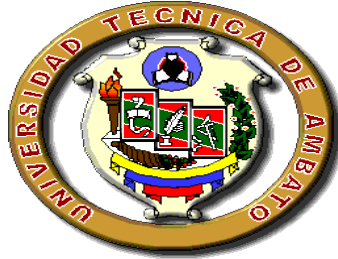


**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**



**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE PSICÓLOGA CLÍNICA**

**IV SEMINARIO DE GRADUACIÓN**

**TEMA:**

---

**LA MIGRACIÓN DE UNO DE LOS PADRES Y LOS NIVELES DE  
DEPRESIÓN QUE PRESENTAN LOS ESTUDIANTES DE PRIMERO A  
SEXTO CURSO DEL COLEGIO LEONARDO MURIALDO DE LA  
CIUDAD DE AMBATO.**

---

**AUTORA: Sandra Cecilia Erráez Loor**

**TUTORA: PsC. Verónica Labre**

**AMBATO-ECUADOR**

**2011**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutora del trabajo de investigación sobre el tema: “La migración de uno de los padres y los niveles de depresión que presentan los estudiantes de primero a sexto curso del colegio Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato”, de la estudiante Sandra Cecilia Erráez Loor, alumna egresada de la carrera de Psicología Clínica, considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y meritos suficientes para ser sometido a la evaluación del tribunal de Grado, que el Honorable consejo Académico designe para su correspondiente estudio y calificación.

Ambato.....

LA TUTORA

.....

Verónica Labre.

## **AUTORIA DEL PERFIL DEL INFORME FINAL**

Los criterios emitidos en el trabajo de investigación con el tema: “La migración de uno de los padres y los niveles de depresión que presentan los estudiantes de primero a sexto curso del colegio Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato”, como también los contenidos, ideas, propuestas, son de la exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de este trabajo de grado, bajo la dirección de la Psicóloga Clínica Verónica Labre en calidad de Tutora.

AMBATO.....

---

Sandra Cecilia Erráez Loor

Alumna egresada de la Carrera de  
Psicología Clínica.

---

Psicóloga Clínica

Verónica Labre.

**APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR:  
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE “AMBATO”  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: “la migración de uno de los padres y los niveles de depresión que presentan los estudiantes de primero a sexto curso del colegio Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato.”, de acuerdo a las disposiciones reglamentarias emitidas por la Universidad Técnica de Ambato, para grados para la obtención del Título de Psicóloga Clínica de la estudiante: Sandra Cecilia Erráez Loor, alumna del IV Seminario de Graduación.

Ambato.....

Para constancia firman

.....

Dra. Xiomara Tabares

.....

Dra. Verónica León.

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo esta dedicado  
a mi familia y maestros por el apoyo incondicional  
recibido para la elaboración de este informe

**LA AUTORA**

Sandra Erráz Loo

## **AGRADECIMIENTO**

A la Universidad Técnica de Ambato,

Facultad Ciencia de la Salud,

Carrera Psicología Clínica por su educación de excelencia.

a sus autoridades, maestros, y tutora por motivar, dirigir  
de manera acertada mi formación profesional e investigación.

**LA AUTORA**

Sandra Erráez Loor

## ÍNDICE GENERAL

### A.-PAGINAS PRELIMINARES

Página de titulo o portada.	I
Página de aprobación del tutor	II
Página de Autoría de la Tesis.	III
Página de Aprobación del tribunal de grado.	IV
Página de Dedicatoria	V
Página de Agradecimiento	VI
Índice general de contenidos.	VII-VIII
Índice de cuadros y gráficos.	IX-X
Resumen Ejecutivo	XI

### B.- TEXTO

<b>INTRODUCCION</b>	1
<b>CAPITULO I.- EL PROBLEMA DE INVESTIGACION</b>	1
1.1. El Tema	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.2.1. Contextualización	2-11
1.2.2. Análisis crítico	13-14
1.2.3. Prognosis	15
1.2.4. Formulación del problema	16
1.2.5. Preguntas directrices	16
1.2.6. Delimitación	16
1.3. Justificación	17
1.4. Objetivos	18
1.4.1. Objetivo General	18
1.4.2. Objetivos Específicos	18

<b>CAPITULO II.- MARCO TEÓRICO</b>	19
2.1. Antecedentes investigativos	19-20
2.2. Fundamentación filosófica	21-23
2.3. Categorías fundamentales	25-41
2.4. Fundamentación legal	23-24
2.5. Hipótesis	42
2.6. Señalamiento de Variables	42
<b>CAPÍTULO III.- METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN</b>	43
3.1. Enfoque investigativo	43
3.2. Modalidad de la investigación	43-44
3.3. Nivel de investigación	44
3.4. Población y Muestra	45
3.5. Operacionalización de Variables	46-47
3.6. Técnicas e instrumentos	48
3.7. Plan de recolección de información	49
3.8. Plan de procesamiento de la información.	50
<b>CAPÍTULO IV.-ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS</b>	54-68
4.1. Análisis del aspecto cuantitativo	54-68
4.2. Interpretación de resultados.	54-68
4.3. Verificación de Hipótesis	69-70
<b>CAPÍTULO V.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES</b>	71-72
5.1. Conclusiones	71
5.2. Recomendaciones	72



<b>CAPITULO VI.- PROPUESTA</b>	73
6.1.- Datos Informativos	73
6.1.1.- Título de la Propuesta	73
6.1.2.- Institución Ejecutora	73
6.1.3.- Beneficiarios	73
6.1.4.- Ubicación	73
6.1.5.- Tiempo estimado para la ejecución	73
6.1.6.- Equipo técnico responsable	73
6.1.7. Costo	73
6.2. Antecedentes de la propuesta	74-76
6.3. Justificación de la propuesta	76-77
6.4. Objetivos	77-78
6.4.1. Objetivo general	77
6.4.2. Objetivos específicos	78
6.5. Análisis de factibilidad	78-79
6.6. Fundamentación científico teórica	79-125
6.7. Modelo operativo	126- 137
6.8. Administración de la propuesta	135-137
6.8.1 Recursos institucionales	138
6.8.2 Recursos humanos	138
6.8.3 Recursos materiales	139
6.9 Plan de monitoreo y evaluación de la propuesta	141
<b>C.- INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS.</b>	
Árbol de problemas	12
Categorías fundamentales	25-27
Operacionalización de las Variables	46-47

Tabulación de Resultados	51-53
Modelo operativo	126- 137
Administración de la propuesta	138-140

#### **D.- MATERIALES DE REFERENCIA**

1.- Bibliografía	170-174
2.- Anexos	142-169

**RESUMEN EJECUTIVO**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**

El siguiente informe de Investigación “La migración de uno de los padres y los niveles de Depresión que presentan los estudiantes de primero a sexto curso del colegio Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato periodo 2010-2011.” tiene como finalidad recalcar la importancia del problema planteado ya que es un tema que ha generado graves consecuencias a nivel mundial de índole; individual, familiar, social de los hogares que tienen uno o varios miembros de su familia en otra ciudad o país es decir han realizado Migración Interna y Externa, en especial a aquellos considerados como cabezas de familia(padre-madre), su abandono se da por diversas causas como las que citaremos: globalización de la economía, aumento de bienestar socio-económico, crisis políticas, la cultura; causas familiares o legales, catástrofes generalizadas, causas bélicas y otros conflictos internacionales. La migración acarrea problemas físicos, Psicológicos, hasta sexuales en la familia, la labor va encaminada a la detección de síntomas depresivos en estudiantes hijos de padres migrantes del Colegio Leonardo Murialdo, que son indicadores de una alteración en la vida afectiva y social del educando por ejemplo tristeza patológica, anhedonia, falta de energía, pensamientos o actos suicidas. Se trabajará con la corriente cognitiva conductual: esta modalidad intenta modificar pautas de conducta, a partir del análisis funcional del comportamiento, sin profundizar en el análisis de la intrapsique. Entre otros recursos, se apoya sobre todo en técnicas de relajación, adquisición de habilidades sociales y de afirmación de la asertividad. Se sabe que el problema de la migración no se puede erradicar pues es un asunto social que día a día aumenta hoy no es inusual saber que uno de los padres o ambos han dejado su hogar por buscar un mejor desarrollo para ellos y sus familias, y así como aumenta la demanda de viajes aumentan los problemas en él y sus miembros de hogar; pero se puede trabajar con los hijos de padres migrantes para disminuir dichos efectos y evitar que caigan en un trastorno del Estado de Ánimo. El presente trabajo tiene como objetivo elaborar una propuesta de solución eficaz, corta, cubriendo las áreas mas afectadas de la familia, en especial los hijos de padres migrantes que estudian en el Colegio Leonardo Murialdo para suprimir alteraciones emocionales fruto de la migración de su/sus padres, como son los diferentes estados depresivos(leve, moderado o grave) que muestran los alumnos; se hará prevención primaria, secundaria y terciaria; para en un futuro tener individuos física y psicológicamente sanos, adultos estables, familias organizadas y funcionales, y de esta manera se ha de contribuir a crear una sociedad equilibrada.

## INTRODUCCION

Su importancia radica en que al trabajar Psicoterapia cognitiva-conductual con los estudiantes hijos de padres migrantes que presenten algún nivel de depresión generará individuos emocionalmente sanos, adultos estables, familias funcionales y por ende ellos puedan beneficiar a la sociedad.

El informe está estructurado por capítulos. El primer capítulo denominado: EL PROBLEMA, contiene el análisis Macro, Meso, y Micro que hace relación al origen de la problemática con un panorama Latinoamericana, Nacional e Institucional, respectivamente, además se trabaja en su análisis crítico, pronosis, formulación del problema y objetivos a seguir.

El capítulo II denominado: MARCO TEORICO se fundamenta en una visión Filosófica, Epistemológica, Ontológica, Axiológica, Sociológica, y Psicológica y generación de hipótesis.

El capítulo III titulado: METODOLOGIA plantea que la investigación se realizara desde el enfoque crítico propositivo, de carácter cuantitativo. La modalidad de la investigación es conjunta: bibliográfica documental, de campo, de intervención social: de asociación de variables que nos permitirán estructurar predicciones llegando a modelos de comportamiento mayoritario.

El capítulo IV denominado: ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS se detallan de manera gráfica los resultados de los instrumentos que se han utilizado para la obtención de más información sobre la investigación así como el análisis e interpretación de cada una de las preguntas con las cuales se confirmarán o rechazaran las hipótesis.

El capítulo V denominado: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES, a las que se ha llegado después de la investigación realizada y las recomendaciones para esta problemática.

En el capítulo VI se describe LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN, en la que se detallan las técnicas a utilizarse, el tiempo en el que será ejecutada y quienes intervendrán, mas los recursos que se emplearán, además del seguimiento a dicha alternativa.

Finalmente se detalla: LOS MATERIALES DE REFERENCIA, que incluye la bibliografía y los anexos en los que se han incorporado los instrumentos que se aplicaran en la investigación de campo.

## **CAPITULO I.**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1 Tema:**

“La migración de uno de los padres y los niveles de Depresión que presentan los estudiantes de primero a sexto curso del colegio Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato periodo 2010-2011.”

#### ***1.2 Planteamiento del Problema.***

##### ***1.2.1 Contextualización***

***1.2.1.1. Macro.*** Se identifican hechos económico-políticos en la génesis de las migraciones: “En muchas ocasiones, los flujos de población han seguido a las inversiones y éstas se han orientado hacia aquellos espacios y sectores donde podían obtener mayores beneficios. En otros casos, sin embargo, las inversiones han tenido el efecto contrario, como ocurre en la agricultura y el artesanado tradicional, en que la tecnificación del trabajo incrementa la productividad y da lugar a un excedente de mano de obra obligada a emigrar o a formar parte de la bolsa de inactivos y desempleados” HIDALGO, Ildis.(2006) "Migraciones: un juego con cartas marcadas.

En la actualidad el 2,9% de la población mundial (200 millones de personas), viven temporal o permanentemente fuera de sus países de origen, sin tomar en cuenta la migración de indocumentados que cada día es mayor OIM,(2003).

La migración es considerada ahora como un problema de salud pública y los estados han comprendido cada vez más que incluso en términos financieros resulta más rentable financiar programas de salud en las comunidades de origen que en su propio territorio (OMS, 2005). Entre los años 1985 y 2005, el número de migraciones internacionales en los países industrializados ha aumentado en más del doble afectando tanto a los países que envían como a los que reciben migrantes. LEAH D. Adams (2008). Unesco.

La migración es un hecho histórico que ha existido en todas las poblaciones, los efectos de estos movimientos geográficos en la salud física y mental de los adultos que participan en esta proceso, así como los cambios producidos en la familia y la comunidad ya han sido ampliamente documentados sin embargo es poco conocido el efecto de este proceso social en la salud mental de las siguientes generaciones. En los principales países receptores (Australia, Canadá, Estados Unidos y los países de la Unión Europea excepto Francia) así como varios países latinoamericanos el aumento del número de inmigrantes para el año 2009 es muy considerable, refieren AGUILERA, de Snyder, y ROMERO Medina (2009).

El cambio vital que supone la migración comporta siempre una parte de estrés y de duelo ante los numerosos cambios y adaptaciones que comporta, cuando estas situaciones de tensión se prolongan en el tiempo y son múltiples o muy intensas favorecen que, sobre todo los sujetos con personalidades más vulnerables, acaben padeciendo desequilibrios psíquicos. Cuando la migración se vive en malas condiciones personales y sociales afecta de modo negativo a nivel psicológico ACHOTEGUI (2000, 2002).

Existe una correlación entre las migraciones actuales y el incremento de los trastornos mentales según SHIN (1999) y HOVEY (2000), La hipótesis más razonable es que las especialmente difíciles condiciones sociales en las que se está llevando a cabo esta migración dan lugar a duelos complicados en su familia especialmente los hijos y esto acaban por favorecer la aparición de patología psíquica, uno de los cuadros que aparece con más frecuencia es la depresión.

En la mayor parte de las familias se considera que se debería fomentar el desarrollo armónico de los hijos, incluyendo aspectos tan fundamentales como su

autoestima, y el sentido de pertenencia pero el problema puede aparecer cuando este proceso se ve amenazado por la emigración de uno o ambos padres cuando su autoestima es afectada y la persona no es capaz de percibirse a si misma como valiosa se dice que su autoestima es baja y por consiguiente su relación consigo misma y la demás la puede llevar a desarrollar ciertos niveles de depresión según HERNANDEZ y POOT (2001).

En este sentido MOREIRA (2004) Señala que hay sentimientos, sensaciones y conductas asociados a los niveles depresivos tales como baja autoestima, sentimientos de abandono, rebeldía, agresividad, inseguridad, incertidumbre, apatía hacia la escuela, pocas relaciones interpersonales, ausencia de valores, deserción escolar, bajo rendimiento escolar, pérdida de identidad, abuso sexual, estigmatización, falta de visión del futuro, tendencia al suicidio, precocidad, trastornos en el aprendizaje y pérdida de valores culturales. Adicionalmente existen 2 problemas que empiezan a tener importancia es el hecho de que las niñas o chicos deben asumir el papel de padres sustitutos y el suicidio por abandono o por soledad (PINEDA 2003)

En general las personas abandonan el país en busca de mejores días, mayores posibilidades para desarrollarse, sobre la base de un mejoramiento indiscutible de su calidad de vida, aunque muchas veces encuentran la violencia, discriminación y muerte lejos de sus hogares. Varios estudios internacionales reportan que en los hijos de padres emigrantes se ha observado problemas conductuales durante la niñez, y problemas de identidad y constantes cambios de humor y niveles depresivos durante la adolescencia AGUILERA Carreño y JUAREZ, (2004) Enseñanza e Investigación en Psicología Universidad Veracruzana.

La migración implica factores de riesgos para la salud mental de quienes emigran: En los niños migrantes 59% presentan uno o más desórdenes psiquiátricos. Los desórdenes mas comunes en un 50% son los relacionados con la ansiedad, 70% muestran conductas disruptivas y 8% depresión KUPERSMIDT, (1997).

**1.2.1.2. Meso.** El fenómeno migratorio es una de las situaciones más complejas en la relación México-Estados Unidos de Norteamérica (EUA). Implica la separación física de los miembros de la unidad familiar, que por buscar mejores condiciones materiales de vida, provoca múltiples malestares emocionales que han sido reportados en la literatura especializada en ambos países, tanto en adultos, como en adolescentes. Alderete (1999).

El problema de la migración está dado por dos fuerzas “la atracción que se deriva de las oportunidades económicas y la caída demográfica en los países receptores, además la expulsión que conduce a la falta de expectativas en los países de origen” La expulsión originada por países con un estancamiento en su incipiente desarrollo o por países con rentas intermedias que sufren severas crisis económicas o políticas. INEC, (2001).

La realidad de los flujos migratorios de centroamericanos que cruzan la frontera sur de México (1.149 kilómetros de frontera con Guatemala y Belice) en su intento por llegar a “El Dorado” norteamericano se hace cada vez más preocupante. Para los mexicanos y centroamericanos, la migración hacia el norte manifiesta una política imperial que se aprovecha sin ninguna consideración de la desigualdad comparativa de salarios y prestaciones; todo cambio cultural conlleva inevitablemente modificaciones en la dinámica subjetiva individual, grupal, familiar, en un complejo proceso de continuas readaptaciones que pueden ser resueltas en diferentes medidas y formas, o tener consecuencias patológicas, también en diferentes escalas. MENGO RENEE Isabel (2002) “Migraciones en la Era global Latinoamericanos hacia Estados Unidos de Norteamérica Transformaciones socio-culturales”

La migración en las zonas de alta expulsión, se explica como “mal necesario que no se detendrá”, debido básicamente, a la falta de políticas públicas del Estado mexicano que apoyen la economía rural y al enorme “diferencial salarial” existente en EUA; la separación física y el alejamiento afectivo de los seres queridos (en ocasiones no vuelven a saber de ellos), provoca múltiples malestares emocionales (falta de comunicación; estados de ansiedad e incertidumbre, sintomatología depresiva, síntomas psicossomáticos, sufrimientos, tristeza, falta de



apetito, problemas del sueño, mal humor y llantos frecuentes), que han sido reportados en la literatura especializada en ambos países, tanto en adultos y sus familias. ALDERETE (1999),y VEGA, (1998)

Ante la falta de políticas públicas de desarrollo que logren arraigar a la población en México, emigrar hacia *el norte* se ha convertido en la única *industria* que compite con el petróleo en la cantidad de recursos que inyecta a la economía nacional. Por tal razón, la emigración México-EUA seguirá siendo por varios años más, la opción de desarrollo preferida por miles de familias. SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN, Una propuesta binacional (Marzo 2006).

En contraste se ha encontrado que el 41% de las madres mexicanas migrantes sufren depresión (DE LEON SIANTZ, 1990). HOVEY y MAGAÑA (2000) encontraron que el 38% de los migrantes mexicanos en Michigan y Ohio presentan depresión. En sentido opuesto a estas tasas altas ALDERETE y otros (1999) encontraron tasas de depresión del 20% en migrantes en Fresno, California. La diferencia en los niveles de estrés encontrados puede deberse al soporte social.

Se ha encontrado que la depresión en migrantes y familia esta asociado con: “estrés por aculturación”, baja autoestima HOVEY y MAGAÑA,(2000), discriminación ALDERETE (1999);pobre religiosidad, bajos ingresos (WHITE-MEANS, 1991), problemas médicos y perdida del cuidado de los niños(DE LEON SIANTZ, 1990). La depresión se asocia con los niveles de control sobre sus vidas, los migrantes que están de acuerdo con trabajar en el campo tienen menos niveles de depresión que aquellos que no lo están. De la misma manera los trabajadores con altos niveles educativos son más sensibles a sus condiciones de vida en Estados Unidos HOVEY y MAGAÑA. Aunque la emigración constituye una posibilidad de una nueva vida y mejores relaciones, también tiene un costo representado por la pena y dolor por lo que se deja atrás (Aguilera, 2001).

El Ecuador, al igual que algunos países latinoamericanos, ha formado parte del proceso migratorio internacional como uno de los países, con los más altos niveles

de desplazamiento de sus ciudadanos hacia otras regiones. MANCHENO, Mónica (Marzo 2010).

MARÍN, Leticia y FLORES, Marisol (2005) “Sistema Cognitivo y Nivel de Depresión en inmigrados Latinoamericanos residentes en Italia”, manifiesta que los efectos son de todo tipo: económicos, sociales, políticos y hasta psicológicos. Las mujeres y niños que se quedan en las comunidades de origen padecen altos niveles de estrés, ansiedad y depresión, lo cual empieza a convertirse en un problema importante de salud pública.

Las migraciones a veces traen consigo pasajes traumáticos. Muchas mujeres (y algunos hombres) son violadas o robadas al cruzar la frontera o son explotadas por patrones inescrupulosos al llegar. El sueño de la migración es reemplazado por pesadillas, trauma, horror y tremenda desilusión, ataques de pánico, sentimientos de culpa al dejar a su familia, hijos, saber si pueden enfermar, vergüenza u otros síntomas de estrés postraumático son comunes. Los niños, niñas y adolescentes hijos de padres migrantes se enfrentan a: sentimiento de abandono, rebeldía, depresión, agresividad, inseguridad, incertidumbre, apatía hacia la escuela, pocas relaciones interpersonales, ausencia de valores, deserción escolar, bajo rendimiento escolar, baja autoestima, pérdida de identidad, abuso sexual, estigmatización, no visión de futuro, tendencias de suicidio, precocidad, trastornos en el aprendizaje, son manipulados por sus padres, pérdida de valores culturales. Estos mismos síntomas de palpitaciones, llantos, tics, temblores y lamentos aparecen en el inmigrante del siglo XXI, y en circunstancias dadas, también en aquellos miembros de la familia afectados por la partida. Frecuentemente las migraciones involucran separaciones dentro de la familia nuclear. Muchas veces una madre o un padre dejan a niños con parientes para que los padres puedan afrontar el pasaje no documentado, por limitaciones económicas o falta de ayuda en el cuidado de los niños. Estas familias transnacionales, con una parte allí y otra aquí, sufren a menudo múltiples separaciones, a veces por períodos de varios años durante los cuales se crean nuevos vínculos con cuidadores y familia extensa y eventualmente, nuevas separaciones o reuniones. PRATT FAIRCHILD Henry (1999.) “Fondo de cultura económica.”

**1.2.1.3 Micro.** A principios del siglo XX, eran muy pocos los ecuatorianos que dejaban el país para asentarse en otras latitudes. Ya entrada la década de 1980, la movilización humana hacia el exterior comenzó a adquirir dimensiones que ya incidían en lo económico y en lo social. La influencia de modas, modos y costumbres comenzó a impregnar sobre todo en los hogares de clases media baja y baja. Luego de la aguda crisis económica y financiera de [1999](#), se estima que más de tres millones de ecuatorianos (20% del total de la población proyectada a 2005) abandonaron el país con rumbo a diferentes destinos. En cuanto a las regiones de origen de los emigrantes; según datos del INEC en el censo 2001, se tiene que el 58% es de la sierra, el 38% de la costa y el 4% de la Amazonía dirigiéndose la mayoría hacia [Estados Unidos](#), [España](#) e [Italia](#) (a estos tres destinos fueron como mano de obra principalmente). También hubo emigración a otros países como [Venezuela](#) (en la década de los 80 y 90), [Chile](#) (con una buena cantidad de profesionales médicos o ligados a esta área), [Canadá](#) (profesionales técnicos) y, en menor grado y por diversos motivos, hacia [Israel](#), [Bélgica](#), [México](#) y el [Reino Unido](#). La [emigración](#) ha continuado a lo largo de los primeros años del siglo XXI. En enero de [2007](#), el Gobierno nacional creó la Secretaria Nacional del Migrante (SENAMI), encargada de definir la política pública sobre movilidad humana (migración, emigración, inmigración, refugio, etc.), cuyas líneas se registraron en la Constitución de 2008. Ecuador desarrolló entonces importantes temas de movilidad humana, entre los que se incluyeron varios principios de la Declaración de Derechos Humanos que habían estado soslayados. Asimismo, se creó la Red Social Virtual de las Personas Migrantes. Según PNUD (4 de noviembre de 2010). “Ecuador en cifras”.

La interpretación conductual sostiene que la depresión se produce por la ausencia de refuerzos, y si a esto se le añade la presencia continuada de experiencias negativas (enfermedades, muerte, migraciones), que actúan como estímulos aversivos, es todavía más claro que la probabilidad de aparición de sentimientos depresivos puede elevarse cuando aquellas circunstancias están presentes en la vida del niño o adolescente GOODYER,(2001).

La situación económica en Ecuador es la causa principal para la emigración de padres a Estados Unidos y Europa (89.1 por ciento). La mayoría de hijos no fueron consultados por sus padres antes de emigrar (56.7 por ciento). Los hijos quedaron al cuidado de los hermanos (58.1 por ciento), abuelos (69.9) y tíos (50.8). La manera más frecuente para comunicarse con los padres es por medio del teléfono convencional, celular e Internet. La mayoría de los encuestados responde que sus padres no les visitan desde que se fueron, situación que les causa tristeza. En el 2005, España reportó una población de 487.239 ecuatorianos en ese país. MERCHAN Cecilia (2004) Departamento Español, Universidad de Ohio.

El 30% de los escolares orenses tienen un rendimiento precario en los estudios, según las estimaciones del psicólogo de la escuela Simón Bolívar de Machala, PAMBI Carlos. (2005) Los problemas emocionales, derivados de la migración, los divorcios, la desintegración familiar, el maltrato físico y psicológico, y el desamparo afectivo son los principales factores que explican el hecho.

En especial, PAMBI incidía en la migración como una de las causas que afectan al rendimiento de los niños que se quedan al cuidado de otros parientes cercanos incluso de personas ajenas a la familia. Muchos de los padres que han viajado al exterior terminan olvidándose de sus hijos, rompen el contacto, no les escriben e incluso llegan a desentenderse de sus obligaciones económicas. Los pequeños se sienten abandonados, no queridos y hasta rechazados, crecen sin afecto alguno. Se rompe la estabilidad emocional, asevera el psicólogo, graduado en la Universidad de Cuenca.

De acuerdo a los datos obtenidos en el censo 2001 se obtuvo que en Tungurahua 2.110 personas inmigraron y 1.853 emigraron dando un saldo migratorio de %257 Un estudio realizado en la provincia de Tungurahua cuyo objetivo del trabajo fue estudiar niños(as) de padres emigrantes y la influencia de este fenómeno en la morbilidad orgánico-psíquica. El estudio epidemiológico descriptivo de conjunto, en 100 niños(as), se realizó en el Hospital Municipal de la ciudad de Ambato, durante el período comprendido entre marzo de 2003-marzo 2004. Los resultados se establecen en los siguientes parámetros: la edad media que de  $7 \pm 3,9$  años. El 59% fue masculino. El 21% tiene edad preescolar; escolar

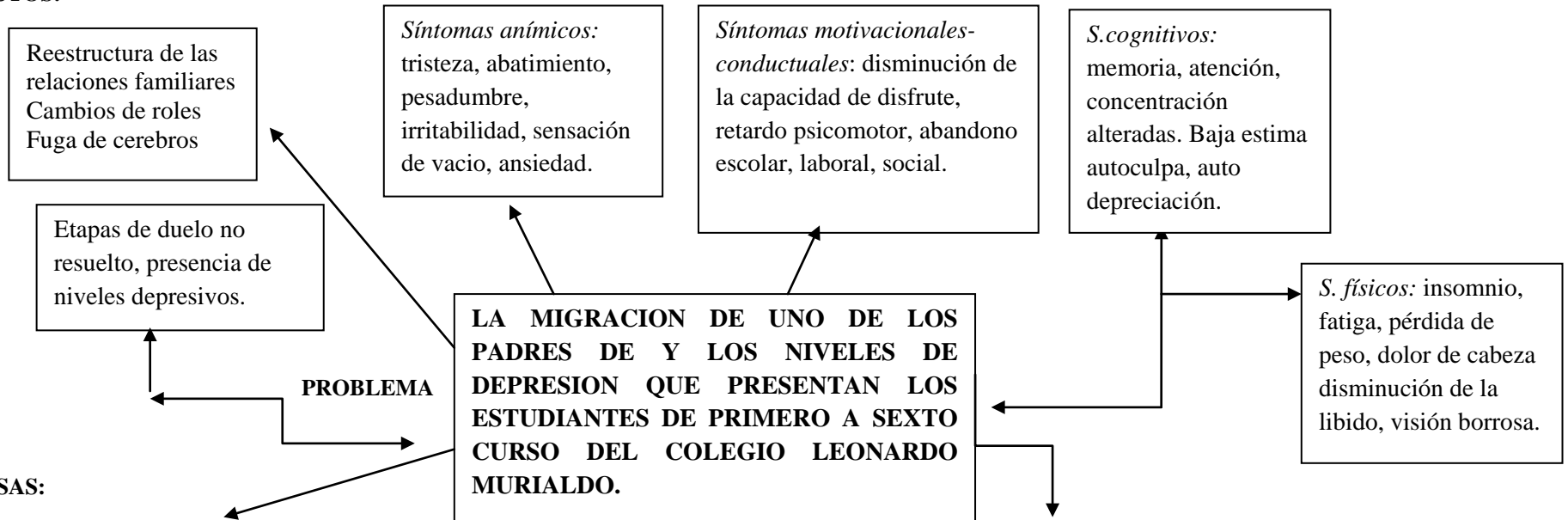
el 56% y secundaria el 11%. Los tutores en su mayoría son los abuelos (46%), los cuales son comerciantes o desarrollan labores domésticas. La ausencia de su(s) padres es mayor a tres años (54%). La edad promedio de los progenitores de los sujetos estudiados fue, para los padre(s), de  $32,4 \pm 4,3$  años (rango: 20 – 46 años, en tanto que para las madres fue de  $29,7 \pm 4,2$  años, siendo mujeres y hombres jóvenes en plena edad productiva. La instrucción de los padres es aceptable (madre con educación secundaria: 59%, y padre: 45,5% y ambos padres con 9% de instrucción superior). El 72% de los padres son casados o tiene unión estable. El destino preferencial es España (padre: 46%, madre: 55%), y trabajan en labores no profesionales (construcción, peonaje agrícola, obreros, quehaceres domésticos, cuidados de personas, etc.). Las patologías respiratorias y diarreicas constituyen la patología prevalente (58%), pero existe también eruptivas, infecciosas 12%, 8% de maltrato físico y 12% de niños sanos. El 17% de casos tiene historia de abuso sexual; en el 35% existe penetración (7 casos). El 53% de los abusadores son familiares. El 56% de niños(as) presenta disminución del crecimiento y desnutrición de diversos grados. En el diagnóstico psicológico destaca conducta agresiva (24,2%), ansiedad (10%), depresión (16%), enuresis, trastornos del aprendizaje (8%), otros como enuresis y alteraciones en el sueño y aquellos niños eutímicos simplemente son resilientes. En general existe alteraciones del desarrollo psicomotor (16%), violencia intrafamiliar (18%), y consumo de drogas (8%). El bajo rendimiento escolar fue la regla. Se concluye que el abandono genera un fenómeno en cadena: trastornos psicológicos, bajo rendimiento escolar, violencia, abuso sexual, así como que interactúan con las condiciones de morbilidad, las mismas que son predominantemente infecciosas, y no con el crecimiento y desarrollo normal. BOLETIN DE PEDIATRIA (2004)

Aracely Calderón, coordinadora de la Fundación Esquel de la provincia dijo que Tungurahua y Valencia de España prepara un proyecto sobre el impacto de la migración y como esto incide en las familias de los cantones: Patate, Píllaro, Pelileo, Tisaleo y Ambato. Se proponen fortalecer redes de atención psicológica y legal, tanto para los familiares de los migrantes como para la población en general. Se impulsará espacios para los cantones en los que todavía no existe el proyecto.1.- Píllaro y Pelileo trabajan conjuntamente con el Municipio en lo que

es “Instancias de atención psicológica y legal y de atención social”, para todas las personas que tienen algún tipo de violación de derechos. 2.- Tisaleo y Patate carecen de estos espacios; la fundación pretende crear un espacio para beneficio de la comunidad en temas como: depresión, angustia, baja de rendimiento entre otros. Es preocupación la “Incidencia en Políticas Públicas”, se analizará con el Senplades. “Incidencia en micro emprendimientos”, será otro de los temas que tratará la Fundación Esquel, con los familiares de migrantes ofreciendo la capacitación y créditos, como ya se trabajó en Pelileo con el apoyo al Banco Comunitario de Benítez y Bolívar con 20 mil dólares. El proyecto durará dos años, buscando generar condiciones para el tema migratorio, la cual va a tener un nuevo escenario, como es el de “Remesas a la inversa”, lo que señala que muchas personas envían desde Ecuador dinero a otros países, dada la grave problemática que se vive en países desarrollados. Las autoridades de la provincia lo conocen, ya que la Fundación forma parte del Gobierno Provincial y del Grupo de Interés Migración, de los cuales se espera mayor apoyo económico. <http://www.elheraldo.com.ec>(27-05-2009).

## ARBOL DE PROBLEMAS

### EFFECTOS:



-La globalización de la economía.  
-aumento del bienestar socioeconómico.  
- crisis políticas  
- La cultura (religión, idioma, tradiciones, costumbres.  
- Causas familiares.  
- Catástrofes generalizadas  
- Causas bélicas y otros conflictos internacionales.

(Gráfico#1)

- Niveles altos de cortisol (una hormona) y de varios agentes químicos que actúan en el cerebro, como los neurotransmisores serotonina, dopamina y noradrenalina como factor genético.

Las pérdidas emocionales muy profundas pueden causar cambios bioquímicos.

Factores psicológicos y/o psicosociales (Situaciones estresantes, Personalidad, enfermedades o trastornos físicos, así como por el uso de distintos fármacos y por el abuso del alcohol o drogas.)

### *1.2.2 Análisis Crítico*

La familia constituye la célula fundamental de la sociedad. Sin embargo, son diversos los factores que atentan a los cimientos de esta institución, una de ellas es precisamente la migración, que como se ha dicho anteriormente, ha incrementado sustantivamente en las últimas décadas

Se parte desde el punto de vista de que la migración hoy en día es un problema no solo económico, político, sino psicológico debido al gran impacto emocional que deja en el adolescente el padre o madre de familia al abandonar su país, sus hijos, sus costumbres, su estilo de vida, cuyo objetivo es emprender un viaje largo a otro país donde todo es totalmente desconocido, pero teniendo la esperanza de un futuro mejor para su familia, las causas son variadas que van desde la globalización de la economía, aumento del bienestar socioeconómico, crisis políticas, la cultura (religión, idioma, tradiciones, costumbres, causas familiares, catástrofes generalizadas, causas bélicas y otros conflictos internacionales.

El padre o madre de familia sabe perfectamente que al dejar su país de origen o su territorio está expuesto a todo tipo de riesgos pues es ahí donde sobrevienen las enfermedades físicas, psicológicas en él y los miembros de la familia especialmente en sus hijos: Baja estima, deserción escolar, suicidio, sentimientos de abandono al pensar que su progenitores o ambos ya no volverán y que de ahora en adelante deberán arreglar sus problemas solos o de la manera equivocada, rebeldía, agresividad, inseguridad, déficit en relaciones interpersonales, pérdida de identidad, falta de visión del futuro, presencia de sintomatología de ansiedad y depresión, etapas de duelo por separación no resueltas, rupturas parciales o totales con su vínculo familiar, afectivo, etc. Dado al mismo tiempo que el grupo de estudiantes de la investigación pertenece a una clase social media, baja están propensos a que uno de sus padres por buscar una mejora en su situación



económica opte por emigrar a otro país donde pueda conseguir lo que en su lugar de origen no encontró. Los estudiantes al afrontar una etapa de cambio en su vida debido a que deben adaptarse a la presencia de cuidadores temporales o fijos responden con cambios en su personalidad, conducta. Hay ocasiones que deben asumir roles paternos o maternos a temprana edad, y cuando sus padres regresan las relaciones ya se han deteriorado por completo y los problemas existentes ya están instaurados.

### ***1.2.3 Prognosis***

Se afirma que, a nivel mundial, las actuales migraciones significan el movimiento humano más amplio de todos los tiempos, el fenómeno afecta a millones de personas y se ha transformado en una realidad estructural de la sociedad contemporánea. Es un problema cada vez más complejo desde el punto de vista social, cultural, político y económico y en especial psicológico que aun no tiene soluciones viables que disminuyan la aparición de nuevos déficits en la familia y sociedad en general.

Es por estas razones que si no se da una atención temprana a este problema a nivel mundial que concierne a todos y que cada vez aumenta, se predice que la tendencia migratoria continuara si las condiciones económicas en el país no cambian aunque existan restricciones que imponen los países receptores, sabemos que pueden migrar a países diferentes, sin darse cuenta que el futuro de sus hijos, y esposas que dependen de ellos va a causar serios problemas Psicosociales, son los hijos e hijas de emigrantes quienes sufren en silencio el impacto y los efectos de haberse quedado sin la asistencia, formación, afectos y protección del padre y de la madre. Debido a la ausencia de uno de los padres existe una notable “falta de control” y es ahí donde los jóvenes son más proclives a caer en el alcoholismo, la drogadicción, enfrentar embarazos precoces, tener niveles distintos de depresión e incluso involucrarse en pandillas. La familia en general se vería afectada si no recibe atención temprana para que pueda sobrellevar la perdida y elaborar estrategias viables de afrontamiento, de esta forma se lograrán individuos emocionalmente estables, seguros, no se dará lugar a la formación de sintomatología depresiva u otras, se evitara la deserción escolar, el padre o madre que quede a cargo de los hijos resolver mejor esta situación de cambio, y por ende la sociedad en si se vería gravemente afectada ya que la familia es su núcleo y donde no haya buenos cimientos, valores, estrategias psicológicas, motivación al cambio no permitirá un desenvolvimiento humano de calidad.

#### ***1.2.4 Formulación del Problema.***

¿Es la migración de uno de los padres de los estudiantes del colegio Leonardo Murialdo en el año 2010-2011 la que genera como consecuencia niveles de depresión?

#### ***1.2.5 Preguntas Directrices***

1. ¿Cuál es el porcentaje de hijos de padres migrantes que estudian en el colegio Leonardo Murialdo?
2. ¿Cuáles son los niveles depresivos (leve, moderado, grave) predominantes en los estudiantes hijos de padres migrantes?
3. ¿Cómo plantear una alternativa de solución para disminuir los niveles depresivos en los estudiantes hijos de padres migrantes?

#### ***1.2.6 Delimitación del objeto de Investigación.***

##### **Delimitación del Contenido**

Campo: Psicología

Área: Afectiva

Aspecto: Migración y Niveles Depresivos.

##### **Delimitación espacial**

Colegio Técnico Popular Leonardo Murialdo, de la ciudad de Ambato

##### **Delimitación Temporal**

Durante el periodo 2010-2011.

##### **Unidades de observación**

Estudiantes de 1ro a 6to curso del Colegio Leonardo Murialdo.

### ***1.3 Justificación***

En la actualidad el 2,9% de la población mundial (175 millones de personas), viven temporal o permanentemente fuera de sus países de origen, Varios estudios internacionales reportan que en los hijos de padres emigrantes se ha observado problemas conductuales durante la niñez, problemas de identidad y constantes cambios de humor y niveles depresivos durante la adolescencia

Para desarrollar este proyecto se cuenta con el apoyo del Colegio Leonardo Murialdo que va a facilitar la investigación pues su visión es “ser una institución constructivista, participativa y critica para que la educación vaya de acuerdo con los avances científicos y tecnológicos de punta, aplicando en el proceso pedagógico y administrativo nuevos paradigmas metodológicos, técnicos, activos y evaluación permanente; obteniendo productos de calidad que responda a las exigencias de esta sociedad”. Permitiendo que se realice las pruebas necesarias para obtener resultados, contamos con acceso amplio en fuentes de información (tesis, libros, internet); además con la asesoría de la Psicóloga de la institución que anteriormente realizó un proyecto de tesis relacionado con 1 de las variables del problema, esta investigación será autofinanciada.

La viabilidad de este trabajo de investigación esta dado por la necesidad urgente de abordar la Problemática de la Depresión ya que es una de las enfermedades mas invalidantes en el ser humano a nivel mundial,ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Puede afectar a cualquier persona, de cualquier nivel económico y en cualquier edad, sus síntomas son fáciles de reconocer, la factibilidad para elaborar una propuesta de solución es muy amplia, se cuenta actualmente con buenos modelos de Psicoterapias, y tratamientos psicofarmacológicos.

Con esta investigación se beneficiaran los estudiantes del Colegio Leonardo Murialdo para tener individuos emocionalmente sanos, adultos estables, familias funcionales y por ende ellos puedan beneficiar a la sociedad.

## ***1.4 Objetivos***

### ***1.4.1 Objetivo General***

- Diagnosticar si la migración de uno de los padres genera niveles de depresión en los estudiantes del Colegio Leonardo Murialdo.

### ***1.4.2 Objetivos Específicos***

- Determinar el porcentaje de alumnos con padres migrantes que estudian en el colegio Leonardo Murialdo que presenten niveles depresivos.
- Identificar los niveles depresivos predominantes en los estudiantes con padres migrantes.
- Proponer una solución alternativa al problema planteado.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1 Antecedentes Investigativos**

Como referencia bibliográfica está reportado en la Universidad Técnica de Ambato proyectos de grado que contienen una o las 2 variables del problema planteado así se cita:

“La depresión ocasionada por la migración de los padres en los estudiantes del instituto Tecnológico Rumiñahui en Ambato.”MENA Jimmy (2007-2008). Las  $\frac{3}{4}$  partes de aquellos que eventualmente son abandonados por sus padres debido a la migración, muestran uno o más síntomas de depresión y pueden sufrir una enfermedad depresiva importante.

“La migración de los padres de familia y su relación con el bajo rendimiento escolar en los estudiantes de la escuela fiscal mixta Honduras en la ciudad de Ambato.” GARCÉS Mery (Marzo-Agosto 2007). Los hijos de los migrantes, especialmente los adolescentes demuestran serios problemas disciplinarios, conductas reprochables, mayor índice de indecisión y son influenciados a caer en el alcohol, drogas, suicidio.

“El duelo en el hijo adolescente del padre migrante”. SANDOVAL Villalva Juan Francisco (2007).El duelo por la partida de la figura paterna puede llevar a la melancolía, tristeza, depresión, a desarrollar mecanismos de defensa para disminuir la angustia por la separación.

“Problemas socio afectivos relacionados con la migración familiar en los niños de 2 a 3 años del Centro de cuidado Infantil Bethel de la Península. NAVAS Montero Cristina Elizabeth.(Mayo-Agosto 2005”). “La migración causa serios problemas socio-afectivos de desintegración familiar, abandono, y orfandad de niños y adolescentes, con riesgo de una crianza sin autoridad paternal, sin disciplina, ni afecto. Conlleva a tener niños, jóvenes y adultos inseguros, con baja estima, depresivos, agresivos, aislados.”

“Depresión en niños y padres migrantes de la escuela fiscal Isidro Ayora de la ciudad de Latacunga”. HERRERA Tania (2005). El 70% de los hijos migrantes han resultado con depresión infantil.la migración de los padres es un factor causal para desatarse depresión en un niño.

“Depresión y consumo de alcohol en los adolescentes de los primeros, segundos, y terceros cursos del Bachillerato del Colegio Vicente León de la ciudad de Latacunga”. GORDILLO María Fernanda (2006). Los síntomas depresivos que experimenta una persona a causa del medio o de conflictos internos, producen consumo de alcohol y la aparición de nuevos síntomas. Pueden presentarse de acuerdo a la forma de enfrentar la frustración, los mecanismos de defensa, sistema de valores, autoestima.

“Conflictos intrafamiliares como una causa generadora de Depresión en los estudiantes de 2do año de Bachillerato Matutino del Colegio Nacional Experimental Ambato”. MORETA Herrera Carlos Rodrigo (2008). Los conflictos intrafamiliares son generadores de Depresión en algún nivel, dentro de ellos están (separación en la familia, migración, divorcio, la adolescencia, conflictos académicos, sociales, intelectuales, emocionales).

## **2.2 Fundamentación**

### ***2.2.1 Filosófica***

El paradigma de la investigación es crítico propositivo como una alternativa para la investigación psicosocial para fomentar el cambio de esquemas sociales y esquemas cognitivos.

Es crítico porque cuestiona los esquemas sociales y es propositivo cuando la investigación no se detiene en la observación de los fenómenos sino plantea alternativas de solución en un clima de actividad, esto ayuda a la interpretación y comprensión de los fenómenos sociales en su totalidad.

Uno de los compromisos es buscar la esencia de los mismos, la interrelación e interacción de la dinámica de las contradicciones que generan cambios profundos. La investigación está comprometida con los seres humanos y su crecimiento familiar.

### ***2.2.2 Epistemológica***

Sostiene que el conocimiento va mas allá de la información porque busca transformar sujetos y objetos. Se aspira a que el sujeto se caracterice por ser proactivo, participando activamente, fortaleciendo su personalidad y su futura actitud creadora. Esto llevara hacia una positiva asimilación proyectiva de la identidad nacional.

En este trabajo las ciencias se definen como un conjunto de conocimientos ordenados y dirigidos hacia la transformación social y mejor estabilidad psicológica a nivel individual y familiar.

### ***2.2.3 Ontológica***

Este trabajo se fundamenta en que la realidad esta en continuo cambio por lo que la ciencia con sus verdades científicas tiene un carácter perfectible. Entre los seres



vivos, el humano para sobrevivir necesita aprender a adaptarse al medio a ser autónomo y utilizar adecuadamente su libertad.

El tipo de persona que se desea formar debe ser un ser sensible ante los valores humanos. Tener una actitud de afirmación ante la existencia y el sentido de la vida; esta base anímica psicológica, espiritual hace posible y asegura la consistencia moral de la persona.

La familia, la escuela, la sociedad, tienen el deber de crear condiciones cada vez mejores para que cada cual pueda descubrir y realizar sus actividades.

#### ***2.2.4 Axiológica***

El desarrollo integral del ser humano, basado en la práctica de valores como la responsabilidad, la honestidad, la solidaridad, la honradez y el sentido de equidad: sin descuidar el desarrollo de la inteligencia emocional, con el fin de que formen su carácter y personalidad y estén en capacidad de administrar su vida acertadamente.

El secreto de la educación radica en lograr que el educando perciba los valores como respuesta a sus aspiraciones profundas, a sus ansias de vida, de verdad, de bien y de belleza, como camino para su inquietud de llegar a ser.

#### ***2.2.5 Sociológica***

La sociedad es producto histórico de la interacción social de las personas que a su vez es el proceso recíproco que obra por medio de 2 o más factores sociales dentro del marco de un solo proceso bajo ciertas condiciones de tiempo y lugar, siendo el factor económico un factor predominante.

Las relaciones humanas se basan en metas, valores y normas, su carácter y sustancias son influidas por normas sociales dentro de las cuales tiene efecto las actividades del ser humano en la vida familiar, escolar, laboral.

Este enfoque favorece la comprensión y explicación de los fenómenos sociales como esencia del vínculo familia- aprendizaje con el afán de la interrelación transformadora para desarrollo de una sociedad más justa y equitativa.

### ***2.2.6 Psicológica***

Se puede recalcar que el objetivo de la Psicología es un estudio científico de la conducta y la experiencia, de cómo los seres humanos y los animales sienten, piensan, aprenden y conocen para adaptarse al medio que les rodea. La psicología moderna se ha dedicado a recoger hechos sobre la conducta y la experiencia, y a organizarlos sistemáticamente, elaborando teorías para su comprensión. Estas teorías ayudan a conocer y explicar el comportamiento de los seres humanos y en alguna ocasión incluso a predecir sus acciones futuras, pudiendo intervenir sobre ellas.

La terapia cognitiva conductual se aboca a modificar comportamientos y pensamientos, está orientada hacia el presente, se investiga el funcionamiento actual y no hay mayores exploraciones del pasado. El énfasis de la TCC está puesto más en el “Qué tengo que hacer para cambiar” que en el “Por qué”, pone énfasis en la cuantificación, y se pueden medir los progresos obtenidos desde la primera sesión, La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico, tiende a fomentar la independencia del paciente, está centrada en los síntomas y su resolución., los objetivos son concretos, rechaza el principio de sustitución de síntomas, pone el énfasis en el cambio, desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias. Se centra en la resolución de problemas, utiliza planes de tratamiento, propone una continuidad temática entre las sesiones. desmitifica la terapia, tiene una base empírica y trabaja con la participación activa del paciente

Las funciones psíquicas deberán manifestarse adecuadamente para que el individuo pueda desenvolverse en un ambiente familiar, laboral, académico, social e interpersonal de calidad, de esta manera podrá cumplir con uno de los objetivos de la Psicología que es el adquirir conocimiento científico- técnico que le permita evolucionar.

### *2.2.7 Legal*

El informe de investigación está sustentado en:

CÓDIGO PENAL ECUATORIANO

CAPITULO XII. Del Tráfico Ilegal de Migrantes.

Sanciones por tráfico ilegal de migrantes Art. (440.2.1).

Delitos, contravenciones y penas Art. 37, Art.38.

CÓDIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

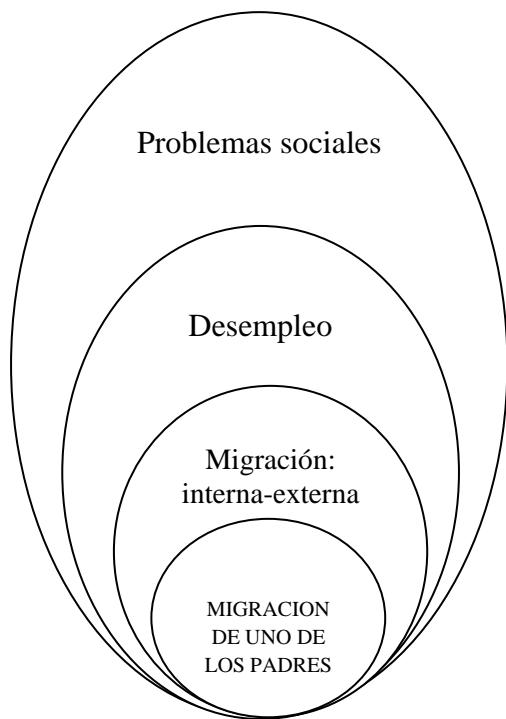
LIBRO PRIMERO

LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS

Art.1,Art.2,Art.8,Art.9,Art.22,Art.27,Art.29,Art.50.

## RED DE INCLUSIONES CONCEPTUALES

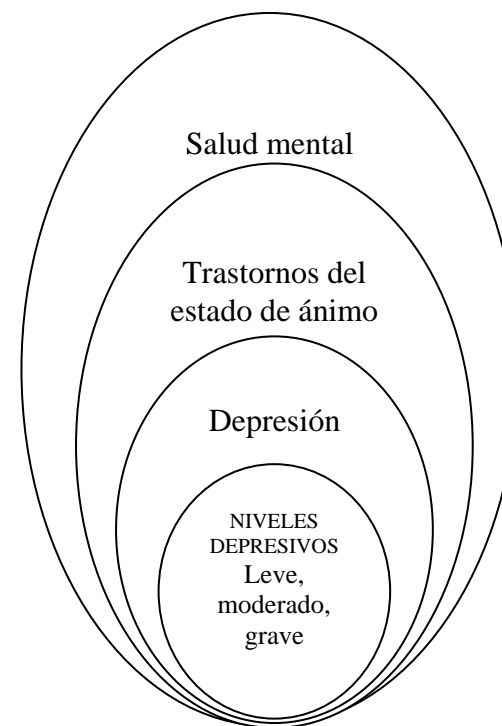
### 2.3 Categorías Fundamentales.



**VARIABLE INDEPENDIENTE:**

*MIGRACION DE UNO DE LOS PADRES*

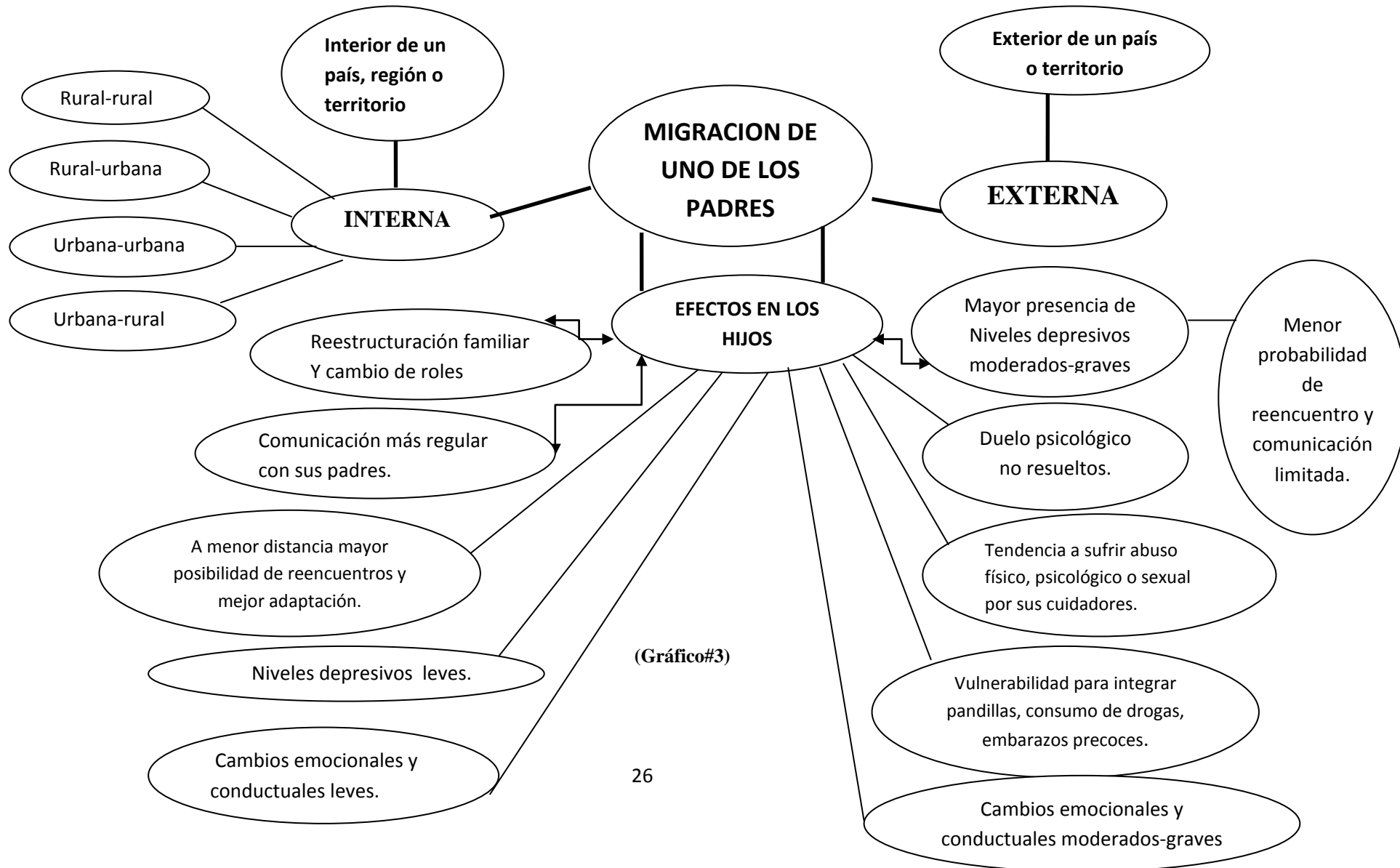
(Gráfico#2)



**VARIABLE DEPENDIENTE:**

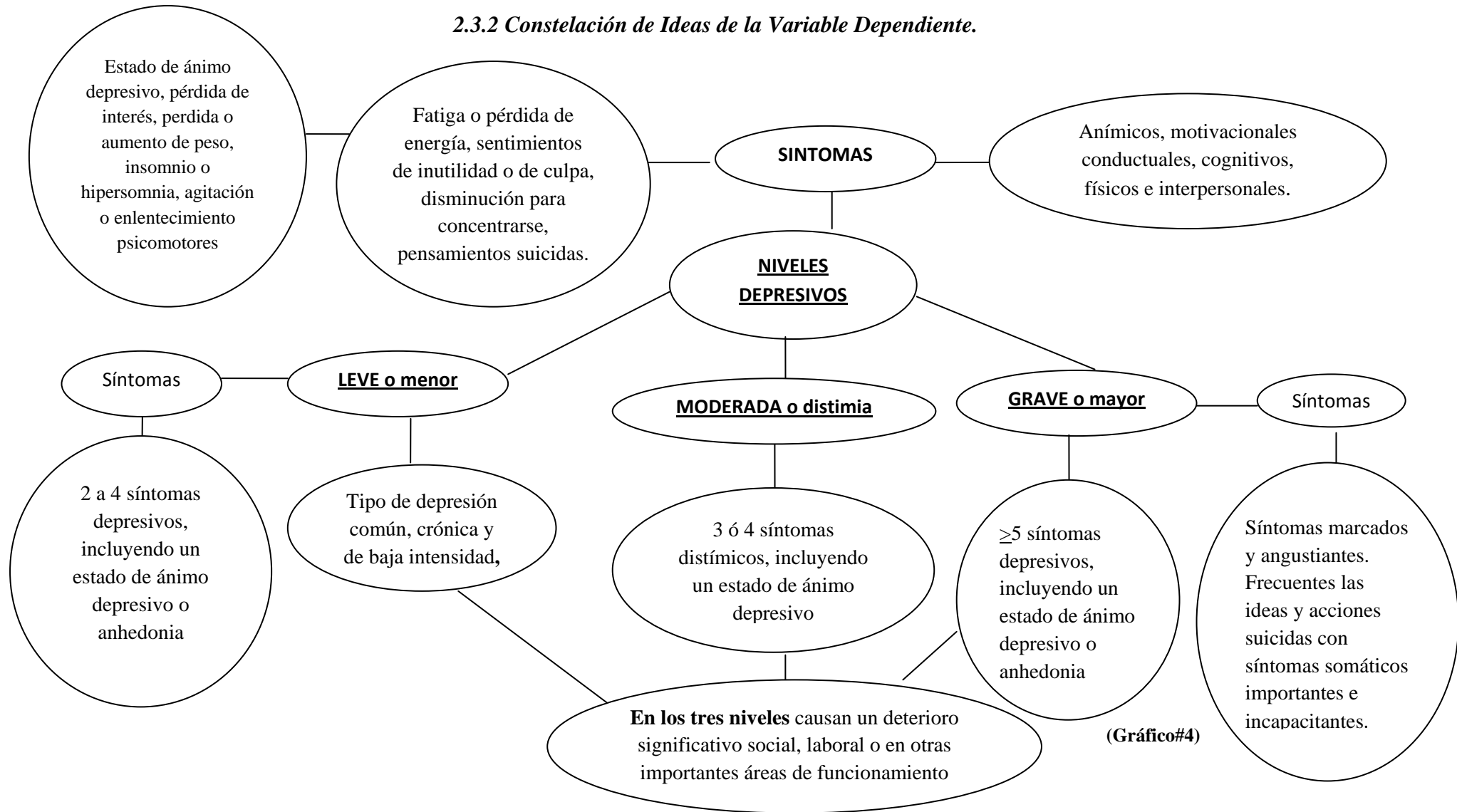
NIVELES DEPRESIVOS EN LOS HIJOS

2.3.1 Constelación de ideas de la Variable Independiente.



(Gráfico#3)

**2.3.2 Constelación de Ideas de la Variable Dependiente.**



(Gráfico#4)

### 2.3.3 Fundamentación Teórica de Variables y sus Categorías

#### 2.3.1 Conceptualización de los Indicadores de la Variable Independiente

2.3.1.1 La migración es considerada un *Problema Social* que según EGG, Ander (2000) lo define como “situación social de desequilibrio, desajuste, desorganización o falta de armonía, o situación normal que, en su proceso de crecimiento, enfrenta a una crisis que obliga a una reformulación radical. Los problemas sociales son los que constituyen las cuestiones inquietantes que se dan en el seno de una sociedad y en relación a los cuales se tiene conciencia de la necesidad de encontrarles soluciones”.

El SIEMPRO (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales) (2005) define el problema social como “una brecha entre el ser y el deber ser de la realidad, que un actor o un conjunto de actores identifica con la intención de transformarla. Se formula a través de un enunciado que expresa la insatisfacción con respecto a su realidad social y la intención de cambiar esa realidad que no satisface”.

2.3.1.2 Debido a la falta de buenas *fuentes de trabajo (desempleo)* paro forzoso, en su país de origen el tipo de trabajo que van a realizar los padres migrantes es de tipo informal; también llamado trabajo "no registrado", trabajo "en negro", o trabajo "sin contrato". Se caracteriza por constituir la relación laboral sin cumplir las formalidades legales. Conforman relaciones laborales en las que habitualmente el trabajo se encuentra totalmente desprotegido frente al empleador, en una posición de máxima debilidad y mínima (o nula) capacidad de negociación, que lo ubican cerca de la esclavitud. Este tipo de trabajo ha crecido notablemente en los últimos años. , se trata de labores que se desarrollan sin cumplir con los requisitos establecidos en las regulaciones, sean estas leyes o procedimientos, enfatiza su ilegalidad como característica primordial y tiende a visualizarlo como un conjunto de actividades encubiertas o sumergidas de la economía. TOKMAN y KLEIN, (1996).

También optan por el trabajo "informal" de simple supervivencia por cuenta propia. Este tipo de trabajo no debe ser confundido con el anterior. Este tipo de trabajo es de muy baja productividad y realizado por cuenta propia, fuera de toda formalidad legal (limpiavidrios en los semáforos, recolectores informales de basura, vendedores callejeros, etc.). TOKMAN y KLEIN.

*2.3.1.3 Migración:* Para abordar la temática del impacto psicosocial, causada por la migración es necesario referirnos al fenómeno migratorio como el desplazamiento geográfico de un lugar a otro de personas, generalmente por causas económicas o sociales según MOREIRA María Elena (2007)

Otras fuentes manifiestan que es el traslado de población de un lugar de origen o de partida a otro denominado receptor o de llegada, en este caso de un miembro de la familia o de los dos considerados como padres de familia (hombre o mujer respecto de sus hijos), cabeza de una casa o familia. UTRILLA, M (1985).

MOREIRA María Elena: Las limitaciones y las posibilidades de la globalización han afectado a todos los países del mundo. Grandes números de gente se mueven de un país a otro, de una ciudad a otra, y del campo a la ciudad. Las migraciones han contribuido a la emergencia de nuevas formas de familias, familias transnacionales, que viven literalmente en un lado y en otro, fragmentadas, sufriendo desventajas, y también ventajas, tanto para aquellos miembros de la familia que se van como para los que se quedan en el país de origen.

La migración también ocasiona un impacto muy fuerte en la sociedad. Hay pueblos en diversas partes dentro del mundo, en donde los jefes de familia no se encuentran. Muchas veces estos pueblos sólo están habitados por mujeres y niños. Los jóvenes y hombres padres de familia, se marchan al extranjero para buscar alguna forma de mantener a sus familias a larga distancia. las familias y los padres de familia no se ven durante años lo cual ocasiona varios problemas dentro de la familia. Así mismo, surgen en la sociedad historias de personas y sus travesías al otro lado, lo cual cambia la manera en la que la sociedad ve su entrono. También la urgente necesidad de trabajo por parte del inmigrado le lleva a aceptar salarios muy bajos situando la media salarial a niveles inferiores, lo que ha motivado



frecuentemente la hostilidad de los obreros del país receptor. Los inmigrados sólo obtienen los peores trabajos. Las condiciones de trabajo destinadas a los inmigrados son escandalosas, en ocasiones inhumanas. Discriminación en la empresa entre nativos e inmigrados, sobrecargos en el horario impuesto sin que tenga medios para combatirlos; fraudes eventuales a nivel de los salarios. Se considera que los emigrados son los culpables del aumento del paro económico, cuando no de actos delictivos y ataques diversos a la convivencia desarrollándose incluso teorías racistas acerca de ellos.

Para erradicar la problemática de la migración, se tienen que combatir diversos problemas que afectan la población. Estos problemas son en su mayoría de los sectores pobres del país. Es necesario comenzar en estos sectores ya que son en su mayoría los impulsores de emigrantes dentro y fuera del país. SALAS Natalia, FLORES Víctor, BRETÓN Diego y GUTIÉRREZ Ana Laura (2006).

*Emigración:* para un territorio dado esta palabra designa, a la vez, la migración de una persona desde este territorio hacia el exterior, y el fenómeno caracterizado por este tipo de acontecimiento-Inmigración: para un territorio dado esta palabra designa, a la vez, la migración de una persona desde el exterior hacia este territorio, y el fenómeno caracterizado por este tipo de acontecimiento. CEPAL (2006).

Existen dos tipos de migración; la interna y la externa.

*La migración interna:* es aquella en la que las personas se cambian de entidad, pero siempre dentro del mismo país, tiene consecuencias fundamentalmente económicas, aunque también puede ser atribuidas a otros factores sociales, culturales. Los factores económicos pueden ser resumidos, como la búsqueda de oportunidades, con la intención de mejorar el nivel de vida. Estas migraciones generalmente se realizan debido a las desigualdades regionales que existen dentro de los países. Por ello las migraciones internas se producen desde las menos favorecidas hacia las más beneficiadas en términos de: fuentes de trabajo, mejores niveles de ingreso, mejores condiciones educativas y otras expresiones de desarrollo. Estos movimientos permiten nivelar las condiciones de desarrollo

económico, por un ajuste a la población a los recursos. Según Puede ser: Rural-rural (el lugar de origen como el de destino se catalogan como rurales) se debe fundamentalmente a razones laborales que pueden ser agrícolas, mineras u otros tipos de explotación de recursos naturales. Urbana-rural (desplazamiento de la ciudad al campo), no es tan común a las anteriores. Con el auge del turismo ecológico, un buen número de personas se desplaza hacia zonas rurales, para buscar alternativas en estas nuevas fuentes de empleo. También se presenta esta migración en personas pensionadas, que migran a las zonas rurales con la intención de tener más tranquilidad en sus últimos años. Urbana-urbana (desplazamiento de ciudad a ciudad), generalmente de zonas desposeídas, hacia aquellas que tienen mayor desarrollo. Las razones de este desplazamiento son similares a las que se ha discutido anteriormente Rural-urbana: (desplazamiento del campo a la ciudad) en la mayoría de los casos corresponde a razones laborales. Por lo general las zonas rurales presentan graves problemas en cuanto a fuentes de trabajo diversificadas. Las personas migran a la ciudad, con la intención de buscar otras alternativas laborales y mejorar su condición de vida. Sin embargo también pueden presentar por condiciones de salud o para tener mejores alternativas educativas. y mejorar su condición de vida. Sin embargo también pueden presentar por condiciones de salud o para tener mejores alternativas educativas. ZACHARIA y CONDÉ (1981).

*Migración externa*, los emigrantes viajan al Exterior de un país o territorio, es decir de residencia. Las principales razones de este tipo de migración, se fundamenta en motivos económicos o políticos. Por esta razón, generalmente se migra de un país de grandes problemas económico-políticos, hacia países con mayor estabilidad y desarrollo. La magnitud de la migración generalmente varía con la edad, los migrantes suelen ser personas jóvenes entre los 15y 49 años de edad, con mayor presencia masculina, poblaciones con estructuras de edad envejecidas, pueden rejuvenecer parcialmente por motivos de estos movimientos. Es aquí donde se ve difícil el reencuentro, la comunicación con sus seres queridos, hay mayor probabilidad que se presenten efectos Psicológicos y físicos tanto en la familia como en los hijos durante más tiempo. Actualmente los países mas desarrollados han establecido fuertes limitaciones de entrada a los inmigrantes a

sus territorios, para poder establecer un control de selectividad y en algunos casos limitar la migración. de acuerdo a PRATT FAIRCHILD (1997). "Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América latina y el Caribe"

### 2.3.1.1 Las consecuencias de la migración son:

*De índole individual*, que se evidencia en la baja estima y trastornos psicológicos, particularmente de hijos e hijas, principalmente menores de edad, que van desde la drogadicción, niveles depresivos, deserción escolar hasta el suicidio, en ciertos casos, por la separación de sus padres y el vacío emocional que ello conlleva. Los niños y niñas y adolescentes que se quedan en el país están expuestos también a maltrato físico, psicológico y sexual por parte de los parientes que se quedan a cargo de ellos. *De carácter familiar*, con la desintegración de las familias y, lo que es más grave la ruptura familiar (divorcios, separaciones, niños y niñas que no conocen a sus padres. *De índole comunitaria*: ruptura cultural y social con la comunidad de origen, fuga de cerebros y de mano de obra calificada y no calificada y para el caso del emigrante, dificultad en la adaptación social al nuevo entorno del país receptor. Según OTERO Martínez Valentín (2007)- Profesor Universitario y Doctor en Psicología y en Pedagogía

### 2.3.1.2 De manera especial los efectos en los hijos son los siguientes:

*Duelo Psicológico*: De acuerdo a ZUKERFELD (2003) Depresión por duelo: Como reacción normal ante [la muerte](#) o pérdida de un ser querido, si se produce durante un periodo de tiempo prolongado, acompañado por un sentimiento de inutilidad, deterioro marcado del funcionamiento y retardo psicomotor grave, pueden significar un trastorno afectivo importante.

Por *violencia* se entiende de forma unánime en la práctica no sólo el uso de la fuerza física, sino también las intimidaciones personales e incluso el empleo de fuerza en las cosas. Los hijos de padres migrantes sufren tasas mas elevadas de maltrato que otros niños de padres no migrantes. La tasa de maltrato es 27.7 incidentes por cada 1000 niños, esto es 5 veces mas alto que en la población local (LARSON et al. 1990). El maltrato se refiere a abuso físico, abuso sexual o abuso emocional (castigo verbal); negligencia física (indiferencia imprudente de la salud

del niño y su seguridad); negligencia educativa; negligencia emocional (permitir por ejemplo el consumo de drogas). El maltrato está comúnmente asociado a múltiples factores: problemas económicos, estrés y aislamiento social ALVAREZ (1988) y LARSON (1987, 1990).

*Violencia física:* todo acto de fuerza que cause daño, dolor o sufrimiento físico en las personas agredidas cualquiera que sea el medio empleado y sus consecuencias, sin considerarse el tiempo que se requiera para su recuperación. *Violencia Psicológica:* constituye toda acción u omisión que cause daño, dolor, perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima. Es también intimidación o amenaza mediante la utilización de un apremio moral sobre otro miembro de la familia infundiendo miedo o temor a sufrir un mal grave o inminente en su persona o en la de sus ascendientes, descendientes o afines hasta el segundo grado. *Violencia sexual:* todo maltrato que constituya imposición en el ejercicio de la sexualidad de una persona, y que obligue a tener relaciones u otras prácticas sexuales con el agresor o con terceros, mediante el uso de la fuerza física, intimidación, amenazas o cualquier otro medio coercitivo. Refiere FRESNEDA, (2001).

Déficit en calidad de vida del Sujeto: acción de afrontar, de hacer frente a un enemigo, un peligro, una responsabilidad, etc. es un conjunto de respuestas - cognitivas o conductuales- ante la situación estresante ejecutadas por el individuo para manejarla y/o neutralizarla, para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación. WEISMAN (2003)"aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo".

*Vulnerabilidad psicológica:* Representa la tendencia a angustiarse y a mostrar extremos emocionales, como por ejemplo la depresión, mientras se intenta manejar situaciones complejas, reflejo de una dificultad cognitiva- y a la vez predispone a reacciones neurovegetativas, autonómicas y a lesiones tisulares. WEISMAN.

*Reestructuración familiar*: el conjunto de demandas funcionales que indica a los miembros como deben funcionar. Así pues, una familia posee una estructura que puede ser vista en movimiento y puede modificarse dependiendo de algunas circunstancias en las que puede estar la migración de uno de los miembros, muerte, divorcio, etc. donde hay adopción de nuevos roles y establecimiento de límites y reglas distintas. *Cambios emocionales y conductuales*: varían desde problemáticos hasta patológicos que con frecuencia se atribuyen de manera automática a la separación del padre o madre de familia y son: desde el abandono escolar hasta los embarazos precoces, el uso de drogas y el pandillerismo. “También es importante distinguir cómo varían los impactos de acuerdo a la edad de los hijos (niños o adolescentes) que son síntomas y signos característicos de la depresión pero se pueden dar de acuerdo al nivel en que se encuentre la persona ejemplo leve, moderado, o grave; baja estima, sentimientos de desesperanza, deserción escolar, laboral, suicidio o ideas suicidas, sentimientos de abandono, agresividad, inseguridad, déficit en relaciones interpersonales, pérdida de identidad, falta de visión del futuro, síntomas de ansiedad.” GRINBERG, L.R.(1980.)R. *Identidad y cambio*. Ed. Piados. Psicología profunda. Barcelona.

Los migrantes constituyen un grupo particularmente vulnerable, como hemos podido ver, sus derechos no sólo como trabajadores sino también como seres humanos son sistemáticamente violados. Esta situación se debe a que se encuentran fuera de sus países de origen, esto trae consigo una serie de dificultades debidas, en algunos casos, a la diferencia de idioma, costumbres y cultura, así como obstáculos económicos y sociales para el retorno de migrantes indocumentados o en situación irregular, lo contribuye a empeorar la situación de los migrantes. CEPAL (2006) y GONZÁLEZ, Felipe: "Derechos humanos de las personas inmigrantes.

### ***2.3.2 Conceptualización de los Indicadores de la Variable Dependiente***

2.3.2.1 La depresión afecta la *Salud Mental* en general la cual se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su

comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS /P. VIROT (Octubre 2009) La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

2.3.2.2 La depresión se encuentra dentro de los *Trastornos del Estado de ánimo* que según SHARP Merck & DOHME de España (2008) constituyen un grupo heterogéneo de enfermedades, típicamente recurrentes, donde se incluyen el trastorno unipolar (depresivo) y el bipolar (maníaco-depresivo). Consisten en alteraciones del humor con carácter infiltrativo, que se acompañan de disfunción psicomotriz y síntomas vegetativos. Los trastornos del estado de ánimo son las alteraciones psiquiátricas de mayor prevalencia, representando el 25% de los pacientes ingresados en instituciones públicas de salud mental, el 65% de los pacientes ambulatorios y una cifra tan elevada como el 10% de todos los pacientes vistos en la práctica médica no psiquiátrica. El estado de ánimo puede ser normal, elevado o deprimido. Cuando hay un trastorno del estado de ánimo, el paciente pierde la sensación de control sobre su ánimo y experimenta malestar general.. La depresión es un sentimiento persistente de inutilidad, pérdida de interés por el mundo y falta de esperanza en el futuro, que modifica negativamente la funcionalidad del sujeto, El rasgo esencial de los trastornos de esta categoría es que todos ellos reflejan un desequilibrio en la reacción emocional o del estado de ánimo que no se debe a ningún otro trastorno físico o mental.

2.3.2.3 Se toma depresión como uno de los *efectos en los hijos* del fenómeno migratorio de los padres: *LA DEPRESIÓN*, enfermedad contenida dentro de los trastornos del estado de ánimo, afecta a la esencia vital psicofísica de la persona.es un proceso que comienza con leves indicaciones que, de no ser correctamente tratadas, derivan en un estado de padecimiento crónico y recurrente. Puede ser leve moderada o grave. Hay diversos tipos de depresión, pero todos ellos se caracterizan por el sufrimiento. Ninguna franja etaria escapa a la depresión; sin embargo, en la infancia y en la adolescencia hay unas notas diferenciales respecto a la depresión en la edad adulta. FERNÁNDEZ, Alonso (2001,2003)

Ninguna enfermedad mental y muy pocas enfermedades médicas conllevan un grado de sufrimiento subjetivo tan intenso como los trastornos depresivos. Puede afectar a cualquier persona, de cualquier nivel económico y en cualquier edad. La ansiedad y la depresión representan aproximadamente el 80% de todos los diagnósticos psiquiátricos en asistencia primaria. OMS (2000)

La depresión puede ser de tipo reactivo, ante un suceso externo que ocasiona tristeza o endógena, en cuyo caso la persona se deprime sin existir una causa externa. Una tercera postura es la que considera que en una depresión pueden estar implicados ambos factores, tanto endógenos como exógenos, en distintas proporciones en los distintos pacientes. Su origen es multifactorial, aunque hay que destacar factores desencadenantes tales como el [estrés](#) y sentimientos (derivados de una [decepción sentimental](#), la contemplación o vivencia de un [accidente](#), [asesinato](#) o [tragedia](#), el trastorno por malas [noticias](#), [pena](#), y el haber atravesado una experiencia cercana a la [muerte](#)). También hay otros orígenes, como una elaboración inadecuada del duelo (por la [muerte](#) de un ser querido o su partida en el caso de la migración) o incluso el consumo de determinadas sustancias (abuso de alcohol o de otras sustancias tóxicas) y factores de predisposición como la [genética](#) (La predisposición genética a la depresión no implica que se padezca, sino que existe una disposición hacia ella.) muchas otras que no tienen una historia familiar ligada a la depresión pero sí la sufren. VALDÉS Y FLORES, 1990).

A nivel hormonal en la depresión se encuentran alteraciones en el funcionamiento de las glándulas hipotálamo e hipófisis (que se encuentran en el cerebro) y las glándulas suprarrenales, que se encuentran sobre los riñones. Las causas básicas de la depresión están asociadas a anormalidades en la liberación de ciertos neurotransmisores importantes. Los neurotransmisores son los mensajeros químicos del cerebro y, en caso de depresión, se ven alterados los siguientes: Serotonina (Íntimamente relacionada con la emoción y el estado de ánimo). Acetilcolina (Responsable de muchas de las estimulaciones musculares, y participa en la programación del sueño). Catecolaminas: Dopamina, (Interviene en el deseo y en la sensación de placer), Noradrenalina (puesta en “alerta máxima”

de nuestro sistema nervioso), y Adrenalina (La sustancia de la “acción” por antonomasia). Estos niveles pueden estar elevados por motivos hereditarios. LYNESS, D’Arcy PhD (Septiembre 2010).

Factores psicológicos y/o psicosociales. (LAZARUS Y FOLKMAN, (1980) “*Situaciones estresantes*: la tensión en el medio ambiente en que se mueven las personas, tal tensión puede llegar a ocasionar el principio de este mal La muerte o separación de un familiar próximo o de un amigo, una enfermedad crónica, problemas interpersonales, dificultades financieras, divorcio, pueden ocasionar síntomas de depresión que sostenidos a lo largo del tiempo pueden desencadenar en una depresión clínica. En algunos adolescentes, una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar su autoestima y llevarlos a la depresión. Condiciones sociales como la pobreza, migración, la falta de hogar y la violencia en la comunidad pueden aumentar las posibilidades de que las personas se depriman. *Personalidad*: Las personas con esquemas mentales negativos, baja autoestima, sensación de falta de control sobre las circunstancias de la vida y tendencia a la preocupación excesiva son más propensas a padecer depresión.

La depresión también puede ocurrir con cierto número de enfermedades o trastornos físicos, así como por el uso de distintos fármacos y por el abuso del alcohol o drogas. “TECNOCiencias (Julio 2005).

Factores de personalidad premórbidos: todos los seres humanos, sea cual sea su perfil de personalidad, pueden deprimirse, y de hecho, lo hacen en determinadas circunstancias. No obstante, ciertos tipos de personalidad: oral, dependiente, obsesivo-compulsiva o histérica, presentan un mayor riesgo de depresión que las personalidades antisociales, paranoides u otros grupos que utilizan la proyección y otros mecanismos de defensa para protegerse de su ira interna. Las personas que tienen una pobre opinión de sí mismas, o que consistentemente se juzgan a ellas mismas o al mundo con pesimismo, o bien que se dejan embargar por las presiones están más propensas a la depresión. REVISTA DIGITAL UNIVERSITARIA (10 de noviembre 2005) Vol. 6.



El modelo cognitivo de la depresión BECK (1963,1964, 1967). Ha surgido a partir de las observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). *La triada cognitiva* consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la triada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de si mismo. El paciente se ve desagraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de estos defectos, es inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a si mismo en base a sus defectos. Por ultimo piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. El segundo componente de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cuando construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudiera hacerse interpretaciones alternativas mas pausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iníciales estaban desviadas sise le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. el tercer componente de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, esta anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuaran indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en el futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso.

*Organización estructural del pensamiento depresivo:* un segundo componente del modelo cognitivo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta de un amplio conjunto de estímulos específicos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. En estados patológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes, esto incapacita para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas. Y finalmente los *errores en el procesamiento de la información:* os errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria. Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta), abstracción selectiva (relativo al estímulo), generalización excesiva (relativo a la respuesta), maximización y minimización (relativo a la respuesta), personalización (relativo a la respuesta), pensamiento absolutista dicotómico (relativo a la respuesta.)

#### 2.3.2.4 Síntomas de la Depresión

Los síntomas generales son humor depresivo, cansancio exagerado y pérdida de la vitalidad que conlleva a reducción de actividades a continuación se describe de acuerdo al área que afecta: *los síntomas anímicos*, la tristeza es el síntoma anímico por excelencia de la depresión Aunque los sentimientos de tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad (habituales) en ocasiones predomina; también está presente la irritabilidad, sensación de vacío, ansiedad, incluso en depresiones graves el sujeto puede llegar a negar sentimientos de tristeza. Los *síntomas motivacionales y conductuales*, implican el estado general de inhibición, disminución en la capacidad de disfrute, levantarse de la cama por las mañanas o asearse puede convertirse en tareas casi imposibles, hay casos de abandono laboral, estudios, retardo psicomotor (forma grave, enlentecimiento generalizado de las respuestas motoras, el habla, etc.). *Síntomas cognitivos*, la memoria,

atención y concentración pueden llegar a resentirse, incapacitando su desempeño, el contenido de las cogniciones de una persona depresiva está bien alterado, la valoración de sí, de su entorno pueden ser negativas, autodepreciación, autoculpa, baja autoestima (se plantea que las cogniciones serían un elemento etiológico de la depresión más que un síntoma de la misma). *Síntomas físicos*, aparecen cambios físicos y suele ser uno de los motivos principales por los que se solicita la ayuda de un profesional. Problemas de sueño (insomnio, quedarse dormido, despertarse frecuentemente, despertar precoz), fatiga, pérdida de peso, disminución del deseo sexual, molestias corporales (dolor de cabeza, espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa. Así pues, los síntomas físicos a veces se consideran como una importante línea divisoria entre la depresión normal y la clínica, o entre aquellos que buscan ayuda médica o psicológica; y aquellos que no lo hacen. Según WEISMAN (2003) Indicadores de modalidad de afrontamiento.

#### 2.3.2.5 Niveles de Depresión

Según GUTIÉRREZ, J. L. (1980). Trastornos afectivos. *DEPRESIÓN LEVE*: es un tipo de depresión común, crónica y de baja intensidad que debe tener de 2 a 4 síntomas depresivos, incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento, generalmente comen y duermen con exceso, tienen un sentido general de pesadez, y un sentimiento muy fuerte de rechazo con una duración de  $\geq 2$  semanas. Se comienza a menudo a preocupar de cosas innecesariamente por ejemplo funcionamiento en el trabajo, aunque estamos manejando mantener nuestros estándares anteriores, o más sensible y susceptible a la sensación lastimada u ofendida dentro de relaciones personales. *DEPRESIÓN MODERADA O DISTIMIA*: En un episodio moderado de la depresión, las características centrales son humor bajo, la carencia del disfrute, el pensamiento de la negativa y la energía reducida, que conducen al funcionamiento social y ocupacional disminuido. a menudo no están conscientes de que tienen una enfermedad, debido a que, por lo general, su funcionamiento no se ve muy afectado. Ellos van a trabajar y manejan sus vidas, sin embargo, con frecuencia están irritados y a

menudo se quejan de estrés. La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos a largo plazo, que no incapacitan tanto, sin embargo impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden padecer de episodios depresivos severos en algún momento de su vida. *DEPRESIÓN GRAVE*: La depresión grave, denominada también depresión clínica o unipolar, es un tipo de trastorno afectivo (o trastorno del estado de ánimo) que excede los altibajos normales, convirtiéndose en un serio trastorno clínico, presentan síntomas marcados y angustiantes, principalmente la pérdida de autoestima y los sentimientos de somáticos importantes. La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces de la vida, hay culpa e inutilidad, son frecuentes las ideas y acciones suicidas y se presentan síntomas somáticos importantes

## **2.5 Hipótesis**

### ***2.5.1 Hipótesis general***

La migración de los padres genera niveles de depresión en los estudiantes del Colegio Leonardo Murialdo.

### ***2.5.2 Hipótesis particulares***

- Más del 60% de los estudiantes hijos de padres migrantes presentan depresión en diferentes niveles.
- El nivel de depresión moderado predomina en los estudiantes hijos de padres migrantes.

## **2.6 Señalamiento de Variables**

***VARIABLE INDEPENDIENTE:*** La migración de uno de los padres

***VARIABLE DEPENDIENTE:*** Niveles depresivos en los hijos.

## **CAPITULO III**

### **METODOLOGIA**

#### **3.1 Enfoque de la investigación**

El grupo investigador en su trabajo acoge el enfoque: critico propositivo de carácter cuanti-cualitativo. Cuantitativo porque se recabara información que será sometido a un análisis matemático. Cualitativo porque estos resultados porcentuales pasaran a la criticidad con soporte de Marco Teórico.

#### **3.2 Modalidades de la investigación**

##### *Investigación conjunta*

##### *Bibliografía – documental*

Porque el trabajo de grado tendrá información secundaria sobre el tema de investigación obtenidos a través de libros. Textos, módulos, periódicos, revistas. Internet, así como documentos validos y confiables a manera de información primaria.

### *De campo*

Porque los investigadores acudirán a recabar información en el lugar donde se producen los hechos para a si poder actuar en el contexto y transformar una realidad.

### *De intervención Social o Proyecto factible*

Porque el grupo investigador no se conforma con la observación pasiva de los fenómenos educativos sino que además, realizara una propuesta de solución al problema investigado.

## **3.3 Tipos de investigación**

### *Asociación de variables*

La investigación llevara a nivel de asociación de Variables porque permite estructurar predicciones a través de la mediación de las relaciones entre variables.

Además se puede medir el grado de relación entre variables y a partir de ello, determinar tendencias o modelos de comportamiento mayoritario.

### 3.4 Población y muestra

Estudiantes de 8vos a Terceros Años de Bachillerato hijos de padres migrantes.

8vos	11
9nos	7
10mos	9
Primero de bachillerato	6
Segundo de Bachillerato	13
Tercero de Bachillerato	9
<b>Total</b>	----- <b>55</b>

**Fuente:** La muestra se delimitó en base a los datos extraídos en las historias clínicas de los estudiantes, registrados en el DOBE de la institución.



### 3.5 Operacionalización de las Variables

Cuadro N: 1

#### 3.5.1 Variable Independiente: La migración de uno de los padres.

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Desplazamiento geográfico de un lugar a otro de personas, generalmente por causas económicas o sociales, la cual puede ser interna (interior de un país, región o territorio) o externa (Exterior de un país o territorio).	<b>Interna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Interior de un país, región o territorio               <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rural-rural</li> <li>- Rural-urbana</li> <li>- Urbana-urbana</li> <li>- Urbana-rural</li> </ul> </li> </ul>	<p>¿Cómo determinar el tipo de migración predominante en los padres de los estudiantes?</p> <p>¿Cómo determinar los síntomas depresivos y la duración, manifestados en los estudiantes debido al proceso migratorio?</p> <p>¿Cuál es el factor determinante para que se produzca una migración interna o externa?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encuesta</li> <li>- Cuestionario estructurado a hijos de padres migrantes.</li> <li>- Entrevista semiestructurada focalizada a hijos de padres migrantes</li> </ul>
	<b>Externa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Exterior de un país o territorio de mayor estabilidad y desarrollo.</li> </ul>	<p>¿Cómo determinar el tiempo que se produjo la migración del/los padres?</p> <p>¿Debido a la migración quien tuvo que abandonar el hogar (padre-madre-ambos)?</p>	

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora

**Cuadro N: 2**

**3.5.2 Variable Dependiente: Niveles depresivos en los hijos.**

CONCEPTUALIZACION	DIMENSION	INDICADORES	ITEMS BASICOS	TECNICAS E INSTRUMENTOS
Es una enfermedad que afecta a la esencia vital psicofísica de la persona caracterizada por la anhedonia y la tristeza patológica que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento, que esta dentro de trastornos del estado de ánimo y que puede ser (leve, moderada o grave) dependiendo del numero de síntomas.	Ausente	INDICE SOS (debajo de 50) dentro de lo normal sin psicopatología.	¿Qué síntomas corresponden a un estado afectivo normal?	- Test de Zung y Conde
	Leve	INDICE DE SOS (50-59) presencia de depresión mínima o ligera.	¿Qué síntomas determinan la presencia de un nivel depresivo leve?	- Test de Zung y Conde
	Moderada	INDICE DE SOS (60-69) Presencia de depresión moderada o marcada	¿Qué síntomas determinan la presencia de un nivel depresivo moderado?	- Test de Zung y Conde
	Grave	INDICE DE SOS (70 o mas) presencia de depresión severa o extrema.	¿Qué síntomas determinan la presencia de un nivel depresivo grave?	- Test de Zung y Conde

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora

### 3.6 Técnicas e Instrumentos

**Encuesta:** Anexo 1 dirigido a los estudiantes de primero a sexto curso hijos de padres migrantes del Colegio Leonardo Murialdo cuyo instrumento es el cuestionario elaborado con preguntas cerradas que permitirán recabar información acerca de las causas y consecuencias del fenómeno migratorio.

**Entrevista:** Anexo 1: Dirigido a los Estudiantes del” Colegio Leonardo Murialdo” que sean hijos de padres migrantes; las preguntas estarán basadas en el cuestionario elaborado (anexo1) lo cual permitirá indagar de manera mas abierta acerca de los efectos a corto y largo plazo de la migración y si estos generan algún nivel depresivo en los alumnos.

**Validez y confiabilidad:** la validez de los instrumentos está dado por la Técnica llamada “Juicio de expertos”, mientras que su confiabilidad se lo hará a través de la aplicación de una prueba piloto definitiva del Test Estandarizado y validado por (Zung y Conde, 1967) que es Test de Depresión de Zung el cual evalúa el nivel del cuadro depresivo, agrupada en 4 factores; biológico, psicológico, depresivo y psicosocial. Junto con el BDI (Inventario de Depresión de Beck) es la escala auto aplicada mas utilizada en la depresión. Esta escala esta adaptada y validada en español (Conde1967).

### **3.7 Plan para la recolección de información**

#### ***Prueba piloto para confiabilidad de los instrumentos.***

La prueba piloto para evaluar la efectividad de las técnicas e instrumentos se la realizó con una pequeña muestra de estudiantes (20) de manera aleatoria la primera semana de Marzo a través de la cual se pudo hacer correcciones en las preguntas de la encuesta estructurada y entrevista semiestructurada, pero el Reactivo Psicológico (Test de Zung) para la medida de los niveles depresivos, no se modificó; todo ello para obtener una mejor información que se pueda utilizar para la interpretación de resultados de manera cuali-cuantitativa favorable.

Reunión previa con el grupo investigado para dar indicaciones y aplicación definitiva de los instrumentos.

Las indicaciones para la aplicación definitiva de los instrumentos se emitió 10 minutos antes del tiempo establecido para empezar el test, para despejar dudas con respecto a, terminología, duración, objetivo de la aplicación, confidencialidad de los datos y resultados, entre otros aspectos. Esto se llevo a cabo en la segunda semana de Marzo utilizando un total de 3 días lo cual se hizo de manera satisfactoria puesto que no se presentaron dificultades el momento de la aplicación del reactivo Psicológico, así como en la entrevista y encuesta estructurada de manera personal.

El lugar donde se realizó la aplicación de los reactivos fue El Colegio “Leonardo Murialdo” en la Sala de Audiovisuales y la explicación previa se dió en las aulas de clases.

### 3.8 Plan de procesamiento de la información

*Revisión crítica de la información recogida;* limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.

(Se lo efectuó en la Segunda y tercera semana de Marzo, concluyendo satisfactoriamente este punto)

*Repetición de la recolección,* en ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.

Ninguna corrección, todos los reactivos y entrevistas fueron llenados por completo los ítems.

*Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis.*

Se realizó la segunda y tercera semana de Marzo sin complicaciones.

*Cuadros de cada una de las variables.*

Se culminaron los gráficos e interpretaciones la tercera semana de marzo.

*Manejo de información* (reajuste de cuadros con casillas vacías o con datos tan reducidos cuantitativamente, que no influye significativamente en los análisis)

*Estudio en término estadístico de datos para presentación de resultados.*

La información con su respectivo cuadro e interpretación se culminó en la tercera semana de Marzo sin cambios ni modificaciones.

## TABULACION DE RESULTADOS

### ANEXO #1 ENCUESTA

**OBJETIVO: determinar los niveles de Depresión (Leve, moderado, grave) en los estudiantes, producto de la migración de los padres.**

Pregunta	#1		#2		#3		#4		#5		#6		#7		#8	
Alternativas	Padre	28	1-6meses	4	R/R	3	S.Eco.	41	1/5 veces	32	internet	10	EMC	27	1/4S	5
	Madre	13	6-12meses	10	U/U	7	Estudio	8	5 o mas	10	teléfono	35	CON	12	1/6M	30
	ambos	14	1-5años	23	R/U	2	P familiar	2	nunca	13	cartas	7	FIS	5	6/12 M	17
			5años o mas	18	U/R	0	p.leg	2			3ras personas	3	INT	8	1 año o mas	3
					EEUU	18	otros	2			otros	0	COG	3		
					ESPAÑA	20							OTROS	0		
					ITALIA	4										
					OTROS	1										
<b>Total</b>		<b>55</b>		<b>55</b>		<b>55</b>		<b>55</b>		<b>55</b>		<b>55</b>		<b>55</b>		<b>55</b>

Cuadro #3

ELABORACION: INVESTIGADORA

FUENTE: INVESTIGADORA

<b>leyenda</b>	R/R	Rural/rural
	U/U	Urbana/urbana
	R/U	Rural/urbana
	U/R	Urbana/rural
	S.ECO	Situación económica
	p. familiar	Problemas familiares
	p.leg	Problemas legales
	EMC	emocionales
	CON	conductuales
	FIS	Físicos
	INT	Interpersonales
	COG	cognitivos
	1/4S	1 a 4 semanas
	1/6M	1 a 6 meses
	6/12M	6 a 12 meses
	1 o +	1 año o mas

**FUENTE: INVESTIGADORA**

**ELABORACION: INVESTIGADORA.**

## TABULACION DE RESULTADOS

### ANEXO 2 TEST DE DEPRESION DE ZUNG

**OBJETIVO:** Identificar el nivel de depresión que presenta el estudiante (leve, moderado, grave) hijo de padre migrante.

Cuadro #4

INDICE SOS				
	DEBAJO DE 50 NORMALIDAD	50-59 DEPRESION MINIMA O LIGERA	60-69 DEPRESION MODERADA O MARCADA	70 o mas DEPRESIÓN SEVERA O EXTREMA
# ALUMNOS	28	16	8	3
TOTAL	55			

FUENTE: INVESTIGADORA

ELABORACION: INVESTIGADORA



## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1 Análisis de los resultados estadísticos, destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.

4.2 Interpretación de los resultados cuanti-cualitativamente, con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.

#### *Anexo N° 1 Encuesta*

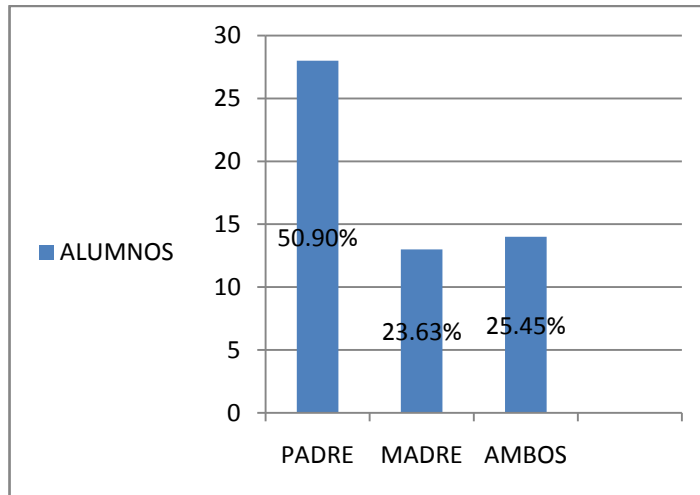
##### **1. Señale que miembro de su familia ha migrado.**

**Cuadro #5**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
PADRE	28	50.90%
MADRE	13	23.63%
AMBOS	14	25.45%
TOTAL	55	100%

#### **ANÁLISIS**

Del total de estudiantes entrevistados el 50.90% responde que el padre es quien ha migrado, el 25.45% los 2 progenitores, y el 23.63% la madre.



**Gráfico #5**

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora

### **Interpretación**

De los 55 estudiantes a los cuales se les preguntó cuál miembro de su familia ha migrado el 50.90% responde que es el padre quien ha viajado lejos de su hogar, seguido de un 25.45% que corresponde a los 2 progenitores en los cuales primero viaja el padre y luego la madre, hay pocos casos donde los 2 padres viajaron al mismo tiempo, estos datos se confirmaron en la entrevista, pero un 23.63% pertenece a la migración de la madre donde ella es quien toma la iniciativa, en la mayor parte de estos casos es debido a que son madres solteras y tienen familia que les ayuda para viajar. Pero si sumamos los porcentajes de las alternativas (madre y ambos), nos damos cuenta que casi el 50% falta la madre de familia y esto repercute significativamente en la vida emocional del hijo ya que hay mayor apego afectivo hacia la figura materna.

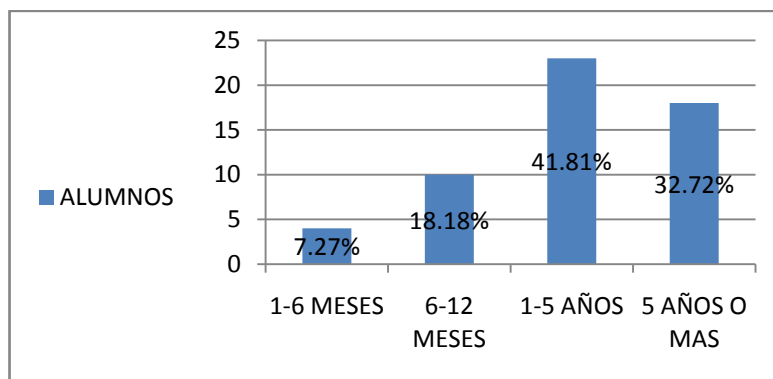
**2. Señale hace cuanto tiempo se produjo la migración de su/sus padres.**

**Cuadro #6**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>1-6 meses</b>	<b>4</b>	<b>7.27%</b>
<b>6-12 meses</b>	<b>3</b>	<b>18.18%</b>
<b>1-5 años</b>	<b>23</b>	<b>41.81%</b>
<b>5 años o mas</b>	<b>18</b>	<b>32.72%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

**ANÁLISIS**

Del total de alumnos entrevistados el 41.81% responde que su/sus padres han migrado en el lapso de 1-5 años, seguido de 32.72% que manifiesta que el tiempo de viaje fue de 5 años o mas, el 18.18% corresponde a aquellos donde el rango fue 6-12 meses, y un 7.27% responde que su/sus padres han migrado en el lapso de 1-6 meses.



**Gráfico #6**

**Fuente:** investigadora

**elaboración:** investigadora

**INTERPRETACION**

A mayor tiempo de haberse dado la migración mayor es la probabilidad de que los hijos no se hayan adaptado por completo a su nuevo estilo de vida y aparezcan frecuentes síntomas de depresión moderada a grave, si aducimos que es el caso en que migró la mamá o ambos padres de familia que representa casi el 50% de la población y si añadimos que el 41.81% viajó en el lapso de 1-5 años y el 32.72%

de 5 años o mas, estamos frente a una población muy vulnerable que aquellos que lo han hecho en un periodo de meses hasta cinco años los cuales pueden presentar sintomatología leve a moderada.

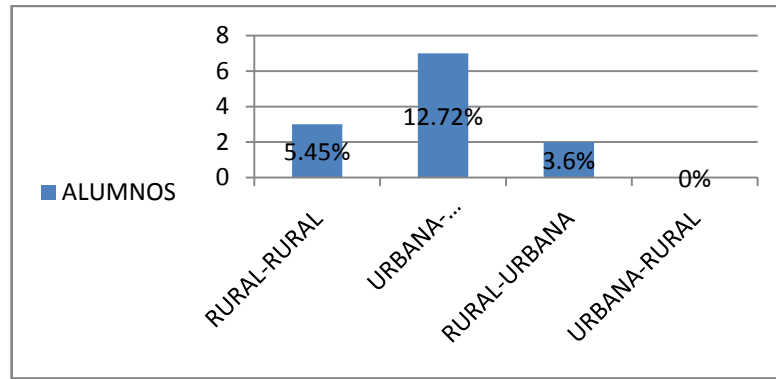
### 3.1 Señale el tipo de migración (INTERNA-EXTERNA)

Cuadro #7

ALTERNATIVAS	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
<b>INTERNA</b>		
rural-rural	3	5.45%
urbana-urbana	7	12.72%
rural-urbana	2	3.6%
urbana-rural	0	0%
<b>EXTERNA</b>		
Estados Unidos	18	32.80%
España	20	36.36%
Italia	4	7.27%
otros	1	1.8%
<b>TOTAL</b>	<b>55</b>	<b>100%</b>

### ANÁLISIS

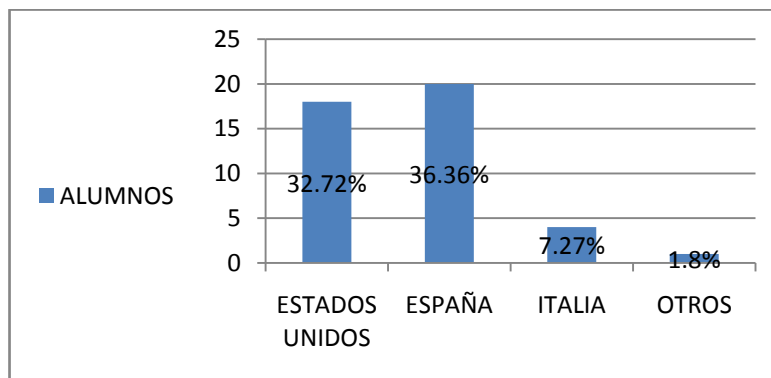
Del total de alumnos entrevistados con relación al tipo de migración Interna se obtuvo; 12.72% urbana-urbana, 5.45% rural-rural, 3.6% rural-urbana y 0% urbana-rural. Del total de estudiantes con respecto a migración Externa; el 36.36% ha viajado a España, el 32.80% ha viajado a estados Unidos, el 7.27% ha viajado a Italia y el 1.8% ha viajado a otros destinos.



**Gráfico #7**

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora



**Gráfico #8**

**Fuente:** investigadora

**elaboración:** investigadora

### **Interpretación**

Se puede observar que hay mayor proporción de población que corresponde al 78.23% con respecto a la Migración Externa ya que el destino favorable para el migrante es fuera de su región de origen, a lugares con mejores condiciones socioculturales y económicas estables, especialmente países como España y Estados Unidos donde se reportaron los mas altos porcentajes, y se registro un 21.77% que pertenece a la población que opto por la Migración Interna, especialmente de tipo Urbana-Urbana.

#### 4-Cuáles fueron las causas para que su/sus padres migraran?

Cuadro #8

ALTERNATIVAS	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
Situación económica	41	74.54%
Estudios	8	14.54%
Problemas familiares	2	3.63%
Problemas legales	2	3.63%
Otros	2	3.63%
TOTAL	55	100%

#### ANÁLISIS

De los 55 estudiantes entrevistados con respecto a las causas de la migración se obtuvo; 74.54% de los padres lo hicieron debido a la situación económica, el 14.54% por estudios, el 3.63% por problemas familiares, el 3.63% problemas legales y el 3.63% otras causas.

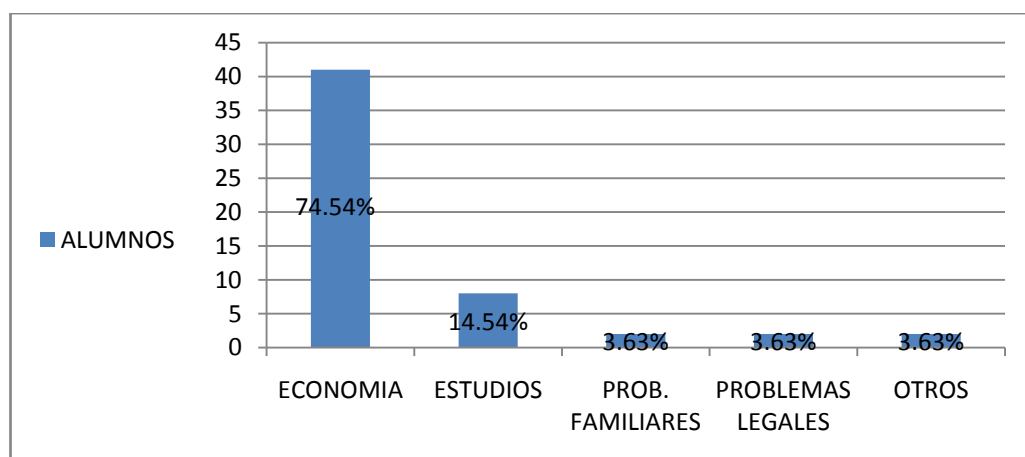


Gráfico #9

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora.

## INTERPRETACION

Entre las causas principales a nivel de Ecuador, Latinoamérica y otros países la principal razón para que una persona decida abandonar su lugar de origen y buscar nuevas oportunidades es la economía, esto incide en gran medida a la hora de alejarse de su hogar, ya que padres de familia buscan asegurar el bienestar, de sus hijos, y las entrevistas corroboran estos datos; 74.54% concierne a las causas económicas para encontrar un buen empleo, 14,54% para obtener superación a nivel cultural, académico este es un objetivo mas personal; finalmente el 3,63% arroja datos que ponen de manifiesto que los problemas familiares, legales u otros, no son una buena razón para desintegrar la familia y emprender otro estilo de vida.

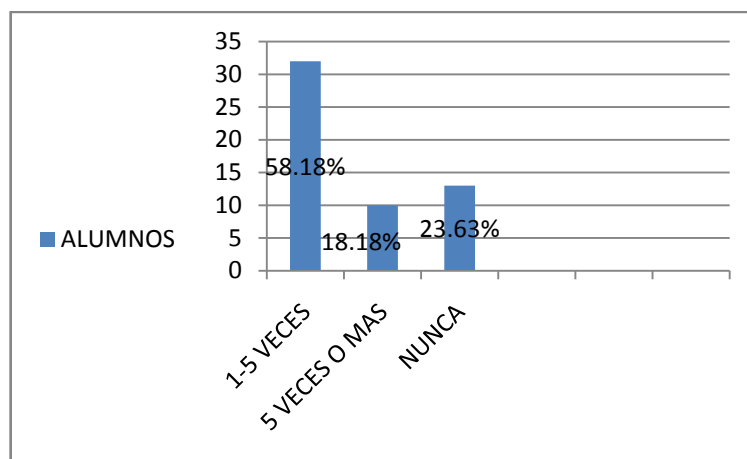
### **5. Señale: Luego de la partida de su/sus padres cuantas veces ha vuelto a reencontrarse con él/ella/ellos?**

**Cuadro #9**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1-5 VECES	31	58.18%
5 VECES O MAS	10	18.18%
NUNCA	13	23.63%
TOTAL	55	100%

## ANÁLISIS

Del total de estudiantes entrevistados se obtuvo que el 58.18% ha vuelto a encontrarse con su/sus padres de 1-5 veces, el 23.63% corresponde a aquellos que nunca lo hicieron, y el 18.18% se reencontraron por 5 veces o mas.



**Gráfico #10**

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora.

### **INTERPRETACION**

El 58.18% refiere que luego de la partida del padre/madre de familia ha tenido la oportunidad de reencontrarse por lo menos de 1 a 5 veces debido a la situación económica del progenitor, vacaciones cortas otorgadas por los lugares de trabajo, desintegración familiar (rehacen nuevos hogares); el 18,18% manifiesta que su/sus padres los visitan 5 veces o mas ya que hay entre ellos buena comunicación, por el tiempo de duración de la partida han conseguido buen factor económico y tienen facilidad para venir frecuentemente y por último un 23,63% manifiesta que después de la partida de sus padres nunca los han vuelto a ver, porque las causas para migrar fueron problemas familiares graves, laborales e incluso legales.



## 6. Señale a través de que medios se da la comunicación con sus padres.

Cuadro #10

ALTERNATIVAS	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
INTERNET	10	18.18%
VIA TELEFONICA	35	63.63%
CARTAS	7	12.73%
TERCERAS PERSONAS	3	5.45%
OTROS MEDIOS	0	0%
TOTAL	55	100%

## ANÁLISIS

Del total de estudiantes entrevistados el 63.63% respondió que la comunicación con su/sus padres se da por vía telefónica, el 18.18% a través del internet, el 12,73% corresponde a aquellos que se comunican por cartas o postales, el 5.45% por terceras personas, y ninguna refiere establecer comunicación por otros medios.

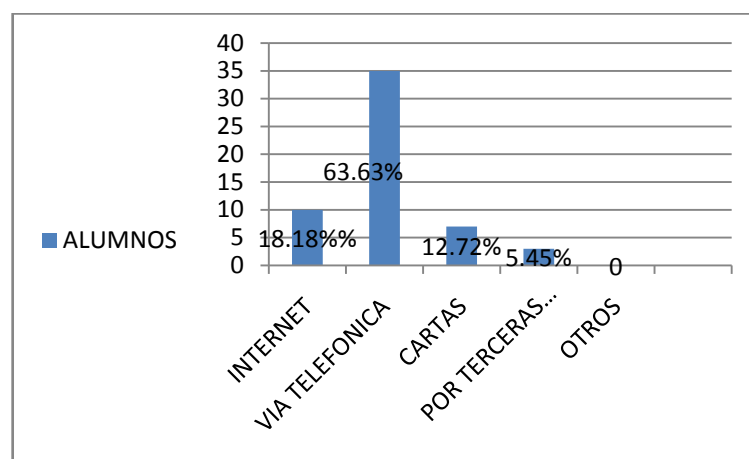


Gráfico #11

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora.

## INTERPRETACION

El 63.63% del total de la población mantiene comunicación con su/sus padres vía telefónica debido a que esta es mas rápida y sencilla, el 18,18% lo hace por vía internet donde encontramos video-conferencias, mails,Hi5,facebook ya que es una manera moderna, rápida, divertida de hacerlo, pero no todos pueden manejarlo adecuadamente; el 12,72% lo hace por medio de cartas al momento de realizar envíos, mandar dinero y un 5,45% se comunica a través de terceras personas que están cerca de su padre/madre y envían cortas razones.

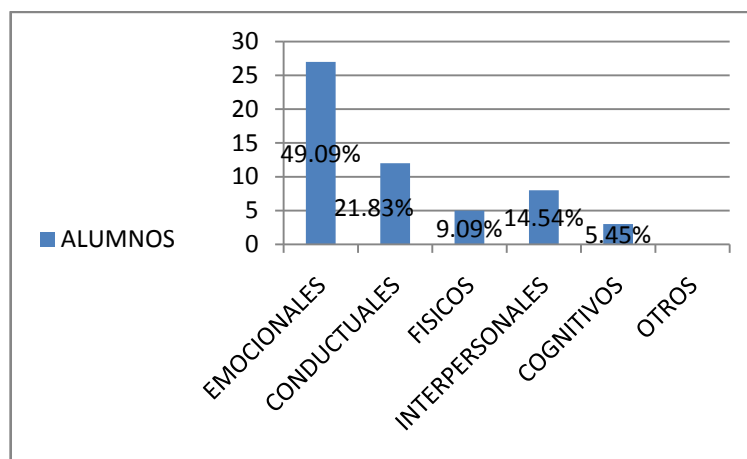
### **7. Subraye: ¿qué tipos de cambios importantes se produjeron en usted a raíz de la partida de su/sus padres?**

**Cuadro #11**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
EMOCIONALES	27	49.09%
CONDUCTUALES	12	21.83%
FISICOS	5	9.09%
INTERPERSONALES	8	14.54%
COGNITIVOS	3	5.45%
OTROS	0	0%
TOTAL	55	100%

### **ANÁLISIS**

Del total de estudiantes entrevistados el 49.09% respondió que en ellos se presentaron cambios emocionales, el 21.83% cambios conductuales, el 14.54% interpersonales, el 9.09% cambios físicos, el 5.45 cambios cognitivos y ninguno refirió otro tipo de cambio, todos ellos a raíz de la partida de su/sus padres.



**Gráfico #12**

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora

## **INTERPRETACION**

El 40.09% de la población revela que el área que mas se perturba cuando hay una separación con una figura importante en la vida de un ser humano, es la esfera emocional en especial cuando es la figura materna, ya que devienen sentimientos de abandono, soledad, que luego se traducen en depresiones de diferentes niveles, seguido de cambios conductuales que pueden ser agresividad, llanto en un 21.81%; los cambios físicos son evidentes cuando el curso del proceso avanza mostrando un 9,09%, otra de las áreas que se afectan es la interpersonal ya que los hijos deben adaptarse a nuevos cuidadores, enfrentar problemas solos, trabajar por el o hermanos en caso de no recibir ayuda por parte de sus progenitores, esto se da en un 14,54%, los cambios a nivel cognitivo corresponden en un 5.45%, finalmente no se evidencia otros cambios diferentes a estos.

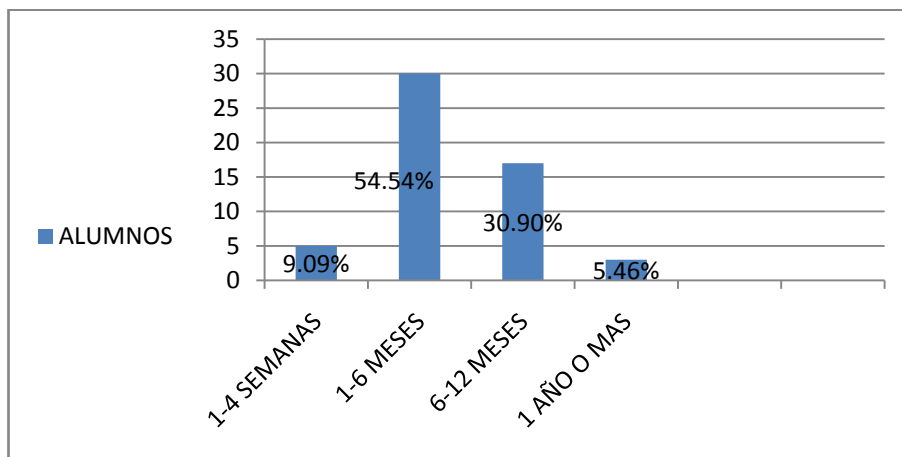
**8. Señale el tiempo de la duración de los cambios que experimentó a partir de la migración de su/sus padres.**

**Cuadro #12**

<b>ALTERNATIVAS</b>	<b>NUMERO DE ESTUDIANTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
1-4 semanas	5	9.09 %
1-6 meses	30	54.54%
6-12 meses	17	30.90%
1 año o mas	3	5.46%
Total	55	100%

**ANÁLISIS**

Del total de alumnos entrevistados el 54.54% respondió que los cambios duraron de 1-6 meses, el 30.90% concierne a aquellos donde los cambios se presentaron de 6-12 meses, el 9.09% respondió que estos cambios se mantuvieron de 1-4 semanas, y un 5.46% manifestó que estos cambios se exhibieron durante 1 año o mas.



**Gráfico #13**

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora.

## **INTERPRETACION**

El proceso normal donde los síntomas depresivos pueden desvanecerse o ser mas evidentes dependiendo de las estrategias de afrontamiento, calidad de vida, sistema de apoyo de los hijos, es corroborado por los datos que demuestran que durante un periodo de 1-6 meses son mas intensos estos cambios que de una u otra forma interfieren en su vida laboral, social, académica; el 30,90% refiere que durante 6-12 meses los cambios se mantienen, se intensifican y constituyen un tema de preocupación para ellos y son aquellos estudiantes o familiares que buscan asesoramiento Psicológico para saber si esto es normal o no, el 9,09% manifiesta que los cambios que se presentan no perduran mas allá del mes debido a que su esquema de resolución de conflictos, su sistema de apoyo y la relación que existía con su/sus progenitores no era satisfactoria hasta el punto de no afectarles la separación; pero existe una minoría del 5.45% que mantiene estos síntomas que forman parte de un cuadro patológico y es a ellos quienes se debe dar atención inmediata y acertada pues su depresión es grave.

## ANALISIS CUANTITATIVO DE LA ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE

### Anexo Número 2

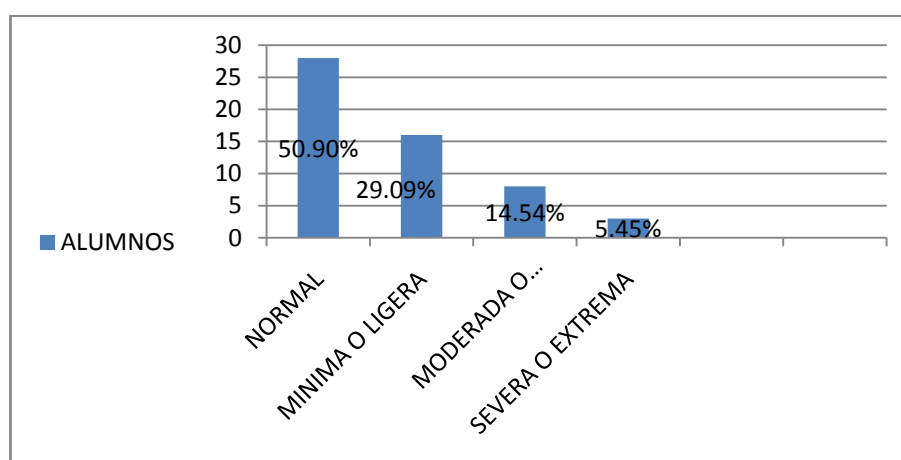
**Niveles de depresión que presentan los alumnos hijos de padres migrantes.**

**Cuadro #13**

ALTERNATIVAS	INDICES	NUMERO DE ESTUDIANTES	PORCENTAJE
NORMAL	DEBAJO DE 50	28	50.90%
MINIMA O LIGERA	50-59	16	29.09%
MODERADA O MARCADA	60-69	8	14.54%
SEVERA O EXTREMA	70 O MAS	3	5.45%
TOTAL		55	100%

### ANÁLISIS

Del total de estudiantes a los cuales se les aplicó el Test de Depresión se obtuvo resultados donde el 50.90% se encuentra dentro de los parámetros normales, el 29.09% exterioriza una depresión mínima o ligera, el 14.54% una depresión moderada o marcada y el 5.45% una depresión severa o extrema.



**Grafico #14**

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora.

## INTERPRETACION

La información implícita y explícita dada por los alumnos mostro una correlación en sus datos al concluir que el 50.90% de los estudiantes hijos de padres migrantes presentan una puntuación debajo de 50 que se traduce en normalidad, es decir sin Psicopatología son ellos en quienes el tiempo de partida de su/sus padres es corto(1-5 años), los encuentros son constantes, los medios para mantenerse en comunicación son modernos y rápidos, el lugar de residencia de su/sus padres no es muy lejano, los cambios a nivel CASIC fueron de corta duración y se superaron por diversos sistemas de apoyo; sin embargo un 29.09% de la población exterioriza puntuaciones entre 50-59 que se traduce en presencia de Depresión Mínima o Ligera, son quienes son mas propensos a regresar a un estado de funcionamiento normal dependiendo de los recursos sanos que posean o aumentar un grado mas de severidad; el 14.54% presenta puntuaciones entre 60-69 que indican presencia de Depresión moderada o Marcada, con estos alumnos se trabajará en Psicoterapia o Prevención Secundaria; finalmente el 5.45% presentó una calificación de 70 puntos o más que da como diagnóstico presencia de depresión severa o extrema por lo que su pronóstico y tratamiento son mas inmediatos, urgentes por la gravedad de los síntomas y las consecuencias que acarrea el no resolver su proceso Psicopatológico. Sumados los 3 últimos porcentajes obtenemos que casi el 50% de la población de alumnos hijos de padres migrantes tienen niveles depresivos que oscilan entre leve, moderado o grave y son aquellos en donde el tiempo de migración de su/sus padres es mas de 5 años, la comunicación y los reencuentros son escasos o nulos, la distancia entre ellos y su/sus progenitores es larga, los síntomas depresivos(CASIC) y su duración han interferido significativamente en su vida cotidiana y cuentan con sistemas de apoyo y estrategias de afrontamiento disfuncionales.

### 4.3 Comprobación de Hipótesis

#### 4.3.1 Hipótesis general

- La migración de los padres genera niveles de depresión en los estudiantes del Colegio Leonardo Murialdo.

De acuerdo al anexo #2, cuadro #13 y gráfico# 14 **se comprueba** que la migración de los padres si produce síntomas y niveles depresivos (leve 29.09%, moderada 14.54%, grave5.45%) dando un equivalente al 49.08% y que estos síntomas influyen en mayor y menor proporción en el aspecto laboral, económico, académico, social, cultural de los hijos pero que depende de los sistemas de apoyo y recursos sanos del paciente para desarrollar una patología o retornar a la normalidad en corto tiempo.

#### 4.3.2 Hipótesis particulares

- Más del 60% de los estudiantes hijos de padres migrantes presentan depresión en diferentes niveles.

De acuerdo al anexo #2, cuadro #13 y grafico #14 la hipótesis **se rechaza** pues en los resultados obtenidos con el Test de Zung manifiesta que solo el 49.08% de un total de 55 estudiantes manifiesta niveles depresivos que fluctúan entre leve, moderados o graves y que el 50.92% es decir casi el 60% se encuentra dentro del rango normal es decir sin Psicopatología.



- El nivel de depresión moderado predomina en los estudiantes hijos de padres migrantes.

De acuerdo al anexo #2, cuadro #13 y grafico #14 **se rechaza** la hipótesis debido a que es el 29.09% que representa Depresión mínima o ligera es el porcentaje mas alto dentro de los 3 niveles depresivos, dentro de los cuales el moderado ocupa el segundo lugar con un 14.54% y en tercer lugar depresión grave en un 5.45%.

## CAPITULO V

### 5.1 CONCLUSIONES

- Se concluye que la migración de uno de los padres si genera depresión en algún nivel, en los estudiantes del Colegio Leonardo Murialdo, según el anexo#2, cuadro #13, grafico #14.
- Se puede concluir que el 50.90% de los estudiantes del Colegio Leonardo Murialdo, se encuentran dentro del rango normal, es decir sin Psicopatología, según el anexo#2, cuadro #13, grafico #14.
- No existe un porcentaje elevado que sobrepase del 50% de los estudiantes que presentan niveles depresivos, sin embargo si se contempla los datos de los alumnos que tienen depresión moderada-grave equivalente al 20% del total de la población, se esta frente a un grupo vulnerable, donde los síntomas depresivos afectan notablemente su vida cotidiana; según el anexo #2, cuadro #13, grafico #14.
- Del 49.08% de estudiantes que presentan un nivel depresivo, el 29.09% equivalente a Depresión Mínima o Ligera representa a la población propensa a regresar a un estado de funcionamiento normal dependiendo de los recursos sanos que posean o aumentar un grado mas de severidad, según el anexo #2, cuadro #13, grafico #14.
- El área que más se ve afectada en un proceso migratorio, es la esfera emocional, donde la separación se da con una figura importante en la vida del ser humano, Según el anexo #1, cuadro #11, gráfico # 12.

## 5.2 RECOMENDACIONES

- Se recomienda trabajar con los estudiantes generando estrategias de afrontamiento funcionales, contar con buenos sistemas de apoyo, realizar Psicoeducación con la/las personas que quedan al cuidado del estudiante, para fortalecer su ambiente emocional y familiar.
- Para la población de estudiantes a los cuales no se han detectado niveles depresivos, se recomienda trabajar con prevención primaria para disminuir la incidencia de trastornos mentales, a través de Terapia Explicativa, Psicoeducación, relacionado a los efectos de la migración.
- De acuerdo al porcentaje de estudiantes que presentan un nivel depresivo moderado-grave, se recomienda iniciar de forma inmediata Psicoterapia a largo plazo, basada en la propuesta de Aaron Beck, para reducir los efectos debilitantes de la depresión, contando con apoyo psiquiátrico, y finalmente pueda tener una calidad de vida estable.
- Se recomienda mantener y fortalecer la comunicación de los alumnos con sus padres y en aquellos donde la comunicación es nula o escasa, trabajar con sus sistemas de apoyo y de manera individual, para que este aspecto no perturbe su proceso de adaptación.
- Siendo el área emocional la más afectada en los hijos de padres migrantes, se recomienda iniciar el trabajo Psicoterapéutico desde esa esfera, pues los síntomas determinantes de una depresión son anhedonia y tristeza patológica, para luego abordar técnicas para modificación de la conducta y el pensamiento

## CAPITULO VI

### PROPUESTA DE SOLUCION

#### 1. Datos Informativos

- **Título:** Terapia Cognitiva Grupal para la Depresión de Aaron Beck
- **Institución ejecutora:** Colegio Técnico Popular Leonardo Murialdo.
- **Beneficiarios:**
  - Directos:** los 55 estudiantes de primero a sexto curso, hijos de padres migrantes.
  - Indirectos:** personas encargadas del cuidado del estudiante, la Institución educativa y la sociedad en general.
- **Ubicación:** Pichincha y Avenida Pachano.
- **Tiempo estimado para la ejecución**
- **Inicio...**Febrero 2011..... **Fin:**.....Julio 2011.....
- **Equipo técnico responsable:**
  - Padre Marco Antonio Yanchapanta, Rector de la Institución,
  - Psicóloga Clínica Cristina Aguilar, encargada del DOBE
  - Ing. Luis Chimbana: Inspector Sección Matutina
  - Ing. Paul Fiallos: Inspector Sección Vespertina.
  - Investigadora: Sandra Erráez Loor.
- **Costo:** \$ 484,27

## 2. Antecedentes de la Propuesta

De acuerdo a la investigación realizada se pudo obtener datos preocupantes con respecto a la población de estudiantes que presentan algún nivel depresivo que oscila entre leve-moderado-grave (49.08%) de la población total, ellos son muy vulnerables, se conoce que la depresión según la OMS, es la cuarta causa de muerte y se pronostica que para el año 2020 a nivel mundial alcanzará el segundo puesto, es una de las enfermedades mas invalidantes del ser humano, que afecta no solo a la persona que la padece, sino a los individuos que están cerca de él/ella, por lo cual requiere de su urgente estudio a fondo, así como su inmediata intervención. El trastorno depresivo es una enfermedad que afecta al organismo, al estado de ánimo y a la manera de pensar, de concebir la realidad. La depresión puede ser la consecuencia o respuesta a determinadas situaciones traumáticas como la pérdida de un ser querido, migración, enfermedad, divorcio o ante situaciones de fuerte estrés. La familia y el entorno social también desempeñan un papel. En algunos adolescentes, una atmósfera familiar negativa, estresante o infeliz puede afectar su autoestima y llevarlos a la depresión. Como una de sus causantes esta la migración de uno o varios integrantes de la familia, generando la separación física de los miembros de la unidad familiar, que por buscar estables condiciones de vida, los antecedentes de la investigación develan que en un 74.54% los padres viajaron por conseguir mejoras en su economía (comida, vestido, salud, educación, vivienda, liquidación de deudas, entre otros). Esto provoca múltiples malestares, implica graves consecuencias en sus hijos que se presentan en todos los niveles, pero en especial a nivel emocional en un 49.09% (falta de comunicación; estados de ansiedad e incertidumbre, sintomatología depresiva, síntomas psicósomáticos, sufrimientos, tristeza, falta de apetito, problemas del sueño, mal humor y llantos frecuentes), esto se comprueba con los resultados de las entrevistas y encuestas al tener un alto porcentaje de alumnos que presentan déficit en su vida cotidiana, comportamientos agresivos, bajo rendimiento escolar, producto de la migración de su/sus padres. La migración involucra un tipo de desamparo, incertidumbre, miedo, dolor, debido a las

pérdidas psicológicas y sociales que trae consigo, cuando hay menos apoyo emocional, menos apoyo social, hay mayores síntomas depresivos. Se estima que casi en el 50% de los hogares de los alumnos del Colegio Murialdo, la madre de familia se encuentra ausente, esto repercute en gran medida en el área afectiva, pues es la figura materna quien apoya más a sus hijos, da más permisos, se tiene mayor libertad, las mamás por lo general son más expresivas, tranquilas, con ellas hay menos incidencia de violencia intrafamiliar, y los abuelos, tíos, hermanos mayores, maestros, padrinos pueden llenar el lugar del padre. Si se toma en cuenta que la ausencia del padre es de 5 años o más, se logró comprobar que los estudiantes aún no están adaptados por completo a su nuevo estilo de vida, el mayor porcentaje de padres migrantes 78.23% han optado por realizar un tipo de migración externa, es decir fuera de su lugar de origen, donde las condiciones socioculturales y económicas son más estables, esto es un agravante porque dada la situación de la distancia, la comunicación, y encuentros con sus hijos y familia son escasos o nulos en un 23.63% del total de población. Los cambios que presentaron los alumnos a causa del proceso migratorio se han manifestado en su mayor porcentaje dentro del rango normal para superar una pérdida, es decir el 54.54% no sobrepasó los 6 meses, pero el restante mantuvo esos síntomas que se tradujeron en depresión en algún nivel. De acuerdo a los datos obtenidos, la propuesta de tratamiento que puede contribuir a disminuir los síntomas depresivos y sus consecuencias es la Terapia Cognitiva para la Depresión de Beck, su importancia radica en que en Terapia Cognitiva junto con su paciente trabajan juntos para identificar las distorsiones cognitivas derivadas de las creencias inadecuadas, así el paciente con el análisis lógico aprende a realinear su pensamiento con la realidad y a afrontar sus problemas, varios estudios ponen de manifiesto lo prometedor de este enfoque, en 1975 Rush, Khatami y Beck comprobaron su eficacia al mostrar una mejoría rápida y estable de 3 pacientes, depresivos crónicos en los cuales no habían mejorado con farmacoterapia, se combinó técnicas cognitivas y conductuales; además de otros estudios realizados por Shipley y Fazio(1973), Taylor (1974), Taylor y Marshall(1977), Gioe(1975), Hodgson y Urban(1975), Fuchs y Rehm(1977), Konblith y Romano(1978) que demostraron su eficacia. Pero a partir de unos trabajos de Shaw (1975, 1977)

aumento la confianza en la aplicabilidad de los procedimientos cognitivos a muestras clínicas. Un estudio no publicado sugiere que la terapia cognitiva sin medicación antidepresiva puede ser un tratamiento eficaz para una gran proporción de pacientes depresivos. Los datos disponibles de más de 400 ensayos indican la eficacia de la terapia cognitiva.

### **3. Justificación**

La presente propuesta está justificada por los índices preocupantes de depresión observada en los antecedentes, y al ir en aumento el fenómeno migratorio, los profesionales sanitarios de Salud Mental se deben preparar para el diagnóstico y manejo adecuado de la patología, y lo más importante que con esta intervención se va a salvar vidas, el Instituto nacional de Salud Mental, manifiestan que la depresión es la causa del 75% de hospitalizaciones psiquiátricas y que a lo largo un 15% de los adultos entre 18 y 74 años pueden sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. La depresión, que puede ser transitoria o permanente, es un trastorno muy frecuente, incluso en progresivo aumento. La relevancia de su frecuencia cobra un significado mayor si se tiene en cuenta que genera una discapacidad funcional importante, superior a la mayoría de las enfermedades médicas crónicas. La Terapia Cognitiva, es un método psicoterapéutico (no farmacológico) orientado a la resolución de dificultades y problemas personales específicos de una manera activa, estructurada, focalizada en el presente y limitada en el tiempo, se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas y se somete a una investigación lógica y empírica, inferencias, conclusiones y supuestos automáticos del paciente. A diferencia de las terapias tradicionales se caracteriza por su brevedad, su centro en el presente, en el problema y su solución; su carácter preventivo frente a futuros trastornos; su estilo de cooperación entre paciente y terapeuta; y la importancia de las tareas de autoayuda a realizarse entre sesiones. A través de una cuidadosa investigación e innovadores métodos terapéuticos, es una terapia que ha sido extensamente

probada en más de 400 ensayos clínicos y ha demostrado ser eficaz para una amplia variedad de trastornos como la depresión, ansiedad, pánico, abuso de sustancias y trastornos de la personalidad. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente distintas operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias.

#### **4. Objetivos**

##### ***Objetivo General***

- Aplicar la Terapia Cognitiva para la Depresión de Aaron Beck, a los estudiantes hijos de padres migrantes con diagnóstico de un nivel depresivo leve-moderado-grave, del Colegio Leonardo Murialdo de la ciudad de Ambato.

##### ***Objetivos Específicos***

- Reducir los síntomas debilitantes de la depresión.
- Modificar las creencias irracionales, pensamientos negativos de los estudiantes.
- Enseñar al paciente la relación entre: pensamiento-emoción-conducta, para que pueda manejarlos adecuadamente.
- Evaluar los resultados de la terapia a través de seguimiento.



- Incorporar a las personas encargadas del cuidado de los estudiantes (familia, Institución Educativa) para que en un futuro puedan identificar, prevenir y canalizar eficazmente los malestares emocionales detectados en los alumnos.

## **5. Análisis de Factibilidad**

**Política:** la política de La institución está basada en el ideal de San Leonardo Murialdo "HACER EL BIEN PERO HACERLO BIEN". Formaremos ciudadanos altamente capaces y productivos, prestos a enfrentar los retos que exige esta sociedad.

Bajo el lema EDUCAR EL CORAZON CON EL CORAZON. Fortalecemos los valores de los jóvenes tomando en cuenta el entorno social del cual procede con un carisma de servicio y entrega.

**Sociocultural:** la propuesta de solución será viable de acuerdo a la visión y misión de la institución que dice: La Educación debe ser concebida más allá del aula, donde los medios de comunicación, los espacios públicos, las familias, las nuevas tecnologías, entre otros escenarios, constituyen importantes fuentes de aprendizaje, para la construcción de una sociedad.

**Tecnológico:** para llevar a cabo la propuesta de solución se cuenta con el equipo tecnológico necesario como son: computadoras, proyector de imágenes, salón de audiovisuales.

**Organizacional:** se contara con el apoyo del Rector, Vicerrector, Departamento de Inspección, y DOBE.

**Equidad de género:** la Propuesta de solución será aplicada a todos los adolescentes hombres y mujeres, hijos de padres migrantes que presenten algún nivel depresivo.

***Ambiental:*** el lugar donde se va a llevar a cabo las sesiones de Terapia y reuniones con las personas encargadas del cuidado del alumno es apto para estas actividades.

***Económico-financiera:*** la propuesta de solución va a ser autofinanciada por la investigadora, pero se contará con la colaboración del material de oficina por parte del DOBE.

***Legal:*** La propuesta de solución estará amparada por la misión de la Institución que promueve el aplicar modelos de gestión de recursos financieros, proyectos institucionales entre otros, que ayudan al desarrollo de la personalidad para que el alumno enfrente con liderazgo y sea participe del cambio social, con una mentalidad crítica y sentido.

## **6. Fundamentación científico-técnica**

### ***Visión General***

#### ***El problema de la Depresión***

Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica suficiente como para necesitar tratamiento (Schuyler y Katz 1973). Durante los últimos quince años, se han publicado cientos de estudios sistemáticos referentes a las bases biológicas de la depresión y a la quimioterapia de la depresión. Varias publicaciones de la administración, así como el sector privado sugieren que se han dado una serie de avances definitivos en el conocimiento de la psicobiología de la depresión y en el tratamiento de esta alteración mediante la quimioterapia.

A pesar de este halagüeño panorama, el clínico se enfrenta a una situación que le deja poco perplejo. Si bien esto es cierto que se han dado algunos avances en la quimioterapia de la depresión, no existe evidencia de que la frecuencia de la depresión haya disminuido. Es más la tasa de suicidios, que generalmente se toma como índice de la frecuencia de la depresión, no ha bajado, sino que de hecho han

mostrado un incremento a lo largo de los últimos años. Y mas aun la ausencia de respuesta en la tasa de suicidios se hace significativa la máximo si tenemos en cuenta los grandes esfuerzos desplegados para crear y mantener una serie de centros de prevención de suicidio en todo el país.

Un informe del instituto nacional de Salud Mental(los Trastornos depresivos 1973) manifiesta que la depresión es la causa del 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas y que, a lo largo de un año dado, un 15% s de los adultos entre 18 y 74 años puede sufrir síntomas depresivos de cierta consideración. En otro orden de cosas, los autores indican unos costes que oscilan entre 0.3 y 0.9 billones de dólares. Asimismo los autores subrayan que “de cara a la terapia el peso de la gran proporción de casos de depresión (el 75% del total de hospitalizaciones psiquiátricas) índice de lleno sobre las modalidades terapéuticas psicosociales”

### ***Valor de la terapia psicológica en el tratamiento de la depresión***

Parece bastante evidente la necesidad de desarrollar un tipo de terapia psicológica eficaz de cara a la depresión, determinando sus indicaciones y contradicciones y estableciendo su papel en le tratamiento general del paciente depresivo. Parece que la terapia psicológica se practica en distinto grado y de diferentes maneras en el tratamiento de casi todos los pacientes depresivos, por lo tanto es de crucial importancia definir formas específicas de terapia y determinar su eficacia, de modo que el consumidor pueda saber sin este servicio tan costoso está logrando un resultado satisfactorio. Además existen otras razones para definir y poner a prueba modalidades terapéuticas específicas.

1 Aunque, obviamente los fármacos antidepresivos son más baratos que la terapia psicológica, existen pacientes que no responden a la medicación. Estimaciones fiables, basadas en la revisión de numerosos estudios controlados indican que solamente el 60-65% de los pacientes muestran una mejoría definitiva como resultado del tratamiento mediante antidepresivos tricíclicos. Partiendo de este dato, se debe desarrollar métodos para el 35-40% de los pacientes que no respondan a los antidepresivos.

2 Muchos pacientes a quienes podrían beneficiar los medicamentos, o bien se niegan a tomar la medicación por razones personales, o bien presentan efectos secundarios que los obligan a abandonarla.

3 Es posible que a la larga, la dependencia excesiva de los fármacos pudieran impedir indirectamente la utilización por parte del paciente de sus propios métodos psicológicos para hacer frente a la depresión. La relativamente alta tasa de recaídas de pacientes tratados con fármacos (aproximadamente el 50% durante el año siguiente de la terminación del tratamiento) indica que este argumento puede ser válido.

La sabiduría popular sugiere que un buen curso de terapia psicológica podría ser, a largo plazo, más beneficioso que la quimioterapia, ya que el paciente puede aprender algo de su propia experiencia psicoterapéutica. Es decir se podría esperar que tales pacientes manejasen mucho mejor posibles depresiones ulteriores, que lograsen eliminar depresiones incipientes, o incluso que fueran capaces de prevenir posibles depresiones. El hecho de que la tasa de suicidios no haya disminuido a pesar del amplio uso de antidepresivos sugiere que, aunque la quimioterapia puede resolver temporalmente crisis de suicidio, no tienen efectos mantenedores que inoculen al paciente contra un nuevo intento de suicidio en el futuro. La investigación indica que, en el paciente suicida, existe un punto psicológico central- la desesperanza (o expectativas negativas generalizadas). Los resultados positivos obtenidos al emplear un método dirigido directamente a esta desesperanza de los pacientes depresivos, indican que la terapia cognitiva puede dar lugar a un rango de “efectos antisuicidas” mayor que el producido por la quimioterapia.

### ***Definición de la terapia cognitiva***

La terapia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (por ejemplo la depresión, la ansiedad, las fobias, problemas relacionados con el dolor, etc.). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho

individuo de estructurar el mundo (Beck 1967-1976).sus cogniciones (eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores. Las técnicas terapéuticas específicas utilizadas se sitúan el marco del modelo cognitivo en psicopatología; pensamos que la terapia no puede ser aplicada con efectividad si no se tiene un conocimiento de la teoría. Las técnicas terapéuticas van encaminadas a identificar y modificar las conceptualizaciones distorsionadas y las falsas creencias (esquemas), que subyacen a estas cogniciones. El paciente aprende a resolver problemas y situaciones que anteriormente había considerado insuperables, mediante la reevaluación y modificación de sus pensamientos. El terapeuta cognitivo ayuda al paciente a pensar y actuar de un modo más realista y adaptativo en relación con sus problemas psicológicos, reduciendo o eliminando así los síntomas. La terapia cognitiva se sirve de una amplia variedad de estrategias cognitivas y conductuales. El objetivo de las técnicas cognitivas es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos específicos del paciente. El método consiste en experiencias de aprendizaje altamente específicas dirigidas a enseñar al paciente las siguientes operaciones: (1) controlar los pensamientos (cogniciones) automáticos negativos; (2) identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta; (3) examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados; (4) sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones mas realistas y (5) aprender a identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Se utilizan varias técnicas verbales para explorar la lógica subyacente y la base de las cogniciones y supuestos concretos. El paciente recibe al principio una explicación del fundamento teórico de la terapia cognitiva. A continuación aprende a reconocer, controlar y registrar sus pensamientos negativos en el registro diario de pensamientos distorsionados. Las cogniciones y supuestos subyacentes se discuten y examinan desde el punto de vista de la lógica, validez, valor adaptativo, e incremento de la conducta positiva versus mantenimiento de la patología. La terapia se centra en síntomas objetivo específicos por ejemplo los impulsos suicidas, se identifican las cogniciones que están a la base de dichos síntomas y se someten a una investigación lógica y

empírica. ¿A partir de qué evidencia extraigo esta conclusión? ¿Qué perjuicio me reporta el que un extraño piense mal de mí? ¿Qué puedo perder al intentar ser más asertivo? Sin este tipo de preguntas el paciente depresivo se ve rodeado de patrones automáticos estereotipados, denominado pensamiento irreflexivo.

Las técnicas conductuales se emplean con los pacientes depresivos mas graves no solo para modificar la conducta, sino también para elicitare cogniciones asociadas a conductas específicas. Ya que el paciente por lo general necesita estas técnicas más activas al comienzo del tratamiento. Entre los materiales relacionados con las técnicas conductuales se encuentran un cuestionario de actividades semanales, en que el paciente debe registrar sus actividades cada hora: un cuestionario de dominio y agrado, en el que le paciente evalúa las actividades listadas en el cuestionario anterior: y la asignación de tareas graduales, en la cual el paciente emprende una serie de tareas que llevaran a alcanzar una meta que él considera difícil o imposible alcanzar.

Generalmente, la terapia consta de 15-20 sesiones una vez a la semana. los casos mas graves suelen adquirir sesiones frecuentes, dos semanales durante 4-5 semanas y después, una semanal durante 10-15 semanas. Normalmente, solemos disminuir la frecuencia a una sesión de cada 2 semanas durante las ultimas fases, al tiempo que recomendamos la “terapia de apoyo” una vez que ha finalizado el tratamiento.

### ***Modelos cognitivos***

Entre los supuestos generales en los que se basa la terapia cognitiva, se encuentran los siguientes:

- 1.- la percepción y, en general, la experiencia son procesos activos que incluyen tanto datos de inspección como de introspección.
- 2.- las cogniciones del paciente son el resultado de una síntesis de estímulos internos y externos.
- 3.- el modo que tiene un individuo de evaluar una situación se hace evidente, por lo general, a partir de sus cogniciones (pensamientos e imágenes visuales).

4.- estas cogniciones constituyen la corriente de conciencia, o campo fenoménico de una persona, que refleja la configuración de la persona acerca de si misma, su mundo, su pasado, su futuro.

5.- las modificaciones del contenido de las estructuras cognitivas de una persona influyen en su estado afectivo y en sus pautas de conducta.

6.- mediante la terapia psicológica, un paciente puede llegar a darse cuenta de sus distorsiones cognitivas.

7.- la corrección de estos constructos erróneos puede producir una mejoría clínica.

### ***El modelo cognitivo de la depresión***

El modelo cognitivo de la depresión BECK (1963,1964, 1967). Ha surgido a partir de las observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales. El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la triada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). *La triada cognitiva* consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a si mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. *El primer componente* de la triada se centra en la visión negativa del paciente a cerca de si mismo. El paciente se ve desagraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que a causa de estos defectos, es inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse, a criticarse a si mismo en base a sus defectos. Por ultimo piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y la felicidad. *El segundo componente* de la triada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cuando construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando

podiera hacerse interpretaciones alternativas más pausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas y se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajusten a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. *El tercer componente* de la triada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en el futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Los síntomas motivacionales también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas, la poca fuerza de voluntad viene dado por el pesimismo y desesperación del paciente. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluso el mismo si estuviese muerto. Por último puede explicarse los síntomas físicos por la creencia predeterminada al fracaso en todo cuanto se proponga, visión negativa del futuro, produce inhibición psicomotriz.

*Organización estructural del pensamiento depresivo:* un segundo componente del modelo cognitivo de esquemas. Este concepto se utiliza para explicar por qué mantiene el paciente depresivo actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, incluso en contra de la evidencia objetiva de que existen factores positivos en su vida. Cualquier situación está compuesta de un amplio conjunto de estímulos específicos. El individuo atiende selectivamente a estímulos específicos, los combina y conceptualiza la situación. En estados patológicos tales como la depresión, las conceptualizaciones de los pacientes acerca de determinadas situaciones se distorsionan de tal modo que se ajustan a esquemas inadecuados prepotentes, esto incapacita para considerar la idea de que sus interpretaciones negativas son erróneas.



Finalmente los *errores en el procesamiento de la información*: los errores sistemáticos que se dan en el pensamiento del depresivo mantienen la creencia del paciente en la validez de sus conceptos negativos, incluso a pesar de la existencia de evidencia contraria

- Inferencia arbitraria (relativo a la respuesta) se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de la evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión.
- Abstracción selectiva (relativo al estímulo), consiste en centrarse en un detalle extraído fuera de su contexto, ignorando otras características más relevantes de la situación y conceptualizar toda la experiencia en base a ese fragmento.
- Generalización excesiva (relativo a la respuesta), se refiere al proceso de elaborar una regla general o una conclusión a partir de uno o varios hechos aislados y de aplicar el concepto tanto a situaciones relacionadas como a situaciones inconexas.
- Maximización y minimización (relativo a la respuesta), quedan reflejados en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento; errores de tal calibre que constituyen una distorsión.
- Personalización (relativo a la respuesta), se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo fenómenos externos cuando no existe una base firme para hacer tal conexión.
- Pensamiento absolutista dicotómico (relativo a la respuesta.) se manifiestan en la tendencia a clasificar todas las experiencias según una o dos categorías opuestas; por ejemplo, impecable o sucio, santo o pecador. para describirse a sí mismo, el paciente selecciona las categorías del extremo negativo.

<b>Pensamiento primitivo</b>	<b>Pensamiento maduro</b>
No dimensional y global  Soy un miedoso	Multidimensional:  Soy medianamente miedoso, bastante generoso y ciertamente inteligente.
Absolutista y moralista:  Soy un despreciable cobarde	Relativo; no emite juicios de valor. Soy más cobarde que la mayoría de las personas que conozco.
Invariable: siempre fui y siempre seré un cobarde.	Variable. Mis miedos varían de un momento a otro y de una situación a otra.
Diagnostico basado en el carácter  Hay algo extraño en mi carácter	Diagnostico conductual  Evito en gran medida algunas situaciones y tengo diversos miedos.
Irreversibilidad: como soy intrínsecamente débil, no hay nada que se pueda hacer con mi problema.	Reversibilidad: puedo aprender modos de afrontar situaciones y de luchar contra mis miedos.

Parece que las características del pensamiento típico del depresivo son análogas a las expuestas por Piaget (1932-1960) en sus descripciones del pensamiento infantil. Hemos aplicado la etiqueta “primitivo” a este tipo de pensamiento mas adaptativo observado en estadios posteriores del desarrollo. Características que diferencian ambas formas de pensamiento.

### ***Predisposición y desencadenamiento de la depresión***

El modelo cognitivo ofrece una hipótesis acerca de la predisposición y la aparición de la depresión. La teoría propone que algunas experiencias tempranas proporcionan la base para formar conceptos negativos sobre uno mismo, el futuro y el mundo. Estos conceptos negativos (esquemas) pueden permanecer latentes y ser activos por determinadas circunstancias, análogas a las experiencias inicialmente responsables de la formación de las actividades negativas. En respuesta a situaciones traumatizantes, las personas media aun mantendría su interés por otros aspectos no traumáticos de su vida, valorándolos de forma realista. Por el contrario, el pensamiento de la persona con tendencia a la depresión aparece bastante constreñido, desarrollando ideas negativas acerca de los aspectos de su vida. Como señalo Bandura (1977) la conducta de una persona influye sobre potros individuos, cuyas acciones a su vez influyen sobre la persona.

### ***Requisitos previos para llevar a cabo la terapia cognitiva de la depresión***

1 El terapeuta dedicado al tratamiento de pacientes depresivos debe poseer un solido conocimiento del síndrome clínico de la depresión. Sobre la base de la educación y entrenamiento formales, debe profundizar en las habilidades de entrevista necesaria para determinar el estado mental del paciente y para recoger los datos pertinentes de la historia. La depresión presenta características diferenciales. Primero presenta un conjunto de síntomas y conductas peculiares que le hacen diferentes de otras neurosis. Segunda, tiende a seguir un desarrollo determinado. La depresión típica suele empezar con un grado medio de intensidad, alcanza un punto álgido y a continuación, disminuye generalmente de intensidad, de tal modo que sus características temporales y las “remisiones espontaneas” han sido repetidamente observadas por el clínico. La depresión suele ser episódica, con periodos en que se da una ausencia de los síntomas. Tercera; a causa de la complicación letal casi exclusiva del síndrome, es decir, el suicidio, el diagnostico de la depresión es particularmente importante. Cuarta; determinados tratamientos somáticos han sido aplicados con éxito a la depresión. Quinta; existe

evidencia que indica un tipo de alteración biológica en la depresión, debido a una especie de agotamiento o fatiga de los neurotransmisores. Sexta: ciertos tipos de depresión (bipolares) tienen un fuerte componente hereditario. Séptima: el contenido específico de las distorsiones cognitivas y los supuestos subyacentes es diferente del que se da en otros trastornos. Finalmente el tipo de factores desencadenantes puede diferir en cada una de las alteraciones neuróticas, surgen de una pérdida percibida o real.

2 dado que el suicidio es la complicación letal de la depresión, el clínico necesita una serie de capacidades especializadas para reconocer al paciente suicida y determinar el riesgo del suicidio, incluso un paciente con una depresión de intensidad moderada, puede llegar al suicidio.

3 el aspirante a terapeuta cognitivo debe ser, en primer lugar un buen terapeuta. Debe poseer algunas características necesarias, como la capacidad para responder al paciente en una atmósfera de relación humana, con interés, aceptación y empatía. Independientemente de su destreza en la aplicación técnica de las estrategias cognitivas, puede encontrar serios impedimentos si no posee estas características interpersonales esenciales.

4 el terapeuta bien preparado y que mantiene una actitud cálida, empática y de aceptación tampoco puede esperar obtener buenos resultados en la terapia cognitiva de la depresión solamente en base al estudio de esta monografía, y dominar estos requisitos previos:

- a. Un sólido conocimiento del modelo cognitivo de la depresión
- b. Un conocimiento del marco conceptual de la terapia cognitiva.
- c. Entrenamiento formal en un centro de terapia cognitiva.
- d. Entrenamiento en talleres, realización de tareas de monitor de grupo y utilización de cintas de video y libretas de anotaciones.

### ***Limitaciones de la terapia cognitiva***

Los profesionales que apliquen las estrategias expuestas en este manual deberán observar las siguientes advertencias.

1. La terapia debe limitarse a aquellos tipos de pacientes cuya responsividad a este método haya sido probada en estudios previos.
2. La efectividad se ha mostrado solamente con pacientes depresivos externos, que constitúan casos de depresión unipolar no psicótica.
3. La terapia cognitiva debería restringirse a aquellos casos de depresión unipolar respecto a los cuales el clínico considere preferible este método en lugar de la medicación antidepresiva: a) cuando el paciente no acepte la ingestión de fármacos; b) prefiere un método psicológico; c) presenta efectos colaterales peligrosos frente a los antidepresivos; d) ha presentado un rechazo frente a ensayos con antidepresivos.

### ***Maximización de los efectos de la terapia cognitiva***

Algunos conceptos relevantes para incrementar la efectividad de la terapia acorto plazo y largo plazo.

1. Importancia de crear un clima de empresa común y de colaboración con el paciente, cuanto mas trabajen juntos terapeuta y paciente, mas profunda será la experiencia de aprendizaje para ambos.
2. Importancia de centrarse en las variaciones y fluctuaciones que pueden darse en la depresión del paciente; cuando el paciente experimenta una mejoría el terapeuta debe animarle a que determine con exactitud que método ha contribuido en su mejoría.
3. Énfasis en la autoexploración: debe favorecerse que el paciente investigue el significado de los distintos fenómenos a lo largo del transcurso de la terapia y especialmente, después de que esta finalice. Incluso acontecimientos como la proximidad del fin de la terapia deben ser estudiados, analizando, en profundidad su significado.

4. Aprendizaje dependiente del Estado y colaboración de las personas significativas; que manejen mejor sus emociones cuando el terapeuta no esté presente.

## ***APLICACIÓN DE LAS TÉCNICAS CONDUCTUALES***

### ***La modificación cognitiva a través de la modificación conductual.***

La terapia cognitiva de la depresión se basa en la teoría cognitiva de la depresión. El terapeuta formula el modelo terapéutico de acuerdo con las necesidades específicas de un determinado paciente en un momento dado. Por lo tanto el terapeuta puede estar realizando una terapia cognitiva, aunque aplique técnicas predominantemente conductuales o abreactivas (liberación o descarga de emociones). El fundamento teórico de este método se basa en la observación clínica de que el paciente depresivo grave y a veces las personas que le rodean, creen que ya no es capaz de realizar las funciones que se esperan de él. Al ayudar al paciente a modificar ciertas conductas, el terapeuta puede mostrarle que sus conclusiones negativas y excesivamente generales son incorrectas, puede demostrarle al paciente que de hecho no ha perdido la capacidad de funcionar como en épocas anteriores, sino que su pesimismo dificulta la movilización de los recursos necesarios. De esta manera el paciente llega a reconocer que el origen de su problema es un error cognitivo. La expresión técnicas conductuales sugiere que la atención terapéutica se centra exclusivamente en la conducta observable del paciente, es decir que el terapeuta prescribe actividades dirigidas a un objetivo. Los métodos conductuales pueden considerarse como una serie de pequeños experimentos dirigidos a probar validez de las hipótesis o ideas del paciente acerca de si mismo. Las modificaciones cognitivas no siguen necesariamente a modificaciones conductuales.

La pauta típica es que el paciente depresivo evite la actividad o se detenga y abandone al encontrar la más mínima dificultad. Parece que sus creencias y actitudes negativas están a la base de su tendencia a darse por vencidos. El empleo de programas de actividades sirve para contrarrestar la escasa motivación del paciente, su inactividad y su preocupación en torno a las ideas depresivas. El

terapeuta además puede proporcionar además de esta técnica, el registro de actividades diarias a lo largo del día.

### ***Programación de actividades***

Muchos pacientes depresivos manifiestan una abrumadora cantidad de cogniciones pesimistas cuando se encuentran física y socialmente inactivos. Se autocriticán por ser como “vegetales” y evitar a otras personas. Programando las actividades diarias con el terapeuta, pueden lograr trazarse metas con sentido. Además el registro hace que el paciente de las actividades que de hecho se realizaron, proporciona feedback objetivo referente a sus logros, proporciona un indicador de las autoevaluaciones de dominio y agrado al conseguir el objetivo. Debe subrayar que el objetivo inmediato es el hecho de intentar cumplir el programa, más que ambicionar la mejoría de los síntomas. Es importante que el terapeuta exponga al paciente los siguientes principios antes de realizar un programa de actividades diarias.

1. Nadie es capaz de llevar a cabo todo lo que se plantea; así pues, no se preocupe si no consigue realizar todo lo que sea propuesto.
2. Cuando este haciendo el programa, determine el tipo de actividad que va a emprender, no la proporción de tarea que va a conseguir realizar
3. Aunque no tenga éxito, recuerde siempre lo mas importante es intentar llevar a cabo el programa. Esto proporcionará información útil para el siguiente objetivo.
4. Reserve unos momentos a l final de la tarde para hacer el programa del día siguiente, anote la actividad propuesta para cada hora en el programa.

La programación de actividades sirva para estructurar el día y ofrecer información para evaluar las actividades diarias del paciente. A la hora de asignar las tareas, el terapeuta debe dejar muy en claro que el propósito inicial del programa es observar, y no juzgar, lo que el paciente hace cada día. El registro de las actividades diarias constituye la base para poner a prueba la idea recurrente del paciente de “No puedo hacer nada”, además a descubrir cuales son las actividades que le producen mejoría aunque de forma leve. Si el paciente es incapaz de decidir

que actividades programar, el terapeuta le sugiere varias opciones para que el paciente elija.

### ***Técnicas de dominio y agrado***

Algunos pacientes depresivos realizan ciertas actividades, pero obtienen un escaso nivel de satisfacción o agrado. Este hecho suele ser consecuencia de a) un intento de abordar actividades que no le aportaban satisfacción ni siquiera antes del episodio depresivo, b) el predominio de las cogniciones negativas, que anula toda posible sensación de agrado, o c) la falta de atención hacia las sensaciones de agrado. Se puede confeccionar una lista de tareas potencialmente agradables utilizando el cuestionario de refuerzo (Cautela y Kastenbaum, 1967), o el cuestionario de eventos agradables (Macphillamy y Lewisohn, 1971). El terapeuta puede asignar la tarea de llevar a cabo todos los días una determinada actividad agradable durante un periodo de tiempo controlado y pedirle al paciente que anote todos los cambios de humor o de estado de ánimo, así como la posible reducción de los sentimientos depresivos asociada con la actividad en cuestión. Cuando el paciente realiza varias actividades es conveniente que anote el grado de dominio (D) o agrado (A) asociado con una de ellas. El termino dominio se refiere al sentido del logro obtenido al realizar una tarea determinada. El agrado se refiere a los sentimientos de placer, diversión, o alegría derivados de una actividad. El dominio y el agrado pueden evaluarse en una escala de 5 puntos, donde 0 representaría, la ausencia de dominio/agrado, y 5 el máximo de dominio y agrado. Al emplear una escala de evaluación, se induce al paciente a identificar éxitos parciales y niveles bajos de agrado. Esta técnica sirve para contrarrestar el pensamiento absolutista de todo-nada. Esta técnica proporciona datos para identificar y corregir las distorsiones cognitivas.

### ***Asignación de tareas graduales***

Después de realizar con éxito una serie de tareas, los pacientes depresivos, suelen experimentar una cierta mejoría (aunque sea transitoria) de su estado de animo. Se sienten motivados para emprender tareas más difíciles, siempre que el terapeuta



este atento para detectar y refutar la inclinación del paciente a menospreciar sus logros.

Las características principales de la asignación de tareas graduales son las siguientes:

1. Definición del problema, por ejemplo, la creencia del paciente de que es incapaz de conseguir los objetivos que son importantes para él.
2. Formulación de un proyecto. Asignación de una serie de tareas (o actividades) ordenadas de más simples a más complejas.
3. Observación inmediata y directa por parte del paciente de su éxito al conseguir un determinado objetivo. Feedback continuo.
4. Eliminación de las dudas del paciente, de sus reacciones cínicas y de la maximización de sus logros.
5. Estimular al paciente para que evalúe de forma realista
6. Énfasis en el hecho de que el paciente alcanza el objetivo gracias a su propio esfuerzo y a sus capacidades.
7. Asignar tareas nuevas y más complejas en la colaboración con el paciente.

El terapeuta deberá tener cuidado de fijar unos objetivos modestos para evitar que el paciente se desanime y se de por vencido a causa del pensamiento automático “No soy capaz de hacerlo”. Los éxitos repetidos acaban por aniquilar dicha creencia, pero diseñar las tareas de forma errónea puede reforzar esa creencia.

### ***Práctica cognitiva***

La práctica cognitiva es una técnica que consiste en pedirle al paciente que imagine sucesivamente cada uno de los pasos que componen la ejecución de una tarea. Este procedimiento obliga al paciente a prestar atención a los detalles esenciales de las actividades que lleva a cabo, a la vez contrarresta su tendencia a divagar. Además al practicar la secuencia de pasos de una actividad, el paciente dispondrá de un sistema preprogramado para realizarla. Otro objetivo es identificar posibles “Obstáculos” (Cognitivos, conductuales, ambientales) que podrían impedir la realización de la tarea.

### ***Entrenamiento en asertividad y role-playing***

En general el entrenamiento se centra en habilidades específicas e incluye técnicas como el modelado, la práctica cognitiva, etc. El role playing (juego de roles) implica sencillamente la adopción de un papel por parte del terapeuta, del paciente, o de ambos y la subsiguiente interacción social basada en el papel asignado. El entrenamiento en asertividad y el role playing pueden aplicarse con éxito en el tratamiento de pacientes depresivos. El terapeuta tratará de clarificar las cogniciones contraproducentes.

## ***TECNICAS COGNITIVAS***

### ***Fundamento teórico de las técnicas cognitivas***

Específicamente las técnicas cognitivas se dirigen a proporcionar puntos de entrada en la organización cognitiva del paciente. Técnicas como la de hacer preguntas, identificar pensamientos lógicos, determinar las reglas en base a las cuales el paciente organiza la realidad, etc., ayudan a ambos. Ya que las preguntas del terapeuta y otras técnicas verbales derivan de su propia teoría, debe estar atento para evitar “poner ideas en boca del paciente”, debe tener en cuenta la sugestionabilidad del paciente y su deseo de agradarle, emitiendo las respuestas que, según él espera el terapeuta. Dado que se da una mayor interacción verbal durante la fase cognitiva del tratamiento.

### ***Explicar el fundamento teórico al paciente.***

En primer lugar hay que revisar los intentos que haya hecho el paciente para definir y resolver sus problemas. Para modificar las ideas inadecuadas o distorsionadas asociadas con las áreas problemáticas, el terapeuta expone brevemente el modelo cognitivo de la depresión. Entre los puntos más relevantes de la explicación esta la íntima relación entre los pensamientos de una persona acerca de sí misma, de su entorno y su futuro (la tríada cognitiva) y sus sentimientos, motivaciones y conductas. El terapeuta subraya el efecto negativo que ejercen los pensamientos inadecuados o distorsiones sobre los sentimientos y

la conducta del paciente. El terapeuta debe proporcionar evidencia real de que su modo de pensar o de ver las cosas contribuya para que la depresión se mantenga y que sus observaciones y conclusiones pueden ser “incorrectas” (no racionales). La idea principal a transmitir es que ambos van a actuar como 2 colaboradores científicos que pretenden investigar el contenido de los pensamientos del paciente. La información necesaria para este tipo de terapia es cómo comprende e interpreta el paciente sus experiencias.

La etapa más importante de la terapia cognitiva es el entrenamiento del paciente para observar y registrar sus cogniciones. La tarea de entrenar al paciente debe realizarse en pasos sucesivos: (1) definir lo que es un pensamiento automático (cognición); (2) demostrar la relación entre cognición y afecto o conducta, valiéndose de ejemplos concretos; (3) demostrar la presencia de las cogniciones, tomando como base la experiencia reciente del paciente; (4) asignar para casa tareas a registrar las cogniciones; y (5) revisar los registros del paciente y proporcionarle un feedback.

### ***Definición de “Cognición” para el paciente.***

El terapeuta puede definir la cognición como un “pensamiento o una imagen de la que uno no puede ser conciente, a no ser que le preste atención”, es una valoración de acontecimientos hecha desde cualquier perspectiva temporal (pasada, presente, o futura). Las cogniciones típicas que se observan en la depresión y en otros problemas clínicos se suelen denominar “pensamientos automáticos”, los cuales forman parte de un determinado patrón de pensamiento. Las cogniciones suelen ser interpretadas por el individuo como representaciones objetivas de la realidad y, por tanto se toma como verdaderas. Dado que las cogniciones son automáticas, habituales y creíbles el individuo raramente se detiene a probar su validez.

### ***Influencia de las cogniciones sobre los afectos y la conducta.***

La principal estrategia del terapeuta consiste en probar varias demostraciones, pero también debe estar preparado para desarrollar o ampliar el modelo en función de las experiencias del paciente. Una técnica eficaz es la de las “imágenes

inducidas”. En primer lugar el terapeuta le pide al paciente que imagine una escena desagradable. Si el paciente manifiesta una respuesta emocional negativa, el terapeuta puede preguntar acerca del contenido de sus pensamientos. A continuación, le pide que imagine una escena agradable y que describa sus sentimientos. Normalmente el paciente podrá reconocer que cambiando el contenido de sus pensamientos, puede modificar sus sentimientos. Esta técnica sencilla sirve para poner de manifiesto el impacto de las imágenes que ellos mismos se forman y les hace comprender cómo los pensamientos influyen en el estado de ánimo.

### ***Cognición y experiencias recientes.***

Algunos pacientes tienen dificultad para identificar los pensamientos o ideas inadecuadas, otros pueden no ver la relación entre pensamiento y sentimientos,. Otros sin embargo pueden entender rápidamente la naturaleza de las cogniciones e incluso aportar cogniciones negativas típicas a partir de sus propia experiencias. En cualquier caso es necesario demostrar al paciente la presencia de las cogniciones. En el primer caso es necesario que los pacientes se hagan conscientes de sus cogniciones negativas y sean capaces de detectarlas, en el segundo, resulta útil registrar las cogniciones junto con el paciente para asegurarle que comprenda la importancia de sus pensamientos. Un primer procedimiento es preguntarle al paciente por sus pensamientos inmediatamente anteriores a la primera cita, luego el terapeuta denomina o etiqueta los pensamientos o ideas como “pensamientos automáticos” (cogniciones) o las cosas que se dice a si mismo, o “Autoafirmaciones”.

### ***Detección de los pensamientos automáticos***

Una vez que el paciente ha entendido la definición de la cognición y reconoce la presencia de imágenes y pensamientos automáticos, el terapeuta expone un proyecto diseñado para poner de manifiesto las cogniciones inadecuadas. Lo que se dice al paciente depende del problema concreto que se está investigando. Lo más frecuente suele ser que se le den instrucciones de “Atrapar” cuantas cogniciones sea posible y registrarlas en un cuaderno. Dado que es extraño que

una persona este totalmente en blanco, el paciente puede tomar las variaciones de su estado de ánimo como indicio o pista para identificar o recordar sus cogniciones.

Cuando mejor se identifican las cogniciones es inmediatamente después que haya tenido lugar, sin embargo, por múltiples razones, un individuo puede no ser capaz de registrar sus cogniciones inmediatamente. Por lo tanto un segundo método consiste en que el paciente reserve un cierto periodo de tiempo, por ejemplo 25 minutos cada tarde, para recordar los acontecimientos del día y las cogniciones asociadas con cada uno de ellos. El terapeuta le pide al paciente que registre cualquier pensamiento negativo con la mayor precisión posible, este método resulta útil para los pacientes que han recibido la instrucción de mantenerse ocupados con objeto de evitar los pensamientos depresivos recurrentes. Un tercer método para identificar las cogniciones consiste en identificar las situaciones ambientales que tengan relación con la depresión del paciente. Otra alternativa es que el terapeuta enfrente al paciente con una de las situaciones ambientales perturbadoras con objeto de activar e identificar las cogniciones depresivas. Una técnica provechosa consiste en instruir al paciente para que registre las cogniciones que tengan contenidos comunes.

***Examinar y someter a una prueba de realidad las imágenes y los pensamientos automáticos.***

El terapeuta hace que el paciente someta sus ideas a prueba de realidad no para inducir optimismo pasajero haciéndole creer que “las cosas son realmente mejores de los que parecen”, sino para suscitar una descripción y un análisis más correctos de cómo son las cosas. Aunque el depresivo tiende a ver su mundo bajo una luz negativa, el terapeuta no debería caer en la trampa de suponer que todos los pensamientos pesimistas del paciente son necesariamente erróneos. Debería examinar una muestra de los pensamientos del paciente en colaboración con este. La base o evidencia de cada pensamiento debe someterse a una prueba de realidad, aplicando las pautas que emplean las personas no depresivas a la hora de emitir un juicio.

Lo esencial de la prueba de realidad es que permite al individuo corregir sus distorsiones. El análisis del significado y de las actitudes pone de manifiesto la naturaleza irracional y contraproducente de las actitudes. Modificar las respuestas negativas estereotipadas del paciente depresivo es esencial porque (1) provocan la experiencia de sentimientos negativos intensos y (2) desvían la atención del paciente de los problemas reales. Dos técnicas dirigidas a incrementar la objetividad del paciente son la “retribución” y la “conceptualización alternativa”. Una de las ventajas es que el paciente aprende a “distanciarse” de sus propios pensamientos, y los ve como eventos psicológicos.

### ***Técnicas de retribución***

Un patrón cognitivo frecuente en la depresión consiste en autoatribuirse incorrectamente la culpa o responsabilidad de acontecimientos negativos. Los pacientes depresivos presentan una fuerte tendencia a autoculpabilizarse por consecuencias negativas de situaciones que escapan de su control, así como por las relativas a sus acciones y juicios. La técnica de retribución se emplea cuando el paciente atribuye de forma poco realista, las consecuencias negativas a una deficiencia personal, como la falta de capacidad o esfuerzo. El terapeuta y el paciente revisarán los acontecimientos relevantes y aplicarán leyes lógicas a la información disponible, con objeto de atribuir la responsabilidad a quien verdaderamente lo corresponda. Lo importante no es liberar al paciente de toda responsabilidad, sino definir los múltiples factores que pueden intervenir en una experiencia adversa. Conforme va ganando en objetividad, el paciente no solo deja de atribuirse el peso de la culpa, sino que además puede buscar caminos para evitar las situaciones adversas e incluso prevenir su ocurrencia futura. El terapeuta puede decidir contrarrestar las cogniciones del paciente que se culpabiliza (a) revisando los “hechos” que dieron lugar a la autocrítica, (b) mostrando los distintos criterios existentes para atribuir la responsabilidad que el paciente aplica a su propia conducta y demostrando cómo podrían haber sido aplicados a la conducta de otra persona, o (c) poniendo en duda la creencia de que el paciente es 100% responsable de cualquier consecuencia negativa.

### ***Búsqueda de soluciones alternativas***

El sistema lógico y de razonamiento que el paciente depresivo presenta tan limitado se ve ampliado a medida que el individuo se distancia de sus propias cogniciones y se da cuenta de sus rígidos patrones de pensamiento y de los contenidos de sus ideas ésta técnica se refiere a la búsqueda activa de otras interpretaciones o soluciones a los problemas del paciente. Este procedimiento constituye la piedra angular de la resolución adecuada de los problemas. Gracias a la definición cuidadosa de sus dificultades, el paciente puede llegar espontáneamente a soluciones de problemas que antes consideraba irresolubles, además con una comprensión de los problemas basada en la realidad, las opciones que anteriormente habían sido descartadas pueden ahora considerarse útiles y prácticas. El terapeuta no debe fiarse solamente de las afirmaciones del paciente de que lo ha “intentado todo”. Dado que los pacientes depresivos creen sinceramente que han explorado todas las opciones posibles, es probable que rechacen automáticamente algunas de las alternativas y abandonen la búsqueda de otras nuevas, por la conclusión de que el problema era irresoluble.

La búsqueda de soluciones alternativas puede producir cambios en los efectos del paciente depresivo. El reconocimiento súbito de que su situación puede no ser “tan desesperada” es lo que explica dichos cambios. El paciente debe asimilar la frase “he aprendido algo, pero necesito mas asesoramiento”

### ***Registro de pensamientos inadecuados.***

Anotar las cogniciones y las respuestas en las columnas paralelas es un modo de comenzar a examinar, evaluar y modificar las cogniciones. El paciente recibe la instrucción de escribir sus cogniciones en la columna, y a continuación, una respuesta razonable a cada cognición en otra columna. Se puede incluir columnas adicionales donde se especifiquen los sentimientos y conductas del paciente, así como la descripción de la situación que precedió la cognición. En este sentido, y en función del número de columnas, la técnica puede ser dos, tres o incluso cuatro columnas. Se dispone de una hoja de registros para facilitar al paciente la tarea de anotar sus pensamientos e imágenes inadecuadas. Los encabezamientos de las

columnas de esta hoja son: datos, situación, emoción (es), pensamientos automáticos, respuesta racional y resultados.

El terapeuta debe explicar detalladamente el empleo de la hoja, una vez que el paciente haya entendido la noción de pensamientos o cogniciones automáticos. Es conveniente ofrecer algunos ejemplos de cogniciones inadecuadas y respuestas racionales durante la sesión. El terapeuta también debe enseñar al paciente a evaluar el grado de sus experiencias emocionales y a determinar hasta que punto cree en sus pensamientos automáticos.

### ***Empleo del contador de pulsera***

Hemos observado que, aunque no se dan cuenta de la naturaleza repetitiva y estereotipada de sus pensamientos automáticos negativos, el empleo de un instrumento técnico les ayuda a identificar y controlar sus cogniciones. Para este propósito puede emplearse un contador de respuestas adaptado a partir de un controlador de golf (parecido a un reloj de pulsera). Una vez que el paciente ha recibido instrucciones precisas del terapeuta para identificar los pensamientos automáticos y ha leído el Manual de la Depresión, se le pide que anote sus pensamientos automáticos. Cuando el terapeuta piensa que el paciente identifica correctamente sus cogniciones y las distingue de sus pensamientos “normales, adaptativos o neutros”, pasa a mostrarle el empleador de contador de pulsera. Es esencial que el terapeuta efectúe comprobaciones periódicas para asegurarse de que el paciente registra las cogniciones que son relevantes para la terapia, estas cogniciones tienen varias características específicas: (1) son automáticas, aparecen como si fuesen reflejadas sin ningún proceso de razonamiento previo, (2) son irracionales e inadecuadas; (3) al paciente le parecen completamente pausibles y las acepta como válidas; (4) son involuntarias, al paciente le cuesta bastante detenerlas. El empleo del contador de pulsera es útil para demostrar al paciente el modo como sus pensamientos producen, mantienen o intensifican sus sentimientos negativos y otros síntomas de la depresión.



## ***TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO PARA PACIENTES DEPRESIVOS***

### ***Introducción***

Partiendo de que es efectivo, el tratamiento de grupo ofrece una clara ventaja práctica sobre las sesiones individuales: dentro de un periodo de tiempo determinado, se puede tratar a un número mayor de pacientes de los que se podría tratar individualmente.

### ***Terapia de grupo de la depresión. Consideraciones generales***

Tradicionalmente, sea considerado que los pacientes depresivos mas graves o suicidas eran posibles candidatos a terapia de grupo. (Christie, 1970). Pero esta comprobado que trabajar con grupos de pacientes homogéneos deprimidos es un modo eficaz de salvar obstáculos tales como: (1) la intensidad del problema,(2)las autocomparaciones negativas y (3) los fenómenos de grupo no deseado, se ha recomendado el empleo de trabajo de grupos homogéneos para pacientes tanto depresivos, como para pacientes suicidas.

### ***Consideraciones clínicas especiales.***

La teoría cognitiva de la depresión afirma que la operación de un conjunto de cogniciones negativas y de percepciones inadecuadas de si mismo, del entorno, y el futuro producen los sentimientos negativos y la pasividad conductual. Que constituyen los principales componentes observables del síndrome depresivo. Trabajar con pacientes depresivos en un contexto de grupo introduce la posibilidad de elicitar en el paciente una serie de inferencias negativas que no tendrían porqué salir a la luz necesariamente en las sesiones de terapia individual. Como ocurre con otros pensamientos automáticos negativos generados por el paciente, esas inferencias negativas pueden ser perjudiciales o beneficiosas para la terapia, según como sean manejadas por el terapeuta. Dejar de responder estos pensamientos automáticos como: “no progreso al mismo ritmo que otros integrantes del grupo”, “otros miembros parecen mucho mas inteligentes o menos deprimidos que yo”, “no tiene sentido malgastar el tiempo del grupo con mis

preocupaciones..... mis problemas no tienen solución” , puede incrementar la disforia y hacer que el paciente le resulta cada vez mas difícil participar en las actividades terapéuticas, cuando se elicitan y se exploran sistemáticamente, estas afirmaciones negativas proporcionan una excelente oportunidad para demostrar tanto la relación entre pensamiento-emoción-conducta; así como los procedimientos para identificar, objetivar y hacer frente las cogniciones idiosincráticas negativas. Las dificultades que pueden surgir en el curso de la terapia cognitiva de grupo con pacientes deprimidos tiene su origen en 3 fuentes: las comparaciones negativas del paciente con otros miembros, los efectos potencialmente negativos de la interacción entre individuos deprimidos, y las limitaciones potenciales de la capacidad del individuo para relacionar los ejemplos de procesos cognitivos negativos del grupo con su propio caso.

#### ***Autocomparaciones negativas***

Los pacientes depresivos presentan una cierta tendencia a verse a si mismo, el mundo y el futuro bajo una óptica negativa y pesimista. Siempre el objetivo principal de la terapia cognitiva, los pensamientos automáticos negativos son mas abundantes o frecuentes en le marco de la terapia de grupo. Los pacientes tienden delante de otros pacientes y las conductas de estos con las cuales compararse, y ya que en esta situación hay momentos en que algunos pacientes quedan fuera de la atención del terapeuta, es mas fácil que permanezcan en silencio, rumiando las ideas negativas, pero si estas tendencias son examinadas mediante las distintas técnicas de la cognitiva pueden ser un beneficio para la terapia. Las autocomparaciones negativas de un paciente con otros miembros del grupo pueden proporcionar valiosas oportunidades de intervención terapéutica. Las sesiones de grupo aumentan la probabilidad de que aparezcan de que aparezcan comparaciones sociales negativas.

### ***Efectos negativos sobre otros miembros del grupo***

El hecho de centrarse en el proceso por el cual las interpretaciones negativas y las distorsiones sistemáticas en el procesamiento de la información se combinan para hacer situaciones problemáticas, pero sobre las cuales se pueda trabajar, parezcan irresolubles puede, con la ayuda de otros miembros del grupo prevenir, o impedir esa especie de corriente afectiva negativa y contagiosa, la cual es en principio, atribuible a la aceptación incondicional de las evaluaciones pesimistas del paciente depresivo por parte del grupo.

### ***Distorsiones “universales” versus distorsiones personales***

Los pacientes depresivos son capaces de funcionar dentro de un grupo y de obtener beneficios de las experiencias de grupo. No obstante, el foco central de la distorsión y el grado de estructuración en un marco cognitivo parecen ser determinantes críticos en la efectividad de la terapia de grupo.

### ***Aspectos formales***

Los distintos procedimientos terapéuticos descritos pueden utilizarse en la terapia de grupo. Al igual que en la terapia cognitiva individual, entre los objetivos fundamentales de grupo figura el examen y modificación del sistema de creencias desadaptativo y de las formas inadecuadas de procesar la información de los pacientes. Entre las técnicas básicas se encuentran las asignaciones conductuales, el entrenamiento en autocontrol sistemático de las cogniciones, estados de ánimo, estrategias encaminadas a identificar y modificar el sistema de cogniciones distorsionadas. Se hace el uso de distintas asignaciones para casa, incluyendo los programas de actividades, el registro de cogniciones y los esfuerzos para modificar estas. Como en las sesiones individuales de terapia cognitiva, las sesiones de grupo están estructuradas y centradas en los problemas. El terapeuta se muestra bastante activo; preguntando, desafiando, explorando y dando instrucciones.

### ***Grupos orientados al problema versus grupos orientados al proceso.***

La terapia cognitiva es un enfoque orientado al problema. Se presenta poca atención a la comprensión de la interacción entre paciente y terapeuta. Durante las sesiones de grupo, la atención se centra principalmente en los problemas de varios de los miembros. No tienen en cuenta aspectos importantes para las terapias de grupo tradicionales, como pueden ser la cohesión, la afectividad, alianzas, liderazgo, etc. Las sesiones cognitivas suelen seguir la pauta de que cada paciente selecciona un problema sobre el cual centrarse, a continuación se establece un turno entre los pacientes para hacer comentarios al respecto.

### ***Grupos cerrados versus grupos abiertos***

La terapia de grupo conlleva la decisión de comenzar con un grupo de pacientes al mismo tiempo e ir admitiendo nuevos miembros a medida que van llegando, o bien admitir a los miembros sobre una base continua. A diferencia de las terapias de grupo orientadas al proceso, la terapia cognitiva de grupo considera el tema de la admisión de nuevos miembros en un sentido pragmático más que simbólico. Dado que la terapia implica un grado de actividad por parte del paciente se necesita un tiempo entre 20-30 minutos de presentación didáctica

### ***Terapeutas: misión y número***

Como en la terapia cognitiva individual, el trabajo con pacientes depresivos exige un alto nivel de actividad por parte del terapeuta. Enfrentarse con varios pacientes depresivos a la vez requiere que el terapeuta preste atención incluso a los pequeños detalles. Es importante que no deje que los pacientes se “pierdan” en el grupo; dado que una gran parte de cada sesión se dedica a un solo paciente, es importante asegurarse de que todos los pacientes tienen periódicamente la oportunidad de comentar sus propios problemas. La participación de varios terapeutas, cuando sea posible, ofrece varias ventajas. Ya que un solo terapeuta puede manejar solo un grupo de tamaño reducido (de cuatro a seis), para uno más grande, indispensable un terapeuta adicional.

### ***Grupo: composición y número de pacientes***

El tamaño de grupo se determina en base a criterios pragmáticos más que teóricos. La gravedad de los problemas y la experiencia que los distintos pacientes pueden aportar con respecto a terapias anteriores son consideraciones que deben tenerse en cuenta a la hora de formar un grupo. Un único terapeuta puede llevar un grupo de seis o más pacientes gravemente deprimidos, pero uno o dos de estos pacientes gravemente deprimidos pueden integrarse en un grupo de pacientes que ya hayan recibido entrenamiento específico. Con frecuencia se ha comprobado que los pacientes más adelantados sirven de gran ayuda para modelar distintas habilidades y para instruir verbalmente a los nuevos pacientes en las técnicas principales.

### ***Duración y frecuencia de las sesiones***

Un periodo de dos horas de terapia sirve para satisfacer la necesidad de dedicar un cierto tiempo a cada paciente, evitando a la vez la fatiga en los pacientes e terapeutas. La experiencia clínica sugiere que la duración adecuada de las sesiones oscile entre una hora y media y dos horas, los contactos semanales constituyen la frecuencia mínima.

### ***Contratos de tiempo limitado***

Tanto si se trabaja con un grupo abierto o cerrado, parece beneficioso negociar un acuerdo explícito y de tiempo limitado con cada paciente. El hecho de centrar la atención en criterios de mejoría bien definidos parece facilitar tanto la discusión de las expectativas como la ocurrencia del cambio. Nuestra experiencia sugiere que la terapia realizada en 12-20 sesiones a lo largo de 12-20 semanas es adecuada para la mayoría de los pacientes con depresión unipolar en régimen externo.

### ***Terapia de grupo combinada con terapia individual.***

En algunos casos la terapia de grupo sirve como procedimiento adicional al tratamiento individual, en otros el tratamiento individual es requisito previo para pasar a la terapia de grupo. Durante la sesión individual preliminar, el terapeuta se

dedica a recabar información sobre los problemas del paciente, su personalidad, su ambiente, y sus mecanismos para hacer frente a las situaciones problemáticas. Además tienen una oportunidad para establecer el rapport y para familiarizar al paciente con los conceptos y técnicas de la terapia cognitiva.

Una vez que el paciente ha comenzado a participar en la terapia de grupo, pueden ser necesarias algunas sesiones individuales esporádicas por distintas razones. Dado que la terapia de grupo limita el tiempo dedicado a los problemas de cada paciente, algunos de ellos pueden necesitar atención adicional que ofrecen las sesiones individuales. Otros pueden necesitar periódicamente el apoyo y la intimidad característicos de la relación diádica. Algunos pacientes pueden mostrarse poco dispuestos a discutir en grupo sus problemas confidenciales. Se defiende el formato de alternar las terapias individuales con las de grupo, inicialmente. Después de la cuarta sesión individual, el paciente continúa exclusivamente con las sesiones de grupo, salvo que exista una necesidad específica de llevar a cabo sesiones individuales.

### ***Realización de las sesiones terapéuticas***

## **PROGRAMA PARA LA TERAPIA COGNITIVA DE GRUPO**

### ***SEMANA 0.***

#### ***DIAGNOSTICO Y /O SESION PREPARATORIA***

- Evaluar la adecuación de la composición del grupo.
- Evaluar y discutir las expectativas.
- Proporcionar Coping whit Depression.

#### ***1 SESION INICIAL.***

- Medir el grado de depresión (IBD).
- Presentación del/los nuevos miembros.
- Establecer la agenda
- Establecer normas.
- Discutir las expectativas y revisar los objetivos del tratamiento

- Introducir el fundamento teórico de la terapia y comentar Coping whit Depression.
- Discutir las respectivas preocupaciones de los pacientes.
- Entrenamiento en habilidades de autocontrol y/o experimentos conductuales.
- Asignar tareas para casa.
- Evaluar las reacciones ante la sesión.

### ***2-10 SESIONES SIGUIENTES***

- Medir la intensidad de la depresión (IDB)
- Establecer la agenda
- Revisar el estado de cosas desde la ultima sesión
- Discutir reacciones ante sesiones anteriores.
- Revisar las tareas para casa.
- Introducir nuevos contenidos y relacionar el material con la teoría cognitiva.
- Asignar tareas para casa.
- Evaluar las reacciones ante la sesión.

### ***11-12(20) SESIONES FINALES***

- Medir la intensidad de la depresión (IBD)
- Establecer la agenda.
- Revisar el estado de cosas desde la última sesión.
- Discutir los progresos hechos hasta la fecha.
- Discutir las expectativas ante la terminación de la terapia.
- Evaluar las reacciones ante la(s) sesión(es).

### ***Entrevistas preparatorias.***

Antes de entrar en un grupo de terapia, un paciente depresivo puede sentirse especialmente atemorizado. Esto puede reflejarse en pensamientos como “posiblemente no podría hablar de mis problemas ante tantas personas”, “me siento incomodo en las situaciones de grupo”, “debo ser un paciente poco interesante” o “debo estar demasiado enfermo” para obtener algún beneficio de la

terapia individual” .Son muy útiles las entrevistas preparatorias programadas para discutir estos contenidos u otros similares o relacionados.

### ***Secuencia de procedimientos técnicos***

El foco de atención varia a través de las sesiones, al principio, se centra en planificar y controlar intervenciones conductuales discretas (por ejemplo programar actividades, autocontrolar los estados de animo, asignar tareas graduales, etc.), mientras que después se va centrando progresivamente en técnicas dirigidas a identificar, evaluar y poner a prueba los distintos pensamientos automáticos y supuestos subyacentes. Paralelamente las estrategias cognitivas iniciales, van encaminadas a identificar los pensamientos automáticos específicos. Transcurridas algunas semanas, se dedica progresivamente mas tiempo a discernir y modificar el sistema de supuestos subyacentes.

Si se trata de un grupo cerrado, una vez lista la composición definitiva, puede seguirse el programa establecido. Cuando se trata de un grupo abierto a la llegada de nuevos miembros, será necesario de repetir las partes mas significativas de la primera sesión para cada miembro, habitualmente de forma sucinta. Los miembros mas avanzados a menudo desempeñan un papel primordial en el proceso de orientación: modelar actividades y describir los aspectos teóricos y prácticos más relevantes de la terapia.

## **PASOS**

### ***1. Evaluar el síndrome de la depresión***

Somos partidarios de empezar la terapia cognitiva de grupo con una o varias evaluaciones estructuradas de los problemas objetivo. El inventario de depresión de Beck, proporciona una medida de autoinforme concreta y validada del síndrome depresivo. La entrevista inicial, la primera sesión de terapia con el grupo y las sesiones subsiguientes comienzan sistemáticamente con la aplicación del inventario de Depresión de Beck. A los pacientes que ya hayan respondido varias veces al IDB se les puede dar un ejemplar para llevarse a casa y rellenarlo



inmediatamente antes de acudir a la sesión o cuando estén en la sala de espera. La repetida aplicación del IDB permite un estrecho control de la intensidad de la depresión, indica cualquier cambio importante en la sintomatología como por ejemplo, la aparición de ideas suicidas, y mantiene la atención centrada en producir una modificación dentro de los límites de tiempo.

## ***2. Establecer la agenda***

Al comienzo de cada sesión suele ser deseable fijar una agenda flexible, pero que permita a los pacientes y a los terapeutas centrarse en áreas de discusión concretas. Establecer un turno para que cada paciente aporte sugerencias, de modo que la sesión empiece de manera activa. Si se va a incorporar un nuevo miembro a un grupo ya formado, el terapeuta aprovechará ese momento para hacer una introducción y para indicar que se va a dedicar un cierto tiempo a explicar los objetivos, problemas y situación general del nuevo miembro. Además se aceptan comentarios de los pacientes más avanzados con respecto a los cambios de la sintomatología. Es preferible anotar los contenidos que vayan surgiendo y continuar elaborando la agenda para retomar luego esos contenidos. Una agenda bien estructurada facilita la espontaneidad y participación de los pacientes.

## ***3. Establecer las normas***

Durante la sesión inicial, es conveniente discutir una serie de normas básicas y suscitar el acuerdo de todos los miembros. Una pauta general es que cada paciente es libre de discutir sus objetivos, progresos, procedimientos que están aprendiendo que están aprendiendo pero no pueden hablar de un paciente determinado fuera de la situación de grupo. Otra norma es estructurar adecuadamente el tiempo de modo que cada uno de los miembros tenga la oportunidad de aportar preocupaciones. Es misión del terapeuta hacer que la discusión vuelva al problema planteado originalmente y a continuación pasar a trabajar sobre el mismo.

#### ***4. Evaluar las expectativas y reacciones ante las sesiones anteriores***

Al comienzo de la/s sesión(es), al terapeuta puede resultarle útil preguntar a cada paciente cómo espera que sea la terapia y qué espera que ocurra en las sesiones posteriores. Las respuestas pueden proporcionar información sobre las posibles expectativas poco realistas y alertar a los terapeutas sobre los supuestos del paciente, autoevaluaciones negativas, pensamientos automáticos, etc.

#### ***5. Presentación inicial de los problemas individuales***

En la primera sesión para cada paciente, es deseable ofrecerle la oportunidad de discutir los problemas que le hicieron acudir a terapia. En la primera sesión con un grupo nuevo, solemos suscitar en primer lugar los comentarios de todos los miembros antes de centrar la atención en un paciente determinado. El terapeuta suele utilizar este periodo para hacer comentarios sobre aspectos de los distintos problemas que vayan surgiendo que sean consistentes en el síndrome de la depresión y sobre el tipo de intervención específico para resolver alguno de estos problemas.

#### ***6. Presentar la teoría de las técnicas cognitivas***

La teoría cognitiva hace algunas afirmaciones explícitas acerca de la naturaleza de la relación entre los eventos, las ideas, los sentimientos y conductas subsiguientes. Ya al principio de la primera sesión, el terapeuta anima a los pacientes a examinar la forma que tienden a ver las cosas. En principio, este esfuerzo toma la forma de animar a los pacientes a cambiar su conducta, a pesar de su pesimismo inicial; las técnicas de reevaluación cognitiva más formales se introducen en fases más avanzadas del tratamiento. El terapeuta puede presentar la teoría con ejemplos concretos relevantes, demostrando los aspectos importantes de la teoría.

## ***7. Asignación de tareas para casa***

Al final de cada sesión, todos los pacientes deben tener asignada al menos una actividad específica para realizar antes de la sesión siguiente. Una regla básica es asignar nuevas tareas cuando se domine las anteriores, y revisar las tareas asignadas en la sesión anterior, para no destruir la motivación del paciente.

### **MANUAL (Coping whit Depression) Superando la Depresión**

***AARON T. BECK, M.D. Y RUTH L. GREENBERG, A.B.***

#### ***Síntomas de la Depresión***

"Mi esposa me dejó debido a que yo no era lo suficientemente bueno para ella. Nunca podré seguir adelante sin ella". "Mi pelo se está debilitando. Estoy perdiendo mi buena imagen. Nadie se preocupará ya de mí". "Parezco una secretaria insensata. Mi jefe no me despide porque siente compasión por mí. Nada de lo que intento hacer en la vida me sale a derechas". "Apenas puedo conseguir realizar trabajo alguno en el hogar. Mi matrimonio se está cayéndose en pedazos". Éstos son pensamientos típicos de las personas que están deprimidas.

Mientras estas creencias pueden parecer correctas superficialmente, muestran un cambio importante de la manera que una persona piensa sobre sí mismo. Este cambio en pensamiento, sentimiento y conducta es un rasgo importante en la depresión. Aunque el cambio puede venir gradualmente, la persona deprimida se muestra diferente de la manera cómo era antes de ser víctima de su enfermedad quizás incluso el contrario de su yo habitual. Hay muchos ejemplos de este proceso: el hombre de negocios exitoso que cree estar al borde de la quiebra, la madre abnegada que tiene deseos de abandonar a sus niños, el gastrónomo que no puede soportar la comida, el playboy que se hastía con el sexo. En lugar de buscar el placer, la persona deprimida lo evita. En lugar de quererse, se desprecia y descuida su apariencia. Su vivencia de ir sobreviviendo de mala manera puede llevarle a un deseo de acabar con su vida. Su carrera para tener éxito se reemplaza por la pasividad y el retiro. La señal más obvia y típica de la depresión es un

humor triste: pesar, soledad, apatía. La persona deprimida puede sorprenderse a sí misma incluso llorando cuando no parece tener motivo por el que llorar o puede resultarle imposible llorar cuando le ocurre un evento verdaderamente triste. Puede tener problemas para dormir o puede despertarse temprano por la mañana, incapaz de volver a conciliar el sueño. Al contrario, también, al sentirse constantemente cansado, puede dormir más de lo usual. Puede perder el apetito y bajar de peso, o comer más de lo que normalmente hace y tener exceso de peso. Típicamente, la persona deprimida también se ve de una manera muy negativa. Puede creer que está desvalido y solo en el mundo y a menudo se reprocha por faltas triviales o limitaciones normales. Es pesimista sobre sí mismo, sobre el mundo, y sobre su futuro. Pierde interés sobre lo que está pasando alrededor de él y no consigue satisfacción en actividades con las que normalmente disfrutaba. A menudo, tiene problemas para tomar decisiones o para conseguir llevar a cabo las decisiones que ha tomado. Algunas personas pueden estar deprimidas sin mostrar un sentimiento triste, malhumorado, de abatimiento general. Pueden quejarse, en su lugar, de molestias físicas o pueden padecer alcoholismo o afición a las drogas.

Cuando una persona parece siempre cansada o aburrida con lo que está haciendo, en realidad puede estar deprimido. Cuando los niños inteligentes rinden pobremente durante un período de tiempo en la escuela, esto también puede apuntar hacia una depresión. Hay incluso evidencia de que el niño demasiado activo puede estar compensando dicha actividad por una depresión subyacente.

### ***Los Nuevos avances en la Investigación***

Es muy común para las personas deprimidas creer que han perdido algo muy importante para ellos, aunque a menudo este realmente no sea el caso. La persona deprimida cree que él es un "perdedor" y siempre será un perdedor, que no tiene ningún valor y es malvado y quizás no tiene derecho a vivir. Puede intentar el suicidio, incluso. Recientemente, un proyecto de investigación de 10 años, apoyado por el Instituto Nacional de Salud Mental intentó explicar la persistencia de estos sentimientos desagradables en las personas deprimidas. Estos investigadores encontraron que un factor importante es que la persona deprimida

interpreta muchas situaciones incorrectamente. Lo que piensa sobre lo que le está ocurriendo a su alrededor, afecta a cómo se siente. En otros términos, la persona deprimida se siente triste y sola porque piensa erróneamente que es inadecuado y se abandona.

Un paciente deprimido, entonces, puede ayudarse a cambiar su forma de vida a través del pensamiento, en lugar de concentrarse en su humor deprimido. En nuestros estudios, nosotros hemos encontrado esto, cuando no tienen en cuenta la baja opinión de ellos mismos, las personas deprimidas realizan bien los asuntos normales en una serie de tareas complejas. En un estudio, les ofrecimos una serie de pruebas de dificultad creciente que incluían lectura, comprensión y autoexpresión a los pacientes deprimidos. Cuando los pacientes comenzaron a experimentar el éxito, se sintieron más optimistas. Su humor y autoimagen mejoraron. Motivados por ello, igualmente, tuvieron buenas actuaciones cuando se les pidió después que realizaran otras pruebas más difíciles.

### ***Pensamiento y Depresión***

Estos resultados hacen reflexionar sobre nuevas formas para tratar la depresión y otras maneras en que la persona deprimida puede aprender a ayudarse a sí mismo. Como resultado de estos estudios, los psicoterapeutas se preocupan ahora por los tipos de declaraciones que las personas se hacen a sí mismos es decir, sobre lo que ellos mismos piensan. Hemos constatado que las personas deprimidas tienen continuos pensamientos desagradables y que con cada pensamiento negativo aumentan los sentimientos de depresión. Aunque estos pensamientos generalmente no están basados en hechos reales, hacen a la persona sentirse triste, cuando, en realidad, no hay ninguna razón objetiva para sentirse así.

Los pensamientos negativos pueden impedir al paciente deprimido comprometerse en actividades que le harían sentirse bien. Como resultado, es probable que experimente pensamientos críticos sobre sí mismo como ser "perezoso" o "irresponsable" que le hace todavía sentirse peor. Para entender estos pensamientos erróneos, considere el ejemplo siguiente. Suponga que usted está caminando por la calle y ve a un amigo que parece ignorarlo completamente.

Naturalmente usted se siente defraudado. Usted se preguntara por qué su amigo no le ha saludado. Después comenta el acontecimiento a su amigo y le dice él que estaba tan preocupado en ese momento que ni siquiera le vio. Normalmente, usted se sentirá bien y retirará la idea negativa de su mente. Si usted está deprimido, sin embargo, probablemente creará que su amigo realmente le ha rechazado. Ni siquiera le pregunta a él por su comportamiento, por lo que mantiene el error sin corregirlo. Las personas deprimidas hacen cosas así, amontonando errores unos sobre otros. De hecho, pueden interpretar mal tanto los acercamientos amistosos como los rechazos. Tienden a ver el lado negativo en lugar del lado positivo de las cosas. Y no se paran a verificar o determinar si pueden haber cometido un error al interpretar los eventos. Si usted está deprimido, muchos de sus malos sentimientos estarán basados en los errores de pensamiento. Estos errores relacionan la manera que usted piensa sobre sí mismo y la manera de cómo interpreta las cosas que le pasan. Todavía, puede tener muchas habilidades y puede ser bueno resolviendo los problemas en otras áreas. De hecho, usted ha resuelto los problemas durante toda su vida. Como un científico, puede aprender a usar su razonamiento y su intelecto y a "someter los hechos a las pruebas" y ver si es realista. De esta manera, puede impedir disgustarse por cada experiencia que pueda parecer al principio desagradable. Puede ayudarse: (1) reconociendo sus pensamientos negativos, y (2) corrigiéndolos y sustituyéndolos por pensamientos más realistas.

### ***Los Pensamientos Negativos***

Siempre que usted detecte que se está sintiendo algo más triste, mire hacia atrás e intente recordar qué pensamiento provocó su sentimiento de tristeza. Este pensamiento puede ser una reacción a algo que pasó recientemente, o quizás en la última hora o en los últimos minutos, o puede ser un recuerdo de un evento pasado. El pensamiento puede contener uno o más de los temas siguientes:

(1) Opinión Negativa sobre uno mismo.

Esta idea se mantiene a menudo al compararse con otras personas que parecen ser más atractivas o tener más éxitos o ser más capaces o inteligentes: "Yo soy peor estudiante que Miguel," "he fallado como padre", "no tengo suficiente juicio o

ingenio". Se puede encontrar con que se ha preocupado con estas ideas, o rememora los acontecimientos negativos del pasado cuando otras personas parecían detestarle o despreciarle. Puede considerarse sin valor y aburrido y asume que sus amigos y familiares estarían contentos si se librarán de usted.

#### (2) Autocrítica.

La persona deprimida se siente triste porque enfoca su atención en sus supuestas limitaciones. Se culpa de no hacer un trabajo que piensa que debe hacer, por decir cosas que no debía o por las desgracias que causa a otros. Cuando las cosas van mal, es probable que la persona deprimida crea que es por su culpa. Incluso los eventos felices pueden hacerle sentirse peor si piensa, "no merezco esto. Soy indigno de ello". Debido a que la opinión propia es tan baja, puede hacer demandas excesivas sobre sí mismo. Puede exigirse que sea un ama de casa perfecta o un incansable amigo fiel o un médico de juicio clínico infalible. Puede venirse abajo pensando, "debía haber hecho un trabajo perfecto".

#### (3) Interpretaciones Negativas de los Hechos.

Una vez y otra, puede encontrarse respondiendo de manera negativa a las situaciones que no le molestarían si no estuviera deprimido. Si tiene el problema de no encontrar un lápiz, por ejemplo, puede pensar, "Cualquier cosa es difícil para mí". Cuando gasta un poco de dinero, puede sentirse triste, como si hubiera gastado una gran cantidad. Puede ver la desaprobación en comentarios que otras personas hacen, o decide que ellos en el fondo le detestan --aunque ellos estén actuando de forma amistosa.

#### (4) Expectativas Negativas sobre el Futuro.

Puede llegar a tener el hábito de pensar que nunca superará sus sentimientos de dolor o sus problemas y creer que durarán para siempre. O puede tener las anticipaciones de pensamiento negativas siempre que intente hacer un trabajo determinado: "Estoy seguro de que voy a fallar en esto". Una mujer deprimida tenía una imagen visual sobre ella misma de que estropearía la cena siempre que

cocinara para invitados. Un hombre con una familia que atender se imaginó despedido por su jefe por cometer algún error. La persona deprimida tiende a ver el futuro como fracaso e infelicidad como algo inevitable y puede decirse a sí mismo que es inútil intentar hacer que su vida vaya bien.

(5) "Mis Responsabilidades me están Agobiando".

Usted tiene realmente los mismos trabajos que hacer en casa o en su trabajo que ha hecho antes muchas veces, pero cree ahora que es completamente incapaz de hacerlos o que le llevará semanas o meses antes de llevarlos a cabo. O se dice que tiene tantas cosas para hacer que no hay ninguna manera de organizar el trabajo. Algunos pacientes deprimidos se niegan parte del tiempo para dedicarlo a sus intereses personales debido a lo que ellos ven como obligaciones urgentes que les llueven de todos los lados. Pueden experimentar sentimientos negativos físicos que acompañan a tales pensamientos, incluso sensaciones de ahogo, náusea, o dolores de cabeza.

### ***Lo que hay que saber sobre los Pensamientos Negativos***

En la primera página de este folleto, pusimos ejemplos sobre pensamientos típicos de las personas en estado depresivo. Una persona no deprimida podría tener los mismos pensamientos de vez en cuando pero generalmente los deshecha de su mente. Pero la persona deprimida los tiene todo el tiempo siempre que él piense sobre su propio valor o habilidad o lo que es probable que le pase en el futuro en su vida. Éstas son algunas de las maneras que se pueden reconocer en el pensamiento deprimido.

(1) Los pensamientos negativos tienden a ser automáticos.

Realmente no están basados en la razón y la lógica apenas parecen, cruzan la mente; estos pensamientos están basados en la baja opinión y concepto que tienen las personas sobre ellos mismos, en lugar de en hechos reales.



(2) Los pensamientos son irracionales y no sirven para ningún propósito útil.

Le hacen sentirse peor y le impiden conseguir lo que realmente quiere en la vida. Si los considera atentamente, probablemente encontrará que se ha saltado a una conclusión que realmente no es correcta. Su psicoterapeuta podrá mostrarle lo irrazonable de sus pensamientos negativos.

(3) Aunque estos pensamientos son irracionales, parecen ser absolutamente creíbles en el momento que usted los tiene. Normalmente se aceptan como razonables y se consideran como un pensamiento realista del tipo: "El teléfono está sonando debo contestarlo".

(4) Cuanto más una persona cree en la certeza de estos pensamientos negativos (es decir, los acepta sin criticarlos), peor se siente.

Si usted se permite anclarse en estos pensamientos, encontrará que está interpretando todo de una manera negativa. Tenderá a hundirse cada vez más a partir de que todo parece desesperante. Pero rendirse es dañino porque las personas deprimidas interpretan a menudo el hecho de que ellos se han rendido como otra señal de inferioridad y fracaso. Usted puede ayudarse a sí mismo aprendiendo a reconocer sus pensamientos negativos y entender por qué son incorrectos e ilógicos.

Verifique estas características listadas sobre ellos y vea si coinciden con sus pensamientos negativos.

### ***Los típicos errores del pensamiento***

El pensamiento incorrecto lleva a la depresión y la agrava. Usted tiene probablemente uno o más de los errores siguientes. Léalos y vea si se le pueden aplicar.

(1) Exageración excesiva.

Se ven ciertos hechos de una manera extrema. Por ejemplo, si está teniendo alguna dificultad cotidiana, empieza a pensar que terminará en desastre exagera los problemas y el posible daño que le podrían causar. Al mismo tiempo, infravalora su habilidad de resolverlos. Salta a las conclusiones sin ninguna evidencia y cree que su conclusión es la correcta. Un hombre que invirtió sus ahorros en una nueva casa sospechó que la casa podría tener termitas. Llegó a la conclusión inmediata de que la casa se caería en pedazos y no tendría ningún valor y que su dinero fue malgastado. Le convencieron que nada podría hacerse a "excepción de la propia casa".

(2) Sobregeneralización.

Se hace una apreciación general que da énfasis al lado negativo: "A nadie le gusto", "soy un fracaso completo". "nunca puedo conseguir lo que quiero en la vida". Si alguien que usted conoce le dice algo negativo de usted, piensa: "Estoy perdiendo a todos mis amigos"

(3) Ignorar el lado Positivo.

Se deja uno impresionar y recuerda sólo los eventos negativos. Cuando una mujer deprimida fue aconsejada para realizar un diario, comprendió que los sucesos positivos le ocurrían a menudo pero que tenía cierta tendencia a no prestarles atención y olvidarse de ellos. O tendía a apreciar que las experiencias buenas eran insignificantes por una razón u otra. Un hombre que durante semanas había estado demasiado deprimido hasta para vestirse, pasó ocho horas pintando una habitación. Cuando terminó, no estaba conforme con su trabajo por no conseguir los resultados exactamente que quería. Afortunadamente, su esposa pudo hacerle comprender qué había hecho un trabajo notablemente bueno. Por otro lado, se puede tender a ver algunos eventos positivos como pérdidas. Por ejemplo, una mujer joven deprimida recibió una carta de su novio y la consideró como una carta de rechazo. Rompió con él con gran tristeza. Algún tiempo después, cuando ya no estaba deprimida, releyó la carta de nuevo y comprendió que no había

ningún rechazo en ella como pensaba. Lo que había recibido no era un rechazo, sino una carta de amor.

### ***Tareas para hacer***

#### (1) Horario Diario.

Intente fijar las actividades para llenar todas las horas del día. (Una forma especial es el Horario de Actividades Semanal.) Haga una lista de actividades que planea realizar cada día. Empiece con la actividad más fácil y después progrese a la más difícil. Verifique cada actividad cómo la completó. Este horario también puede servir como un registro corriente de sus experiencias de dominio y satisfacción.

#### (2) Método del "Dominio y Placer".

Usted tiene más cosas "favorables" de lo que normalmente es consciente. Apunte todos los eventos del día y entonces etiquete aquellos que involucran algún dominio de la situación con la letra "D" y aquellos que conllevan un poco de satisfacción con la letra "P".

#### (3) El A.B.C. de los Sentimientos.

La mayoría de las personas deprimidas creen que su situación vital es tan penosa que es natural en ellos sentirse tristes. Realmente, sus sentimientos se derivan de lo que piensan y cómo interpretan lo que les ha pasado. Si piensan cuidadosamente sobre un reciente evento que les ha perturbado y les ha deprimido, deben poder ordenar tres partes del problema: A. El hecho (Acontecimientos) B. Sus pensamientos C. Sus sentimientos (Consecuencias). La mayoría de las personas sólo son conscientes de los puntos A y C. Suponga, por ejemplo, A à su esposa se olvida de su cumpleaños. Usted se siente herido, defraudado y triste à C. Lo que realmente está haciéndole infeliz es el significado que usted da a los eventos (B). Usted piensa "el olvido de mi esposa significa que ella no me ama ya". "He perdido el amor de ella y de otras personas". Usted puede pensar entonces que sin su aprobación y admiración no podrá estar nunca contento o satisfecho. Aunque, es bastante posible que su esposa simplemente estuviera

despistada o no comparta su entusiasmo por los cumpleaños. Habría estado sufriendo debido a su conclusión injustificada no debido al propio hecho en sí.

(4) Si tiene un sentimiento triste, repase sus pensamientos.

Intente recordar que es lo que le ha "pasado por su mente". Estos pensamientos pueden haber sido su reacción "automática" a algo que le pasó el comentario de un amigo, recibir una factura en el correo, el ataque de un dolor de estómago, una imagen. Probablemente encontrará que estos pensamientos eran muy negativos y usted cree que así son realmente.

(5) Intente Corregir Sus Pensamientos "contestando" a cada una de las declaraciones negativas que se hizo a sí mismo con una declaración más positiva, equilibrada. No sólo encontrará que eso es más realista respecto a su vida sino que, además, se sentirá mejor. Un ama de casa estaba sintiéndose triste y abandonada porque ninguna de sus amigas le había telefonado durante unos días. Cuando reflexionó sobre el tema, comprendió que María estaba en el hospital y Juana en el pueblo y Elena había llamado. Sustituyó esta explicación alternativa para el pensamiento negativo: "Me han abandonado" y empezó a sentirse mejor.

(6) la Técnica de la Doble Columna.

Apunte su pensamiento automático irrazonable en una columna y en la opuesta su respuesta a los pensamientos automáticos. (Ejemplo: Juan no ha llamado. No me ama. La respuesta: Está muy ocupado y pienso que estoy mejorando respecto a la semana pasada para que necesite preocuparse por mí.)

(7) Resolución de los Problemas Difíciles.

Si un trabajo particular que tiene que hacer parece ser muy complejo y difícil, escriba un ensayo sobre cada uno de los pasos que tiene que realizar para lograr resolverlo y entonces hacer simplemente un paso de cada vez. Problemas que parecen irresolubles pueden ser dominados descomponiéndolos en unidades manejables más pequeñas. Si se siente paralizado ante un problema y no está haciendo ningún progreso, intente apuntar maneras diferentes o alternativas de ver

el problema. Pregúnteles a otras personas cómo podrían resolver semejante dificultad. Nosotros lo hemos etiquetado como maneras alternativas de presentar y resolver los problemas "Terapia Alternativa".

### ***La Psicoterapia***

Su psicoterapeuta puede ayudarle a identificar y corregir sus ideas poco realistas del pensamiento que le llevan a las conclusiones erróneas sobre usted y otros. También puede ayudarle a inventar maneras de tratar más eficazmente con los problemas reales, diarios. Con su guía y su propio esfuerzo, tendrá una buena oportunidad para sentirse bien. Y también puede aprender a responder con menos depresión y tristeza cuando se encuentre con las dificultades en el futuro.

## 1.1 Modelo Operativo

(Duración de 12-20 sesiones durante 12-20 semanas) Cuadro #15.

Nº	ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
1	Entrevista clínica	Recolección de datos del estudiante.	Llenar historia clínica psicológica del alumno.  Establecer empatía y rapport con el estudiante.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u> historia clínica  Técnicas de comunicación.	DOBE   TERAPEUTA	ANTES DEL INICIO DEL TRATAMIENTO.
2	Terapia Explicativa (entrevista preparatoria)	Dar información acerca de la depresión, terapia cognitiva y sus técnicas.	Explicación breve del método a emplear, (terapia de grupo) responder dudas, averiguar expectativas, discutir los contenidos.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico  <u>R.materiales</u>  Hoja de resumen de la teoría.	DOBE   TERAPEUTA	AL INICIO DEL TRATAMIENTO.

	Cuadro 15 (cont.).					
3	<b>Selección de los miembros del grupo.</b>	Evaluar la adecuación de la configuración de los grupos de terapia.(abiertos-cerrados)	Seleccionar los grupos de estudiantes de acuerdo al número establecido para el trabajo (4-6), según el nivel depresivo que presenten, y de acuerdo a la experiencia de terapias anteriores.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u>  Agenda semanal.	DOBE   TERAPEUTA	<b>SESION INICIAL.</b>
4	<b>Evaluar el síndrome de la depresión. A través del (IBD)</b>	Obtener un autoinforme concreto de la disminución o incremento de la sintomatología depresiva.	Aplicación continua del inventario de depresión de Beck(IBD)	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u>  (IBD)	DOBE   TERAPEUTA	<b>ENTREVISTA INICIAL, PRIMERA SESIÓN, SESIONES SUBSIGUIENTES.</b>
5	<b>Establecer la agenda</b>	Fijar una agenda flexible, para centrarse en áreas de discusión concretas.	Estructurar estrategias bien programadas entre terapeuta y pacientes para llevar a cabo en la sesión  Anotar contenidos relevantes que surjan en la sesión para estructurar	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.	DOBE	<b>AL INICIO DE CADA SESIÓN</b>

	Cuadro 15 (cont.).			<u>R.materiales</u> Agenda semanal para iniciar cualquier sesión de grupo.	TERAPEUTA	
6	<b>Establecer normas y compromisos.</b>	Explicar las normas básicas para llevar a cabo una sesión terapéutica, y llegar a un acuerdo con todos los miembros.	- Exponer las pautas generales. -Estructurar adecuadamente el tiempo de la sesión.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora <u>R.físicos:</u> departamento psicológico. <u>R.materiales</u> - agenda semanal donde se anotarán todos los acuerdos establecidos.	DOBE      TERAPEUTA	<b>SESIÓN INICIAL</b>
7	<b>Evaluar las expectativas y reacciones ante las sesiones anteriores.</b>	Indagar sobre el curso de la terapia (expectativas reales o irreales), y los supuestos.	Preguntar a cada paciente cómo espera que sea la terapia y qué espera que suceda en las sesiones posteriores.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora <u>R.físicos:</u> departamento psicológico. <u>R.materiales</u> - Agenda semanal para la terapia.	DOBE      TERAPEUTA	<b>AL COMIENZO DE CADA SESION (ES).</b>



8	Cuadro 15 (cont.). <b>Presentación inicial de los problemas individuales.</b>	Proporcionar el tiempo adecuado a cada miembro del grupo para que exponga las razones por las que está en terapia.	Discutir los problemas de cada paciente que le hicieron acudir a terapia.  - exponer el tipo de intervención específico para resolver algunos de esos problemas.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u>  Agenda para registrar información similar para tratarla posteriormente.	DOBE  TERAPEUTA	<b>PRIMERA SESION DE CADA PACIENTE.</b>
9	<b>Presentar teoría de las técnicas cognitivas.</b>	Exponer de forma explícita y práctica, las técnicas cognitivas y conductuales a utilizar en la terapia.	Explicar la relación existente entre: ideas, sentimientos y conductas subsiguientes.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u>	DOBE  TERAPEUTA	<b>AL INICIO DE CADA SESIÓN Y EN FASES MAS AVANZADAS DEL TRATAMIENTO.</b>
10	<b>Asignación de tareas para casa.</b>	Asignar gradualmente nuevas tareas cuando el paciente domine las anteriores.	Al final de cada sesión se asigna al paciente por lo menos una actividad específica para realizar en casa antes de la sesión subsiguiente.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico. <u>R.materiales.</u>	DOBE	

	Cuadro 15 (cont.).			<p>- Agenda semanal donde se registrará la actividad a revisar la sesión siguiente.</p> <p>- Registro de pensamientos automáticos,(IBD), registro de actividades diarias,</p>	TERAPEUTA	<b>AL FINAL DE CADA SESION</b>
<b>11</b>	<b>Reconocimiento del avance terapéutico</b>	Reforzar los logros obtenidos en cada sesión.	Realizar un feedback a nivel individual y grupal después de cada sesión y dedicar una sesión completa antes de terminar con el proceso terapéutico establecido.	<p><u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora</p> <p><u>R.físicos:</u> departamento psicológico.</p> <p><u>R.materiales</u> Registros del paciente y de la agenda que maneja el terapeuta donde se hayan registrado los avances obtenidos.</p>	DOBE  TERAPEUTA	<b>AL FINAL DE CADA SESION, Y ANTES DE CERRAR EL PROCESO TERAPEUTICO.</b>

12	<p>Cuadro 15 (cont.).</p> <p><b>Finalización y evaluación</b></p>	<p>Preparación de los miembros del grupo para el término de la terapia.</p>	<p>Consolidar su mejoría y que el paciente generalice las estrategias aprendidas aplicables a posibles problemas futuros.</p> <p>- Fomentar que el paciente se haga más independiente y seguro de si mismo.</p> <p>- re test.</p>	<p><u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora</p> <p><u>R.físicos:</u> departamento psicológico.</p> <p><u>R.materiales:(IBD)</u></p> <p>Registro del paciente de las técnicas aplicadas, tareas en casa, y evidencia existente en la agenda del grupo.</p>	<p>DOBE</p> <p>TERAPEUTA.</p>	<p><b>MENCIONAR EL TÉRMINO DE LA TERAPIA A LO LARGO DEL TRATAMIENTO.</b></p>
13	<p><b>Seguimientos</b></p>	<p>Tener un registro constante de los logros o fracasos del paciente una vez culminada la terapia.</p>	<p>Hacer un seguimiento constante del paciente a través de entrevistas con su/sus representantes, docentes, y entrevista individual con el paciente, con su respectiva prescripción.</p>	<p><u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora</p> <p><u>R.físicos:</u> departamento psicológico.</p> <p><u>R.materiales:</u></p> <p>Hoja de seguimiento.</p>	<p>DOBE</p> <p>TERAPEUTA</p>	<p><b>DESPUES DE CULMINADA LAS 20 SESIONES TERAPEUTICAS ESTABLECIDAS.</b></p>

Nº	ETAPAS	OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLES	TIEMPO
1	<b>Diagnóstico o sesión preparatoria</b>	Dar información acerca de la depresión, terapia cognitiva y sus técnicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia explicativa, entrevista clínica.</li> <li>- Evaluar la adecuación de la composición del grupo.</li> <li>- Evaluar y discutir las expectativas.</li> <li>- Proporcionar Coping whit Depression.</li> </ul>	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u>  Manual (Coping whit Depression).  - Agenda semanal.	DOBE    TERAPEUTA	Primera y segunda semana de Febrero.
2	<b>Sesión inicial</b>	Desarrollar adecuadamente los pasos de la sesión inicial para incentivar a los pacientes a continuar el tratamiento.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medir el grado de depresión (IBD).</li> <li>- Presentación del/los nuevos miembros.</li> <li>- Establecer la agenda</li> <li>- Establecer normas.</li> <li>- Discutir las expectativas y revisar los objetivos del tratamiento</li> <li>- Introducir el fundamento teórico de la terapia y comentar Coping whit Depression.</li> <li>- Discutir las respectivas preocupaciones de los pacientes.</li> <li>- Entrenamiento en habilidades de autocontrol y/o experimentos conductuales.</li> <li>- Asignar tareas para casa.</li> <li>- Evaluar las reacciones ante la sesión.</li> </ul>	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora  <u>R.físicos:</u> departamento psicológico.  <u>R.materiales</u>  (IBD)  - Agenda semanal. - Hoja de resumen de la teoría. - Manual: (Coping whit Depression). - Hoja de registro individual del cumplimiento de las tareas a casa. - Material didáctico (diapositivas de la teoría de las técnicas).	DOBE    TERAPEUTA	Tercera y cuarta semana de febrero.

	Cuadro 15 (cont.).						
3	2-10 sesiones siguientes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Introducir nuevos contenidos y relacionar el material con la teoría cognitiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medir la intensidad de la depresión (IDB)</li> <li>- Establecer la agenda</li> <li>- Revisar el estado de cosas desde la última sesión</li> <li>- Discutir reacciones ante sesiones anteriores.</li> <li>- Revisar las tareas para casa.</li> <li>- Introducir nuevos contenidos y relacionar el material con la teoría cognitiva.</li> <li>- Asignar tareas para casa.</li> <li>- Aplicación de técnicas: Entrenamiento en asertividad y role playing, técnicas de retribución, búsqueda de soluciones alternativas, contador de pulsera.</li> <li>- Evaluar las reacciones ante la sesión.</li> <li>- Asignación de tareas graduales.</li> </ul>	<p><u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora</p> <p><u>R.físicos:</u> departamento psicológico.</p> <p><u>R.materiales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventario de depresión de Beck.(IBD)</li> </ul> <p>Escala de ideación suicida de Beck.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agenda semanal.</li> <li>- Hoja de registro individual del cumplimiento de las tareas a casa.</li> <li>- Material didáctico (diapositivas de las nuevas técnicas a aplicar):</li> <li>- Registro diario de pensamientos distorsionados</li> </ul> <p>- registro de actividades diarias.(técnicas de dominio y agrado)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- resumen de los errores cognitivos y supuestos.</li> </ul>	DOBE	TERAPEUTA	Primera semana de marzo a primera semana de mayo.

	Cuadro 15 (cont.).			- Registro individual y grupal del resultado de la aplicación de las diferentes técnicas.		
4	11-12 hasta 20 sesiones finales	Discutir los progresos obtenidos hasta la fecha y preparación de los pacientes para la culminación de la terapia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Medir la intensidad de la depresión (IBD)</li> <li>- Establecer la agenda.</li> <li>- Revisar el estado de cosas desde la última sesión.</li> <li>- Discutir los progresos hechos hasta la fecha.</li> <li>- Discutir las expectativas ante la terminación de la terapia.</li> <li>- Evaluar las reacciones ante la(s) sesión(es).</li> <li>- Asignación de tareas graduales.</li> </ul> <p>Fomentar la continuación de las tareas para casa y la practica de las distintas estrategias después de haber finalizado la terapia, enfatizar el hecho de que esta constituye un proceso de aprendizaje que continua a lo largo de toda la vida del individuo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registro individual y grupal del resultado de la aplicación de las diferentes técnicas.</li> <li>- test de Zung.</li> </ul>	DOBE	Segunda semana de mayo tercera semana de julio
				<p><u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora</p> <p><u>R.físicos:</u> departamento psicológico.</p> <p><u>R.materiales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Inventario de depresión de Beck (IBD)</li> <li>-agenda semanal</li> <li>- Hoja de registro individual del cumplimiento de las tareas a casa.</li> <li>- Material didáctico (diapositivas de las técnicas a aplicar)</li> <li>- Registro diario de pensamientos distorsionados <ul style="list-style-type: none"> <li>- registro de actividades diarias.(técnicas de dominio y agrado)</li> </ul> </li> <li>- Registro individual y grupal del resultado de la aplicación de las diferentes técnicas.</li> </ul>	TERAPEUTA	

	Cuadro 15 (cont.).			- hoja de resumen grupal de las preguntas generales con respecto a la finalización de la terapia (expectativas, preocupaciones, sugerencias).		
5	<b>Evaluación de la propuesta.</b>	Evaluar la efectividad de la propuesta aplicada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Re-test (Test de Zung) a los estudiantes para determinar si han disminuido los síntomas depresivos.</li> <li>- guía de entrevista estructurada a cada alumno para comprobar el avance del tratamiento.</li> <li>- Se realizará una entrevista mensual con las personas encargadas del cuidado del alumno, para obtener información acerca de la conducta del estudiante.</li> <li>- Se pedirá un informe de la junta de curso trimestral, a los docentes dirigentes del curso respectivo de cada alumno que se encuentre en tratamiento.</li> <li>- Se tendrá fichas de seguimiento de cada alumno, y sus representantes, una vez concluida la terapia, donde consten los avances o retrocesos del proceso, así como la prescripción.</li> </ul>	<p><u>R.humanos:</u> Estudiantes Investigadora</p> <p><u>R.físicos:</u> Departamento psicológico.</p> <p><u>R.materiales</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Test de Zung</li> <li>-Guía de entrevista estructurada.</li> <li>- informe de la junta de curso.</li> <li>- fichas de seguimiento.</li> <li>- encuesta dirigida al equipo técnico.</li> </ul>	DOBE	TERAPEUTA
						A partir de la cuarta semana de julio.

	Cuadro 15 (cont.).		- Re realizará una encuesta predeterminada para el equipo técnico, para evaluar la propuesta.			
<b>6</b>	<b>Seguimiento</b>	Tener un registro constante de los logros o fracasos del paciente una vez culminada la terapia.	Hacer un seguimiento constante del paciente a través de entrevistas con su/sus representantes, docentes, y entrevista individual con el paciente, con su respectiva prescripción.	<u>R.humanos:</u> estudiantes investigadora <u>R.físicos:</u> departamento psicológico. <u>R.materiales</u> Hoja de seguimiento.	DOBE  TERAPEUTA	En periodos de 1 mes-3meses, 6meses, 12meses.

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora





## 7.- Administración de la Propuesta

### *Recursos:*

#### *7.1 Humanos*

**Cuadro #17**

<b>RECURSO</b>	<b>Nº</b>	<b>HORAS DE TRABAJO</b>	<b>VALOR POR HORA</b>	<b>VALOR DEL RECURSO</b>
Investigadora	1	400	0,00	0,00
Psicóloga clínica	1	100	0,00	0,00
Estudiantes	55	30	0,00	0,00
Inspectores	2	15	0,00	0,00
<b>TOTAL</b>	<b>59</b>			<b>0,00</b>

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora

#### *7.2 Físicos e Institucionales*

**Cuadro #18**

<b>Recurso</b>	<b>Nº</b>	<b>Valor unitario</b>	<b>Valor total</b>	<b>Valor /recurso</b>
Oficina	1	-----	-----	-----
Aulas	2	-----	-----	-----
<b>TOTAL</b>				-----

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora

### 7.3 Materiales

**Cuadro #19**

Recursos	Nº	Valor unitario	Valor total	Valor /recurso
INSTRUMENTOS PSICOLOGICOS: Test. Escalas Cuestionarios Fichas de seguimiento, Guías de entrevista, Historia clínicas, Registros		0,02	Total (copias) 600	\$120
Manuales.(C.W.D)				
<b>TOTAL</b>				<b>\$120</b>

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora

### 7.4. De Escritorio

**Cuadro #20**

Recurso	Nº	valor	Nº de actividades	Valor/ actividades
Computadora	1	\$0,80 la hora	60 horas	\$48,00
Impresiones	1	\$ 0,10 c/u	100 hojas	\$ 10,00
Papel	1	\$ 0,01	200 hojas	\$2,00
Perforadora y engrapadora	1	\$ 2,00c/u	1 de c/u	\$ 4,00
Esferos y lápices	1	\$0,45 c/u	10 Esferos y 10 lápices	\$ 9,00
Marcadores	1	\$ 0,50 c/u	10	\$ 5,00
Cartulinas	1	\$ 0,10 c/u	55	\$ 5,50
Calculadora	1	\$ 3,00 c/u	1	\$3,00
carpetas	1	\$0,25 c/u	55	\$13,75
<b>Total</b>				<b>\$100,25</b>

**Fuente:** investigadora

**Elaboración:** investigadora

#### 7.4 Otros Recursos

**Cuadro #21**

Recurso	Nº	Costo unitario	Valor total	Valor/recurso
Refrigerio	65	\$ 1,00	\$ 65,00	\$ 65,00
Transporte	400	\$ 0,20	\$ 40	\$ 80,00
Comunicación	15	\$ 3,00	\$ 45	\$ 45,00
Otros	-----	-----	\$ 30	\$ 30,00
Total				<b>\$ 220</b>

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora

#### 7.6 Presupuesto Requerido

**Cuadro #22**

Nº	Recursos	Valor
1.	Humanos	\$ 000
2.	Físicos o institucionales	\$ 0,00
3.	Materiales	\$120,00
4.	Escritorio	\$100,25
5.	Otros	\$220,00
	subtotal	\$ 440,25
	10% imprevisto	\$ 44,025
	<b>Total</b>	<b>\$ 484,27</b>

Fuente: investigadora

Elaboración: investigadora

## **8.- Plan de Monitoreo y Evaluación de la Propuesta**

La evaluación de la eficacia de la presente propuesta se realizará de manera continua, acorde a las actividades o etapas previstas en el cronograma, se va a tomar en cuenta ciertos aspectos que contribuirán al mejor desarrollo de la propuesta, como son: disponibilidad de tiempo de la familia y del estudiante, colaboración por parte del equipo técnico encargado (departamento de inspección, DOBE), esto se lo realizará a través de las siguientes acciones:

- A la mitad y al final de la terapia se realizará un re-test (Test de Zung) a los estudiantes para determinar si han disminuido los síntomas depresivos.
- Al final de la terapia se realizará una guía de entrevista estructurada a cada alumno para comprobar el avance del tratamiento.
- Se realizará una entrevista mensual con las personas encargadas del cuidado del alumno, para obtener información acerca de la conducta del estudiante.
- Se pedirá un informe de la junta de curso trimestral, a los docentes dirigentes del curso respectivo de cada alumno que se encuentre en tratamiento.
- Se tendrá fichas de seguimiento de cada alumno, y sus representantes, una vez concluida la terapia, donde consten los avances o retrocesos del proceso, así como la prescripción.
- Se realizará una encuesta predeterminada para el equipo técnico, para evaluar la propuesta.

# **ANEXOS**

ANEXO N° 1

UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO

(ENCUESTA)

Dirigido a los estudiantes hijos de padres migrantes del Colegio técnico Popular “Leonardo Murialdo”

**Datos informativos**

Entrevistado.....

Entrevistadora.....

Lugar y fecha de aplicación.....

**Objeto de estudio:**

Determinar niveles de Depresión (leve, moderado, grave) en los estudiantes producto de la migración de los padres.

**Preguntas:**

**1. Señale que miembro de su familia ha migrado.**

- padre

- madre

-ambos

**2. Señale hace cuanto tiempo se produjo la migración de su/sus padres.**

1-6 meses

6-12 meses

1-5 años

5 años o más

**3. Señale el tipo de migración**

**INTERNA**

Rural-rural

Urbana-Urbana

Rural-Urbana

Urbana-rural

**EXTERNA**

Estados Unidos

España

Italia

Otros

**4.¿Cuales fueron las causas para que sus padres migraran?**

- Situación Económica
- Estudios
- Problemas Familiares
- Problemas legales
- Otros

**5. Señale: si luego de la partida de su/sus padres cuantas veces ha vuelto a reencontrarse con él/ella/ellos?**

- 1-5 veces
- 5 veces o más
- Nunca

**6. Señale a través de qué se da la comunicación con su/sus padres:**

- Internet  Vía telefónica  cartas  terceras personas  otros

**7.Subraye: que tipos de cambios importantes se produjeron en usted a raíz de la partida de su/sus padres:**

**Emocionales** (ejemplo tristeza, abatimiento, pesadumbre, infelicidad, sensación de vacío, ansiedad)

**Conductuales** (disminución en la capacidad de disfrute, abandono laboral, estudios, retardo psicomotor)

**Físicos** (insomnio, fatiga, pérdida de peso, disminución del deseo sexual, molestias corporales)

**Interpersonales** (problemas familiares, escolares, laborales)

**Cognitivos** (alteración de la memoria, atención y concentración)

**Otros: especifique;**( ..... )

**8.señale el tiempo de la duración de los cambios que experimentó a partir de la migración de su/sus padres.**

- 1-4 semanas
- 1-6 meses
- 6-12 meses
- 1 año o más



**ANEXO N° 2**

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO**

**(ESCALA AUTOAPLICADA PARA LA MEDIDA DE LA DEPRESIÓN DE ZUNG Y CONDE)**

**Cuestionario dirigido a los estudiantes hijos de padres migrantes de 1ro-6to cursos del Colegio Técnico Popular “Leonardo Murialdo”.**

**Objetivo:**

Identificar el nivel de depresión que presenta el estudiante (Leve, moderado, o grave)

**Instrucciones:** A continuación se expresan varias respuestas posibles a cada uno de los 20 apartados. Detrás de cada frase marque Con una cruz la casilla que mejor refleje su situación actual.

**A:** Muy poco tiempo, muy pocas veces, raramente

**B:** Algún tiempo, algunas veces, de vez en cuando

**C:** Gran parte del tiempo, muchas veces, frecuentemente

**D:** Casi siempre, siempre, casi todo el tiempo

**CUESTIONARIO**

Me siento triste y deprimido

Por las mañanas me siento mejor que por las tardes

Frecuentemente tengo ganas de llorar y a veces lloro

Me cuesta mucho dormir o duermo mal por la noche

Ahora tengo tanto apetito como antes

Todavía me siento atraído por el sexo opuesto

Creo que estoy adelgazando

Estoy estreñado

Tengo palpitaciones

Me canso por cualquier cosa

Mi cabeza está tan despejada como antes

Hago las cosas con la misma facilidad que antes

Me siento agitado e intranquilo y no puedo estar quieto

Tengo esperanza y confianza en el futuro

A	B	C	D

Me siento más irritable que habitualmente

Encuentro fácil tomar decisiones

Me creo útil y necesario para la gente

Encuentro agradable vivir, mi vida es plena

Creo que sería mejor para los demás si me muriera

Me gustan las mismas cosas que habitualmente me agradaban

<b>PUNTUACION BRUTA</b>				
<b>INDICE SDA</b>				

### GRACIAS POR SU COLABORACION

<b>INDICE DE SOS</b>	<b>Impresiones Clínicas Equivalentes Globales</b>
<b>Debajo de 50</b>	<b>Dentro de lo normal sin Psicopatología</b>
<b>50-59</b>	<b>Presencia de depresión mínima o ligera</b>
<b>60-69</b>	<b>Presencia de depresión moderada o marcada</b>
<b>70 o mas</b>	<b>Presencia de depresión severa o extrema</b>

<b>Conversión de la puntuación Bruta a índice SDS</b>									
<b>Puntuación bruta</b>	<b>Índice SDS</b>	<b>Puntuación bruta</b>	<b>Índice SDS</b>	<b>Puntuación bruta</b>	<b>Índice SDS</b>	<b>Puntuación bruta</b>	<b>Índice SDS</b>	<b>Puntuación bruta</b>	<b>Índice SDS</b>
20	26	32	40	44	55	56	70	68	85
21	25	33	41	45	56	57	71	69	86
22	28	34	43	46	58	58	73	70	88
23	29	35	44	47	59	58	74	71	89
24	30	36	45	48	60	60	75	72	90
25	31	37	46	49	61	61	76	73	91
26	33	38	48	50	63	62	78	74	92
27	34	39	49	51	64	63	79	75	94
28	35	40	50	52	65	64	80	76	95
29	36	41	51	53	66	65	81	77	96
30	38	42	53	54	68	66	83	78	98
31	39	43	54	55	69	67	84	79	99
							80		100

**ANEXO No 3**

**UNIVERSIDAD TECNICA DE AMBATO  
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD  
CARRERA PSICOLOGIA CLINICA  
(HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA)**

**1. DATOS DE IDENTIFICACION**

NOMBRE.....  
LUGAR Y FECHA DE  
NACIMIENTO.....  
EDAD.....SEXO.....ESTADO CIVIL.....  
# DE HIJOS.....INSTRUCCIÓN.....PROFESION.....  
OCUPACION.....RESIDENCIA.....

**2. CONDICIONES DE HOSPITALIZACION**

.....  
.....  
.....

**3. MOTIVO DE CONSULTA**

.....  
.....  
.....

**4. ENFERMEDAD ACTUAL**

.....  
.....  
.....

**5. HISTORIA PASADA DE LA ENFERMEDAD**

.....  
.....  
.....  
.....

**6. PSICOANAMNESIS PERSONAL NORMAL O PATOLOGICA**

.....  
.....  
.....

NATAL.....  
.....  
.....

INFANCIA.....  
.....

PUBERTAD.....  
.....

ADOLESCENCIA.....  
.....

JUVENTUD.....  
.....

MADUREZ.....  
.....

**7. PSICOANAMNESIS FAMILIAR NORMAL Y PATOLOGICA**

.....  
.....

**8. HISTORIA SOCIAL**

.....  
.....

**9. HISTORIA LABORAL**

.....  
.....

**10. HISTORIA PSICOSEXUAL**

.....  
.....

**11. EXAMENES DE FUNCIONES PSICOLOGICAS**

CONCIENCIA.....

ATENCION.....

SENCOPERCEPCIONES.....

MEMORIA.....

AFECTIVIDAD.....

INTELIGENCIA.....

PENSAMIENTO.....

VOLUNTAD.....

INSTINTOS.....

HABITOS.....

JUICIO Y  
RAZONAMIENTO.....

**12. DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**

.....  
.....

**13. EXAMENES PSICOLOGICOS**

.....  
.....

**14. EXAMENES COMPLEMENTARIOS**

.....  
.....

**15. PSICOANAMNESIS ESPECIAL**

.....  
.....

**16. DIAGNOSTICO DIFERENCIAL**

.....  
.....

**17. DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

.....  
.....

**18. PRONOSTICO**

.....  
.....

**19. RECOMENDACIONES**

.....  
.....

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TUTOR

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL ESTUDIANTE

## ANEXO #4

### FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El trabajo de investigación está sustentado en el Código Penal que dice:

Del tráfico ilegal de migrantes

**Art. (440.2.1) Sanciones por tráfico ilegal de migrantes:** el que por medios ilegales, promueva, facilite, induzca, financie, colabore, participe o ayude a la migración de personas, nacionales o extranjeras desde el territorio del Estado Ecuatoriano hacia otros países, siempre que ello no constituya infracción más grave, será reprimido con la pena de reclusión mayor de 4 a 8 años y multa de 20 a cuarenta remuneraciones básicas unificadas.

Igual sanción se impondrá a los encargados de la protección y custodia de los niños, niñas y adolescentes, sean estos: padre o madre, abuelos, tíos, hermanos o tutores o cualquier otra persona que facilite de cualquier modo la ejecución de este ilícito.

El juez competente ordenara la aprehensión e incautación inmediata del transporte clandestino utilizado, cuando accidentado el mismo, resultaren personas muertas o lesionadas, debiéndose destinar el producto del remate del mismo en la forma prevista en el artículo 186 del Código de Procedimiento Penal.

Por los delitos concurrentes a la infracción de tráfico ilegal de emigrantes se establecerá una acumulación de penas de hasta un máximo de 25 años de reclusión mayor especial.

Cuando los actos de ejecución del delito del tráfico de emigrantes produjera la muerte del emigrante, los culpables serán reprimidos con reclusión mayor extraordinaria de 12 a 16 años y si se produjeran lesiones previstas en los artículos 465, 466, 467, de este código los culpables serán sancionados con la pena máxima de reclusión mayor extraordinaria de 8 a 12 años.

Se considerara circunstancia agravante el hecho de haber conocido o de que sea algo evidente que el medio de transporte que utilizaba para el transporte de los emigrantes se encontraba en malas condiciones de uso o no tenga la suficiente capacidad para el número de personas que transportaba.

Con la misma pena se sancionara a los dueños de los vehículos de transporte aéreos, marítimos o terrestres y a las personas que sean parte de la tripulación o encargados de la operación y conducción, cuando se estableciere su conocimiento y participación en el ilícito

Las víctimas que den a conocer la identidad de los involucrados en le cometimiento de este ilícito serán protegidos por la autoridad respectiva.....

Conforme a lo estipulado en la ley de Migración Ecuatoriana queda determinada en los artículos: **Delitos, contravenciones y penas**

**Art. 37.-** La acción penal se ejercerá en la forma prevista en el Código de Procedimiento Penal para las infracciones de acción pública de instancia oficial. Constituyen delitos que serán reprimidos con prisión de seis meses a tres años y

multa de cuatrocientos a cuatro mil dólares de los Estados Unidos de América, los siguientes:

I.- El extranjero que habiendo sido excluido o deportado del territorio ecuatoriano, ingrese o pretenda ingresar nuevamente al país sin la autorización prevista en el artículo dieciséis de esta Ley;

II.- La persona que llene, suscriba, emita u obtenga una visa, pasaporte o cualquier documentación migratoria, en forma arbitraria, con información falsa o bajo protesta indebida de la nacionalidad ecuatoriana;

III.- La persona que por cuenta propia o ajena, aconseje, transporte o introduzca furtivamente o con fraude a extranjeros al territorio nacional o les conceda trabajo con violación de las normas legales y reglamentarias de extranjería; y,

IV.- Quienes por sí o por interpuesta persona, proporcionaren documentación de viaje a favor de ecuatorianos que pretendan permanecer y trabajar en otro país, con fraude u omitiendo la autorización específica de salida del país que con dicho objeto concede el Servicio de Migración de la Policía Nacional, serán reprimidos con reclusión menor ordinaria de tres a seis años, siempre que dicha conducta no constituya el delito de falsificación u otro mayor, en cuyo caso se estará a lo dispuesto para el efecto en el Capítulo III del Título IV del Código Penal.

Los valores que se hubieran entregado por dicho concepto deberán ser restituidos y las obligaciones contraídas serán nulas, sin perjuicio de la acción por daños y perjuicios a que hubiere lugar.

**Art. 38.-** En la forma que se ejerce la acción penal pública para las infracciones que constituyen contravenciones de policía de cuarta clase, será reprimida con multa de doscientos a dos mil dólares de los Estados Unidos de América, la persona cuya acción u omisión quebrante las obligaciones, deberes o responsabilidades que le imponen las normas legales y reglamentarias de extranjería o migración, en materia que no constituya delito o que dichas leyes no sancionen con otra pena.

## **CODIGO DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA**

### **LIBRO PRIMERO**

#### **LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES COMO SUJETOS DE DERECHOS**

**Art. 1.-** Finalidad.- Este Código dispone sobre la protección integral que el Estado, la sociedad y la familia deben garantizar a todos los niños, niñas y adolescentes que viven en el Ecuador, con el fin de lograr su desarrollo integral y el disfrute pleno de sus derechos, en un marco de libertad, dignidad y equidad.

Para este efecto, regula el goce y ejercicio de los derechos, deberes y responsabilidades de los niños, niñas y adolescentes y los medios para hacerlos efectivos, garantizarlos y protegerlos, conforme al principio del interés superior de la niñez y adolescencia y a la doctrina de protección integral.

**Art. 2.-** Sujetos protegidos.- Las normas del presente Código son aplicables a todo ser humano, desde su concepción hasta que cumpla dieciocho años de edad. Por excepción, protege a personas que han cumplido dicha edad, en los casos expresamente contemplados en este código.

**Art. 8.-** Corresponsabilidad del Estado, la sociedad y la familia.- Es deber del Estado, la sociedad y la familia, dentro de sus respectivos ámbitos, adoptar las medidas políticas, administrativas, económicas, legislativas, sociales y jurídicas que sean necesarias para la plena vigencia, ejercicio efectivo, garantía, protección y exigibilidad de la totalidad de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El Estado y la sociedad formularán y aplicarán políticas públicas sociales y económicas; y destinarán recursos económicos suficientes, en forma estable, permanente y oportuna.

**Art. 9.-** Función básica de la familia.- La ley reconoce y protege a la familia como el espacio natural y fundamental para el desarrollo integral del niño, niña y adolescente.

Corresponde prioritariamente al padre y a la madre, la responsabilidad compartida del respeto, protección y cuidado de los hijos y la promoción, respeto y exigibilidad de sus derechos.

**Art. 22.-** Derecho a tener una familia y a la convivencia familiar.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a vivir y desarrollarse en su familia biológica. El Estado, la sociedad y la familia deben adoptar prioritariamente medidas apropiadas que permitan su permanencia en dicha familia. Excepcionalmente, cuando aquello sea imposible o contrario a su interés superior, los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a otra familia, de conformidad con la ley. En todos los casos, la familia debe proporcionarles un clima de afecto y comprensión que permita el respeto de sus derechos y su desarrollo integral.

El acogimiento institucional, el internamiento preventivo, la privación de libertad o cualquier otra solución que los distraiga del medio familiar, debe aplicarse como última y excepcional medida deber del Estado frente a la familia.- El Estado tiene el deber prioritario de definir y ejecutar políticas, planes y programas que apoyen a la familia para cumplir con las responsabilidades especificadas en el artículo anterior.



**Art. 27.-** Derecho a la salud.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a disfrutar del más alto nivel de salud física, mental, psicológica y sexual.

**Art. 29.-** Obligaciones de los progenitores.- Corresponde a los progenitores y demás personas encargadas del cuidado de los niños, niñas y adolescentes, brindar la atención de salud que esté a su alcance y asegurar el cumplimiento de las prescripciones, controles y disposiciones médicas y de salubridad.

**Art. 50.-** Derecho a la integridad personal.- Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a que se respete su integridad personal, física, psicológica, cultural, afectiva y sexual. No podrán ser sometidos a torturas, tratos crueles y degradantes.

## BIBLIOGRAFIA

1. ACHOTEGUI. (2000, 2002). [El Duelo Migratorio](http://www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-132-6-el-duelo-migratorio.html). Jano. Psiquiatría y humanidades. N°2. La depresión en los inmigrantes.  
[www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-132-6-el-duelo-migratorio.html](http://www.psicologiacientifica.com/.../psicologia-132-6-el-duelo-migratorio.html)
2. AGUILERA, Carreño.- JUAREZ. (Julio-Diciembre 2004). La emigración del adulto como factor de riesgo en la autoestima de los adolescentes. Enseñanza e Investigación en Psicología vol. 12, núm.2: 359-366  
[www.cneip.org/revista/CNEIP\\_12-2/olivazarate.pdf](http://www.cneip.org/revista/CNEIP_12-2/olivazarate.pdf).
3. AGUILERA, de Snyder. - ROMERO y MEDINA –Mora. (2009). La Migración Internacional.  
[onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2010.00715.x/full](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1741-3737.2010.00715.x/full).
4. AGUILAR, Cristina. (2008). La migración de los padres incide en el autoestima en los estudiantes del colegio Técnico Popular Leonardo Murialdo. Trabajo de Graduación.
5. ALDERETE. (1999). [Salud mental en migrantes](http://www.conductitlan.net/salud_mental_en_migrantes.html).  
[www.conductitlan.net/salud\\_mental\\_en\\_migrantes.html](http://www.conductitlan.net/salud_mental_en_migrantes.html)
6. BECK, Aaron. T, RUSH, John, SHAW, Brian, EMERY, Gary (1979), Terapia Cognitiva de la Depresión. 17<sup>a</sup> Edición. Biblioteca de Psicología, Editorial DESCLEE DE BROUWNER, S.A.
7. BECK, Aaron T. (1972), La Depresión: Causas y Tratamiento. Phila: Prensa de la Universidad de Pennsylvania.
8. BECK, Aaron T. (2006). Terapia Cognitiva de los Desórdenes Emocionales. NEW YORK: Prensa de Universidades Internacionales.
9. BECK. (1963,1964, 1967). El modelo cognitivo de la depresión.
10. BOLETIN DE PEDIATRIA. (2004). [Impacto de la migración en la salud infantil](http://www.sccalp.org/boletin/189/BolPediatr2004_44_137-149.pdf) provincia de Tungurahua.  
[www.sccalp.org/boletin/189/BolPediatr2004\\_44\\_137-149.pdf](http://www.sccalp.org/boletin/189/BolPediatr2004_44_137-149.pdf) -
11. CEPAL y GONZÁLEZ, Felipe. (2006). Migración y gobierno: Atención a migrantes internacionales en el estado de México. Gaceta Laboral., vol.15, no.3. <<http://www.scielo.org.ve/scielo.php>.

12. DSM IV TR “MANUAL DIAGNOSTICO Y ESTADISTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES” SA. Texto revisado. Barcelona: Masson. ISBN 978-84-458-1087-3.  
[www.librosaulamagna.com/.../DSM-IV-TR.-Manual-diagnostico-y-estadístico...IV.../6379](http://www.librosaulamagna.com/.../DSM-IV-TR.-Manual-diagnostico-y-estadístico...IV.../6379) -
13. Diccionario de la lengua española. (2005). © Espasa-Calpe.
14. DE LEON SIANTZ. (1990).salud mental en migrantes.  
[www.conductitlan.net/salud\\_mental\\_en\\_migrantes.html](http://www.conductitlan.net/salud_mental_en_migrantes.html)
15. GARCÉS, Mery. (Marzo-Agosto 2007). La migración de los padres de familia y su relación con el bajo rendimiento escolar en los estudiantes de la escuela fiscal mixta Honduras en la ciudad de Ambato. Trabajo de graduación.
16. GRINBERG, L.R (1980.)R. Identidad y cambio. Ed. Piados. Psicología profunda. Barcelona.  
[books.google.com/books?isbn=8426709710](https://books.google.com/books?isbn=8426709710)
17. GUTIÉRREZ, Ayudo J. L. (1980). Historia de la melancolía y la depresión. Madrid: Turner. Ayudo Gutiérrez, J. L. (1980). Trastornos afectivos. En J. L. Rivera y otros. Manual de psiquiatría. [es.wikipedia.org/wiki/Depresión](http://es.wikipedia.org/wiki/Depresión)
18. HERNANDEZ. – POOT. (2001). [La Emigración del Adulto como factor de Riesgo en la Autoestima de los adolescentes.](#)  
[www.cneip.org/revista/CNEIP\\_12-2/olivazarate.pdf](http://www.cneip.org/revista/CNEIP_12-2/olivazarate.pdf).
19. HERRERA, Luis, MEDINA, F. Arnoldo, NARANJO, L. Galo. (2004). Tutoría de la Investigación Científica. Ed. Játiva p. baja. Quito-Ecuador.
20. HIDALGO, Ildis. (2006) "Migraciones: un juego con cartas marcadas. Quito: Ediciones Abya-Yala; ILDIS-FES, PMCD.  
[www.flacsoandes.org/.../6901.Sistematizacion\\_Bibliografica\\_Migracion\\_Ecuador.doc](http://www.flacsoandes.org/.../6901.Sistematizacion_Bibliografica_Migracion_Ecuador.doc) -
21. INEC. (2001).Estadísticas de la migración en Ecuador. Proyecciones de Población por provincias, cantones, áreas y grupos de edad.  
[www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/.../pob\\_vivienda](http://www.inec.gov.ec/web/guest/publicaciones/.../pob_vivienda).
22. KUPERSMIDT. (1997). [Migración, Salud Mental y Disfunción Familiar I](#)  
[www.conductitlan.net/31\\_migracion\\_salud\\_mental\\_disfuncion\\_familiar.pdf](http://www.conductitlan.net/31_migracion_salud_mental_disfuncion_familiar.pdf)

23. LAZARUS. – FOLKMAN. (1980). [Estrés y adaptación.](http://perso.wanadoo.es/.../apunt_psicolog_salud_6.htm)  
perso.wanadoo.es/.../apunt\_psicolog\_salud\_6.htm
24. MANCHENO, Mónica. (Marzo 2010). [Ecuador: efectos de la emigración en los resultados educativos.](http://www.historia-actual.org/Publicaciones/index.php/haol/article/.../466/375)  
www.historia-actual.org/Publicaciones/index.php/haol/article/.../466/375
25. MARÍN, Leticia y FLORES, Marisol. (2005). Sistema Cognitivo y nivel de Depresión en inmigrantes Latinoamericanos residentes en Italia.  
[www.uaemex.mx/img/docs/Programa\\_Congreso\\_Migracion.pdf](http://www.uaemex.mx/img/docs/Programa_Congreso_Migracion.pdf).
26. MARTÍNEZ, Otero. (2007). La buena educación, reflexiones y propuestas de psicopedagogía humanista. Profesor Universitario y Doctor en Psicología y en Pedagogía. Editorial del Hombre ANTHROPOS.  
[www.casadellibro.com/.../martinez-otero.../martinez5otero32valentin](http://www.casadellibro.com/.../martinez-otero.../martinez5otero32valentin)
27. MENGO, Renee Isabel. (2002) Migraciones en la Era global Latinoamericanos hacia Estados Unidos de Norteamérica.  
rcci.net/globalización/2008/fg792.htm
28. MENA, Jimmy. (2007-2008). La depresión ocasionada por la migración de los padres en los estudiantes del instituto Tecnológico Rumiñahui en Ambato. Trabajo de graduación.
29. MERCHAN, Cecilia. (2004). Ecuador: Diversidad en Migración. Departamento Español, Universidad de Ohio.  
[www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID...](http://www.migrationinformation.org/Profiles/display.cfm?ID...)
30. MOREIRA, (2004). Efectos de la migración en la familia.  
[www.cneip.org/revista/CNEIP\\_12-2/olivazarate.pdf](http://www.cneip.org/revista/CNEIP_12-2/olivazarate.pdf)
31. MOREIRA, María Elena. (Mayo-Abril 2007). Consecuencias de la Migración, Ministerio de. Relaciones Exteriores. Pág. 14-19.  
dspace.ups.edu.ec/.../664/7/CONCLUSIONES\_RECOMENDACIONES.pdf
32. NAVAS, Montero Cristina Elizabeth. (Mayo-Agosto 2005”). Problemas socio afectivos relacionados con la migración familiar en los niños de 2 a 3 años del Centro de cuidado Infantil Bethel de la Península. Trabajo de graduación.
33. OIM. (2003), La Migración Mundial. Gestión de la Migración. Migrantes internacionales a nivel mundial.  
[www.conapo.gob.mx/mig\\_int/s2008/pdfs/01.pdf](http://www.conapo.gob.mx/mig_int/s2008/pdfs/01.pdf)

34. OIM. (2003). LEAH D. Adams (Septiembre 2008). Unesco. El impacto global de la migración en la educación de los hijos.  
[www.ecdgroup.com/docs/lib\\_005931816.pdf](http://www.ecdgroup.com/docs/lib_005931816.pdf).
35. OMS. (2005), La migración y sus afecciones en la salud integral. Salud mental y migración, una propuesta binacional (Marzo 2006).  
[www.scielosp.org/pdf/spm/v52n5/a10v52n5.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/spm/v52n5/a10v52n5.pdf)
36. PAMBI, Carlos. (mayo 2005). Tragedia en una familia migrante.  
[www.eluniverso.com/2005/.../553A08E31F24493386A505F92322A92F.html](http://www.eluniverso.com/2005/.../553A08E31F24493386A505F92322A92F.html)
37. PNUD. (4 de noviembre de 2010). "Ecuador en cifras".  
[www.pnud.org.ec/documentos2010/UNDAF.pdf](http://www.pnud.org.ec/documentos2010/UNDAF.pdf)
38. PRATT, Fairchild, Henry. (1999.) "Fondo de cultura económica." [Diccionario Electoral 2006 CD](#).  
[diccionario.inep.org/BIBLIOGRAFIA.html](http://diccionario.inep.org/BIBLIOGRAFIA.html)
39. PRATT Fairchild, H. (1997). Migración internacional, derechos humanos y desarrollo en América latina y el Caribe.  
[biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/16685/.../Emigrar\\_para\\_volver.pdf](http://biblioteca.hegoa.ehu.es/system/ebooks/16685/.../Emigrar_para_volver.pdf)
40. REVISTA DIGITAL UNIVERSITARIA. (10 de noviembre 2005) Vol. 6. Numero 11. Publicación mensua. PREMIO "El Yelmo de Mambrino 2005"  
[www.revista.unam.mx/index\\_nov05.html](http://www.revista.unam.mx/index_nov05.html)
41. SALUD MENTAL Y MIGRACIÓN, Una propuesta binacional. (Marzo 2006).  
[www.ucop.edu/hia/documents/saludmental\\_y\\_migracion.pdf](http://www.ucop.edu/hia/documents/saludmental_y_migracion.pdf)
42. SANCHEZ, Lozada, José Luis. (Noviembre 2007- Abril 2009). La depresión como factor de riesgo de los intentos de suicidio en mujeres adultas atendidas en el área de Clínica mujeres del Hospital Docente Ambato. Trabajo de graduación.
43. SIEMPRO, (Sistema de Información, Monitoreo y Evaluación de Programas Sociales). (2005). [www.siempro.gov.ar](http://www.siempro.gov.ar)
44. SHARP, Merck & DOHME, de España. (2008) Trastornos del Estado de ánimo. Concurso de cortometrajes SNCFILM 2008 agencia: ADDING CDM Barcelona. [www.premiosaspid.net/mx/archivo/search?q=video](http://www.premiosaspid.net/mx/archivo/search?q=video)
45. SHIN. (1999) - HOVEY. (2000), [La Depresión en los Inmigrantes Extracomunitarios](#).  
[s328596023.mialojamiento.es/.../LA\\_DEPRESION\\_EN\\_LOS\\_INMIGRANTES\\_EXTRACOMUNITARIOS](http://s328596023.mialojamiento.es/.../LA_DEPRESION_EN_LOS_INMIGRANTES_EXTRACOMUNITARIOS)

46. TECNOCIENCIAS. (Julio 2005). [www.biotech.bioetica.org/clase7-4.htm](http://www.biotech.bioetica.org/clase7-4.htm)
47. UTRILLA, M. (1985). La familia. ¿Son los padres culpables?. Editorial Narcea.  
[www.monografias.com](http://www.monografias.com) > Educación
48. VALDÉS. - FLORES, (1990). Impacto emocional y cambios inmunológicos en la depresión.  
[perso.wanadoo.es/.../apunt\\_psicolog\\_salud\\_6.htm](http://perso.wanadoo.es/.../apunt_psicolog_salud_6.htm).
49. WEISMAN. (2003) Indicadores de modalidad de afrontamiento y vulnerabilidad al estrés.  
[www.psiquiatria.com/imgdb/archivo\\_doc9020.pdf](http://www.psiquiatria.com/imgdb/archivo_doc9020.pdf)
50. ZACHARIA. - CONDÉ, (1981). Las relaciones entre las migraciones internas y las migraciones externas.  
[www.unesco.org/issj/rics157/adepojuspa.html](http://www.unesco.org/issj/rics157/adepojuspa.html) -