos a incontrolables shock de laboratorio.

Desánimo aprendido: Se utiliza el término desánimo aprendido en animales para describir una interferencia en la capacidad de responder dentro de una adaptación, la cual es causada por el sometimiento del animal a choques inescapables y también se usa para describir el proceso que está subyacente en las formas de conducta.

Desesperanza Universal: La desesperanza Universal es caracterizada por la creencia de que un resultado es independiente de las propias respuestas.

Desesperanza personal: En la desesperanza personal el individuo puede pensar que el problema (situación no controlada para él) tiene solución, pero él carece de la capacidad para solucionarla.

Dimensión Atribucional: Es entendida como un atributo, calificativo o juicio que se hace sobre algo. Las propiedades de las atribuciones predicen en cuales situaciones nuevas y a través de qué período de tiempo ese estado de expectativa de la desesperanza ocurrirán más probablemente.

Fracaso: Se refiere a la no obtención de un resultado deseado, el fracaso es una parte de incontabilidad que involucra resultados negativos. La teoría original de desesperanza no diferenció los efectos de la incontabilidad de acuerdo a la valencia de los resultados.

9.6. FINALIDAD O UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

La investigación es pura.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

El paradigma es histórico hermenéutico, ya que se realizó una revisión teórica.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

No dice el tipo de investigación, pero se asume que es hermenéutico.

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

Análisis de contenidos.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

No tiene, ya que es una revisión teórica pero se puede asumir que la muestra serían los libros.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

No tiene técnicas ni instrumentos.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

No tiene un capítulo denominado como tal.

10.2. CONCLUSIONES.

Los autores a partir de la revisión bibliográfica que realizaron llegaron a la conclusión que este modelo “desesperanza aprendida”, explica muy acertadamente el estado psicológico de incontrolabilidad; podría acercarnos a explicaciones muy claras acerca del comportamiento social característico de esta ciudad donde todos parecen conformes de lo que pasa en el campo de los servicios públicos, obras de bienestar social y del comportamiento de sus habitantes.

Las autoras consideran que este estudio tan profundo conducirá a ampliar datos pertinentes al tema tratado por ellas. Cabe anotar que las autoras de la investigación hacen muy pocos aportes en las conclusiones y se limitan a hablar textualmente del modelo de desesperanza aprendida.

10.3. RECOMENDACIONES.

En la investigación no hay un capítulo como tal, pero se encuentra en un capítulo donde sugieren posibles temas de investigación que se derivan de la revisión bibliográfica como son: en el área educativa a nivel preescolar y clínica específicamente en sujetos que padecen de carcinoma, en el cual los pacientes y familiares elaboran un duelo prematuro y desarrollan desesperanza, ante la probable pérdida.

También con respecto a la crianza de los niños, en cuanto al tipo de experiencias que puedan proteger mejor a los niños contra los efectos debilitantes de la desesperanza y la depresión.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 2)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

2002, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Descripción de las creencias irracionales en adultos de edad temprana (20 a 40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico”.

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Dra. Irene Polo

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Ana Milena Cantillo Gallardo, Maryury Cervantes De La Hoz, Yeimi De la Rosa Navarro y Ennys García Sanabria.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada una línea a la cual pertenezca la investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

El documento no hace referencia a los elementos básicos que debe tener una justificación, como aporte a la institución, científico, entre otras.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

La perspectiva teórica elegida por los investigadores para guiar su proceso de investigación fue la de Beck (1963, 1964, 1969). El modelo cognitivo propuesto por el autor establece tres (3) conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1. La tríada cognitiva.
2. Los esquemas.
3. Los errores cognitivos (errores del procesamiento de la información)⁶².

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.

Explorando el tema de pérdida se encuentra que los desórdenes psíquicos, involucran un problema cognoscitivo. Los pacientes deprimidos muestran distorsiones específicas. Tienen una visión negativa de su mundo, un concepto negativo de sí mismos y una evaluación negativa de su futuro: la tríada cognoscitiva.

⁶² BECK, Aaron. Op. Cit. P. 18.

8.2.2. Marco Histórico.

El proceso histórico de las creencias irracionales no está en la presente investigación.

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación se realizó en el Departamento del Atlántico creado en 1910, con una población de 1'879.169 habitantes; su capital es el Distrito de Barranquilla, sus municipios son 23, los límites son al norte el Mar Caribe, al oriente el Río Magdalena, por el sur y el occidente con el Departamento de Bolívar. Se destacan la Serranía del Caprio, el Pajal de Piedra, Piojó y Santa Rosa. Hablan del comercio, transporte, actividad manufacturera, la agricultura, la pesca, la ganadería y sus principales grupos turísticos.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Las investigadoras están de acuerdo con lo planteados por Ellis en la TRE, puesto que los seres 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, perfeccionismo, frustración, preocupación, dependencia, etc., relativa o moderadamente altos para ser competentes y capaces de vivir en sociedad, el “corto circuito” se produce cuando estos niveles son irracionales, esto quiere decir, que sean demasiado altos e inalcanzables.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

¿Cuáles son las creencias irracionales en los adultos de edad temprana (20-40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y que residen en el Departamento del Atlántico?.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

Describir creencias irracionales en adultos de edad temprana (20-40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico”

9.2.2. Objetivos Específicos.

Describir las siguientes creencias irracionales en adultos de edad temprana (20-40 años) con discapacidad sensorial visual 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.
-
- Comparar las creencias irracionales en adultos de edad temprana con discapacidad discapacidad sensorial visual (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 discapacidad sensorial visual 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 discapacidad sensorial visual baja visión y ceguera.
-
- Identificar el componente de la tríada cognitiva, visión de sí mismo, visión del mundo y visión de futuro, que se encuentra más comprometido en adultos de edad temprana con

discapacidad sensorial visual que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene capítulo de propósito ya que esta investigación no es aplicada.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

La investigación tiene dos (2) variables:

1. Creencias irracionales: “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 las perturbaciones emocionales”.

2. Depresión: “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”.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura ya que es la que se realiza con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Cuantitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Empírico- analítico.

9.7.1.2. Diseño.

El estudio es de tipo descriptivo-comparativo, “esta investigación trata de describir las principales modalidades de formación, cambios o estructuras de un fenómeno, pero sin intentar determinar relaciones causales”. Según Ovalle Víctor y Vásquez Francisco. Diseño y presentación de informes de grado en psicología y Ciencias Sociales

9.7.1.3. Tipo de investigación.

El tipo de investigación es descriptivo

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La población de esta investigación son los adultos tempranos (20-40 años) con discapacidad sensorial visual que residen en el Departamento del Atlántico; considerando como fuente la información arrojada por el DANE en el censo del año 2000, la población está conformada por 246 personas con D.S.V.; el muestreo es no aleatorio, denominado muestreo intencional.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Inventario de la depresión de Beck.

El IBT de Jones.

Cuestionario de la tríada cognitiva elaborado por las investigadoras.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

Después de llevar a cabo un análisis exhaustivo de los resultados se tabuló la información en puntuaciones brutas y en porcentajes a través de redes causales y matrices descriptivas,

comparando variables y subcategorías. Para ello se utilizó la regla de tres simple. Después de este proceso las investigadoras llegaron a la conclusión que existe una asociación entre distorsiones cognitivas, pensamientos deformados y la depresión, evidenciando con lo anteriormente mencionado los pensamientos deformados ubicados en la categoría arraigado y medio son los que están sosteniendo la depresión tipo leve y/o moderada.

Los pensamientos deformados se dan con frecuencia en las personas deprimidas; éstos en su gran mayoría se encuentran afectados pero no dejando de lado que se hallaron otros pensamientos deformados en D.S.V. lo que indica que hay una variación en este aspecto, existiendo la posibilidad que cualquiera de estos pensamientos se encuentren afectados, dependiendo tanto de la depresión como de la D.S.V.

Por último se encontró un alto porcentaje con respecto a no recordar un hecho feliz significativo en cada una de las etapas del desarrollo de los D.S.V. 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 investigaciones no pueden afirmar que el no recordar los eventos felices se deba a su D.S.V.

10.2. CONCLUSIONES.

Las investigadoras llegaron a la conclusión 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 estos. Con respecto a esta investigación es importante mencionar

que no se hallaron diferencias significativas en las creencias y pensamientos deformados de los D.S.V. con depresión en comparación con la población normal con depresión.

En la población se encontró depresión leve, con 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 la creencia irracional de perfeccionismo, se presentó tanto en adultos con depresión leve y moderada.

10.3. RECOMENDACIONES.

A nivel metodológico se recomienda:

-A ayudar a la realización de programas en el manejo, control y prevención del trastorno psicológico en los adultos con D.S.V. que presentan depresión.

A nivel conceptual se recomienda:

-Realizar investigaciones sobre personas discapacitadas.

-Estudios comparativos de las creencias irracionales de los adultos con D.S.V. que presentan depresión.

-Futuras investigaciones sobre las etapas de ajuste y adaptación con el fin de conocer el estado emocional de la persona en el momento mismo en que queda discapacitada y

reconocer este proceso en las personas discapacitadas, y así mismo reconocer si estas etapas se presentan y como se presentan.

-Fomentar investigaciones donde se tenga en cuenta los D.S.V. tipo congénito y adquirida.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 3)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Universidad Del Norte.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1998, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Esquemas maladaptativos tempranos como predictores de depresión clínica”

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Walter Riso

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Silvia Mejía Arango, Piedad Liliana López, María Victoria Jiménez.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada una línea a la cual pertenezca la investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

La importancia para la investigadores radica en la tarea de aclarar el papel de los esquemas como factores de vulnerabilidad para la depresión para realizar prevenciones secundarias y terciarias y continuar la línea de Medellín que han desarrollados estudios referidos a los esquemas E.M.T. para instituciones.

Crear programas de prevención primaria que permitan realizar acciones encaminadas a disminuir el riesgo de depresión.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

Teoría cognitiva de Beck (1976).

Esta teoría sostiene que la depresión se debe más a desórdenes del pensamiento que afectivos. Esta sostiene que en las personas depresivas hay una tríada cognitiva donde las personas muestran pensamientos negativos frente a ellos mismos, el mundo y el futuro.

Teoría de la desesperanza aprendida (1974-1975).

Esta fue propuesta por Seligman. Esta teoría sostiene que la situación aversiva se convierte en depresión cuando los intentos infructuosos por reducir la descarga llevan a la percepción de la incontrolabilidad de la situación dada. Para Seligman, el estilo explicativo es el gran modulador de la desesperanza aprendida, así un estilo explicativo optimista bloquea la experiencia de desesperanza, por el contrario, un estilo explicativo pesimista permite que la misma experiencia de desesperanza que la persona siente sea grande.

Teoría reformulada de la desesperanza aprendida por Abramson y Cols (1978).

Esta teoría sostiene que las atribuciones que realiza una persona son los que en realidad juegan un papel importante y mediador para que ocurra un incremento de afecto negativo. Abramson sugiere que la percepción de desesperanza y por ende la depresión incrementa su probabilidad de acuerdo a los errores atribucionales ante situaciones de fracaso y éxito,

Teoría original de Beck.

Según Beck, el esquema depresivo o depresónico está conformado por una fuerte negatividad y pesimismo. Él sostuvo que los depresivos distorsionan la información. La idea central de este modelo es que existen representaciones cognitivas que caracterizan a los sujetos dependientes y a los sujetos autocríticos y que estas representaciones ejercen una influencia sobre la interpretación de los datos.

Teoría de la predisposición cognitiva al stres. Alloy y Cols (1985).

Esta teoría sostiene que hay ciertos individuos que tienen estilos cognitivos propios en la forma de procesar la información que los convierten más vulnerables a la depresión cuando se enfrentan con experiencias negativas. Esta teoría sostiene que los síntomas depresivos son el resultado de una secuencia de eventos encadenados que aparecen, aumentando la probabilidad de la depresión.

Teoría ortogenetica evolucionista Guidano y Lioth (1983).

Esta teoría sostiene que el sujeto construye teorías personales sobre sí mismo, el mundo y las otras personas, de acuerdo a sus experiencias de contacto, directas e indirectas, con el medio que lo rodea. Dado ciertos prerequisites cognitivos y afectivos al tema central de los esquemas comienzan a desarrollarse desde la niñez.

Teoría de Attachment. Safrán y Greenberg (1989), Guidano y Lioth (1983).

Esta teoría sostiene que el ser humano comienza a construir sus estructuras cognitivas afectivas a partir del vínculo con sus padres. Este vínculo recibe el nombre según Bowlby (1980) de Attachment y es definido como una estructura cognitiva que se constituye durante el curso del desarrollo, desde las disposiciones innatas y enriquecidas por los datos de la experiencia. Dirigida por la búsqueda del niño a la proximidad y el contacto físico.

Esquemas maladaptativos tempranos.

Esta teoría fue planteada por Jeffrey y Young en el año 1990; ésta se asocia a la teoría cognitiva propuesta por Beck en 1979 en la que los esquemas maladaptativos son definidos por Young como estructuras mentales extremadamente estables y duraderas que se elaboran durante la infancia y se desarrollan a través de la vida del individuo sirviendo como determinantes del procesamiento y experiencias posteriores

8.2.2. Marco Histórico.

En cuanto al Marco Histórico y desarrollo de los conceptos o variables que realizan los investigadores en un orden cronológico, como puede verse en el documento elaborado por los investigadores.

8.2.3. Marco Geográfico.

Lo que dice la investigación utilizando los términos del instructivo, en cuanto a los aspectos teleológicos, estos investigadores no se refieren a ninguno de ellos, porque esta es una investigación teórica. En cuanto a los aspectos relacionados con la planta física, a pesar que la investigación fue realizada en una institución, los investigadores no se refieren a ella. En cuanto a los objetivos, éstos son coherentes con la pregunta problema; el objetivo depende de la definición de la variable, las dimensiones de la variable.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Aquí los investigadores resaltan la importancia de conocer los diferentes niveles de análisis y modelos que estudian la depresión, para abarcar la problemática desde diferentes perspectivas.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

¿Cuáles esquemas maladaptativos tempranos se encuentran asociados a la depresión en grupo de pacientes entre 18 a 50 años diagnosticados con depresión mayor según los criterios de D.S.M. IV en el inventario de depresión de Beck?

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

Analizar los puntajes de un grupo de pacientes diagnosticados con depresión mayor en test de esquemas maladaptativos tempranos sobre la depresión.

9.2.2. Objetivos Específicos.

- Determinar mediante el test de esquemas maladaptativos tempranos, los esquemas presentes en la depresión clínica diagnosticada mediante el inventario de depresión de Beck y los criterios diagnosticados para depresión mayor del D.S.M IV.
- Determinar mediante el test de esquemas maladaptativos tempranos, los esquemas predictores de la depresión clínica diagnosticada mediante el inventario de depresión de Beck y los criterios diagnósticos para depresión del D.S.M. IV.

9.3. HIPÓTESIS.

1. Los esquemas maladaptativos tempranos están presentes y son factores predictivos de la depresión mayor.
2. Los esquemas maladaptativos no están presentes y no son factores predictivos de la depresión mayor.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

La presente investigación se propone evaluar los esquemas maladaptativos tempranos en la depresión clínica a través de la aplicación del test de esquemas maladaptativos tempranos a sujetos con depresión mayor diagnosticadas según el inventario de depresión de Beck y los criterios diagnósticos para depresión mayor del D.S.M.IV.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

Depresión: Definida según el puntaje obtenido en el inventario de depresión de beck.

Esquemas maladaptativos tempranos: Constituida por las puntuaciones obtenidas en las 15 subescalas descritas en el cuestionario de esquemas maladaptativos tempranos. Los esquemas maladaptativos tempranos fueron definidos como una entidad organizacional

cognitiva que contiene todo el conocimiento de uno mismo y el mundo. Desde el punto de vista clínico Beck (1964) introdujo el concepto de esquema en el contexto de su trabajo sobre el modelo de depresión para los años de 1984. Hollon y Kris hablaron de esquema de manera oficial.

En los años de 1991 Freeman plantea que los esquemas sesgan nuestras interpretaciones de forma consistente y poseen cualidades estructurales adicionales como capacidad informacional, flexibilidad o rigidez, son aprendidas y desarrolladas durante la infancia.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

Analizar la presencia de los esquemas maladaptativos tempranos en un grupo de sujetos con depresión clínica y así establecer su correlación y su valor predictivo.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Descriptiva

9.7.1.1. Paradigma.

Es empírico- Analítico

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: sujetos depresivos que asisten a consulta psicológica y privada de los profesionales seleccionados.

Muestra: 70= sujetos depresivos, con edades de 18 a 50 años de ambos sexos, estrato social 4-6, con una escolaridad mínima de 10 años.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

- Cuestionario de esquema maladaptativo temprano. Los autores de esta prueba fueron Jeffrey E. , Young y Gary Brown (1989).
- Inventario de depresión de Beck, construido por Beck y Cols, 1961, consta de 21 items de síntomas típicos.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

Los resultados de la investigación demostraron una relación entre esquemas maladaptativos tempranos y depresión. Entre los esquemas encontrados tenemos el área de autonomía que está relacionado con el área de dependencia.

Otro aspecto encontrado es que en los sujetos clínicamente depresivos los esquemas cognitivos están caracterizados por un contenido negativo.

10.2. CONCLUSIONES.

En esta investigación no se hace referencia a las conclusiones.

10.3. RECOMENDACIONES.

Realizar nuevas investigaciones que desemboquen en propuestas conceptuales que permitan realizar nuevas investigaciones sobre el tema de la depresión ya sea para aumentar el conocimiento o implementar programas de prevención y/o tratamiento.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 4)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Corporación Mayor para el Desarrollo Simón Bolívar.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

2001, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Descripción de los procesos de intervención y rehabilitación en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI” de la ciudad de Barranquilla”.

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Adriana Altamar (Psicóloga).

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Meivis Goenaga G., Katya Reales y Nadia Soto.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada una línea a la cual pertenezca la investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

Los investigadores que desarrollaron esta tesis, buscan como fin una participación activa de la familia, del personal interdisciplinario y de los otros sistemas que hacen parte del ecosistema (familia, amigos, medio ambiente) con los cuales el individuo tiene un sistema de relación que a la vez facilite una amplia visión y ayuda en el proceso de lucha contra la depresión.

La intervención y rehabilitación en el programa de depresión desde la perspectiva ecosistémica brinda beneficios a pacientes, a la institución y al personal que participa en el proceso desarrollando una forma activa de combatir el problema.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

La depresión se ha definido como el sentimiento persistente y sostenido de que el “Yo” no vale nada, el mundo carece de sentido y el futuro no tiene esperanza.

Una definición clínica es un período de ánimo deprimido o falta de interés o placer que dura al menos dos semanas y ocasiona una significativa alteración de las áreas sociales.

Teorías biológicas.

Proponen que las causas de la depresión se encuentran ya sea en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia.

Teoría Psicodinámica.

Freud y Karl Abraham describieron a la depresión como una reacción ante la pérdida. La depresión o melancolía como Freud la llamó, es una aflicción confusa, excesiva que con frecuencia no tiene relación con el interno y al parecer es injustificada.

Edward Biking (1953) consideró la depresión como la expresión emocional de la importancia del ego para mantener un sentido del “yo” deseado.

Perspectiva conductual.

Los conductuales consideran la depresión de forma diferente, dicen que las personas deprimidas se encuentran en situaciones estresantes, tienden a afrontarlos mediante el retraso y el intento de obtener apoyo emocional por parte de otras personas.

Perspectivas cognitivas.

La base de esta es la idea de que la misma experiencia puede afectar a dos personas en forma muy diferente.

Modelo de distorsión cognitiva. Beck (1967-1976).

Argumenta que la depresión es básicamente un trastorno del pensamiento que del estado del ánimo. Beck cree que una persona deprimida culpa a sus defectos de cualquier desgracia.

Perspectiva humanística-existencia.

Se enfocan hacia la pérdida de la autoestima como la causa central de la depresión, el objeto perdido puede ser real o simbólico.

Carl Rogers (1951-1980) humanista, hace énfasis en la diferencia entre el yo ideal de una persona y sus percepciones del estado real de las cosas como la fuente de depresión y ansiedad.

Perspectiva ecosistémica.

Surge como el resultado de un salto paradigmático. Propone que la depresión es un sistema manifestado debido a una disfunción familiar, en donde si el comportamiento y desarrollo de un individuo son desadaptativos en relación con el exterior, pueden ser funcionales y adaptativos dentro del sistema familiar.

Teoría general de los sistemas (Ven Bertalanffy 1961).

Esta teoría estudia totalidades formadas por partes interconectadas. Define un sistema como el conjunto de reglas o principios sobre una materia enlazados entre sí de manera que forman un todo.

Hail y Fagen (1956) definen sistema como un conjunto de relaciones entre los objetos y entre sus atributos donde los objetos son las propiedades de dichos objetos y las relaciones mantienen unido al sistema.

Teoría de la comunicación (1952).

Se comenzó a estudiar como los organismos envían mensajes que le son devueltos y cómo interactúan con base en el intercambio de tales mensajes.

8.2.2. Marco Histórico.

Esta investigación no posee un Marco Histórico.

8.2.3. Marco Geográfico.

Esta investigación fue realizada en el Centro de Atención y Rehabilitación “CARI” de la ciudad de Barranquilla.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

“Nos abrió campo a nuevas experiencias y la búsqueda de nuevas prácticas de intervención de los trastornos del estado de ánimo y otros trastornos que a la vez son de igual importancia; facilitó a ampliar conocimientos básicos del modelo terapéutico y los trabajos de intervención desde esta perspectiva.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

¿Cómo son los procesos de intervención y rehabilitación integral en el “CARI” de la ciudad de Barranquilla?.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

Describir los procesos de intervención y rehabilitación en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI” de Barranquilla desde el modelo ecosistémico

9.2.2. Objetivos Específicos.

Describir el funcionamiento del programa actual de depresión en cuanto al proceso de rehabilitación (actividades y tratamiento del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI”)

Identificar los focos de evaluación e intervención del programa de depresión en el “CARI”.

Describir los procesos de intervención que se implementan en el programa de depresión del “CARI”.

Describir la estructura y funcionamiento del sistema terapéutico (equipo terapéutico, paciente y familia) del programa actual para pacientes diagnosticados con depresión en el “CARI”.

Identificar el concepto o sistema de creencias del equipo terapéutico sobre rehabilitación y depresión.

Describir la estructura y funcionamiento familiar de los pacientes depresivos que asisten actualmente al programa de depresión.

9.3. HIPÓTESIS.

No son fijas a lo largo del proceso de investigación sino que se trabaja dentro del enfoque heurístico o generativo, lo que significa que cada hallazgo con relación a ella se convierte en un punto de partida al nuevo ciclo investigativo dentro de un mismo proceso de investigación.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene un capítulo de propósito ya que esta investigación no es aplicada.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

Variable de estudio 1: Intervención terapéutica: En un sentido literal significa “venir entre la acción, entender o intervenir”. Intervención se trata de lo que el psicólogo o psiquiatra “va a decir” o “hacer” para ayudar a su paciente a descubrir el sentido de su discurso y de sus acciones, es cuando el terapeuta interviene entre las personas y sus problemas personales.

Variable de estudio 2. Rehabilitación: Proceso de restauración de una persona con discapacidades, si no a nivel de funcionamiento y posición social que tenía antes del comienzo de la enfermedad, por lo menos o una situación en la que pueda hacer el mejor uso de sus capacidades residuales dentro de su contexto social.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura ya que se realizó con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos en la investigación realizada.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptiva

9.7.1. Investigación Cualitativa

Porque permite familiarizarse con fenómenos relativamente desconocidos, obedece a una modalidad de diseño estructurado y flexible.

9.7.1.1. Paradigma.

Es histórico- hermenéutico.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

Es de estudio descriptivo de tipo cualitativo.

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

La modalidad utilizada fue la intencional, la cual consiste en que los objetos se seleccionaron con criterios de convivencia, o sea de manera arbitraria.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Para esta investigación el universo utilizado fue de 303 pacientes que asisten al programa de Depresión del "CARI". La población estuvo conformada por 50 pacientes y se obtuvo una muestra representativa de 11 pacientes que cumplieron con los criterios establecidos por los investigadores. Estos pacientes estaban en edades entre 25 y 64 años. El equipo terapéutico conformado por dos (2) psiquiatras, una (1) psicóloga, dos (2) practicantes de psicología y una familia conformada por cinco (5) miembros que participan activamente en el proceso.

Muestra:

Fue seleccionada en el CARI en el barrio Los Pinos y que diariamente atiende casos de depresión. El tipo de muestra no es aleatorio (ya que no todos los sujetos de la población tienen la misma posibilidad de ser seleccionados en la muestra).

9.9: TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Entrevistas semiestructuradas elaboradas por el grupo investigador.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

No tiene aspectos de contenido.

10.1. RESULTADOS.

No tiene un capítulo denominado como tal.

10.2. CONCLUSIONES.

La finalidad de intervenir a los pacientes están encaminados en la búsqueda de mejorar los síntomas, no teniendo en cuenta las interacciones que tenga el paciente con el sistema circundante. Se busca además, que el individuo pueda volver a sus actividades cotidianas sin ningún problema, por esto la institución "CARI" desarrolla talleres psicoeducativos, terapias de grupo e individuales por psiquiatría y psicología. La colaboración de la familia y del medio que rodea al paciente, son importantes al momento de la rehabilitación, aunque en ocasiones los familiares atribuyen el hecho de la recuperación al paciente que es su responsabilidad responder al tratamiento, de igual forma los medicamentos son de vital ayuda para la recuperación, de esta forma se responde a los objetivos planteados en esta investigación.

10.3. RECOMENDACIONES.

Los investigadores han planteado recomendaciones como la implantación de talleres, convivencias y capacitaciones sobre temas de comunicación familiar, así mismo terapias familiares que contribuyen al mejoramiento de los procesos de intervención y rehabilitación de la depresión.

Crear además, un programa integral de intervención familiar para la asistencia de familias en estos procesos de intervención que cree una red de apoyo entre familias, paciente y equipo terapéutico.

A nivel institucional da un seguimiento a las familias y pacientes atendidos, desarrollan programas psicoeducativos, temas relacionados con recursos personales y familiares, con respecto a la rehabilitación, brindar apoyo para lograr un medio de vida familiar satisfactorio, brindar mayor cobertura en las ventas de medicamentos, accesibilidad para el personal asistente al "CARI", fomentar campañas publicitarias relacionadas con la salud mental.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 5)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Universidad del Norte.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1984. Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Revisión teórica y análisis crítico de la depresión bajo el enfoque comportamental”

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Carlos Acosta Barros (Psicólogo).

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Evelyn Alvarez, Silvia de Ariza, Ana Lida Coronell.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada una línea a la cual pertenezca la investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

No tiene un capítulo destinado a la justificación, tampoco en el documento se hace referencia a los elementos básicos de la misma.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

La perspectiva teórica elegida por los investigadores para guiar su proceso de investigación fue la teoría cognoscitiva de la depresión por Beck ésta se basa en la explicación de que el afecto y el comportamiento de un individuo se estructuran fundamentalmente en la forma que se estructura su mundo.

La teoría y las técnicas cognoscitivas están encaminadas a entender y a modificar el paradigma personal de modo que no siga sumergido en esa área; es por eso que la terapia intenta modificar los esquemas erróneos del individuo.

La teoría del déficit de autocontrol.

Estas teoría fueron inicialmente retomadas por Krasmer y Ullman en 1973, hace énfasis en el papel de las consecuencias demoradas no controladas inmediatamente por el individuo como la fuente real del control. El enfoque situacional no acepta que las consecuencias autoprogramadas puedan reemplazar consecuencias externas no controladas, ni que estas funcionen en forma similar. Por el contrario, plantea que el organismo posee recursos para moderar esta influencia distante, pero estos recursos funcionan de manera diferente a los postulados por los psicólogos mediacionales.

Teoría Biológica.

Estos en sus inicios fueron retomados por Zis y Goodwin. Este enfoque define la depresión como un producto de alteraciones en los sistemas endocrinos y neurológicos y en general en los trastornos a nivel fisiológico. Estos autores han considerado que las manifestaciones de este trastorno afectivo está asociado a un déficit funcional en sistemas de alta distribución a través del sistema nervioso central que tiene funciones integrativas fundamentales.

8.2.2. Marco Histórico.

La terapia del comportamiento se halla en su parte en el desarrollo de la psicología rusa, básicamente en los escritos de Pavlov en el año de 1927. Según Skinner los trabajos de Edward Lee Thordike se constituyeron en un gran aporte para el desarrollo de la terapia del comportamiento.

Wolpe fue otro científico que ha dado impulso al desarrollo de la terapia del comportamiento; su principal contribución ha sido *Psychoterapy by Reciprocal Inhibition* 1952. Según Lewinston la primera aplicación de tratamiento conductual a individuos depresivos se reporta en 1968, luego en 1969 se conoció el primer estudio sistemático de la depresión desde el enfoque comportamental.

De acuerdo a Beck los estudios experimentales que han suministrado una base más firme tanto teórica como empírica para la terapia cognoscitiva han sido realizados por algunos investigadores conductuales orientados, entre ellos Mahoney, 1974, Meichenbaum (1977), Gold Fried y Davison (1976); esta teoría según Beck y otros ofrece un modelo hipotético sobre la predisposición psicológica de la depresión, postulando que las experiencias tempranas proveen la base para conformar estructuras disfuncionales.

Para los años de 1973 Miller y Seligman publicaron el primer trabajo desesperanza aprendida.

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación no tiene Marco geográfico ya que es un revisión histórica pues no se realiza en un marco geográfico determinado.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

El aporte de las investigadoras no se encuentra de una manera explícita en el documento, pero en un capítulo llamado consideraciones finales se encuentra de manera implícita.

Las investigadoras dicen que el desarrollo histórico de las terapias de comportamiento ha demostrado que este enfoque es mucho más aplicable en general a los fenómenos clínicos de lo que se había pensado.

Por otro lado ella sostiene que la psicología desde hoy hasta sus inicios se ha mantenido en lo esencial en cuanto al trastorno depresivo.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

No tiene Formulación del Problema.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

No tiene Objetivo General. Están implícitos.

9.2.2. Objetivos Específicos.

No tiene Objetivos Específicos.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene propósito la investigación.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

No tiene.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura porque pretende enriquecer los conocimientos en un área determinada de la ciencia.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Histórico- Hermenéutico.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

Hermenéutico

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

Análisis de contenido.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

No tiene.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

La técnica de recolección de datos la constituye la recensión bibliográfica, la exploración textual y el procesamiento de información de fuentes electromagnéticas y computarizadas.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

No tiene un capítulo denominado como tal.

10.2. CONCLUSIONES.

Existe una evidencia prometedora de la eficacia de la terapia conductual para la depresión. La investigación hasta la fecha parece indicar que al menos un subgrupo de terapias conductuales han demostrado su eficacia para mejorar la depresión. Los examinadores que

hemos citado, en particular la terapia conductual de Beck. La terapia de autocontrol de Rehm, el enfoque de Lewison y su entrenamiento de habilidades sociales pueden ser agregados a esta lista. La mayoría de los estudios que demuestran claros efectos han sido elaborados principalmente por el inventor de la técnica.

10.3. RECOMENDACIONES.

Enfatiza sobre un mayor cuidado para delinear y describir poblaciones con el fin de asegurar la comparabilidad de los estudios. Se pueden sugerir muchas dimensiones descriptivas, demográficas, incidencia de varios síntomas específicos como curso e historia del desorden familiar, son algunos tipos de variables que ayudarían a establecer comparabilidad entre los estudios, así como a suministrar la base para investigaciones posteriores que lleven a resultados pronosticables.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 6)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Corporación Mayor del Desarrollo Simón Bolívar

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

2001, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Depresión en un grupo de ancianos que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad” “El Carmen Viejo Muelle en Puerto Colombia”.

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Margarita Cardeño.

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Leikys Del Carmen Almeida Sarmiento, Gladys Viviana Bermúdez Flórez, Marien Paola García Marín y Yully Esther González Muñoz.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada una línea a la cual pertenezca la investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

Esta investigación se considera importante para los estudiantes y profesores para que amplíen el horizonte terapéutico y seguir esta línea de investigación para que surjan nuevos aportes en este campo. La importancia para la comunidad radica en que la comunidad conozca que las personas de esta edad adulta tardía requieren apoyo, amor, cuidado de las personas que las rodean.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

En cuanto a las perspectivas teóricas algunas teorías definen la vejez un proceso lleno de sabiduría, de plenitud que se da a partir de los 60 años. Entre los autores que relacionaron este hecho tenemos a Erikson (1978), este autor asume una perspectiva más social ante el desarrollo de la personalidad la cual sigue desarrollándose hasta la existencia.

Este autor describe ocho (8) etapas del desarrollo por las que pasa un individuo, en la última etapa este autor describe algunos cambios que se dan en la edad adulta tardía o vejez, por tal recibe el nombre de integridad V.S. desesperación. El considera que estas personas enfrentan una necesidad por aceptar su vida con el fin de aceptar su muerte.

8.2.2. Marco Histórico.

En esta investigación no se relaciona el Marco Histórico.

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación no tiene Marco geográfico ya que es un revisión histórica pues no se realiza en un marco geográfico determinado.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Las investigadoras no hacen aportes personales a la investigación.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

¿Cómo se presenta la depresión en un grupo de ancianos que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad “El Carmen Viejo Muelle en Puerto Colombia”?

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

“Describir cómo se presenta la depresión en un grupo de ancianos que asisten al Grupo de Vida de la Tercera Edad “El Carmen Viejo Muelle” en Puerto Colombia”.

9.2.2. Objetivos Específicos.

Identificar los aspectos más significativos presentes en los ancianos clasificados con niveles de depresión.

Registrar la incidencia de los factores asociados a la depresión tales como dependencia económica, estado civil, presencia o ausencia de hijos, escolaridad y estado de salud.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

Esta investigación es pura, porque está destinada a enriquecer los conocimientos de un área determinada de la ciencia psicológica.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

Depresión: Es una alteración del estado de ánimo que se caracteriza por sentimientos de tristeza; desgano, falta de energía para llevar a cabo cualquier actividad, pensamientos de culpa o de inutilidad excesivas.

Estos síntomas provocan malestar en las personas que lo padecen e interfieren en el desarrollo normal de su vida cotidiana (Tremo Jiménez, Bernabé 1998).

Vejez: Es un proceso lleno de sabiduría, de plenitud que se da a partir de los sesenta años (Erikson 1978).

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura ya que está destinada a enriquecer los conocimientos de un área determinada de la ciencia psicológica.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Cuantitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Empírico- analítico

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

Diseño descriptivo.

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

No aparece reseñado la modalidad de investigación.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Un grupo de ancianos que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad “El Carmen Viejo Muelle” en Puerto Colombia.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Escala de depresión geriátrica (Yesavage), se valida en pacientes ancianos no demenciales.

Hoja de vida, aquí se registran datos como escolaridad, estado civil, número de hijos, dependencia económica.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

No aparecen reseñados los aspectos de contenido en la investigación,

10.1. RESULTADOS.

Los resultados arrojaron que el 88.8% de las personas sienten que su vida está vacía.

El 66% de las personas deprimidas se sienten desamparados, que no valen nada. El 66% de las personas con depresión creen que las otras personas están mejores que ellos.

Esto determinó que existen dos (2) ancianos con depresión severa y 16 ancianos con depresión moderada.

Según los investigadores se puede establecer que en los ancianos, el nivel de depresión moderada influyen factores tales como ser viuda, ser solteras, depender económicamente de los hijos.

En los ancianos con depresión severa los factores que tuvieron mayor incidencia fueron ser viuda, ser solteras y depender económicamente del hijo y del rebusque en un estado de salud regular.

10.2. CONCLUSIONES.

Los factores que más incidieron en los ancianos con depresión fueron el depender económicamente y el ser viudas. Otro rasgo importante en esta investigación fue el hecho de encontrar solamente dos (2) personas con depresión severa. En total se puede resumir de 84 mujeres sólo 18 presentaron depresión.

10.3. RECOMENDACIONES.

Continuar la línea de investigación con estudios orientados en la planeación y ejecución de programas de tipo población. Entre los estudios sugeridos están correlación entre viudez y depresión. Correlación entre soledad y depresión. Describir la personalidad del anciano. Descubrir la sexualidad después de los 60 años.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 7)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Universidad del Norte.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1997, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto de acuerdo al juicio de los psicoterapeutas que laboran en la ciudad de Barranquilla.

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Guillermo García H.

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

María Cristina de Duque H. y Leila V. Vera M.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

Descriptiva, trastornos psicológicos, depresión y ideación y fantasía suicida.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

Existen innumerables factores en la sociedad y en la cultura en lo que los que el hombre se encuentra inmerso siendo éstos, determinantes para su personalidad, además de los factores biológicos y psicológicos que condicionan el desenvolvimiento de sus potencialidades. La depresión es uno de las más antiguas formas de sufrimiento humano siendo notable su aumento en estadísticas a nivel mundial. El objetivo de esta investigación es describir los factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión de acuerdo al juicio psicoterapéutico del personal que labora en la ciudad de Barranquilla.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

Karl Abraham (1911) interpretaba la depresión como consecuencia de una represión de la libido, encuentra una ambivalencia hacia los demás donde la búsqueda del amor está bloqueada por sentimientos de odio debido a la incapacidad del individuo por reconocer su hostilidad. Lo depresivo surge de la ambivalencia frente al objeto a partir de la reiteración de la situación infantil.

Freud hace una comparación entre pena moral y melancolía. La pena moral sobreviene por la pérdida del ser amado o a su equivalente (patria, libertad, ideal, etc.) . La melancolía es el estado de ánimo profundamente doloroso donde cesa el interés por el mundo entre otros. Dice que el objetivo perdido es valioso en la medida en que el sujeto está identificado con él.

Melanie Klein, dice que la esencia de la culpa reside en la sensación de que el daño hecho al objeto amado tiene por causa los impulsos agresivos del sujeto,

Laude Rodo expresa que el depresivo experimenta seguridad y bienestar sólo cuando se siente amado, apreciado y alentado, pues su autoestima depende de que cuente o no con la aprobación y el reconocimiento de los demás.

León Greenberg, le da importancia a la culpa persecutoria en el origen de la depresión. Los típicos autorreproches, estados de apatía, resentimiento, humijllación, etc., representan

algunas de las múltiples manifestaciones de este sentimiento de culpa en estas personalidades.

Bleichman, sostiene que la depresión corresponde a una condición, la pérdida del objeto y constituye un estado en que se vive un deseo como irrealizable.

Edith Jacobson, el conflicto básico de los desórdenes afectivos está dado porque la frustración provoca una reacción de rabia que da lugar a tentativas hostiles del logro de la gratificación deseada; pero si el yo no logró esto la agresión se devuelve hacia la imagen de sí mismo.

Bibing, afirma que la depresión representa un estado afectivo que indica un estado del yo en términos de desamparo e inhibición de funciones.

Tellenbach, considera que el mundo del depresivo está dominado por la disciplina, la escrupulosidad y una imperiosa necesidad de complacer a personas significativas.

Beck (1972), afirma que los enfermos depresivos incurren en errores lógicos de minimizar y magnificar los propios aciertos y desaciertos.

Los desórdenes depresivos no constituyen una perturbación del estado de ánimo primario sino fundamentalmente un desorden cognitivo.

Kurt Adler, dice que los depresivos tratan de respaldarse siempre en los otros y no abandonan el recurso de exagerar sus propias debilidades para forzar el apoyo, la adaptación y el sometimiento de los demás.

8.2.2. Marco Histórico.

La Segunda Guerra Mundial marcó el comienzo de la era de la ansiedad, conociéndose la última parte de este siglo como “la era de la depresión” .

Carothus (1947, 1951 y 1959) corroboró en sus estudios de la cultura africana que la incidencia de la depresión parece variar entre sociedades. Encontró que en Kenya (África) la incidencia de casos depresivos era muy baja y esto es debido a que en las tradiciones africanas no se hace al individuo personalmente responsable de los fracasos y de los acontecimientos poco afortunados.

Kitson y Jones (1968) encontraron en aborígenes australianos ausencia de culpa y autorecriminación así como incidencia de suicidios, la depresión toma una forma diferente en algunas culturas no occidentales.

Linda Davidoff (1979) realiza un estudio en la National Institute of Mental Health donde encuentra que las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres, debido a factores como la inseguridad, la educación, medio rural o urbano en que habitan, economía, etc.

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación no tiene Marco geográfico ya que es un revisión histórica pues no se realiza en un marco geográfico determinado.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Consideran que el estudio de los factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión puede llevar a una nueva reflexión sobre la psicopatología actual y por último podría arrojar nueva luz sobre la construcción de la personalidad individual poco entendible si no se analiza dentro del marco histórico y social en que se constituye como Freud afirma.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

¿Cuáles son los factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto de acuerdo al juicio de los psicoterapeutas que laboran en la ciudad de Barranquilla?.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

9.2.2. Objetivos Específicos.

Describir los factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto de acuerdo al juicio de los sicoterapeutas que laboran en la ciudad de Barranquilla en cuanto a: religión, ambiente familiar, condiciones socioeconómicas, variables sociodemográficas, las tradiciones y costumbres, los valores, los valores idénticos, los factores socioculturales que tienen mayor implicación en el rollo de la depresión del adulto de acuerdo al juicio de los terapeutas que laboran en la ciudad de Barranquilla.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene propósito la investigación.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

Son los elementos, factores socioculturales, implicados en el desarrollo de la depresión pertenecientes a las condiciones sociales amplias de una cultura que influye sobre el desarrollo y la conducta de los individuos o grupo, es decir, aquellos aspectos característicos de un contexto que afectan a la colectividad

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

Es pura, ya que se realizó con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de la investigación.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Es de tipo descriptivo.

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Empírico-analítico.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: se escogieron sicoterapeutas, siquiabras y psicólogos clínicos, que trabajan en instituciones públicas y privadas y/o consultas particulares de la ciudad de Barranquilla y que reunieron los siguientes aspectos.

Tener experiencia profesional en la práctica clínica mayor o igual a cinco años. Haber atendido por lo menos cincuenta casos de pacientes depresivos, adultos y/o que más de la mitad de los pacientes que hayan atendido sean depresivos adultos. Realizar su trabajo terapéutico con pacientes adultos (22 y 50 años).

Muestra: no se realizó muestra, ya que se tomó a toda la población de sicoterapeutas, siquiabras y psicólogos clínicos expertos en depresión de adultos que laboran en la ciudad de Barranquilla está formado por 32 sicoterapeutas.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

No tiene técnicas ni instrumentos.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

No tiene un capítulo denominado como tal.

10.2. CONCLUSIONES.

Ésta investigación es un análisis psicológico de la realidad sociocultural abstraída de referencias dadas por especialistas entrevistados, hay muchos factores implicados socioculturalmente que toman forma en la integración de una cultura global en la que el ambiente familiar que es de suma importancia en los primeros años de vida, sea el elemento fundamental de transmisión, predisponiendo al sujeto a la depresión. Como lo señaló Fromm, diciendo que “la familia es el agente psicológico de la sociedad”.

Todas las culturas y las condiciones de vida, crean angustia, dando origen a conflictos que desencadenan como lo manifestaron los terapeutas, la sociedad reposa económicamente sobre la competencia para alcanzar un ideal, un prestigio generando la anterior inseguridad, fracaso, miedo a ser incapaz.

De ésta manera los investigadores de ésta tesis responden a los interrogantes planteados en los objetivos.

10.3. RECOMENDACIONES.

Los aportes van encaminados a proporcionar como primera medida un conocimiento descriptivo en cuanto a la depresión y a la influencia de factores socioculturales en su desarrollo. Una vez verificada la influencia de los factores socioculturales en la depresión se crea una teoría dirigida a la prevención y tratamiento de dicho trastorno en éste contexto sociocultural.

En cuanto al instrumento utilizado se recomienda profundizar en la implicación que el nivel de vida y la clase social tiene en el desarrollo de la depresión a partir de preguntas más directas que permiten centrar y enriquecer las respuestas.

Tener en cuenta un solo tipo de depresión para futuras investigaciones para así obtener resultados más concretos y confiables y realizar comparaciones entre los tipos de depresión y su desarrollo a partir de factores únicos y diversos.

Las investigaciones con sicoterapeutas, deben ser realizadas con una gran experiencia clínica, ya que de no ser así podrían contaminarse los resultados por desconocimiento en el área.

Tener una buena empatía y buen manejo de la entrevista a los sicoterapeutas por parte de los entrevistadores.

Tener en cuenta la realidad sociocultural en la que nos encontramos inmersos.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 8)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Uninorte

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1989, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

Índice de depresión en estudiantes universitarios.

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Clementina Holguín.

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Vivian Astrid Arias Antun y Mayra Del Carmen Berrocal Garcerant.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En esta investigación no aparece reseñada la línea de investigación, pero se asume que es histórico-hermenéutico.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

Basándose en estadísticas realizadas con estudiantes universitarios se llegó a la conclusión de que gran parte de ellos sufren en un determinado momento una manifestación psicopatológica como mecanismo de defensa ante situaciones difícilmente manejables.

Muchos de éstos estudiantes no son oriundos de Barranquilla y el tener que responder a obligaciones familiares o sociales los enfrenta a un forzamiento de toma de decisiones, a asumir un rol de adulto al que no se encuentran preparados presentando muchas veces sentimientos de fracaso ante una situación amenazante. Esto ocurre porque los estudiantes se plantean exigencias que no pueden cumplir, son inmaduros aumentando con todo lo anterior una reacción depresiva.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

Teoría Hipocrática: Las personas melancólicas poseen un temperamento especial, considero que la melancolía era de origen natural y orgánico (Hipócrates).

Psicoanálisis: encabezado por Freud: definieron depresión como la enfermedad del efecto causado por fijaciones en la etapa oral, cuya característica principal es el temor real o fantaseado a perder el objeto. (El entorno social influye en el desarrollo del hombre) .

Hipótesis Catecolaminérgica: plantea que en ocasiones hay un déficit que catecolaminérgicas (noradrenalina específicamente) en ciertas áreas del cerebro, pero éste déficit no es igual en todos los tipos de depresión.

Polaino-Lorente: la depresión es la disminución de las sustancias dopaminérgicas que afectan los circuitos de recompensa, de quienes dependen los procedimientos de gran parte de la información positiva del sujeto.

Hipótesis Indolaminérgica: dice que en la depresión hay un decremento de los niveles funcionales de serotonina cerebral.

Mackimon: la depresión es una reacción normal cuando es el resultado de una situación de pérdida real o fantaseada y/o frustración, la persona tiene que elaborar y aceptar la pérdida.

Bray y Cols: los síntomas físicos son comunes al inicio de la depresión como son los dolores de cabeza, de espalda, fatiga, insomnio, falta de apetito, etc. Concepto que coincide con la mayoría de los autores. Citan a la O M S que la depresión puede ser considerada una epidemia por las transformaciones del medio social y las situaciones de estrés.

Anthong (1981) Citado por Bray y Cols: dice que de los 50.000 a 70.000 suicidios que ocurren en el año, en U SA casi la mitad corresponden a pacientes deprimidos.

Ayuzo (1978) citado por Bray y Cols: descubrió que los pacientes con trastornos unipolares, en 40% estaba influenciado por aspectos psicosociales.

Anthony: ya establecido que existe una relación entre el síndrome depresivo y los acontecimientos y situaciones estresantes que rodean a las personas.

Mackinnon: la adversidad que producen reacciones depresivas son las pérdidas, amenazas al amor propio y a la confianza en sí mismo y el éxito.

Castillo Del Pino (1969) citado por Bray y Cols: que en ciertas clases sociales existen mayores presiones para mantener y/o mejorar su status social, la ambición de la clase media los hace involucrarse en situaciones altamente estresantes.

Paykel-Cervera y Cols (1974): descubrieron que en casi todo enfermo depresivo ha existido una experiencia estresante en etapas previas a la aparición de la depresión.

Romero y Cols: afirman que la adolescencia, es un período de contradicciones, confuso, ambivalente, caracterizado por fricciones de medios familiares y el ambiente circundante a veces confundido con crisis y estados patológicos.

Teoría de campo de Levín: la inestabilidad o estabilidad general del individuo en particular, son factores específicos determinantes de la conflictiva del adolescente, el adolescente quiere independencia, pero al mismo tiempo teme alejarse de la seguridad de los padres.

8.2.2. Marco Histórico.

8.2.3. Marco Geográfico.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Los adolescentes se ven obligados a tomar una realidad adulta para la que no se encuentran preparados, lo que no permite la adquisición gradual, normal y progresiva de su identidad. Así mismo lo explico Mead M. Cuando expresó que los adolescentes se ven obligados a responder a las expectativas de las personas adultas quienes depositan sus esperanzas en él, además de tener que resolver un sinnúmero de problemas que no tienen claros como son: función sexual, elegir una, afrontar exámenes, responder a necesidades, etc.

Por todo lo anterior ellos pueden experimentar sentimiento de fracaso viendo a su alrededor amenazas.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Los estudiantes tienden a plantearse metas y exigencias que no pueden cumplir. Éstas exigencias son muchas veces infundadas por familiares o por la sociedad, éstos jóvenes son inmaduros y al enfrentarse a éstos problemas se angustian y no saben manejar la situación sintiéndose culpables, incompetentes, frustrados, desencadenando la depresión y sumergiéndose en un medio hostil de competencia que sólo los hunde más, teniendo en cuenta que muchos de éstos jóvenes no son de la ciudad sino de pueblos y a todo esto se le suma el estar solos en un lugar desconocido.

9.1.1. Formulación del Problema.

No tiene Formulación del Problema.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

Establecer el índice de depresión en estudiantes universitarios.

9.2.2. Objetivos Específicos.

Establecer los índices de depresión en estudiantes universitarios teniendo en cuenta los diferentes niveles académicos establecidos.

Determinar la diferencia entre los índices de depresión de los tres niveles académicos establecidos, lo cual se logrará comparando los porcentajes obtenidos en cada uno de los niveles.

Determinar las diferencias que existen entre el índice de depresión y los estudiantes, dependiendo de los distintos programas a los que están adscritos y teniendo en cuenta el sexo, lo que se logrará por la comparación de los porcentajes obtenidos.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene propósito la investigación.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

La depresión es esencialmente una reacción ante una situación que descontrola, como por ejemplo el estrés.

Es un estado de ánimo que puede ocurrir en cualquier momento y una persona cualquiera que afecta su disposición básica y determina como se percibe así mismo sus alrededores.

Se revela la existencia de la depresión cuando aparece una serie de cambios relacionados entre sí que afectan el estado de ánimo, la apariencia, las acciones y el funcionamiento corporal en una persona.

En la aparición de la depresión intervienen factores tanto biológicos, psicológicos y culturales, en ella se unen dos componentes como uno de los cuales es una circunstancia ambiental, algo potencialmente problemático para el individuo, el otro es un cambio interno orgánico, que resulta de la situación y que intervienen en el ajuste, adaptación e inadaptación de una persona, es entonces cuando la relación afecta al medio ambiente y es afectado por las respuestas del medio.

El papel que desempeña su entorno, suele ser de dos formas, constituyendo uno de los factores que agravan activamente el trastorno emocional del paciente, o se limita a reflejar positivamente la melancolía que el paciente difunde en torno hacia él.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura, ya que se realizó con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de la investigación.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Descriptiva.

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Empírico-analítico.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

Población: se escogieron estudiantes de los distintos programas de un medio universitario de Barranquilla, sin tener en cuenta la clase socioeconómica, estado académico, personalidad, etc.

Muestra: de una población de 4.349 estudiantes universitarios de la ciudad de Barranquilla, se tomará una muestra de 476 sujetos, pero debido a la imposibilidad de ubicar a la totalidad de la muestra se trabajó con una muestra de 245 estudiantes, bajo la teoría estadística que toda muestra de tamaño 30 se considera grande, el muestreo fué aleatorio en la primera fase dirigida y la segunda fué al azar.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Los investigadores utilizaron para la recolección el inventario multifacético de la personalidad (MMPI).

MMPI, es una prueba objetiva cuya corrección es cuantitativa, basado en descripciones que el sujeto se hace así mismo sin ser conciente de la información que se busca

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

No tiene un capítulo denominado como tal.

10.2. CONCLUSIONES.

Los índices depresivos en estudiantes son causa de múltiples conflictos y presiones que implican las responsabilidades de la carga académica aparte de la presión familiar y social

en la que se ven envueltos sumado esto a los cambios propios de la adolescencia que normalmente provocan reacciones depresivas que luego son superadas.

Para el segundo nivel la conciencia de las responsabilidades es mayor debido a la necesidad de alcanzar las metas propuestas y de aceptarse y que lo acepten como lo que él quiere ser visto. Para el tercer nivel las reacciones depresivas son menores, ya que aquí el estudiante ha aprendido a manejar las situaciones de su medio superando frustraciones y teniendo claros sus objetivos.

Dependiendo del programa académico al cual están vinculados los sentimientos, los niveles de depresión varían como en la ingeniería eléctrica y administración de empresas, donde los estudiantes se caracterizan por una extrema preocupación, pesimismo, anorexia, insomnio, entre otros.

Pero en programas como enfermería, psicología, preescolar, son mejor manejados éstos conflictos disminuyendo los índices de depresión.

10.3. RECOMENDACIONES.

Debido a que el mayor número de estudiantes deprimidos se encuentra en los programas en donde no se realiza exámenes de personalidad, como requisito de ingreso a la universidad, se sugiere aplicar en éstos programas un examen que permita tener una visión general del estado psicológico de los estudiantes que ingresan para así realizar programas preventivos.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 9)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Universidad del Norte.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1996, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Factores desencadenantes asociados a la depresión infantil en una muestra de niños de cinco a diez años de la ciudad de Barranquilla.”

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Dra. Ana Rita Russo, Dr. Raymundo Abello. Psicólogos

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Beatriz E. Ossa, Maria Cervera y Judith Soto

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece referenciada la línea de investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

La importancia de éste estudio para la psicología debido a la temática de la depresión es como éste trastorno del afecto hace parte de la patología infantil donde se evidencia un conjunto de síntomas tales como la tristeza, el decaimiento, la inhibición, el desgano, la distractibilidad entre otras.

Por otra parte, el síndrome de la depresión infantil es un fenómeno que ocasiona grandes perjuicios, no sólo al niño sino a su familia. Es por esto se hace necesario el estudio de ésta problemática permitiendo un conocimiento científico del mismo y el logro de acciones que faciliten el abordaje de la depresión infantil.

La población de la depresión infantil puede presentarse en cualquier edad, desde los cero hasta los doce años. Según estudios de Instituto Colombiano de Seguros Sociales, el síndrome de la depresión infantil predomina en los niños de cinco a diez años.

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

La perspectiva teórica elegida por los investigadores para la guía de su proceso de investigación fué Freud.

El modelo psicoanalítico y las teorías psicodinámicas propuestas por el autor establece que la depresión infantil puede presentarse después de una pérdida ya sea de un ser querido, de un ideal, de una esperanza.

En la depresión la pérdida es en muchas ocasiones inconsciente, encontramos una gran perturbación de la propia estimación, lo cul se pone de manifiesto por los continuos autoreproches, a las acciones, sentimientos de culpa e indignidad.

El proceso que se lleva a cabo en la depresión es a consecuencia de algunas frustraciones sufridas en la relación con el objeto, la líbido fué sustraída a éste pero en lugar de ser desplazada a otro nuevo objeto fué retraído, estableciéndose entonces una identificación del yo con el objeto al que líbido había abandonado.

8.2.2. Marco Histórico.

El proceso histórico de la depresión infantil, el psicoanálisis y las teorías psicodinámicamente orientados constituyen uno de los lentes que se emplearon en éste trabajo, la cual omiten los demás enfoques con una plena conciencia formuló Abraham en 1911 comparó la angustia y la depresión y consideró que toda depresión alberga la tendencia a negar la vida y a que la actitud de odio se dirige primero contra los seres más cercanos y posteriormente se generaliza y la segunda se formula “la gente no me quiere”, o sino me odia por mis defectos y por lo tanto me siento infeliz y deprimido.

Freud en el trabajo, el duelo y melancolía, define la melancolía igual que el duelo, como una reacción de pérdida, se refiere a seres o cosas queridos en la melancolía la pérdida se refiere al yo.

La depresión infantil fundamenta: existen dos tendencias: los evolucionistas que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta; sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia no equiparable a la del adulto, ésta sintomatología que sería fundamentalmente la evolucionada con problema de conducta, tales como hiperactividad, agresividad, fugas, de donde viene el nombre depresión, y muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

El DSM III 1980 dio el espaldarazo a los partidarios de la depresión infantil paralela en la depresión adulta, la cual se hizo una revisión del tema y algunos autores, tienden a reconocer que la depresión infantil, sabe contemplarse desde una perspectiva evolutiva la

cual se dan importantes cambios relacionados con los criterios de procesos, diagnóstico y proliferas, instrumentos para su evolución

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación no tiene Marco Geográfico.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Las investigadoras no hicieron aportes personales a la investigación.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

¿Cuáles son los factores desencadenantes a la depresión infantil en una muestra historias clínicas de niños de 5 a 10 años, pertenecientes al Instituto de los Seguros Sociales, Clínica Norte, diagnosticados con depresión en la ciudad de Barranquilla?

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

Determinar los factores desencadenantes asociados a la depresión infantil en una muestra (historias clínicas) de niños de 5 a 10 años pertenecientes al Instituto de los Seguros Sociales, diagnosticados con depresión en la ciudad de Barranquilla.

9.2.2. Objetivos Específicos.

Identificar los factores desencadenantes asociados a la depresión infantil en una muestra de historias clínicas de niños de 5 a 10 años.

Explicar los factores desencadenantes asociados a la depresión infantil en una muestra de historias clínicas de niños de 5 a 10 años, teniendo en cuenta: aspectos relacionados a la interacción familiar, aspectos relacionados a eventos en al vida del niño, identificar la sintomatología asociada a la depresión infantil en una muestra de historias clínicas de niños de 5 a 10 años.

Comparar los factores desencadenantes asociados en una muestra de historias clínicas de niños y niñas de 5 a 10 años.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene propósito la investigación.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

Factores desencadenantes asociados a la depresión infantil se clasifican en dos grandes áreas: los relacionados a la interacción familiar y los relacionados a eventos en la vida del niño los cuales dan lugar a los síntomas que permiten diagnosticar al niño con el síndrome de la depresión infantil.

La depresión infantil se define como un trastorno afectivo cargado de angustia y que se expresa en el niño a través de síntomas tales como humor deprimido, inhibición intelectual, inhibición a agitación psicomotora, trastorno psicossomático, entre otros.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura porque está orientada a enriquecer los aportes de la ciencia psicológica en particular.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Empírico-analítico.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

Análisis de contenido

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

La estrategia metodológica utilizada para llevar a cabo el estudio se planteó con base en el diseño descriptivo. El diseño descriptivo trata de describir las principales modalidades de formación, cambio o estructura de un fenómeno, como también su comparación con otros, pero sin intentar determinar relaciones causales.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

La muestra de estudio se seleccionó mediante los criterios del muestreo no probabilístico denominado intencionalidad.

De un total de 100 niños con éste diagnóstico se seleccionaron 30 teniendo en cuenta que las historias clínicas estuviesen totalmente diligenciadas, para lo cual era indispensable que los pacientes hubiesen asistido a consulta por lo menos cinco veces.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Como técnica de recolección de datos se utilizaron revisiones de historias clínicas las cuales evaluaban los siguientes aspectos del paciente y su condición:

Edad, sexo, escolaridad, estrato socioeconómico, motivo de consulta, sintomatología, tipo de concepción, actitud de la madre ante el embarazo, tiempo de aparición de la sintomatología características psicosociales del padre y de la madre, características de la relación de pareja, relación madre-hijo, padre-hijo, alimentación, relación de apego, relación de castigo, utilización de los objetos, tendencia al autocastigo.



10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

Los resultados se presentan, las tablas de frecuencia y porcentajes referentes a los aspectos relacionados con eventos en la vida del niño y los aspectos relacionados con la interacción familiar.

En el análisis cuantitativo, se observa las edades de los niños aparece el sexo de los niños, el sexo masculino tuvo mayor porcentaje un 60% y el femenino 40% hace referencia a los niveles de escolaridad; el grado preescolar tuvo mayor porcentaje correspondiente 43.33% y el grado quinto un porcentaje de 66.6%.

Se observa en estratos socioeconómicos; al estrato medio le corresponde el mayor porcentaje con un 46.66% y al estrato bajo 10%.

Encontramos los motivos reales o aparentes de consulta. El porcentaje correspondiente a la agitación motora, con un 50% seguido de fracaso escolar con un 16.66% la agresividad con un 23.33% los trastornos del afecto con un 10%, en casos aislados aparecen intentos de suicidio, etc.

En el análisis cualitativo, teniendo en cuenta la muestra fué aleatoria, se pudo plantear el diagnóstico de la depresión infantil.

Predomina en los niños de 5 a 6 años al menos se generaliza estos datos a quienes consultaron en el Instituto de Seguros sociales y la Clínica Norte de la ciudad de Barranquilla.

10.2. CONCLUSIONES.

Los factores desencadenantes asociados a la depresión infantil se relacionan más aspectos de la interacción familiar que a eventos en la vida del niño.

Ésta situación indica que la problemática familiar, es la principal causante de la sintomatología presentada en los niños.

10.3. RECOMENDACIONES.

Con base a los resultados la depresión infantil en nuestro medio es un síndrome poco estudiado, por lo que se requiere abrir una línea de investigación que permita recoger mayor información para aumentar el nivel de conocimiento al respecto y al abordaje terapéutico.

Se sugiere desarrollar programas de prevención, incluyendo el control natal, igual un programa de psicoprofilaxis materna, cuyo objetivo sea la disminución de embarazos no deseados, para favorecer a relación madre-hijo.

**FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (DOCUMENTO 10)**

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA.

Universidad del Norte.

2. AÑO DE REALIZACIÓN.

1986, Barranquilla.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

“Revisión teórica y análisis crítico de los aspectos sociales y culturales que influyen en la depresión.”

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN.

Dr. Fernando Cortizzos, (Psicólogo), Clementina Holguin de B.

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES.

Carmenza Eugenia Bray Bohorquez, Martha Catalina Carvajal Herrera, Hermelinda Guarín Restrepo.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN.

En este documento no aparece registrada la línea de investigación.

7. EJE TEMÁTICO.

En este documento no aparece registrado el eje temático al cual pertenece esta investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN.

En la investigación no aparece un capítulo destinado a la justificación, ni tampoco en el documento se hace referencia a los elementos básicos de la misma

8.2. MARCO TEÓRICO.

8.2.1. Teoría (s) y/o autor Guía (s) de la investigación.

La perspectiva teórica elegida por los investigadores para guiar su proceso de investigación fué Freud desde el punto de vista psicoanalítico se puede ver la depresión como un humor, una emoción o un estado afectivo, cualquier otra cosa. Es un sentimiento que conocemos.

La meta del psicoanálisis es explicar y comprender los componentes inconsciente de éste estado afectivo. Freud hizo referencia al concepto depresión fué en su obra “duelo y melancolía” (1917), donde lo considero como otra forma de neurosis de angustia a la cual denominó depresión periódica.

Freud diferenció la melancolía que es un fenómeno más elaborado el cual inicialmente pensó, se trataba de la aplicación por la pérdida de la libido.

8.2.2. Marco Histórico.

Los trastornos depresivos pertenecen a las alteraciones psicopatológicas más frecuentes y mejor reseñadas de la época.

En sus orígenes el concepto de depresión se encuentran estrechamente relacionados con el concepto de melancolía.

Las primeras referencias teóricas y clínicas de la melancolía se encuentran los escritos de Hipócrates, la cuál los estados de melancolía se incluyeron entre el grupo de enfermedades mentales de origen natural u orgánico.

8.2.3. Marco Geográfico.

La investigación no tiene Marco geográfico ya que es una revisión teórica.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

El juicio valorativo de los autores frente a la revisión teórica y análisis crítico de los aspectos sociales y culturales que influyen en la depresión, es elaborar un texto teórico que no sólo busque abarcar aspectos etiológicos, epistemológicos y sintomatológicos acerca del tema el aspecto sociocultural, sino que intenta presentarlo de la manera más clara y ordenada posible para el futuro lector.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

No tiene un capítulo denominado como Descripción del Problema.

9.1.1. Formulación del Problema.

No tiene Formulación del Problema.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

No tiene Objetivo General, pero éste está implícito en la introducción.

9.2.2. Objetivos Específicos.

Realizar una revisión teórica y análisis crítico de los factores socioculturales que influyen en la depresión dentro de esta revisión teórica se incluyen definiciones, historia, etiología, y sintomatología del fenómeno depresivo. Entre los factores socioculturales se incluyen aspectos epidemiológicos, la experiencia migratoria, las variables demográficas y las situaciones adversas que pueden producir estados depresivos, por ejemplos las catástrofes y las guerras, el suicidio como una consecuencia del estado depresivo; consideraciones transculturalistas fenomenológicas existenciales y antropológico-dialécticas con relación al síndrome.

Además de la revisión teórica acerca de los factores desencadenantes se incluyen también algunas situaciones y eventos socioculturales, creencias religiosas y métodos terapéuticos que intervinieron en la mayoría de síndromes depresivos.

Elaborar un texto teórico que no solamente busque abarcar aspectos etiológicos, epistemológicos y sintomatológicos acerca del tema, desde el aspecto sociocultural, sino que intentó presentarlo de la manera más clara y ordenada posible para el futuro lector.

9.3. HIPÓTESIS.

No tiene Hipótesis.

9.4. PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN.

No tiene propósito la investigación.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

En la investigación no aparece definición, pero se definen ampliamente en el Marco Teórico.

9.6. Finalidad o Utilidad de la Investigación.

La investigación es pura, ya que está orientada a enriquecer los conocimientos de un área de la ciencia como es la Psicología.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

El paradigma de la investigación es histórico -hermenéutico.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

No dice el tipo de investigación, pero se asume que es hermenéutico.

9.7.1.3. Modalidad de la investigación.

Análisis de contenido.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA.

No tiene, ya que esta investigación es una revisión teórica, pero se puede asumir que la muestra serían los libros.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

No tiene técnicas ni instrumentos.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

No tiene un capítulo denominado como tal, ya que es una investigación de revisión teórica.

10.2. CONCLUSIONES.

Se realizó una exposición teórica acerca de los aspectos sociales y culturales que influyen en la conformación de la estructura psicopatológica de la depresión.

Desde el punto de vista psicoanalítico se puede ver la depresión como una experiencia universal y consideran que el potencial de desarrollo de reacciones depresivas parece estar latente.

Desde el punto de vista social y cultural, se confirma la hipótesis donde se plantea la situación entre los trastornos depresivos y las situaciones tensionantes sin dejar de lado la predisposición o especial vulnerabilidad del sujeto, siendo esta concepción social.

Los factores socioculturales tales como: variables demográficas, sexo, edad, nivel socioeconómico, raza, grupos minoritarios, sucesos determinantes en la vida de un individuo.

10.3. RECOMENDACIONES.

En la investigación no hay capítulo determinado de recomendaciones, pero tampoco se encuentran de manera implícita.

RESULTADOS CUANTITATIVOS

TABLA 1

UNIVERSIDAD DE ORIGEN DE LAS INVESTIGACIONES

ASPECTOS FORMALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INVESTIGACIONES EN LA UNIVERSIDAD DEL NORTE	7	70 %
INVESTIGACIONES EN LA UNIVERSIDAD SIMON BOLIVAR	3	30 %

En la tabla 1 se presentan los resultados referentes a la universidad de origen de las investigaciones. En este sentido se pudo determinar que la mayoría de las investigaciones sobre depresión se encuentran en la Universidad del Norte y muy pocas en la Universidad Simón Bolívar, sin embargo debe tenerse en cuenta que la primera universidad lleva muchos años de existencia, mientras que la segunda tan solo tiene hasta el momento cuatro promociones de estudiantes egresados.

Vale también la pena destacar que la Universidad Metropolitana no se encontró ninguna investigación referente a la temática objeto de estudio. Mientras que la otra universidad existente como lo es la Corporación Universitaria de la Costa, que también posee facultad de psicología, no ha tenido aun su primera promoción de egresados.

TABLA 2

TIPO DE ORIENTACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

ASPECTOS FORMALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INVESTIGACIONES CON ASESORES	2	20 %
INVESTIGACIONES CON DIRECTORES	8	80 %

En la tabla 2 se presentan los resultados encontrados referentes al tipo de orientación que reciben los investigadores de la unidad académica institucional. En su gran mayoría cuentan con directores y en otros casos solo asesores.

En este sentido vale la pena destacar que muchas de las investigaciones presentadas por los estudiantes como requisito para optar título de psicólogo, son de carácter independiente, es decir, que no están adscritos a líneas de investigación, lo cual implica muchas veces que la institución no le asigne formalmente directores.

TABLA 3

TIPO DE ORIGEN DE LAS INVESTIGACIONES

ASPECTOS FORMALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INVESTIGACIONES DE PREGRADO	9	90 %
INVESTIGACIONES DE POSTGRADO	1	10 %

En la tabla 3 se presentan los resultados encontrados referentes al origen de las investigaciones, donde la mayoría de estas son de pregrado y tan solo una de postgrado.

A este respecto debe tenerse en cuenta que tan solo la Universidad del Norte tiene un programa de postgrado en psicología clínica, mas no la Universidad Simón Bolívar, de allí que predomine mas las tesis de pregrado.

TABLA 4

EJE TEMÁTICO DE LAS INVESTIGACIONES

ASPECTOS FORMALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INVESTIGACIONES SIN EJE TEMATICO	10	100 %
INVESTIGACIONES CON EJE TEMATICO	0	00 %

En la tabla 4 se presentan los resultados encontrados referente a los ejes temáticos de las investigaciones.

A este respecto se encontró que ninguna tiene eje temático, lo cual indica que no responde a un programa formal de investigación y por lo tanto, tampoco a una línea de investigación. De allí que se corrobore que estos trabajos son de carácter independiente y no son planteados a nivel institucional.

TABLA 5

LINEAS DE INVESTIGACIONES

ASPECTOS FORMALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
ESTUDIOS ADSCRITOS A LINEAS DE INVESTIGACIÓN	0	0 %
ESTUDIOS NO ADSCRITOS A LINEAS DE INVESTIGACIÓN	10	100 %

En la tabla 5 se presentan los resultados encontrados referentes a las líneas de investigaciones. En este sentido se pudo determinar que ninguna de las tesis consultadas está adscrita a alguna línea de investigación, por lo que se corrobora en lo hallado en la tabla anteriormente descrita.

TABLA 6

CARACTERÍSTICAS DE LA JUSTIFICACION

ASPECTOS CONCEPTUALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENEN JUSTIFICACIÓN	5	50 %
JUSTIFICACIÓN INCOMPLETA	2	20 %
JUSTIFICACIÓN COMPLETA	3	30 %

En la tabla 6 se presentan los resultados encontrados referente a las características de la justificación. La mitad de ellos no tiene justificación, lo cual no significa que no la posea como tal, sino que en muchos casos no tiene una capitulado destinado a este aparte, sino que esta inmersa a lo largo del trabajo.

En el caso de las justificaciones incompletas, se tuvo en cuenta como criterio el hecho que no tenían reseñas temáticas o bien no resaltaban de manera adecuada la importancia de la investigación. En este sentido vale la pena mencionar que cada institución posee su propio documento guía sobre los aspectos que debe llevar cada uno de los capítulos del informe final de investigación.

TABLA 7

TEORIAS PREDOMINANTES EN LAS INVESTIGACIONES

ASPECTOS CONCEPTUALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
CONDUCTUALES	4	40 %
SISTEMICAS	1	10 %
HUMANISTAS	1	10 %
PSICOANALISTAS	4	40 %

En la tabla 7 se presentan los resultados encontrados referente a las teorías predominantes en las investigaciones, donde la mayoría son conductuales y psicoanalíticas y muy pocas lo son sistémicas o humanistas.

En este sentido vale la pena destacar el hecho que estas son las teorías mas tradicionales y que mayor aporte han realizado para la comprensión de los trastornos del estado de ánimo, y mas específicamente sobre la depresión.

El hecho de que algunas tesis tengan una justificación clara sean coherentes con la realidad que se está estudiando, indica la trascendencia que le quieren dar al estudio. Además se podría pensar que los criterios planteados permiten ver la relevancia y magnitud que tiene el estudio para dar respuesta a los problemas planteados.

Teniendo en cuenta lo que se ha desarrollado sobre estas teorías se podría decir que los investigadores revisaron a profundidad la teoría psicoanalítica de Freud (1917), modelo cognitivo de Beck (1963, 1964, 1969, 1972), desesperanza aprendida de Slligma (1974), teoría de Erickson (1978), esquemas maladaptativos tempranos Jeffrey y Young (1990), faltó revisar a profundidad una teoría relacionada específicamente con los factores socio culturales

implicados en el desarrollo de la depresión del adulto, ya que su modelo teórico a seguir fueron estudios realizados con el tema, más no una teoría específica al tema de investigación.

Teniendo en cuenta que los investigadores plantearon las teorías que oscilan entre 1917 a 1990 confrontados con el marco teórico realizado por nosotros los investigadores de la sistematización, se encontró que había más información del tema, lo cual indica que estas personas no tuvieron un acceso a dichos documentos o que no investigaron a profundidad sobre el tema.

TABLA 8

CARACTERÍSTICAS DEL MARCO HISTORICO

ASPECTOS CONCEPTUALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTEMPLA EL MARCO TEORICO	8	80 %
CONTEMPLA MARCO TEORICO	2	20 %

En la tabla 8 se presentan los resultados encontrados referente a las características del marco histórico de las investigaciones.

A este respecto se encontró que la gran mayoría no contempla marco teórico, sin embargo, debe tenerse en cuenta que esto no significa que no lo posean como tal, sino que en muchas ocasiones hay un marco histórico o bien un marco de referencia. En este sentido vale la pena resaltar la importancia de un marco teórico de referencia, pues sin él no hay la posibilidad de organizar la información.

TABLA 9

CARACTERÍSTICAS DEL MARCO GEOGRAFICO

ASPECTOS CONCEPTUALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTEMPLA EL MARCO GEOGRAFICO	10	100 %
CONTEMPLA MARCO GEOGRAFICO	0	0 %

En la tabla 9 se presentan los resultados encontrados referente a las características del marco geográfico de las investigaciones. La totalidad de las investigaciones consultadas no presenta este aparte y se limitan a caracterizar la población objeto de estudio en el capítulo destinado a la metodología y la población o muestra del estudio.

En cuanto al marco geográfico se puede observar a lo largo de la investigación, ninguna la contemplaba esto puede estar muy relacionado con el hecho de que este aspecto no era un elemento requerido en el campo de la investigación, ya que data de los años 2000. A nuestra manera de ver este es un punto muy importante a ser tenido en futuras investigaciones porque a partir de esto nos podemos dar cuenta de la ubicación del lugar donde fue hecha la investigación y cual es la misión y visión de esta misma y que se busca en dicho estudio.

Este Marco Geográfico permite tener una mayor comprensión del fenómeno estudiado en los resultados.

TABLA 10

APORTES PERSONALES DE LOS INVESTIGADORES

ASPECTOS CONCEPTUALES	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO REALIZA APORTES	7	70 %
REALIZA APORTES	3	30 %

En la tabla 10 se presentan los resultados encontrados referente a los aportes personales que los investigadores realizan al trabajo realizado. En este sentido se encontró que la gran mayoría no los realiza, lo cual es un indicador de haber realizado un marco teórico muy textual y apegado a las teorías ya existentes, respecto del tema que investigan.

TABLA 11

CARACTERÍSTICAS DE LA DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENEN DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	9	90 %
CONTIENEN DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1	10 %

En la tabla 11 se presentan los resultados encontrados referente a las características de la descripción problémica de las investigaciones.

En este sentido se pudo determinar que en su gran mayoría no contiene la descripción del problema, para lo cual es importante tener en cuenta que ésta era muy reciente. Es bien

sabido que este capítulo es exigido tan solo recientemente por las instituciones, de allí que sea claro entender porque la mayoría no la posee.

TABLA 12

CARACTERÍSTICAS DE LA FORMULACION DEL PROBELMA

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENEN FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5	50 %
CONTIENEN FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	5	50 %

En la tabla 12 se presentan los resultados encontrados referente a las características de la formulación del problema. Se encontró que la mitad contiene este capítulo y la otra mitad no. Este dato llama mucho la atención por cuanto este aparte siempre se ha solicitado en las investigaciones de grado, lo cual permite orientar los objetivos, de allí que parece muy grave que no haya sido exigido de modo institucional.

TABLA 13

CARACTERÍSTICAS DE LOS OBJETIVOS

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENEN OBJETIVOS	2	20 %
CONTIENEN OBJETIVOS	8	80 %

En la tabla 13 se presentan los resultados encontrados referente a las características de los objetivos de las investigaciones. La gran mayoría si los contiene, sin embargo, llama mucho la atención que siendo el horizonte que guía un estudio algunas no tengan este aparte.

La ausencia de objetivos en las investigaciones de revisión teórica implica que en las nuevas investigaciones de este tipo se involucre un capítulo destinado a plantear objetivos claros donde se observen los resultados que se esperan y el alcance que se desea obtener con esta investigación; es por esto que en estas investigaciones los capítulos destinados y relacionados a la conclusión a las sugerencias no se observan de una manera clara y delimitada sino de una manera implícita.

También es importante resaltar que estas investigaciones fueron realizadas en 1984 y 1989 en donde no era una exigencia metodológica el capítulo correspondiente a los objetivos.

TABLA 14

CARACTERÍSTICAS DE LAS HIPOTESIS

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENEN HIPOTESIS	9	90 %
CONTIENEN HIPÓTESIS	1	10 %

En la tabla 14 se presentan los resultados encontrados referente a las características de las hipótesis planteadas en las investigaciones. Casi la totalidad no posee, lo cual es coherente con el tipo de investigación, pues debe tenerse en cuenta que las hipótesis metodológicamente solo se formulan en los diseños correlaciones o experimentales, y casi nunca son recomendables cuando el estudio es exploratorio o descriptivo.

TABLA 15

CARACTERÍSTICAS DE LAS VARIABLES

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENEN VARIABLES	3	30 %
CONTIENEN VARIABLES	7	70 %

En la tabla 15 se presentan los resultados encontrados referente a las características de las variables de las investigaciones. La gran mayoría si las contiene, pero lo que llama la atención es que algunas no las presenten, siendo que metodológica y conceptualmente es imposible concebir una investigación sin conocer la naturaleza de la situación objeto d estudio.

TABLA 16

TIPO DE INVESTIGACIÓN PREDOMINANTE

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INVESTIGACIONES CUANTITATIVAS	7	70 %
INVESTIGACIONES CUALITATIVAS	3	30 %

En la tabla 16 se presentan los resultados encontrados referente a los tipo de investigación que predominan en las tesis de grado consultadas, siendo la gran mayoría de índole cuantitativa, lo cual es además coherente con las teorías que guían el estudio, como lo es la conductual, que promulga la experimentación y el uso de herramientas mas científicas y comprobables desde el punto de vista experimental. En este sentido debe tenerse en cuenta que los demás enfoques suelen utilizar metodologías mas cualitativas.

TABLA 17

CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACION

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO MENCIONAN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	3	30 %
MENCIONAN LA POBLACIÓN DE ESTUDIO	7	70 %

En la tabla 17 se presentan los resultados encontrados referente a las características de la población objeto de estudio, de las cuales la mayoría sí son mencionadas. Sin embargo, llama la atención el hecho que algunas ni siquiera expongan en un capítulo aparte la caracterización de quienes hicieron parte de la muestra del estudio.

TABLA 18

CARACTERÍSTICAS DE LAS INVESTIGACIONES

ASPECTOS METODOLOGICOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
INVESTIGACIONES BASICAS O PURAS	10	100 %
INVESTIGACIONES APLICADAS	0	0 %

En la tabla 18 se presentan los resultados encontrados referente a las características de las investigaciones, en lo que respecta al tipo de investigación según la utilidad o valor del conocimiento, de las cuales la totalidad es básica o pura, es decir, que su objetivo es solamente la de obtener un conocimiento científico y no el beneficio directo e inmediato para una población en particular.

TABLA 19

CARACTERÍSTICAS DE LOS RESULTADOS

ASPECTOS DE CONTENIDOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENE RESULTADOS	2	20 %
CONTIENE RESULTADOS	8	80 %

En la tabla 19 se presentan los resultados encontrados referente a las características de los resultados de las investigaciones consultadas. La gran mayoría si contiene los resultados. Sin embargo, quienes no presentan este capítulo no significa que no los contengan, tan solo que estos están implícitos al interior del trabajo, pero no como un capítulo a parte.

En la primera tesis revisada, sobre Descripción de las Creencias Irracionales en Adultos de Edad Temprana (20 a 40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y que residen en el departamento del atlántico, los investigadores realizaron un análisis exhaustivo de los resultados, tabularon la información en puntuaciones brutas y en porcentajes a través de redes causales y motrices descriptivas comparando variables y subcategorías.

Después de este proceso los investigadores llegaron a la conclusión que existe una asociación entre distorsiones cognitivas, pensamientos deformados y la depresión, evidenciando con lo anteriormente mencionado, los pensamientos deformados ubicados en la categoría arraigado y medio, son los que están sosteniendo la depresión leve y moderada.

Los pensamientos deformados se dan con frecuencia en las personas deprimidas; esto en su gran mayoría se encuentran afectados pero no dejando de lado que se hallaran otros pensamientos deformados en el DSV, lo que indica que hay una variación en este aspecto, existiendo la posibilidad que cualquiera de estos pensamientos se encuentren afectados, dependiendo tanto de la depresión como de la DSV.

Por último podemos observar que los investigadores están dando un nuevo conocimiento que responde a los intereses de la investigación y de ellos como estudiantes, pero no pueden afirmar que el no recordar los eventos felices se deba a su DSV, ya que faltaría un sustento teórico más fuerte y no centrarse solamente en porcentajes ya que puede deberse al estado del paciente, ya sea este emocional depresivo, a la situación social, familiar, económica y personal que estaba presentando el paciente en el momento de ser evaluado.

En la segunda tesis sobre Esquemas Maladaptativos Tempranos como Predictores de Depresión Clínica, los resultados arrojados por la investigación mostraron una relación entre esquemas meloadoptivas y depresión. Entre los esquemas encontrados, tenemos el área de autonomía que esta relacionado con el área de dependencia.

Otro aspecto encontrado es que en los sujetos clínicamente depresivos los esquemas cognitivos están caracterizados por contenido negativo.

En estos resultados encontramos que tienen muy poco análisis a la luz del marco teórico, a pesar de que éste es extenso, no es coherente con los resultados encontrados, por lo tanto esta tesis sería útil para realizar nuevas investigaciones que desemboquen en propuestas conceptuales permitiendo la realización de nuevas investigaciones sobre el tema tratado.

En la tercera investigación sobre Descripción de los Procesos de Intervención y Rehabilitación en el Programa de Depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral C.A.R.I. de la Ciudad de Barranquilla, tenemos que la finalidad de la intervención de los pacientes del CARI que se encuentran en el programa de depresión están encaminados en la búsqueda de mejorar los síntomas, no teniendo en cuenta las interacciones que tenga el paciente con el sistema circundante. Se busca además, que el individuo pueda volver a las actividades cotidianas sin ningún problema, por esto la institución CARI desarrolla talleres psico-educativos, terapias de grupo, individuales por psiquiatría y psicología.

La colaboración de la familia y el medio que rodea al paciente, son importantes al momento de la rehabilitación, aunque en ocasiones los familiares atribuyen el hecho de la recuperación al paciente que es su responsabilidad responder al tratamiento, de igual forma los medicamentos son de vital ayuda para la recuperación, de esta forma se responde a los objetivos planteados en esta investigación.

Pudimos observar que esta investigación ha generado un nuevo conocimiento y responder a los intereses de los investigadores e institución, ya que muestran una coherencia a todo lo largo de la investigación.

En la cuarta investigación sobre Depresión en un grupo de Ancianos que asisten a un centro de vida de la tercera edad “El Carmen Viejo Muelle de Puerto Colombia”, encontramos que los resultados arrojan que el 88.8% de las personas sienten que su vida está vacía. El 66% de las personas deprimidas se sienten desamparados, que no valen nada. El 66% de las personas con depresión sienten que las demás personas están mejor que ellos. Esto determinó que existen 2 ancianos con depresión severa y 16 con depresión moderada.

Según los investigadores se puede establecer que en los ancianos el nivel de depresión moderada influyen factores tales como: ser viuda, soltera y

depender económicamente de los hijos. En los ancianos con depresión severa, los factores que tuvieron mayor incidencia fueron: ser viuda, soltera y depender económicamente del hijo y del rebusque en un estado de salud regular.

Con esto podemos observar que los investigadores se limitaron a describir las características de cada tipo de depresión encontrada en los ancianos sugiriendo así la ejecución de un programa y estudios con base en esta investigación.

En la quinta tesis sobre Factores Desencadenantes Asociados a la Depresión Infantil en una Muestra de Niños de 5 a 10 años de la Ciudad de Barranquilla, encontramos los resultados en tablas de frecuencia y porcentajes referentes a los aspectos relacionados con la interacción familiar.

En el análisis cuantitativo se observan las edades de los niños, aparece el sexo en los niños, el sexo masculino tuvo un mayor porcentaje 60% y el femenino tuvo un 40%, hace referencia a los niveles de escolaridad; el grado pre-escolar tuvo mayor porcentaje, correspondiente a un 43.33% y el grado quinto un 66.6%.

Se observa un estrato socio-económico; al estrato medio le corresponde un mayor porcentaje con un 46.66% y al estrato bajo el 10%.

Encontramos los motivos reales o aparentes de consulta. El porcentaje correspondiente a la agitación motora, con un 50% seguido de proceso escolar con un 16.66% la agresividad con 13.33% los trastornos del afecto con un 10%, en casos aislados parece intentos de suicidio.

Con esto podemos observar que los resultados se limitaron a porcentajes, lo cual no indican que a la luz del marco teórico arroja un conocimiento limitado a porcentajes.

Por último tenemos que el 50% de las tesis no contienen un capítulo de resultados, que pertenecen a la Universidad del Norte, esto se da por la época en que fueron realizadas algunas investigaciones y en otras a pesar de ser una exigencia metodológica, no aparece contemplada.

TABLA 20

CARACTERÍSTICAS DE LAS CONCLUSIONES

ASPECTOS DE CONTENIDOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENE CONCLUSIONES	3	30 %
CONTIENE CONCLUSIONES	7	70 %

En la tabla 20 se presentan los resultados encontrados referente a las características de las conclusiones, donde la mayoría si las contiene y las

que no la poseen como capítulo, quedan implícitas al interior de los resultados.

En la primera tesis las investigadoras llegaron a la siguiente conclusión:

Los autores a partir de la revisión bibliográfica que realizaron llegaron a la conclusión que este modelo “desesperanza aprendida”, explica muy acertadamente el estado psicológico de incontabilidad; podría acercarnos a explicaciones muy claras acerca del comportamiento social característico de esta ciudad donde todos parecen conformes de lo que pasa en el campo de los servicios públicos, obras de bienestar social y del comportamiento de sus habitantes.

Las autoras consideran que esta estudio tan profundo conducirá a ampliar datos pertinentes al tema tratado por ellas. Cabe anotar que las autoras de la investigación hacen muy pocos aportes en las conclusiones y se limitan es a hablar textualmente del modelo de desesperanza aprendida.

En la segunda tesis llegaron a la siguiente conclusión:

Las investigadoras llegaron a la conclusión 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 estos. 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.

En la población se encontró depresión leve, con presencia de la creencia irracional de perfeccionismo. En depresión moderada se halló necesidad de aprobación, perfeccionismo e influencia del pasado, observándose de esta manera la creencia irracional de perfeccionismo, se presentó tanto en adultos con depresión leve y moderada.

En la tercera tesis se llegó a la siguiente conclusión:

La finalidad de intervenir a los pacientes están encaminados en la búsqueda de mejorar los síntomas, no teniendo en cuenta las interacciones que tenga el paciente con el sistema circundante. Se busca además, que el individuo pueda volver a sus actividades cotidianas sin ningún problema, por esto institución CARI desarrolla talleres psicoeducativos, terapias de grupo e individuales por psiquiatría y psicología. La colaboración de la familia y del medio que rodea al paciente, son importantes al momento de la rehabilitación, aunque en ocasiones los familiares atribuyen al hecho de la recuperación al paciente que es su responsabilidad responder al tratamiento, de igual forma los medicamentos son de vital ayuda para la recuperación, de esta forma se responde a los objetivos planteados en esta investigación.

Existe una evidencia prometedora de la eficacia de la terapia conductual para la depresión. La investigación hasta la fecha parece indicar que al menos un subgrupo de terapias conductuales han demostrado su eficacia para mejorar la depresión. Los examinadores que hemos citado, en particular la terapia conductual de Beck. La terapia de autocontrol de Rehm, el enfoque de Lewison y su entrenamiento de habilidades sociales pueden ser agregados a esta lista.

La mayoría de los estudios que demuestran claros efectos han sido elaborados principalmente por el inventor de la técnica.

En la cuarta investigación los investigadores llegaron a la siguiente conclusión:

Los factores que más incidieron en los ancianos con depresión fueron el depender económicamente y el ser viudas. Otro rasgo importante en fue el hecho de encontrar solamente dos (2) personas con depresión severa. En total se puede resumir de 84 mujeres sólo 18 presentaron depresión.

En la quinta investigación las autoras llegaron a la siguiente conclusión:

Ésta investigación es un análisis psicológico de la realidad sociocultural abstraída de referencias dadas por especialistas entrevistados, hay muchos

factores implicados socioculturalmente que toman en forma en la integración de una cultura global en la que el ambiente familiar que es de suma importancia en los primeros años de vida, sea el elemento fundamental de transmisión, predisponiendo al sujeto a la depresión. Como lo señaló Fromm, diciendo que “la familia es el agente psicológico de la sociedad”.

Todas las culturas y las condiciones de vida, crean angustia, dando origen a conflictos que desencadenan como lo manifestaron los terapeutas, la sociedad reposa económicamente sobre la competencia para alcanzar un ideal, un prestigio generando la anterior inseguridad, fracaso, miedo a ser incapaz.

De esta manera los investigadores de ésta tesis responden a los interrogantes planteados en los objetivos.

En la sexta investigación las autoras llegaron a la siguiente conclusión:

Los índices depresivos en estudiantes son causa de múltiples conflictos y presiones que implican las responsabilidades de la carga académica aparte de la presión familiar y social en la que se ven envueltos sumado esto a los cambios propios de la adolescencia que normalmente provocan reacciones depresivas que luego son superadas.

Para el segundo nivel la conciencia de las responsabilidades es mayor debido a la necesidad de alcanzar las metas propuestas y de aceptarse y que lo acepten como lo que él quiere ser visto. Para el tercer nivel las reacciones depresivas son menores, ya que aquí el estudiante ha aprendido a manejar las situaciones de su medio superando frustraciones y teniendo claros sus objetivos.

Dependiendo del programa académico al cual están vinculados los sentimientos, los niveles de depresión varían como en la ingeniería eléctrica y administración de empresas, donde los estudiantes se caracterizan por una extrema preocupación, pesimismo, anorexia, insomnio, entre otros.

Pero en programas como enfermería, psicología, preescolar, son mejor manejados éstos conflictos disminuyendo los índices de depresión.

TABLA 21

CARACTERÍSTICAS DE LAS RECOMENDACIONES

ASPECTOS DE CONTENIDOS	FRECUENCIAS	PORCENTAJES
NO CONTIENE RECOMENDACIONES	2	20 %
CONTIENE RECOMENDACIONES	8	80 %

En la tabla 21 se presentan los resultados encontrados referente a las características de las recomendaciones de las investigaciones consultadas. La gran mayoría si contiene recomendaciones. Llama la atención en este sentido que si un estudio no plantea recomendaciones no existe la posibilidad que se susciten nuevas investigaciones y se tome como punto de partida para la creación de líneas de investigación que orienten la obtención de nuevos conocimientos.

Los investigadores de las presentes tesis llegaron a las siguientes conclusiones:

Tema: Desesperanza Aprendida: Revisión Teórica y Análisis Crítico.

En la investigación no hay un capítulo de recomendaciones como tal, pero se encuentra en un capítulo donde sugieren posibles temas de investigación que se derivan de la revisión bibliográfica como son: en el área educativa a nivel preescolar y clínica específicamente en sujetos que padecen de carcinoma, en el cual los pacientes y familiares elaboran un duelo prematuro y desarrollan desesperanza ante la probable pérdida.

También con respecto a la crianza de los niños en cuanto al tipo de experiencia que puedan proteger mejor a los niños contra los efectos debilitantes de la desesperanza y la depresión.

Tema: Descripción de las Creencias Irracionales en Adultos de Edad Temprana (20 a 40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y que residen en el departamento atlántico.

A nivel metodológico se recomienda:

- Ayudar a la realización de programas en el manejo, control y prevención del trastorno psicológico en los adultos con DSV que presentan depresión.

A nivel conceptual se recomienda:

- Realizar investigaciones sobre personas discapacitadas.
- Estudios comparativos de las creencias irracionales de los adultos con DSV y que presentan depresión.
- Futuras investigaciones sobre las etapas de ajuste y adaptación con el fin de conocer el estado emocional de la persona el momento mismo en que queda discapacitada y reconocer este proceso en las personas discapacitadas, y así mismo reconocer si estas etapas se presentan y como se presentan.
- Fomentar investigaciones donde se tenga en cuenta los DSV tipo congénito y adquirida.

Tema: Esquemas Maladaptativos Tempranos como Predictores de Depresión Clínica.

Realizar nuevas investigaciones que desemboquen en propuestas conceptuales que permitan realizar nuevas investigaciones sobre el tema de la depresión, ya sea para aumentar el conocimiento o implementar programas de prevención y/o tratamiento.

Tema: Descripción de los Procesos de Intervención y Rehabilitación en el Programa de Depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral C.A.R.I. de la Ciudad de Barranquilla.

Los investigadores ha planteado recomendaciones como la implantación de talleres, convivencia y capacitación sobre el tema de comunicación familiar, así mismo terapias familiares que contribuyen al mejoramiento de los procesos de intervención y crear además, un programa integral de intervención familiar para la asistencia de familias en estos procesos de intervención que crea una red de apoyo entre familias, paciente y equipo terapéutico.

A nivel institucional da un seguimiento a las familias psicoeducativos, temas relacionados con recursos personales y familiares, con respecto a la rehabilitación, brindar apoyo para lograr un medio de vida familiar satisfactorio, brindar mayor cobertura en las ventas de medicamentos, accesibilidad para el personal asistente al CARI, fomentar campañas publicitarias relacionadas con la salud mental.

Tema: Revisión Teórica y Análisis Crítico de la Depresión Bajo el Enfoque Comportamental.

Enfatiza sobre un mayor cuidado para delinear y describir poblaciones con el fin de asegurar la comparabilidad de los estudios. Se puede sugerir muchas dimensiones descriptivas, demográficas, incidencia de varios síntomas específicos como curso e historia del desorden familiar, son algunos tipos de variable que ayudarían a establecer comparabilidad entre los estudios, así como a suministrar la base para investigaciones posteriores que lleven a resultados pronosticables.

Tesis: Depresión en un grupo de Ancianos que Asisten a un Centro de Vida de la Tercera Edad “El Carmen Viejo Muelle de Puerto Colombia”.

Continuar la línea de investigación con estudios orientados en la planeación y ejecución de programas de tipo población. Entre los estudios sugeridos están correlacionados entre viudez y depresión. Correlación entre soledad y depresión. Describir la personalidad del anciano. Descubrir la sexualidad después de los 60 años.

9. CONCLUSIONES

A continuación se presentan las conclusiones del estudio, para lo cual se tuvo en cuenta los resultados mas significativos y partiendo de lo general a lo particular, es decir, considerando los objetivos general y específicos.

El hecho de que algunas tesis tengan una justificación clara y sean coherentes con la realidad que se está estudiando, indica la trascendencia que le quieren dar al estudio. Además se podría pensar que los criterios planteados permiten ver la relevancia y magnitud que tiene el estudio para dar respuesta a los problemas planteados.

Teniendo en cuenta lo que se ha desarrollado sobre estas teorías se podría decir que los investigadores revisaron a profundidad la teoría psicoanalítica de Freud (1917), modelo cognitivo de Beck (1963, 1964,1969,1972), desesperanza aprendida de Seligman (1974), teoría de Erickson (1978), esquemas maladaptativos tempranos Jeffrey y Young (1990), faltó revisar a profundidad una teoría relacionada específicamente con los factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto, ya que su modelo teórico a seguir fueron estudios realizados con el tema, más no una teoría específica al tema de investigación.

Teniendo en cuenta que los investigadores plantearon las teorías que oscilan entre 1917 a 1990 confrontados con el Marco Teórico realizado por las investigadoras de la sistematización, se encontró que había más información del tema, lo cual indica que estas

personas no tuvieron un acceso a dichos documentos o que no investigaron a profundidad sobre el tema.

Es importante que en todo Marco Teórico se realicen aportes a las teorías, ya que es la manera como el investigador identifica claramente qué elementos conceptuales de estas teorías son esenciales para la investigación, permitiendo al investigador darle una explicación conceptual a la problemática.

Otro aspecto importante muestra de manera conceptual la coherencia de la teoría con su estudio que es lo que el pretende conocer de la realidad y esta teoría se demuestra a partir no necesariamente de incluir la teoría en el Marco Teórico, sino a través del aporte personal que se le hace a la teoría, por lo tanto se puede asumir que estas investigaciones que no plantean aportes conceptuales específicos de la teoría, no dejan ver la posible intencionalidad que tienen los investigadores sobre la importancia de la teoría para explicar la realidad.

La ausencia de objetivos en las investigaciones de revisión teórica implica que en las nuevas investigaciones de este tipo se involucra un capítulo destinado a plantear objetivos claros donde se observen los resultados que se esperan y el alcance que se desea obtener con esa investigación; es por esto que en estas investigaciones los capítulos destinados o relacionados a la conclusión y las sugerencias no se observan de una manera clara y delimitada sino de una manera implícita.

La conclusión es muy superficial y se debe precisamente a los objetivos planteados, por lo tanto, si hace una investigación con los objetivos claros se va obtener resultados, conclusiones y sugerencias claras, específicas, que le van a dar una dimensión diferente a la investigación sobre determinado tema, en particular, a la investigación sobre la depresión; además, las investigaciones documentales o revisiones que se hicieron seleccionando categorías muy importantes relacionadas con la depresión sobre todo los de factores socioculturales o la teoría sobre la desesperanza aprendida. Vale la pena que cuando se hacen las definiciones sobre esta categoría tan importante haya una claridad en lo que se quiere y hasta donde se quiere llegar, para después evaluar su alcance.

Las investigaciones a nivel de revisión teórica no plantean una población específica, ni mucho menos un instrumento ya que este surge teóricamente de la interpretación de la variable. Tampoco refleja un procedimiento en particular porque el instrumento técnicamente surge de la definición operacional de las variables; restándole confiabilidad al proceso, a los resultado y a las conclusiones de dicha investigación.

Las investigaciones realizadas fueron diez (10) en total, siete (7) corresponden a la Universidad del Norte y tres (3) a la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar. La mayoría fueron supervisadas por directores, sólo dos (2) de ellas por asesores, todos son psicólogos clínicos. Las investigaciones fueron realizadas por estudiantes de pregrado, exceptuando una (1) que fue realizada por un estudiante de postgrado de la Universidad del Norte, y por último se puede anotar que ninguna de ellas tiene de manera explícita la línea de investigación ni el eje temático, todas fueron desarrolladas en la ciudad de Barranquilla entre 1984 y 2002.

La mayoría de estas investigaciones, cinco (5) no contemplan una justificación, dos (2) están incompletas y tres (3) no contienen justificación (ya que ésta debe contener una reseña temática que aclare o defina los términos y/o variables involucradas en el estudio. En cuanto las teorías planteadas por las investigadoras en los diez (10) documentos realizados se encontró que las perspectivas teóricas hacen referencia a: modelo psicoanalíticos de Freud (1917), modelo cognitivo de Beck (1963, 1964, 1969, 1972); modelo humanista de Karl Rogers (1980) teoría general de los sistemas Von Bertalanffy (1961), estudios desarrollados por : Abraham Karl (1911), teoría del déficit de autocontrol, Kroner Ullman, desesperanza aprendida, Seligman (1974), teoría de Erickson (1978), esquemas maladaptativos tempranos Jeffrey Young (1990), teoría de la predisposición cognitiva del estrés, Alloy y Cols (1995), teoría ontogénica evolucionista Guidan y Lioth (1983), teoría de Attachment Safran y Greerg (1989), con respecto a las teorías abordadas en la investigación, estas responden al planteamiento del estudio exceptuando dos (2) de ellas, en cuanto al Marco Histórico la mayoría de las investigaciones hacen un recuento cronológico teniendo en cuenta el desarrollo y evolución del tema elegido. En cuanto al Marco Geográfico ninguna de las investigaciones hacen referencia a los aspectos teleológicos y físicos del estudio.

De todas las investigaciones realizadas la mayoría no plantean sus aportes personales a las teorías a las cuales hacen referencia. En lo relacionado con los aspectos metodológicos la gran mayoría no contiene la descripción del problema, exceptuando una investigación realizada en la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

En las investigaciones realizadas cinco (5) documentos tienen formulación del problema, cumpliendo con los requisitos que exige la problemática estudiada. Cinco (5) investigaciones no contienen la Descripción del Problema.

En cuanto a los objetivos la mayoría de las investigaciones contemplan este elemento, exceptuando dos de ellas. En cuanto a las Hipótesis, la gran mayoría no tiene un capítulo destinado para esto, exceptuando una que sí la contiene, pero no están de manera clara y concisa.

Referente a las variables de estudio todas las investigaciones realizadas las contemplan, unas de manera clara y concisa, siete (7) y las otras restantes de manera implícita, en donde no se ve clara la definición de las variables conceptuales y operacionales.

Con respecto al tipo de investigación siete (7) corresponden a cuantitativas y tres (3) a cualitativas, de las cuantitativas la mayoría corresponden a un paradigma empírico-analítico y a un tipo de investigación descriptiva correspondiente a un diseño descriptivo, las otras tres restantes corresponden a un paradigma histórico-hermenéutico, bajo un enfoque hermenéutico y una modalidad de análisis de contenido.

Por otra parte los documentos realizados en siete (7) de estos se encuentran de manera clara y coherente la población de las investigaciones, en las tres (3) restantes se encuentran o se asumen de manera implícita y ésta hace referencia o se asume a los documentos que las investigadoras utilizaron para llevar a cabo sus investigaciones y esta hace referencia concretamente a las tres revisiones teóricas. Por último en todas las investigaciones

revisadas la intención fue generar un nuevo conocimiento en las áreas escogidas, en lo que hace referencia a que todas son puras.

En cuanto a los aspectos de contenidos en las diez (10) revisiones se encontraron que: siete (7) de ellas contemplan los aspectos relevantes al estudio por parte de las investigadoras, las otras tres (3) no tienen los resultados, pero una de ellas lo contemplan de manera implícita, ya que no hay un capítulo en donde se muestre que las autoras hayan dado un aporte analítico a la investigación.

En cuanto a las conclusiones la mayoría contiene este elemento de manera explícita a diferencia de una que lo registra de manera implícita, viéndose de esta manera como las investigadoras dan respuesta en forma clara a los objetivos de la investigación.

Finalmente tenemos que las recomendaciones en las diez (10) investigaciones revisadas, ocho (8) de ellas las asumen de manera clara, cabe anotar que en estas investigaciones la mayoría registran propuestas conceptuales y metodológicas; de manera general puede observarse que cinco (5) de ellas contemplan los aspectos conceptuales y metodológicos a diferencia de las otras cinco (5) que sólo contemplan uno de los dos aspectos.

10. DISCUSIONES Y RECOMENDACIONES.

Luego de haber evaluado y sistematizado las investigaciones realizadas en la ciudad de Barranquilla con respecto a la temática de la depresión, el equipo investigativo ha puntualizado una serie de items a tener en cuenta para futuros estudios y así lograr resultados más reales y específicos.

Siendo conscientes que la justificación es un aspecto relevante para el proceso investigativo en particular para dar una respuesta clara a los problemas planteados, se sugiere que toda investigación así sea documental, plantee una justificación que le permita visionar al investigador la trascendencia que sea y genere el estudio a realizar.

Habiendo confrontado las perspectivas teóricas encontradas en las investigaciones revisadas y estos mismos conceptos planteados por los investigadores de la presente investigación de la sistematización se podría decir, que estas investigaciones no han desarrollado en mayor medida los conceptos de los factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto. Por lo tanto se sugiere que se realicen investigaciones conceptuales profundas de estas categorías o estas mismas investigaciones desde otras perspectivas teóricas tales como el modelo sistémico, modelo humanista, entre otros, o sería interesante profundizar estas categorías desde otras perspectivas teóricas, como por ejemplo la psicoanalítica.

Teniendo en cuenta los documentos de estos estudios que no involucran toda la información actualizada de dichas categorías por motivos desconocidos por las

investigadoras, ya sean estos económicos de acceso inmediato a la información por el manejo del idioma Inglés, entonces se sugiere realizar investigaciones en donde se tengan en cuenta la información actualizada, lo cual le va a dar mucha más importancia y trascendencia al conocimiento, porque es importante que este sea conceptualizado a un tiempo y un espacio que pertenezca a la época.

Teniendo en cuenta que la mayoría de las investigaciones no plantean un aporte personal y que éste es necesario para conocer qué tan cercano están los investigadores en su campo de estudio, se sugiere que las investigaciones que se realicen como en este caso sobre la depresión, pero sobre cualquier tema de la realidad, los investigadores deben tener especial cuidado en realizar aportes personales a las teorías que hacen referencia al Marco Conceptual, y que los aportes reflejen sus intenciones o intereses y su coherencia con el problema planteado para investigar.

Por lo tanto teniendo en cuenta, que algunas investigaciones plantean categorías que no tienen un sustento teórico, coherente en su Marco Conceptual entre ellos: “Factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto”, se sugiere que se realice una nueva revisión teórica de dicha categoría incluyendo cuidadosamente la teoría que plantee elementos conceptuales suficientes para conocer e interpretar la realidad.

Teniendo en cuenta que es importante que toda investigación incluyendo las revisiones teóricas, en particular de una categoría tan importante como es la depresión y las otras con las que se va a trabajar como son los factores socioculturales, desesperanza aprendida, esquemas maladaptivos, entre otras, y teniendo en cuenta que es importante tener una

definición conceptual y operacional, definitivamente se sugiere que estas revisiones se hagan nuevamente en función de las categorías planteadas, incluyendo los aspectos metodológicos pertinentes, guiados por una definición operacional y específica de las variables.

Se sugiere volver a hacer la revisión teórica con los mismas categorías para que los resultados sean más confiables, además que el proceso de definición operacional y conceptual deben ser claros, ya que hay que tener en cuenta que todo documento se convierte en documento de consulta para otros investigadores y estos otros investigadores, necesitan aprehender los conocimientos revisando el proceso investigativo, ya que este es un compromiso con los investigadores que vienen porque es una muestra de cómo se accede al conocimiento. No es solamente presentar el resultado como tal, sino el proceso para llegar a este resultado.

Esta investigación de sistematización y los resultados que está planteando es una invitación a la comunidad científica para los directores y los mismos investigadores para hacer una revisión de cual es la metodología necesaria para hacer investigaciones a nivel general, ya sea documental o tradicional. Realmente esta investigación sugiere que debe tener todos los elementos básicos a nivel conceptual y metodológico y de contenido como ha sido concebido y planteado desde el comité de investigación de la Unidad Académica de Psicología de la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar.

Debido a que se encontró muy poca coherencia lógica entre los aspectos formales que poseen cada una de las investigaciones revisadas, se sugiere a los comités de

investigaciones de las universidades que fueron objeto de estudio, ser mas congruentes entre si en cuanto a los criterios de evaluación, así como también a las pautas o niveles de exigencia. Para esto debiera tenerse e cuenta los criterios establecidos por el ICFES y COLCIENCIAS para tales fines.

BIBLIOGRAFÍA

ARIETI, Silvano. Psicoterapia de la depresión. Buenos Aires: Paidós, 1981.

BACOT, S. Guma. Modelo combinado de terapia conductual para depresión con enfoque conductual y marital. En: Revista de psicología general y aplicada. Vol. 44. 1991.

BARNECHEA, M., GONZALEZ, E. y MORGAN, M. *¿Y Cómo lo hace? Propuesta de Método de Sistematización*. Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú, Lima, agosto de 1992.

BARNECHEA, M. Mercedes. *La Importancia de la Sistematización en la Construcción de una Nueva Sociedad*. En: ¿Y Cómo lo hace? Propuesta de Método de Sistematización, Lima, agosto de 1992.

BELLOCH, A; SANDIN, B. Manual de Psicopatología. México: Mc Graw-Hill, 1996.

BETANCOUR C., Conrado. Revista Colsanitas. Santafé de Bogotá. Número 4, 1992.

BLAZER, L. Revista American Journal of Psychology. No. 153. Vol 1. 1996.

BOWER, Gordon, H.. Teorías del aprendizaje. México: Trillas, 1996.

BRETON, Sue.. La depresión. México: Planeta, 1998.

CALDERÓN, N. Guillermo. Depresión, sufrimiento y liberación. México: Edamex, 1998.

COLEMAN, DANIEL. La Inteligencia Emocional. Buenos Aires: Amorrortu, 1994.

CUELI, J. et al. Teorías de la personalidad. México: Trillas, 1990.

Diccionario de Psicología. Bogotá: Orbis, Tomo I, II. 1.993.

FLOYDL., R. RUCH. Psicología y Vida. Santafé de Bogotá D.C.

GASTO, C. Depresiones crónicas. España: Doyma, 1993.

HAMMEN, (1997). Revista "American Journal of Psychology" 154 (6)

HARRISON, R. P. "Terapia cognitiva de la depresión: una introducción a desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck". Revista de psicología general y aplicada. Vol. 39,4. 1984..

JACOBSON, E. Depresión, estudios comparativos de condiciones normales, neuróticos y psicópatas. Buenos Aires: Amorrortu, 1971.

JAMES, A.. Depresión y existencia humana. México: Trillas,1981.

JARA, Oscar. *La Sistematización y la Producción de Conocimientos*. En: Taller Permanente de Sistematización-CEAAL-Perú, Memoria del Seminario de Intercambio y Debate sobre Sistematización, Lima, 20 al 24 de julio de 1993.

JOHNSON Revista "Psychology Bulletin" 117 (3). 1995.

KAPLAN, H.; Sadock, B.; Grebb, J. "Sinopsis de Psiquiatría". Baltimore, (1997):

LAGOMARSINO, Revista "Sistemas Familiares 106 (3). 1999.

LYON, Revista "Sistemas Familiares 108 (2). 1999.

Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson, 1995.

MARYLAND, William. Argentina: Panamericana.

MARQUEZ, Ramón.. Tratamiento natural de la depresión. Buenos Aires: Paidós, 1990.

MARTINIC, Sergio. *Elementos Metodológicos para la Sistematización de Proyectos de Educación Popular*. CIDE, Santiago de Chile, 1987.

PALMA, Diego. *La Sistematización como Estrategia de Conocimiento en la Educación Popular. El estado de la cuestión en América Latina*. Serie Papeles del CEAAL No. 3. Santiago, junio de 1992.

PAUL, V... *Depresión Psíquica en neonatos y lactantes*. México: Limusa, 1992.

POLAINO, Lorete. A. *La depresión*. Barcelona: Martinez Roca, 1980.

ROJAS, Enrique. *Estudios sobre el Suicidio*. Barcelona: Salvat

SARASON, Irwin G., *Psicología Anormal*. Séptima edición. Santafé de Bogotá D.C.

SARASON, Irwin y Otros. *Psicología anormal problema de la conducta inadaptada* .

SCHWOB. MARC. *Como Vencer La Depresión*. Sexta edición. Santafé de Bogotá D.C.

SCHON, Donald. Tomado de: Apuntes para el Trabajo Social N° 16, Santiago de Chile, 1er semestre de 1989.

ANEXO A

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

DOCUMENTO N°1

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis es: “la desesperanza aprendida: Revisión teórica y análisis crítico”, realizada en la Universidad del Norte, División de Psicología en el año 1986, en la ciudad de Barranquilla, cuyo director es Raimundo Abello (Psicólogo); las investigadoras son: Gladys Avendaño Taffur y Aura Rosero Castro. En el documento no aparece registrada la línea de investigación, ni el eje temático al cual pertenece el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación no contiene justificación y en ninguna parte del documento se hace referencia a ella; es decir, que no tiene una reseña de la temática que defina la(s) variable(s) del estudio, así como la importancia de la investigación para la Psicología, población o institución y los investigadores. Con relación a la teoría, la perspectiva teórica elegida por las autoras fue el modelo cognitivo de Beck (1972). Las autoras establecen en la teoría del modelo cognoscitivo 3 conceptos específicos: Estructura cognoscitiva, esquema y creencias. Las autoras no hacen aportes personales a la teoría de Beck; también hacen referencia a la desesperanza aprendida formulada por Seligman (1974); en un segundo momento Seligman y Abrahason (1978), proponen revisar la teoría de la atribución para profundizar sobre el fenómeno de la desesperanza aprendida. No tiene ni Marco Histórico, ni Marco Geográfico ya que es una revisión teórica; por último el aporte personal de las autoras sobre la desesperanza aprendida es que ha contribuido al fortalecimiento del modelo conductual en la psicología clínica y aumentar el modelo de eficacia en pacientes depresivos.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	Con respecto a los aspectos metodológicos este documento no contempla los capítulos relacionados con: Descripción del Problema, Formulación del Problema, Objetivo General y Específico(s), Hipótesis. No aparece un capítulo de definición conceptual, pero si aparece un capítulo denominado “Definición de Conceptos”, en los cuales se encuentra, según el autor, Seligman, depresión, desesperanza aprendida, dimensión atribucional y fracaso. La finalidad de esta investigación, es pura ya que es la que se realiza con el propósito de presentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, en cuanto a Muestra no

	está de manera explícita pero se podría tomar los referentes teóricos o bibliográficos como tal.
ASPECTOS CONTENIDO	DE Con respecto a los aspectos de contenido no tienen un capítulo de resultados; con respecto a las conclusiones las autoras llegan a la conclusión que el modelo de “Desesperanza Aprendida”, explica muy acertadamente el estado psicológico de incontabilidad y se acerca a explicaciones claras del comportamiento social. En cuanto a las recomendaciones no hay un capítulo de manera explícita referente a este punto, pero de manera implícita a nivel conceptual se recomiendan futuras investigaciones en el área educativa a nivel Preescolar y Clínica, especialmente en sujetos que padecen de carcinoma y crianza de los niños

DOCUMENTO N° 2

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis es: “Descripción de las creencias irracionales en adultos de edad temprana (20-40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico”. Realizada en la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Unidad Académica de Psicología en el año 2002 en la ciudad de Barranquilla, cuya Directora es Milena Cantillo, Maryuri Cervantes, Yeimi De la Rosa y Ennys García. En el documento no aparece registrada la línea de investigación y el eje temático al cual pertenece el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación contiene justificación la cual tiene una reseña temática que aclara y define las variables involucradas en el estudio, pero no contiene la importancia para la Psicología, población e investigadores. Con relación a la teoría, la perspectiva teórica elegida por las autoras fue: “El modelo cognitivo de Beck” (1963, 1964-1969), el autor establece tres conceptos específicos para explicar esquemas y errores cognitivos. No le hacen aporte personal a la teoría. En el Marco Histórico no se identifica el proceso histórico de las ideas irracionales en las diferentes épocas en que se ha llevado a cabo el estudio. No tiene Marco Geográfico ya que no se hace una descripción teleológica, ni de la planta física del sitio donde se realizó la investigación, pero en un capítulo del Marco Teórico hacen referencia al Departamento del Atlántico y su evolución. Por último no hacen aportes personales a la teoría.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	Con respecto a los aspectos metodológicos este documento no contempla: Descripción del Problema, Hipótesis, Propósito, ya que la investigación no es aplicada; con relación a las variables éstas se identifican de manera clara, precisa y concisa en la investigación, tiene una finalidad pura ya que es la realización con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos para el progreso de una determinada ciencia, la investigación es de tipo cuantitativo, con un paradigmas empírico-analítico de tipo descriptivo-comparativo. En cuanto a la población se escogieron un grupo de personas que representan características correspondientes a la variable y la muestra cumple con los criterios para realizar la investigación, indican cuántos la conforman y por qué. Y además se utilizó un procedimiento estadístico para ello. Las técnicas utilizadas fueron: inventario de la depresión de Beck, , IBT de Jones y

	cuestionarios de la masa cognitiva elaborado por las investigadoras.
ASPECTOS CONTENIDO	DE Con relación a los aspectos de contenido los resultados están relacionados con todo el proceso de investigación, con respecto a las conclusiones las autoras le dan respuesta a los objetivos específicos planteados en la investigación,; por último, en las recomendaciones se hacen aportes a nivel conceptual; realizar programas en el manejo, control y prevención de trastornos psicológicos en los adultos D.S.V. que presentan depresión. Y a nivel metodológico: futuras investigaciones para las etapas de ajuste y adaptación, con el fin de conocer el estado emocional de la persona en el momento mismo de quedar discapacitado entre otras

DOCUMENTO N° 3

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis es: “Descripción de intervención y rehabilitación en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI” de la ciudad de Barranquilla”. Realizada en la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Unidad Académica de Psicología en el año 2001 cuya directora es Adriana Altamar (Psicóloga Clínica y de Familia). Las investigadoras son: Meibis Goenaga, Katya Reales y Nadia Soto. En el documento no aparece registrada la línea de investigación, ni el eje temático al cual pertenece el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación contiene justificación, la cual tiene una reseña temática que aclara y define las variables involucradas en el estudio, al igual que la importancia para la Psicología, población e investigadores. Con relación a la teoría, la perspectiva teórica elegida por las autoras fue: “Teoría Psicodinámica de Freud”, “Teoría Biológica de Karl Abraham” y estudios desarrollados por: “Edward Bibling (1953)”, “Modelo de la distorsión cognitiva y conductual de Beck (1967-1976)”. Teoría humanista de Carl Rogers (1951-1980)”, “Hail y Fogen (1956)”, “Teoría de Lalanfy (1961). En el Marco Histórico no se identifica el proceso histórico de intervención y rehabilitación en las diferentes épocas en que se ha llevado el estudio. No tiene Marco Geográfico, ya que no hacen una descripción teleológica ni de la planta del sitio donde se realizó la investigación. Por último el aporte personal de las autoras sobre las teorías es ampliar conocimientos básicos del modelo terapéutico y los trabajos de intervención desde la perspectiva, abriendo campos a nuevas experiencias y a la búsqueda de prácticas de intervención de los trastornos del estado de ánimo.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	Con respecto a los aspectos metodológicos este documento contempla: formulación del problema, objetivo general y específicos, hipótesis, definición conceptual de la variable. La finalidad de esta investigación es pura ya que se realizó con el propósito de acrecentar los conocimientos teóricos. El tipo de investigación es cualitativa y utiliza un paradigma histórico hermenéutico. La muestra cumple con los criterios para realizar la investigación como lo es lo referente a la población objeto del estudio.
	Los resultados van relacionados con todo el proceso de la investigación. Los autores de la investigación concluyen que la

<p>ASPECTOS CONTENIDO</p>	<p>DE finalidad de intervenir un paciente es la búsqueda de mejorar los síntomas que le permitan al individuo regresar a las actividades cotidianas de manera normal con la colaboración de la familia y el medio circundante. En cuanto a las recomendaciones: encontramos a nivel metodológico la implantación de talleres, convivencias y capacitaciones, mejoramiento de los procesos de intervención y rehabilitación de la depresión, programa integral de intervención familiar para asistencia de familia en los procesos de intervención que cree una red de apoyo entre familias, paciente, equipo terapéutico; a nivel institucional dar un seguimiento a la familia y pacientes atendidos</p>
--------------------------------------	--

DOCUMENTO N° 4

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis es: “Índice de depresión en estudiante universitarios”, realizada en la Universidad del Norte, División de Psicología en el año 1989 en la ciudad de Barranquilla, cuya directora es Clementina Holguin (Psicóloga). Las investigadoras son: Vivian Arias A y Mayra Berrocal G. En el documento no aparece registrada la línea de investigación, ni el eje temático al cual pertenece el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación contiene justificación, la cual tiene una reseña temática que aclara y define las variables involucradas en el estudio, al igual que la importancia para la Psicología, población e investigadores. Con relación a la teoría, la perspectiva teórica elegida por las autoras fue: “Teoría Psicodinámica de Freud”, no establece año. En el Marco Histórico no se identifica el proceso histórico de la depresión en las diferentes épocas. No tiene Marco Geográfico ya que no hacen una descripción teleológica, ni de la planta del sitio donde se realizó la investigación. Por último el aporte personal de las autoras sobre la teoría es que factores externos como la familia, sociedad, contribuyen a imponer en los adolescentes obligaciones para las que aún no están preparados, ocasionando en ellos sentimientos de fracaso y depresión.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	.En cuanto a los objetivos estos son coherentes con la pregunta problema. En los objetivos específicos no se especifica los índices de la depresión sino que se comparan teniendo en cuenta los niveles académicos, programas a los cuales están adscritos y el sexo de los estudiantes universitarios; estos índices de la depresión no están completamente explícitos en la definición de la variable depresión. Es decir, que haría falta una definición operacional de la categoría. La finalidad de esta investigación es pura. El instrumento utilizado fue el MMPI inventario multifacético de la personalidad. En cuanto a la población se escogieron un grupo de personas que representan características correspondientes a una misma definición y que características principales para el desarrollo de la investigación, la muestra cumple con los criterios para realizar la investigación como es el indicar el número que la conforma y por qué esa población a estudiar.
	Los resultados si van relacionados con todo el proceso de la investigación. Los autores de la investigación llegaron a la conclusión que los jóvenes al salir del colegio antes de su

ASPECTOS CONTENIDO	DE ingreso a la universidad se ven sometidos a presiones y metas que no pueden cumplir y que son impuestas por sus padres y la sociedad provocando en ellos sentimientos de culpa que conllevan a una depresión. En cuanto a las sugerencias a nivel metodológico encontramos aplicar exámenes que permitan obtener una visión general del estado psicológico de los estudiantes que ingresan a la universidad; realizar programas preventivos, promocionar actividades extracurriculares que permitan a los jóvenes mantener un equilibrio.
-----------------------	---

DOCUMENTO N° 5

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis es: “Factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto de acuerdo al juicio de los psicoterapeutas que laboran en la ciudad de Barranquilla”. Realizada en la Universidad del Norte, División de Psicología en el año 1997 en la ciudad de Barranquilla, dirigida por Guillermo García H (Psicólogo). Las investigadoras son: María C. Duque y Leila V. Vera M. En el documento no aparece registrada la línea de investigación, ni el eje temático al cual pertenece el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación contiene justificación, la cual tiene una reseña temática que aclara y define las variables en el estudio, al igual que la importancia para la Psicología, población e investigadores. Con relación a la teoría, las autoras no especifican una perspectiva teórica sino que hacen referencia a estudios desarrollados por “Karl Abraham (1911)”, “Melanie Klein”, “Sandor Rodo”, “Jean Grimberg”, “Edith Jacobson”, “Freud”, “Bleichman”, “Hellen Bosch”, y “Beck” (1972), la mayoría de estos autores no establecen fechas de sus estudios. En el Marco Histórico se identifica el proceso histórico.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	Si contiene una Formulación del problema, ya que presenta una pregunta general y clara que recoge la esencia del problema y por tanto el título del estudio. La pregunta fue formulada de manera concreta y clara, menciona en ella las categorías de estudio y características de espacio y tiempo. En cuanto a la descripción del problema no se presenta. EN cuanto a los objetivos estos son coherentes y van acorde al problema de investigación, precedidos de un verbo operativo. Los objetivos específicos por su aporte reflejan la operacionalización de las variables involucradas y son coherentes con la conceptualización del estudio. La finalidad de esta investigación es pura.
ASPECTOS DE CONTENIDO	Los resultados van relacionados con el proceso de la investigación. Los autores de la investigación llegaron a la conclusión que todas las culturas y las condiciones de vida crean angustia, dando origen a conflictos que desencadenan en las personas depresión. En cuanto a las recomendaciones encontramos a nivel conceptual crear una teoría dirigida a la prevención y tratamiento del trastorno depresivo en el contexto socio-cultural, profundizar sobre el desarrollo de la depresión.

DOCUMENTO N° 6

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis: “Revisión teórica y análisis crítico de los aspectos sociales y culturales que influyen en la depresión”, realizada en la Universidad del Norte, División de Psicología en el año 1986, en la ciudad de Barranquilla, cuyo director es Fernando Cortizos (Psicólogo) y Clementina Holguín. Las investigadoras son Carmenza Bray, Martha Carvajal Herrera y Hermelinda Guarín Restrepo. En el documento no aparece registrada la línea de investigación ni el eje temático al cual corresponde el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación no contiene justificación y en ninguna parte del documento se hace referencia a ella; es decir, que no tiene una reseña de la temática que defina la (s) variable (s) del estudio, así como la importancia de la investigación para la Psicología, población o institución y para las investigadoras. Con relación a la perspectiva teórica elegida por las investigadoras fue el Modelo Psicoanalítico de Freud (1917), la cual contempla la depresión como en humor, emoción o un estado afectivo del individuo. En cuanto al Marco Histórico las investigadoras no plantearon un orden cronológico al tema elegido, por el contrario hicieron una descripción histórica de la depresión sin tener en cuenta los años. En cuanto al Marco Geográfico, esta investigación no contempla los aspectos teleológicos, por último las investigadoras no hacen un aporte personal.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	.Con respecto a los aspectos metodológicos este documento no contempla los capítulos relacionados con: Descripción del Problema, Formulación del Problema, Hipótesis. En los objetivos no hay un capítulo destinado a estos, pero se encuentra de manera explícita en la introducción. La finalidad de esta investigación es pura y de tipo cualitativo; el paradigma es histórico hermenéutico y su modalidad es de análisis de contenido
ASPECTOS DE CONTENIDO	Con respecto a los resultados las autoras llegaron a la conclusión que realizaron una exposición teórica acerca de los aspectos sociales y culturales que influyen en la conformación de la estructura psicopatológica de la depresión. En cuanto a las recomendaciones no hay un capítulo referente a esto. A nivel conceptual sirve para informarse sobre la depresión.

DOCUMENTO N° 7

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	<p>El título de la tesis es “Revisión teórica y análisis crítico de la depresión bajo el enfoque comportamiento”, realizado en la Universidad del Norte División de Psicología en el año de 1984 en la ciudad de Barranquilla cuyo director es Carlos Acosta Barros (Psicólogo). Las investigadoras son: Evelyn Alvarez, Silvia de Ariza y Ana Lida Coronel; en el documento no aparece registrada la línea temática y el eje temático al cual pertenece el estudio.</p>
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	<p>Esta investigación no contiene justificación y en ninguna parte del documento se hace referencia a ella; es decir, que no tiene una reseña de la temática que defina la (s) variable (s) de estudio así como la importancia de la investigación para la psicología, población o institución y para las investigadoras. Con relación a la perspectiva teórica elegida, las autoras escogieron el “Modelo psicoanalítico de Freud” (1917), esta teoría se basa en el duelo y la melancolía (obra de Freud). Teoría cognoscitiva de la depresión desarrollada por Beck, Teoría del déficit de autocontrol (1973) desarrollada por Krasner y Ullman, esta contempla la depresión en un déficit de autocontrol que resulta del feed-back. La teoría biológica (no aparece registrado el año de ésta). Entre los seguidores de la teoría biológica tenemos a Rees, Zisy, Goodwin. En cuanto al Marco Histórico las investigadoras contemplan un orden cronológico comprendido entre los años 1928 a 1973 de la terapia del comportamiento con el siguiente orden: en 1928 se dió el inicio con Pavlov, en 1958 Wolpe fue otro científico que dió impulso con Psychoterapy by Reciprocan inhibition, en 1968 se dió el primer tratamiento conductual con pacientes depresivos; en 1969 se dio a conocer el primer estudio sistemático de depresión; en 1973 Miller y Selligman publicaron el primer trabajo de desesperanza aprendida. En cuanto al Marco Geográfico esta investigación no contempla los aspectos teleológicos. Por último las investigadoras no hacen un aporte personal.</p>
ASPECTOS METODOLÓGICOS	<p>Esta investigación no contiene aspectos metodológicos tales como Descripción del Problema, Formulación del Problema, Objetivos, Hipótesis, Propósitos de la investigación, Variables, Definición conceptual, Técnicas, Instrumentos; en cuanto a la finalidad de la investigación es pura. El tipo de investigación es cualitativa, bajo un paradigma histórico-hermenéutico. El enfoque metodológico corresponde al hermenéutico; la</p>

		modalidad de la investigación es análisis de contenido, las técnicas utilizadas fueron los libros a los cuales las investigadoras se remitieron
ASPECTOS CONTENIDO	DE	Los resultados de esta investigación están relacionados con todo el proceso. Con respecto a las conclusiones las autoras dan respuesta a los objetivos planteados y en las recomendaciones se hacen aporte a nivel conceptual y metodológico.

DOCUMENTO N° 8

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	<p>El título de la tesis es: "Depresión en un grupo de ancianos que asisten al centro de vida de la tercera edad "El Carmen Viejo Muelle" relacionada en la Corporación Educativa Mayor del Desarrollo Simón Bolívar, Unidad Académica de Psicología en el año 2001 en la ciudad de Barranquilla, cuya directora asesora es Margarita Cardeño. Las investigadoras son: Leikys Del Carmen, Gladys Bermúdez, Marín Paola y Esther González. En el documento no aparece la línea de investigación ni el eje temático al cual corresponde el estudio..</p>
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	<p>Esta investigación contiene justificación, la cual tiene una reseña temática que aclara y define la (s) variable (s) involucradas en el estudio, al igual que la importancia para la Psicología, población e investigadores. Con relación a la teoría, la perspectiva teórica elegida por las investigadoras fue: "Teoría de Erickson (1978)" en la cual describen las 8 etapas del desarrollo del individuo haciendo referencia específicamente a la última en la que presenta cambios que corresponden a la edad adulta. En cuanto al Marco Histórico, las autoras no plantearon un orden cronológico al tema elegido que corresponde a "depresión en un grupo de ancianos". En el Marco Geográfico las investigadoras no contemplaron los aspectos teleológicos. Por último las investigadoras no hacen un aporte personal</p>
ASPECTOS METODOLÓGICOS	<p>Esta investigación no contiene aspectos metodológicos tales como Descripción del Problema, Hipótesis, Propósitos. En cuanto a la pregunta problema hace referencia a ¿cómo se presenta la depresión en un grupo de ancianos que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad "El Carmen Viejo Muelle en Puerto Colombia?. Se puede afirmar que hay una relación entre los objetivos específicos y las variables. Finalidad de la investigación es pura, porque quiere aportar conocimientos a una ciencia en particular. El tipo de investigación es cuantitativa, con un paradigma empírico analítico y un diseño descriptivo con una muestra representativa.</p>
ASPECTOS DE CONTENIDO	<p>Con respecto a los aspectos de contenido los resultados van relacionados con todo el proceso de investigación, con respecto a las conclusiones las autoras le dan respuesta a los objetivos planteados, por último en las investigaciones se hacen aportes a nivel metodológico, la correlación entre la viudez, soledad y depresión; y la descripción de la personalidad del anciano y la sexualidad después de los 60. A</p>

	nivel conceptual continúa la línea de investigación con estudios orientados en la planeación y ejecución de programas
--	---

DOCUMENTO N° 9

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	El título de la tesis es “Esquemas maladaptativos tempranos como predictores de la depresión clínica”. Fue realizada en la Universidad del Norte, División Académica de Psicología en el año 1998 en la ciudad de Barranquilla. Su director Walter Rizo (Psicólogo). Las investigadoras son: Silvia Arango, Piedad Liliana López y María Victoria Jiménez. En esta investigación no aparece la línea de investigación ni el eje temático al cual corresponde el estudio.
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	Esta investigación contiene una justificación la cual tiene una reseña temática que aclara y define las variables involucradas en el estudio, pero no contiene la importancia para la Psicología, población e investigadores. Con relación a la teoría, las perspectiva teóricas elegidas por las investigadoras son: Teoría cognoscitiva de Beck (1976), teoría de la desesperanza aprendida por Abramson Seligman y Cols (1974-1978), teoría de la predisposición cognitiva del stres (1985) por Alloys y Cols; teoría ortogénica evolucionista (1983) desarrollada por Gúidano y Lioth, teoría de Attachment (1989) desarrollada por Safran y Greemberg, teoría de esquemas mal adaptativos tempranos (1990), teoría planteada por Jeffrey y Young. En cuanto al Marco Geográfico las investigadoras no contemplaron los aspectos teleológicos. Por último las investigadoras no hicieron aportes personales.
ASPECTOS METODOLÓGICOS	.Con respecto al aspecto metodológico, este documento contempla los capítulos relacionados con, Formulación del Problema, Objetivo General y Específicos, Hipótesis, Definición Conceptual de las Variables, todos estos elementos están contemplados de una manera clara y coherente en la investigación exceptuando las variables que no están claramente contextualizadas. La finalidad de esta investigación es pura, porque se realiza con el propósito de incrementar el conocimiento en esta área. El tipo de esta investigación es cuantitativa, bajo un paradigma empírico-analítico. El diseño es descriptivo. La población de esta investigación está bien definida. Las técnicas utilizadas fueron esquemas mal adaptativos tempranos y el inventario de Beck.
ASPECTOS DE CONTENIDO	Los resultados están relacionados con todo el proceso de la investigación; con relación a las conclusiones las autoras le da respuesta a los objetivos específicos planteados en la investigación. Por último en las recomendaciones se hacen aportes a nivel conceptual y metodológico.

DOCUMENTO N° 10

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMATIZACIÓN DE LAS INVESTIGACIONES

CATEGORÍA	
DATOS GENERALES DE IDENTIFICACIÓN	<p>El título de la tesis es: “Factores desencadenantes asociados a la depresión infantil en una muestra de niños de 5 a 10 años de la ciudad de Barranquilla”, realizada en la Universidad del Norte, División de Psicología, departamento de Postgrado en el año 1996 en la ciudad de Barranquilla. Cuyo director es Ana Russo y Raimundo Abello (Psicólogos). Las investigadoras son Beatriz Ossa, María Cervera y Judith Soto. En el documento no aparece la línea de investigación ni el eje temático al cual pertenece el estudio.</p>
ASPECTOS CONCEPTUALES BÁSICOS DE LA DEPRESIÓN	<p>Esta investigación contiene justificación, la cual tiene una reseña temática que aclara y define las variables involucradas en el estudio, así como la importancia de la investigación para la Psicología, población o institución y para los investigadores. Con relación a la perspectiva teórica elegida por las investigadoras es el modelo psicoanalítico de Freud (1927). En cuanto al Marco Histórico las autoras plantean la depresión infantil teniendo en cuenta la evolución. En cuanto al Marco Geográfico las investigadoras no contemplaron los aspectos teleológicos. Por último, las investigadoras no hacen un aporte personal desde la perspectiva teórica.</p>
ASPECTOS METODOLÓGICOS	<p>.Con respecto a los aspectos metodológicos, contiene una Formulación del Problema ya que presenta una pregunta general y clara que recoge la esencia del problema y, por tanto, el título del estudio. La pregunta fue formulada de una manera concreta y clara; menciona en ella las categorías de estudio y características de espacio y tiempo. En cuanto a la descripción del problema no se presenta. En cuanto a los Objetivos estos son coherentes y van acorde al problema de la investigación, precedido de un verbo operativo. Los Objetivos Específicos, por su parte, reflejan la operacionalización de las variables involucradas y son coherentes con la conceptualización del estudio. La finalidad de esta investigación es pura.</p>
ASPECTOS DE CONTENIDO	<p>Con respecto al contenido, los resultados van relacionados con el proceso de la investigación. Las autoras de la investigación llegaron a la conclusión que los factores desencadenantes asociados a la depresión infantil se relacionan más con los aspectos de la interacción familiar. En cuanto a las recomendaciones, se sugiere a nivel metodológico desarrollar</p>

	un programa de prevención y abrir una línea de investigación que permita recoger mayor información para aumentar el nivel de conocimiento al respecto y un abordaje terapéutico
--	---

ANEXO B

ANÁLISIS CRONOLÓGICO DE LAS INVESTIGACIONES

UNIVERSIDAD	TÍTULO DE LA TESIS	AUTORES	AÑO
UNINORTE	“Prevalencia del sentimiento de culpa en la ideación y fantasía suicida en pacientes con depresión neurótica”	Margarita Pacheco Pérez, Sara Zabaraín Cogollo.	2000 Barranquilla
UNINORTE	“Índice de depresión en estudiantes universitarios”.	Vivian Astrid Arias Antun, Mayra del Carmen Berrocal Garcerant.	1989 Barranquilla
UNIVERSIDAD METROPOLITANA	En esta universidad se encontró que no existe ninguna investigación acerca de la depresión, esto tiene su soporte cuando se anexó el listado de investigaciones realizadas en dicha universidad		

UNIVERSIDAD	TÍTULO DE LA TESIS	AUTORES	AÑO
UNINORTE	“La desesperanza aprendida, revisión y análisis crítico”	Gadys Avendaño y Aura Rosero Castro	1986 Barranquilla
UNINORTE	“Esquemas maladaptativos tempranos como predictores de depresión clínica”	Silvia Mejía, Piedad Liliana López y María Victoria Méndez	1998 Barranquilla

UNINORTE	“Revisión teórica y análisis crítico de la depresión bajo el enfoque comportamental”	Evelyn Alvarez, Silvia A. De Ariza y Ana Lida Coronel	1984 Barranquilla
UNINORTE	“Factores socioculturales implicados en el desarrollo de la depresión del adulto de acuerdo al juicio de los psicoterapeutas”		1997 Barranquilla
SIMÓN BOLÍVAR	“Descripción de las creencias irracionales en adultos de edad temprana (20-40 años) con discapacidad sensorial visual que presentan depresión y residen en el Departamento del Atlántico”	Ana Milena Cantillo, Maryuri Cervantes, Yeimi De La Rosa y Ennys García	2002 Barranquilla

UNIVERSIDAD	TÍTULO DE LA TESIS	AUTORES	AÑO
SIMÓN BOLÍVAR	“Depresión en un grupo de ancianos que asisten al Centro de Vida de la Tercera Edad “El carmen Viejo Muelle”, en Puerto Colombia”	Leikis Del Carmen Almeida, Gladys Viviana Bermúdez, Marien García Marín y Yully González Muños	2001 Barranquilla
SIMÓN BOLÍVAR	“Descripción de los procesos de intervención y rehabilitación en el programa de depresión del Centro de Atención y Rehabilitación Integral “CARI” de la ciudad de Barranquilla”	Melvis Goenaga G., Katia Reales Paz y Nadia Soto Toncel.	2001 Barranquilla

<p>UNINORTE</p>	<p>“Factores desencadenantes asociados a la depresión infantil en una muestra de cinco a diez años de la ciudad de Barranquilla”</p>	<p>Beatriz E. Ossa, María Cervera y Judith Soto.</p>	<p>1996 Barranquilla</p>
<p>UNINORTE</p>	<p>“Revisión teórica y análisis crítico de los aspectos sociales y culturales que influyen en la depresión”</p>	<p>Carmenza Bray Bohórquez, Martha Carvajal Herrera y Hermelinda Guarín Restrepo.</p>	<p>1986 Barranquilla</p>

ANEXO C
INSTRUMENTOS
FORMATO DE SISTEMATIZACIÓN PARA LOS INFORMES FINALES DE
INVESTIGACIÓN (INSTRUCTIVO)

1. NOMBRE DE LA UNIVERSIDAD O CORPORACIÓN EDUCATIVA:

Aquí se registra el nombre de la institución universitaria donde se realizó la investigación.

2. AÑO DE REALIZACIÓN:

Aquí se registra el año en que se culminó la investigación.

3. TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN.

4. DIRECTOR Y/O ASESOR DE LA INVESTIGACIÓN:

Nombre de la (s) persona (s) que acompañó (aron) el proceso de investigación desde lo conceptual y metodológico.

5. ESTUDIANTES INVESTIGADORES:

Aquí se coloca el nombre de los estudiantes que realizaron la investigación.

6. LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Aquí se registra la línea de investigación a la cual pertenece la investigación.

7. EJE TEMÁTICO:

Aquí se registra el eje temático al cual pertenece la investigación.

8. ASPECTOS CONCEPTUALES.

8.1. JUSTIFICACIÓN:

Aquí debe aparecer la importancia de los estudios para la Psicología, para la población y para los investigadores.

8.2. MARCO TEÓRICO

8.2.1. Teoría (s) y/o autor guía (s) de la investigación:

Aquí se especifican y se sintetizan las perspectivas teóricas elegidas por los estudiantes, para guiar su proceso de investigación.

8.2.2. Marco Histórico.

Aquí se especifica los antecedentes históricos planteados en la investigación. Identificar el proceso histórico (en las diferentes épocas) que ha llevado la realidad que se estudió.

8.2.3. Marco Geográfico.

Aquí se hace una descripción teleológica (Visión, Misión y Filosofía) y de la planta física de los sitios o contextos en los cuales se ha realizado la investigación.

8.2.4. Aporte personal de los investigadores.

Aquí se registran las tesis (ideas y sus juicios valorativos y críticas) que reflejan las posiciones de los autores de la investigación frente a las perspectivas teóricas planteadas.

9. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

9.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.

Aquí se delimitan los aspectos que sustentan el problema de la investigación.

9.1.1. Formulación del Problema.

Aquí se describen textualmente los cuestionamientos centrales de la investigación.

9.2. OBJETIVOS

9.2.1. Objetivo General.

Aquí se escribe textualmente como aparece en la investigación revisada.

9.2.2. Objetivos Específicos.

Aquí se escribe textualmente como aparece en la investigación revisadas.

9.3. HIPÓTESIS.

Aquí se escribe textualmente las hipótesis planteadas por las investigaciones revisadas, en el caso de que éstas sean cuantitativas.

9.4. PROPÓSITOS DE LA INVESTIGACIÓN.

Aquí se escriben textualmente los propósitos planteados por la investigaciones revisadas, en el caso de que éstas sean aplicadas. Los propósitos deben identificar acciones interventivas.

9.5. VARIABLES O CATEGORÍAS.

9.5.1. Definición conceptual de la variable.

Aquí se escriben textualmente la definición de la (s) variable (s), categoría (s) tal y como aparecen en el documento.

9.6. FINALIDAD O UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN.

Aquí el estudiante deberá identificar si la investigación es pura o aplicada, argumentando desde la teoría su planteamiento.

9.7. TIPO DE INVESTIGACIÓN.

Identificar el tipo de investigación según los siguientes criterios:

9.7.1. Investigación Cualitativa.

9.7.1.1. Paradigma.

Aquí se registra (n) cuál (es) es (son) el (los) paradigma (s) utilizados en la investigación revisada, argumentando desde la teoría su planteamiento.

9.7.1.2. Enfoque Metodológico.

Aquí se registra (n) cuál (es) es (son) la (s) modalidad (es) utilizada (s) en la investigación revisada, argumentando desde la teoría su planteamiento.

9.7.2. Investigación Cuantitativa.

9.7.2.1. Paradigma.

Aquí se registra (n) cuál (es) es (son) el (los) enfoque (s) utilizado (s) en la investigación revisada, argumentando desde la teoría su planteamiento.

9.7.2.2. Tipos de Investigación.

Aquí se registran cual (es) es (son) el (los) enfoque (s) utilizado (s) en la investigación revisada argumentando desde la teoría sus planteamientos.

9.7.2.3. Diseño

Aquí se registran cual (es) es (son) el (los) diseño (s) utilizado (s) en la investigación revisada argumentando desde la teoría sus planteamientos.

9.8. POBLACIÓN Y MUESTRA

Aquí se registran las características determinadas de las personas que conforman la población, además se debe indicar el número total de los que conforman la muestra.

9.9. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Especificar el nombre de la (s) técnica (s) y/o instrumento (s) y el autor.

10. ASPECTOS DE CONTENIDO.

10.1. RESULTADOS.

Sintetizar los aspectos relevantes de la interpretación teniendo en cuenta el aporte analítico de los autores de la investigación. Plantear las explicaciones que dieron los autores para sustentar los datos encontrados en la investigación. Develar el sentido que le da el investigador a la teoría para explicar los hallazgos.

10.2. CONCLUSIONES

Registrar de manera sintética la respuesta que dan los autores a cada uno de los objetivos específicos planteados en la investigación.

10.3. RECOMENDACIONES.

Se debe registrar las propuestas conceptuales y metodológicas que plantean los autores de la investigación orientadas a comprender y/o transformar (programas interventivos) la realidad estudiada, ya sea conceptual (profundizar en el tema y sugerir futuros temas) o metodológica (programas).

- 1- Depresión
- 2- Estado de Animo
- 3- Terapia cognitiva
- 4- Deforción Mental
- 5- " Infantil
- 6- Metodología en Psicología
- 7- Psicoterapia
- 8- SISTEMAS DE ALMACENAMIENTO Y RECUPERACION DE LA INFORMACION
- 9- AUTOMATIZACION
- 10- PSICOLOGIA - TESIS Y DISERTACIONES ACADEMICAS