

Discapacidad visual como causa de depresión en adolescentes

Estévez Alarcón, Jorge Antonio

2017

<http://hdl.handle.net/20.500.11777/3969>

<http://repositorio.iberopuebla.mx/licencia.pdf>

Discapacidad visual como causa de depresión en adolescentes



Fotografía: Intervención Rúbricas/PB Elena Pérez Melgarejo

✎ **Jorge Antonio Estévez Alarcón, Elizabeth Paulina Ortiz Vázquez, Cyntia Elizabeth Ticante Calderón.** Alumnos de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana Puebla. **Erika Cruz Torres.** Licenciada en Psicología. Maestra en desarrollo económico y cooperación internacional. Ha trabajado en prevención de violencia. Involucrada en temas de desarrollo humano y comunitario. Actualmente coordina la Maestría en Desarrollo Humano, en la Universidad Iberoamericana Puebla.

Resumen

El presente trabajo atiende a la discapacidad visual como una de las causas que pueden desencadenar en depresión, identificando los aspectos negativos implícitos que podrían generar repercusiones emocionales vinculadas a los cuadros depresivos.

Para el sustento teórico de este trabajo se empleó la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1942), para abordar de mejor manera el aspecto emocional en personas con debilidad visual que recaen en este trastorno afectivo. Se hizo uso también de datos estadísticos para identificar la prevalencia de ambos aspectos y reconocer la importancia del tema por su densidad.

Una segunda intención de este trabajo es conocer los elementos y actitudes que han desarrollado ciertas personas con discapacidad visual para adaptarse a la nueva situación y seguir activos en su entorno, con la finalidad de desarrollar marcos de referencia para prevenir la depresión.

Palabras clave: discapacidad visual, depresión, adolescentes, adaptación, prevención.

Planteamiento del problema

Atender las causas de la depresión resulta importante al buscar un tratamiento preventivo y de acción para aquellos que se encuentran propensos a caer en un cuadro depresivo cuando una enfermedad repentina y prevalente recae sobre ellos y tienen que enfrentarse con todos los tratamientos implícitos en ésta. En los años recientes la depresión ha sido catalogada como uno de los problemas que más sufrimiento causa y que en distintos grados afecta a un porcentaje muy alto de la población sin diferencia de género, edad y nivel socioeconómico (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2003). En 2015, la Organización Mundial de la Salud dio a conocer un estudio sobre la depresión, realizado en el ámbito mundial; en él se expuso que aproximadamente 350 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad, que afecta principalmente a las mujeres (OMS, 2016).

Los datos recogidos por diferentes instituciones de salud, como el Ministerio Mundial de la Salud (España), refiriéndose a estadísticas de la Organización Mundial de la Salud (2015) sobre la prevalencia global de los trastornos mentales en el contexto mundial, revelan que aproximadamente 851 millones de personas sufren de este tipo de trastornos, dentro de los cuales se incluye la depresión como trastorno afectivo (OMS, 2015).

En este sentido, los problemas de salud mental constituyen alrededor de 15% de la carga mundial de enfermedad. También se señala, a través de los datos del Banco Mundial, que la depresión mayor representa un importante problema de salud mental, ya que se estima que para el año 2020 será la segunda causa de carga de enfermedad en el mundo, después de la enfermedad isquémica cardíaca, representando el 3.4% de la carga total de enfermedad (Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

Según datos de la Primera Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia (2008), las entidades mexicanas con mayores índices de depresión entre su población juvenil son: Veracruz, 60.6%; Puebla, 60.3%; el Estado de México, 60% y Oaxaca, 59.4% (*La Jornada*, 2016); estos porcentajes nos indican que Puebla ocupa el segundo lugar en la República mexicana con más altos índices de depresión en su población adolescente. Óscar Sánchez Guerrero, miembro de la Academia Mexicana de Pediatría (AMP) (*La Jornada de Oriente*, 2010), afirma que Puebla ocupa el sexto lugar en cuanto a una alta idea suicida en la población señalada.

En su texto “Depresión en la adolescencia”, el psiquiatra refirió que de acuerdo con la Primera Encuesta Nacional de Exclusión, Intolerancia y Violencia (2008), realizada en bachilleratos públicos, seis de cada diez poblados de entre 15 y 19 años padecen depresión, y quince de cada cien han pensado en quitarse la vida (Ibíd., 2010).

A su vez, se calcula que 10% de la población del estado de Puebla padece algún tipo de depresión, ya que diariamente se diagnostican entre diez y quince casos nuevos en personas que superan la mayoría de edad, y esto se da principalmente en la población femenina, señala el director de la Unidad de Salud Mental de la Secretaría de Salud, Jorge Gayosso (Admin., 2010).

Puede observarse que la depresión ha aumentado en volumen y posición dentro de los trastornos emocionales, afectando de forma significativa a los seres humanos y sus relaciones interpersonales, ya que trae consigo consecuencias graves. Esto ha sido registrado por las investigaciones de Cassano y Fava (2002), quienes afirman que aumenta el índice de suicidios y homicidios, las conductas de riesgo y el consumo de drogas. De igual manera, la depresión provoca que cada año se suiciden más de 800 mil personas, incluso con la existencia de tratamientos eficaces para atenderla (OMS, 2016), y el suicidio se convierte en la segunda causa de muerte en el mundo, comprendiendo principalmente a personas entre los 15 y 29 años de edad, rango de población donde se ubican también los estudiantes de bachillerato.

Al tomar en cuenta los factores que inciden en la depresión, la discapacidad visual adquirida es, sin duda, uno de ellos. Resulta un problema debido a que se trata de personas que han tenido experiencias sobre su visión, y al momento de tener una pérdida significativa de ella, sin importar la causa, sufren acontecimientos llenos de pérdidas que implican a su vez un cambio psicológico y emocional. Ante este hecho, Vinaccia y Orozco (2005), en su estudio sobre aspectos psicosociales asociados a la calidad de vida en personas con enfermedad crónica, afirman: “la respuesta al diagnóstico de una enfermedad crónica siempre tiene implicaciones psicológicas y sociales complejas”.

Hoffman (2000) nos recuerda que la visión constituye uno de los sentidos más importantes del ser humano, y que somos en esencia seres visuales y, por eso, toda persona posee el derecho innegable a la visión. La salud visual unida a la vitalidad de los seres humanos es un derecho individual y social (Hoffman, 2000, en Cabrera, Río, Hernández y Padilla, 2007).

Por otro lado, Malagón y Galán, en 2002, señalan que al prescindir de este derecho, el individuo pierde, en gran medida, el vínculo con su entorno y con las referencias espaciales implícitas en él, y, por tanto, la pérdida de la visión representa una de las mayores desgracias que puede tener una persona, así como para quienes la rodean (Malagón y Galán, 2002, en: Cabrera, Río, Hernández y Padilla, 2007).

Lo antes mencionado ayuda a evidenciar que la pérdida de la visión trae consigo una carga de implicaciones negativas no sólo sobre la salud, sino también en la autonomía, los anhelos, las relaciones, la apariencia, etcétera. En este

sentido, muchos aspectos de la salud mental se ponen en riesgo, lo cual nos lleva a relacionarla con la depresión.

Para Moguel (2010), la debilidad visual es una condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. Cuando se genera un daño se pierde la percepción correcta de las imágenes y esto impide tener una buena visión, lo cual daña física y psicológicamente a la persona.

Con respecto a los adolescentes, Suárez (2011) indica que es uno de los grupos que presenta mayor probabilidad de sufrir depresión, ya que en esa etapa de la vida se llevan a cabo procesos de cambios físico, psicológico, sociocultural y cognitivo, que demandan de los jóvenes el desarrollo de estrategias de afrontamiento que les permitan establecer un sentido de identidad, autonomía y éxito personal y social (Blum, 2000, en: Pardo, Sandoval y Umbarila, 2004).

Esto trae consigo un aumento en la vulnerabilidad en los adolescentes con debilidad visual, ya que afecta el ejercicio de su autonomía y, en cierto grado, dificulta el proceso de éxito debido a las limitaciones que esto implica. Evidentemente, estas implicaciones representan un problema.

Basándose en la descripción de categorías de severidad de la discapacidad visual, el término “debilidad visual” fue removido de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedad) en 2009, por el término “discapacidad visual moderada” y “discapacidad visual severa” (Suárez, 2011). Esto nos ayuda a clarificar el hecho de que los datos que se muestran a continuación hagan referencia a la prevalencia de discapacidad visual como un problema.

El registro de prevalencia de personas con discapacidad visual en México y todo el mundo ha sido muy limitado, y sólo se han hecho encuestas sobre las discapacidades en general. Suárez (2011) muestra el registro que se tiene de 2010 de la Organización Mundial de la Salud, el cual informa que cerca de 10% de la población mundial posee una discapacidad, lo que representa 650 millones de personas, y que de esta cifra, la discapacidad visual y la ceguera ocupan el 48% de las discapacidades globales, es decir, 314 millones de los 650 millones de personas con discapacidad.

En otro informe de la Organización Mundial de la Salud en 2012 y publicado por el canal Amfecco se muestra que existen 285 millones de personas con discapacidad visual, de las cuales 39 millones son ciegos y 246 millones tienen baja visión.

En nuestro país, datos calculados por el INEGI (2012) arrojan que la discapacidad visual ocupa el segundo lugar en cuanto a discapacidades en general. A pesar de que son pocos los datos que dan a conocer sobre las cifras de personas con discapacidad visual en el país, se puede inferir, gracias a los conocimientos dados por el INEGI (2010), que es un problema que limita las acciones de muchas personas y, por lo tanto, su relevancia no puede ignorarse (INEGI, 2013).

Una vez expuestas las ideas que introducen al tema del presente trabajo, los objetivos son: describir la relación entre la discapacidad visual adquirida y la depresión en adolescentes, así como las áreas de oportunidad para su prevención. Este objetivo se apoya en los siguientes objetivos específicos: 1. Analizar los aspectos de la discapacidad visual que podrían causar depresión en adolescentes. 2. Identificar la relación entre discapacidad visual y depresión de forma gráfica. 3. Describir las diferentes teorías que hablan sobre la depresión e indagar sobre aquella que mejor vincula los conceptos de depresión y discapacidad visual.

Justificación

Es importante, en primer lugar, estudiar las características implícitas en un adolescente con depresión, puesto que “constituye un grave problema de salud pública que requiere mayor y mejor atención” (González, Hermosillo, Vacío, Peralta y Wagner, 2015: 149), y de igual forma porque “la sintomatología depresiva es prevalente en jóvenes y adultos en México, como en muchos otros países” (Ibíd: 150).

Puede observarse, con base en los datos antes mencionados, que un porcentaje considerable de la población mundial y nacional padece de este trastorno afectivo, lo que indica que cada vez hay más factores de riesgo que la causan, así, es importante atender las causas, con el propósito de prevenir dicho trastorno y las consecuencias que trae consigo.

Pérez, Jofré, Azpiroz y De Bortoli recogen los estudios de Álvarez, Fernández, Vázquez, Mon, Sánchez y Robollo acerca de pacientes con insuficiencia renal crónica en 2001, encontrando que las reacciones emocionales varían de un individuo a otro en presencia de eventos negativos, y que esto conlleva una “valoración cognitiva” del impacto de la enfermedad, y sobre “su condición de vida”; también, nos dicen que las variaciones dependerán de las “habilidades” de cada persona para adaptarse a la nueva condición. Los autores reflejan la importancia de analizar las diferentes respuestas que presentan los adolescentes ante un evento repentino de pérdida de la visión debido a que existirán los que adquirieron todas las herramientas y mostraron la mejor disposición para adaptarse a la nueva situación y seguir funcionando en la sociedad, y aquellos que no lograron hacerlo. En este sentido, sería relevante ayudar a dichas personas a encontrar la mejor forma de seguir activos en sus acciones y relaciones. De acuerdo con Papalia y Feldman (2012), la adolescencia implica cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y adopta distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos. La adolescencia ofrece oportunidades para crecer, no sólo en relación con las dimensiones físicas sino también en la competencia cognoscitiva y social, la autonomía, la autoestima y la intimidad.

Así pues, se considera que estudiar la etapa de la adolescencia es de singular importancia ya que, como se vio, está llena de nuevas experiencias y de expectativas, además de que el sector de los adolescentes es uno de los más grandes tanto en el ámbito mundial como nacional y estatal, tal como lo registra el Censo de Población y Vivienda de 2011 realizado en Puebla, en el que los jóvenes equivalían a 26.94% de la población total del estado, donde el mayor número de población joven se concentra entre los 15 y 19 años de edad, con 604 094 individuos (Notimex, 2011). Trabajar con una población tan grande e importante será de gran ayuda para la sociedad, otorgándoles a personas cada vez más capaces y con un mejor bienestar en todos sus sentidos.

Caracterizar la población de jóvenes estudiantes con sus rasgos, riesgos y presencia de enfermedad es fundamental para su educación integral, trascendencia como individuos y como futuros profesionales (Arrivillaga, Cortés, Goicochea y Lozano, 2003).

También es necesario entender la importancia del acompañamiento psicológico de personas con discapacidad visual obteniendo información sobre sus experiencias, tal como nos dicen López, Justicia y Martos (2002), quienes revelan que además de conocer el estado de la visión de la persona, deben comprenderse otros aspectos, como el uso que da la persona a su visión y la experiencia que haya tenido de ésta (Ibíd.), para que se identifiquen las áreas de oportunidad a fin de mejorar la calidad de vida.

Marco teórico

El marco teórico que fundamenta esta investigación proporcionará una idea más clara acerca del tema, describiendo las diferentes teorías que se emplearán como marco de referencia, como la teoría conductual de la depresión, las teorías interpersonales, la teoría de la desesperanza y la teoría cognitiva de Beck (1979). Finalmente, se hablará con mayor profundidad sobre la teoría de la indefensión aprendida de Seligman (1967), puesto que es el postulado que se eligió desarrollar para sustentar la relación entre los conceptos de la investigación.

También se emplearán datos estadísticos con la finalidad de sustentar la pertinencia del trabajo y reconocer la falta de registros sobre personas con discapacidad visual en el país, al mismo tiempo se ilustrará de forma gráfica la relación entre la depresión y la discapacidad visual. Posteriormente se describirá la relación entre la discapacidad visual adquirida y la depresión en adolescentes, así como las áreas de oportunidad para su prevención. Se analizarán los aspectos de la discapacidad visual adquirida que podrían causar depresión en adolescentes, e identificaremos los aspectos que han servido a personas con discapacidad visual a tener una mejor adaptación, para prevenir la depresión.



Fotografía: Andri Jetaime

Para Ferster, la característica principal de la depresión es la disminución de las conductas reforzadas de forma positiva, las cuales suelen ir en función del control del medio, por ejemplo, el distanciamiento drástico de amistades.

Asimismo, “Ferster propuso un modelo explicativo según un esquema operante, definió la depresión como una reducción de la frecuencia de las conductas adaptativas que podrían ser reforzadas positivamente”.

Discapacidad visual adquirida

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2014) y con arreglo a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10, actualización y revisión de 2006), la función visual se subdivide en cuatro niveles: visión normal, discapacidad visual moderada, discapacidad visual grave y ceguera.

La discapacidad visual moderada y la discapacidad visual grave se reagrupan comúnmente bajo el término “baja visión”; ésta y la ceguera representan conjuntamente el total de casos de discapacidad visual.

Asimismo, la OMS nos ofrece la definición de discapacidad visual, en los siguientes términos: “[es] cualquier restricción o carencia (resultado de una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la misma forma o grado que se considera normal para un ser humano. Se refiere a actividades complejas e integradas que se esperan de las personas o del cuerpo en conjunto, como pueden ser las representadas por tareas, aptitudes y conductas”.

La autora Moguel (2010) se refiere a la debilidad visual como la condición que afecta directamente la percepción de imágenes en forma total o parcial. Cuando se genera

un daño, se pierde la percepción correcta de las imágenes impidiendo así tener una buena visión, dañando tanto física como psicológicamente a la persona.

Teoría sobre la depresión

Teorías conductuales de la depresión

Las teorías conductuales de la depresión se han ido construyendo con los aportes de los autores Charles Ferster, Peter Lewinsohn y Charles Costello (1995).

En lo que respecta a las manifestaciones conductuales de las personas con depresión, el conductismo se ha encargado de generar hipótesis explicativas y todas ellas hacen referencia a las conductas observables en las personas depresivas, y no a los procesos internos que éstas puedan poseer (Soledad, 1993).

“Charles Ferster (1965,1973) fue uno de los primeros psicólogos que estudiaron el fenómeno depresivo dentro de un marco clínico/experimental y todos los enfoques conductuales parten invariablemente de sus trabajos” (Sanz y Vázquez, 1995: 12).

Para Ferster, la característica principal de la depresión es la disminución de las conductas reforzadas de forma

positiva, las cuales suelen ir en función del control del medio, por ejemplo, el distanciamiento drástico de amistades. Caso contrario, se producen conductas evitativas o escapatorias a estímulos aversivos, como, adolescentes que prefieren quedarse en cama que ir a la escuela donde sufren acoso (Sanz y Vázquez, 1995).

Asimismo, “Ferster propuso un modelo explicativo según un esquema operante, definió la depresión como una reducción de la frecuencia de las conductas adaptativas que podrían ser reforzadas positivamente” (Soledad, 1993: 386).

La propuesta de Ferster cubre cuatro procesos, los cuales, aislados o unidos pueden explicar la patología depresiva (Sanz y Vázquez, 1995):

- a) Cambios inesperados, súbitos y rápidos en el medio que supongan pérdidas de fuentes de refuerzos o de estímulos discriminativos importantes para el individuo
- b) Programas de refuerzo de gran coste, que requieren grandes cambios de conducta para producir consecuencias en el medio
- c) Imposibilidad de desarrollar repertorios conductuales debido al surgimiento de espirales pato-

lógicas donde una baja tasa de refuerzos positivos provoca una reducción de conductas, lo que supone una mala adaptación al medio y, por ende, un menor número de refuerzos positivos que a su vez produciría una nueva reducción conductual

d) Repertorios de observación limitados que llevarían a los depresivos a distorsionar la realidad y a conductas que son reforzadas en pocas ocasiones.

Del mismo modo, Ferster opinaba que muchas de las conductas depresivas permitían al individuo evitar los estímulos aversivos o las situaciones desagradables en que podría esperar una nueva reducción de refuerzos positivos; de tal manera que tales conductas se mantienen por reforzamiento negativo (Sanz y Vázquez, 1995: 14).

El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno. Estas interacciones con el entorno pueden influir y ser influidas por las cogniciones, las conductas, las emociones y las relaciones; entre estos factores se entienden como recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción.



Fotografía: Ivana Vasilij

Uno de los primeros síntomas depresivos es la autofocalización

o autoconciencia. Una vez que la depresión se ha iniciado convergen dos factores que la mantienen y exacerbaban: factor interpersonal y sesgo cognitivo negativo.

Realizado un ejemplo de esta teoría, la cual hace referencia a que la depresión es aprendida y condicionada por interacciones negativas, puede decirse que una persona con debilidad visual puede tener depresión por no poder realizar algunas actividades comunes, debido a la pérdida de visión parcial o total. Sin embargo, no sería suficiente decir que se origina gracias a la pérdida de interacciones o que han transcurrido de forma negativa, como tampoco se puede apoyar la idea de que la depresión es aprendida, puesto que se intenta inferir en este trabajo que la depresión está ligada a procesos internos que se han visto afectados de forma involuntaria.

Teorías interpersonales

A diferencia de las teorías conductuales de la depresión, existen las *teorías interpersonales* que James Coyne, Gotlib y Hammen sostienen. Estos autores afirman que la depresión es una respuesta a la ruptura de las relaciones interpersonales. La respuesta de las personas del entorno sirve para mantener o exacerbar los síntomas depresivos. Cuando la ruptura interpersonal se produce, los depresivos se vuelven hacia aquellos de su entorno en busca de apoyo social, pero sus demandas persistentes llegan a ser aversivas.

Sugieren que uno de los primeros síntomas depresivos es la autofocalización o autoconciencia. Una vez que la depresión se ha iniciado convergen dos factores que la mantienen y exacerbaban: factor interpersonal y sesgo cognitivo negativo. Puede interpretarse como cuando una persona adquiere debilidad visual parcial o total, por algún tipo de síndrome o accidente, en automático comienza con depresión a consecuencia de la pérdida visual.

Teoría de la desesperanza

La *teoría de la desesperanza* (TD) de la depresión o Teoría de la depresión por desesperanza (Abramson, Metalsky y Alloy, 1989) consiste en un modelo

cognitivo de vulnerabilidad-estrés. De acuerdo con la TD, las personas que poseen estilos inferenciales negativos (es decir, la vulnerabilidad) tienen mayor riesgo que aquellas que no exhiben dichos estilos para desarrollar síntomas depresivos, especialmente los síntomas del hipotetizado subtipo de depresión por desesperanza, cuando experimentan sucesos vitales negativos (estrés).

Esta teoría arroja uno de los puntos que se desean tocar en este trabajo, pues tener una pérdida visual repentina podría representar el estilo inferencial negativo que plantean Abramson, Metalsky y Alloy (1989), ya que afecta de forma directa la autonomía de la persona al trasladarse y desenvolverse en un espacio, tener limitaciones en ciertas actividades, perderse de cierta información que hay a su alrededor y tener dificultades en el aprendizaje; estos aspectos constituyen el estilo inferencial negativo que genera en la persona sentimientos de autodevaluación e incapacidad que forman parte del concepto de vulnerabilidad cognitiva propuesto en la TD.

La vulnerabilidad cognitiva está constituida por tres patrones inferenciales desadaptativos: 1) tendencia a inferir que los factores estables (probabilidad de persistir durante el tiempo) y globales (probabilidad de afectar a muchas áreas de la vida) causan los sucesos negativos; 2) tendencia a inferir que los sucesos negativos presentes conducirán a eventos negativos futuros; y 3) tendencia a inferir características negativas sobre sí mismo/a cuando ocurren sucesos negativos (Abramson, Alloy, Metalsky, Jolner y Sandín, 1997). En esta línea, las personas con vulnerabilidad biológica, como la discapacidad visual, tienden a perder gran parte de su autoestima y a percibir los aspectos negativos como globales en su vida, es decir, atribuyen los acontecimientos negativos a su discapacidad, al igual que sufren muchas experiencias negativas que van construyendo perspectivas de cómo será su futuro, lo cual altera sus estados emocionales y conducta.

La teoría de la desesperanza de la depresión plantea puntos muy importantes que podrían servir a la investigación como se ha podido demostrar anteriormente, sin embargo, no cumple con uno de los objetivos específicos que implica tener una perspectiva de mejora de la situación emocional y funcional para personas con discapacidad visual, las cuales no se ven reflejadas en dicha perspectiva y sólo toman en cuenta los aspectos negativos de una enfermedad y toma a los individuos sin esperanza.

Teoría cognitiva de Beck

La *teoría cognitiva de Beck* ahonda más en los hechos de una persona depresiva en torno a su pensamiento sobre sí misma y sobre aquello que la rodea. A pesar de que esta teoría no apoya los objetivos de la investigación merece ser mencionada, pues muestra uno de los aspectos que constituyen la depresión, como la tendencia a percibir de forma equivocada todo lo que constituye la vida del paciente.

Beck, Rush, Shaw y Emery (1979) refirieron que las personas depresivas tienden a interpretar sus experiencias como pérdidas o fracasos y a evaluar los sucesos negativos como globales e irreversibles. Esto da cuenta de la existencia de un sesgo sistemático en el procesamiento de la información, conducente a una visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (triada cognitiva negativa). (Pérez, Jofré, Azpiroz, y De Bortoli, 2009). De acuerdo con estos autores, varias investigaciones enfatizaron que la depresión en los pacientes renales crónicos se encuentra asociada a comportamientos de no adhesión al tratamiento médico, lo cual conduce a un deterioro en la calidad de vida, a una salud más pobre y a un aumento de los riesgos de mortalidad (De los Ríos, Ávila y Montes, 2005; Drayer et al., 2006; García et al., 2002; Kimmel y Peterson, 2006).

Este postulado no aporta mucho a nuestra investigación, por considerar aspectos que van un paso adelante al

En la Teoría de la indefensión aprendida de Seligman se sugiere que ésta es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga resultará inútil.

que se plantea en ésta, pues el trabajo va orientado a buscar las causas que podrían desencadenar un tipo de depresión, en especial la causa de la discapacidad visual, y no tener indicios de cómo responde una persona deprimida ante cualquier evento en su vida.

Teoría de la indefensión aprendida de Seligman

Ahora bien, una vez expuestas las diversas teorías que se relacionan con la depresión, es prudente señalar que la teoría que se ha elegido para darle sustento a este trabajo es la *Teoría de la indefensión aprendida de Seligman*. En ésta se sugiere que la indefensión aprendida es una condición psicológica en la que un sujeto aprende a creer que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga resultará inútil.

Como consecuencia, la persona permanece pasiva frente a una situación dolorosa o dañina, incluso cuando tiene la posibilidad real de cambiar estas circunstancias. A *grosso modo* se observa que en la indefensión aprendida hay una afeción psicológica que priva de realizar acciones cotidianas y de mayor esfuerzo a aquellos que han sufrido una circunstancia desafortunada en sus vidas, y quienes realmente no tienen una limitación física para realizar muchas de estas actividades.

Lo anterior, aplicado a los adolescentes con discapacidad visual podría significar que las respuestas y las actitudes positivas que ellos presenten ante los medios adversos y complicados podrían traducirse en situaciones más gratas, evitando de esta forma la indefensión.

En 1967, Overmaier y Seligman experimentaron con perros a quienes aplicaban shocks eléctricos al interior de una jaula. Uno podía cortar la corriente con un golpe de hocico; el otro, no. El primer perro mantuvo la alerta y la energía, mientras que el segundo, vivió asustado, nervioso y decaído. Su actitud fue de completa indefensión, aun cuando cambiaron las condiciones y ya tenía la posibilidad de alterar la situación, no lo hizo, dejó de intentar escapar (García, 2013).

Podría ocurrir algo parecido en un adolescente con discapacidad visual, ya que tal vez llegue a sentir que está indefenso, que no tiene ningún control sobre la situación en la que se encuentra y que cualquier cosa que haga será inútil, y que aun cuando se le otorgue la posibilidad de cambiar su estado, aprende a dejar de hacerlo o decide no hacerlo (ídem).

Nateras señala que “una consecuencia directa de la IA sobre la conducta es que los sujetos sometidos a este tipo de situaciones se caracterizan por un alto grado de pasividad ante tales circunstancias, su motivación para responder se reduce drásticamente” (1990: 376). Esto podemos vincularlo con el presente trabajo, en el sentido de que aquellas personas que no han encontrado la forma de adaptarse a su discapacidad visual y seguir activos en su medio, tienden a tener una baja en sus funciones, volviéndose “indefensos” o incapaces de defenderse ante las exigencias de cada día.

Otros autores, como Polaino y Vázquez (1982), se refieren a esta teoría al decir que la causa de los bajos rendimientos observados en los sujetos sometidos con anterioridad a situaciones de incontrolabilidad reside en que esos organismos han percibido esa situación y, posteriormente, generalizan este modo de percibir a otras situaciones, a través de expectativas de incontrolabilidad que no resultan ya adaptativas.

Esto refiere más a la crisis o cambio que atraviesa una persona cuando deviene sobre ella cualquier tipo de acontecimiento repentinamente negativo, y se habla de la necesidad de una adaptación, que al no presentarse, no permite afrontar esa crisis de mejor manera. En cuanto a las personas débiles

visuales existe una generalización y certeza en la creencia de que la situación negativa prevalecerá sin importar qué puede hacerse para cambiarla y qué afectará en todos los ámbitos de su desarrollo. Desafortunadamente, en ocasiones, en estos pacientes existe una irreversión del problema visual y eso, por lo general, comienza a indicar que dicho problema repercute en varios aspectos de la vida de quien lo padece, lo cual podría causar que considere cada vez más difícil seguir siendo una persona funcional e independiente y, en consecuencia, dejará cualquier intento de sobreponerse.

Según Polaino y Vázquez, la teoría propone, además, que pueden apreciarse tres tipos de déficits: cognitivo, motivacional y emocional (Abramson y Alloy, 1980; Alloy y Abramson, 1979, 1981, en: Polaino y Vázquez, 1982: 174). Se pensaba que el déficit cognitivo consistía en la incapacidad del sujeto indefenso para apreciar las relaciones de contingencia entre sus respuestas y los resultados del medio. Esto refleja que las personas indefensas tienden a anticipar sus respuestas ante un estímulo de su medio, sin que los resultados de éste hayan aparecido o sean equivalentes a él.

Por lo general se considera que las personas con discapacidad visual pueden anticipar que algo malo podría pasarles si realizan cierta actividad u omiten el intento, sin esperar el resultado de éste, el cual tendría probabilidad de resultar positivo o benéfico.

Dichos autores también hablan sobre la reformulación que se hizo de la Teoría de la indefensión aprendida por Abramson, Seligman y Teasdale en 1978, en donde incluyeron dos nuevos aspectos. El primero refería a un cuarto síntoma en el hombre: la pérdida de autoestima; y el segundo apelaba a la teoría de atribución en donde las personas se cuestionan sobre aquello que les hace perder el control. Esta nueva formulación de la teoría sirve a nuestra investigación, ya que establece un primer vínculo entre las conductas de los sujetos con indefensión (dentro de los cuales se ubica a las personas débiles visuales) y los sujetos depresivos.

Por otro lado, investigadores como Palenzuela realizaron una evaluación a esta reformulación de la teoría, identificando insuficiencia en tres conceptos: incontrolabilidad, análisis atribucional y expectativa. Respecto a la incontrolabilidad, este autor plantea que se ha convertido en un concepto más general y abarca cada vez más aspectos; considera al análisis atribucional como incompleto y que requiere ser actualizado; y la expectativa presenta la necesidad de ser limitada debido a que se ha cambiado el uso en diferentes contextos (Palenzuela, 1984).

En 1975, Martín Seligman indicó que la indefensión aprendida podía ser “prevenida”: es decir, la experiencia inicial de control sobre una situación traumática debería interferir con la formación de una expectativa de que respuestas y terminación de la descarga son in-

dependientes y, de igual forma, el no poder controlar la descarga interfiere con aprender que responder produce alivio (Bernabee y Marcos, 1992). De la reformulación del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) surge por parte de Óscar Sánchez Hernández y Francisco Méndez Carrillo en 2009, el concepto de “optimismo”, para mostrar la contraparte de los aspectos negativos que explican la depresión desde esta teoría.

Para comenzar a explicar su propuesta sostienen que la Psicología Positiva propone ampliar el ámbito de estudio investigado no sólo en las condiciones patológicas de la personalidad, sino también aquellas emociones positivas, fortalezas, competencias, capacidades y virtudes que contribuyen a aumentar la satisfacción personal y a llevar una vida más plena; factores protectores de los trastornos psicológicos y de la salud en general (Hernández y Carrillo, 2009: 273).

Respecto a esta teoría dichos autores consideran que el optimismo adquiere dos perspectivas complementarias. La primera representa una característica disposicional (Scheiner y Carver, 1985, en: Hernández y Carrillo, 2009) donde el optimismo se relaciona directamente con las expectativas, es decir, una persona positiva es capaz de generar expectativas, resultados positivos, a pesar de las situaciones adversas en las que se encuentre.

La segunda característica adopta un estilo explicativo (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978, en: Hernández y Carrillo, 2009), representa “la forma en que las personas interpretan sus experiencias” (Sánchez y Méndez, 2009: 274), la cual comprende tres dimensiones: personalización, duración y amplitud. La dimensión de personalización se refiere a la atribución externa o interna de la causa de una situación adversa. La duración consiste en el grado en el que la causa prevalece o tiende a repetirse, siendo permanente o temporal. La amplitud identifica si la causa del acontecimiento negativo afecta a la persona en alguna área en específico (específico) o en todas las áreas de su vida (global).

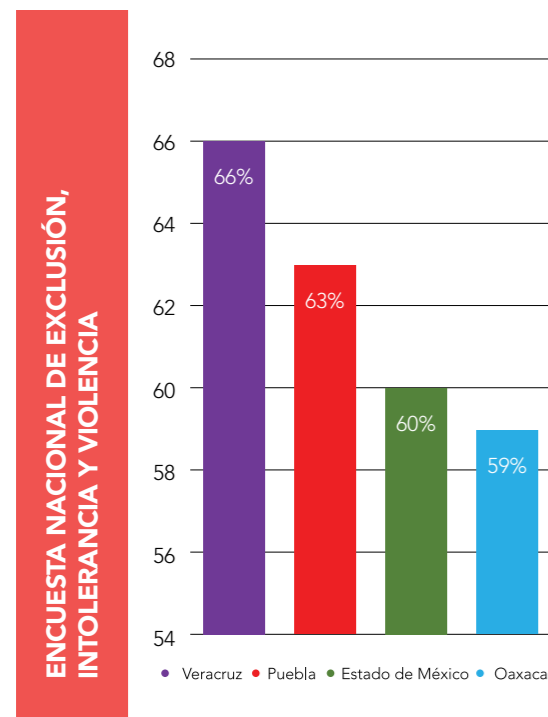
Habiendo dicho esto, Hernández y Carrillo (2009) expresan que las personas optimistas tienen una predisposición a considerar los eventos desafortunados atribuyendo las causas a factores externos, de duración temporal y afectando a áreas específicas de la vida. Mientras que las personas pesimistas tienden a percibir las causas como internas, permanentes y globales.

Al comprender la investigación desde la propuesta del optimismo de estos autores, se tienen indicios de la prevención de la depresión. Esto representa una parte importante que diferencia a la Teoría de la indefensión aprendida de otras que buscan explicar la depresión, puesto que es una postura que no se limita sólo a comprender, sino que también impulsa a la acción.

Discapacidad visual y depresión (datos estadísticos)

Según la OMS (2016), la depresión varía a partir del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana. Puede convertirse en un problema de salud serio, especialmente cuando es de larga duración e intensidad moderada a grave, y puede causar gran sufrimiento y alterar las actividades laborales, escolares y familiares.

En 2016, la Organización Mundial de la Salud dio a conocer un estudio sobre la depresión realizado en el ámbito mundial, donde se expuso que aproximadamente 350 millones de personas en el mundo padecen esta enfermedad, la cual afecta principalmente a las mujeres.



Fuente: Secretaría de Salud Pública (2008).

La gráfica nos presenta datos de la Primera Encuesta nacional de exclusión, intolerancia y violencia (2008), los cuales muestran las entidades con mayor índice de depresión entre su población juvenil. Como se puede observar, el estado de Puebla ocupa el segundo lugar en la República mexicana.

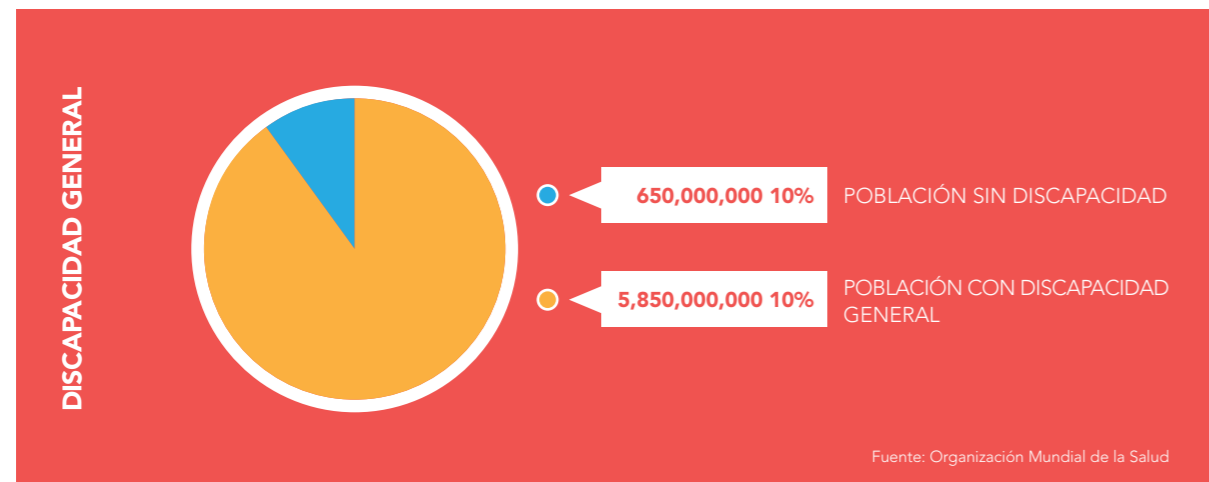
De igual forma, este organismo considera que quienes han pasado por circunstancias vitales adversas (desempleo, luto, traumatismos psicológicos) tienen más probabilidades de sufrir depresión. A su vez, ésta puede generar más estrés y disfunción, y empeorar la situación vital de la persona afectada y, por consiguiente, la propia depresión (OMS, 2016).

Tener cifras elevadas de adolescentes con depresión en el país, y específicamente en el estado, invita a la exploración del porqué se está presentando el fenómeno y de qué forma se podría disminuir; tal como lo expresan Milne y Lancaster: “la depresión en la adolescencia ha sido objeto de creciente interés en las últimas décadas, más aún, dicho trastorno ha sido asociado con una serie de factores mediante los cuales se pretende explicar” (Milne y Lancaster, 2001, en: Álvarez, Ramírez, Silva, Coffin y Jiménez, 2009). En esta línea, las causas de la depresión han sido ampliamente estudiadas, sin embargo, el vínculo de la discapacidad visual como una de las causas de la depresión no ha sido abordado de forma suficiente, por tal motivo nuestra investigación trata este tema poco o nada estudiado.

La autora De Paw (1985) señala que las características emocionales y sociales de las personas con discapacidad visual cambian de acuerdo con cada individuo, ya que los niveles de depresión varían en los periodos, antes, durante y después de cada situación.

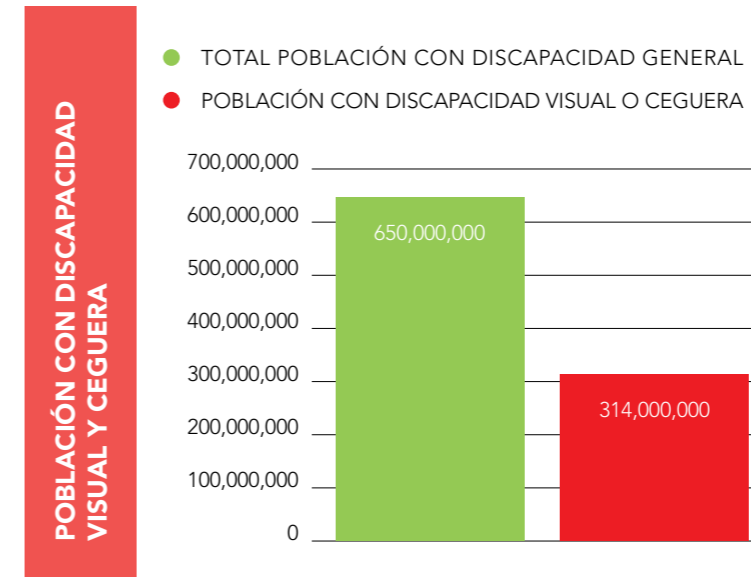
El registro de prevalencia de personas con discapacidad visual en México y todo el mundo ha sido muy limitado; se han hecho encuestas sobre las discapacidades en general y en pocas ocasiones sobre la discapacidad visual y cieguera.

La siguiente gráfica muestra el registro del año 2010 de la Organización Mundial de la Salud, el cual informa que 10% de la población del mundo posee una discapacidad, lo que representa a 650 millones de personas (OMS, 2010).



Fuente: Organización Mundial de la Salud

De la cifra descrita anteriormente, el 48% lo ocupa la discapacidad visual y la cieguera, es decir, 314 millones de personas, como se representa a continuación:



Fuente: Organización Mundial de la Salud

De este apartado es posible concluir que hay una gran población con discapacidad visual, y poco se ha hecho en el país para atender este problema, no sólo desde el aspecto físico, sino también del psicológico, con el fin de prevenir una posible depresión, sobre todo en la etapa de la adolescencia.

Discapacidad visual y depresión

Hacemos una revisión sobre qué han dicho otros autores respecto a las afecciones que implica una discapacidad, y que podrían derivar en sintomatologías depresivas.

Karla Thompson, una de las pocas autoras que hablan de la relación entre discapacidad y depresión, en su escrito *Depresión y discapacidad* (2002) considera que no todos aquellos con discapacidades tienen depresión, y en la mayoría de los casos que la sufren, no es debido a una discapacidad. No obstante, estas personas enfrentan estrés y retos diferentes, por lo cual el riesgo de tener depresión es, sin duda, más alto (Thompson, 2002).

Thompson define la depresión como “una enfermedad real con causas reales. Algunas de estas causas son biológicas, hereditarias, de personalidad, y/o provocadas por experiencias pasadas” (2002:11).

El estudio se enfoca en las causas biológicas de la depresión, específicamente en la adquisición de una enfermedad repentina y crónica que, en cierto grado, discapacita al individuo, como la debilidad visual. Al revisar el texto de Thompson (2002) es posible considerar las causas asociadas a las características de la personalidad para indagar más sobre el tema de investigación, pues los estilos de personalidad nos hablan también de estilos de respuesta en cada persona ante situaciones de desajuste como, por ejemplo, adquirir una enfermedad.

La importancia de seguir refiriéndonos al texto de Karla Thompson radica en que realizó una lista de diferentes aspectos que implican mayor esfuerzo en la vida diaria de alguien con discapacidad, y mucho de lo que menciona esta autora se vincula a los retos con los que se enfrentan personas con baja visión. Esta lista incluye la movilidad, la accesibilidad, el aislamiento social, el empleo y la salud, y se describirán a continuación los más útiles para este trabajo.

Hay una gran población con discapacidad visual, y poco se ha hecho en el país para atender este problema, no sólo

desde el aspecto físico, sino también del psicológico, con el fin de prevenir una posible depresión.

En cuanto a la movilidad, Thompson considera que “muchas personas con discapacidades tienen problemas desplazándose o caminando de un lugar a otro [...]” y que, “algunas veces el tener problemas de movilidad significa necesitar ayuda de otras personas para hacer ciertas cosas que la mayoría de las personas pueden hacer por sí mismas, lo cual puede ser frustrante o penoso” (2002: 16).

Respecto a la accesibilidad menciona que varios edificios o construcciones no poseen los espacios ni las facilidades para este tipo de personas. La debilidad visual implica dificultades al comprar, al encontrar sitios (baños, oficinas, habitaciones, etc.), entre otras. También Karla Thompson refiere que un gran número de personas que poseen discapacidad (de cualquier naturaleza) requieren a alguien a su lado la mayor parte del tiempo, lo cual constituye una de las accesibilidades más difíciles. Es complicado encontrar a alguien con el tiempo suficiente y, en muchas ocasiones, se debe pagar por ello.

En el aislamiento social del que nos habla Thompson, “muchas de las personas sin discapacidades no entienden en qué consiste el tener una discapacidad o no saben cómo actuar cuando están con alguien con discapacidad. Además, algunas personas se sienten incómodas o tienen prejuicios y actitudes negativas hacia individuos con discapacidades” (2002:17). Esto indica que aquellos con discapacidad visual podrían tener problemas al relacionarse, en primer lugar, porque no saben si serán aceptados con sus limitaciones. En segundo lugar, porque pueden no sentirse seguros sobre el trato que esperan se les dé y, en tercer lugar, porque podrían tener miedo al incomodar a los demás al pedir ayuda especial.

Otros autores como Turvey y Klein dicen que es probable que las causas de depresión en presencia de una enfermedad médica sean multifactoriales e incluyan componentes cognitivos, fisiológicos, temperamentales y psicológicos. Sin embargo, un número creciente de investigaciones demuestra que la discapacidad física es uno de los principales elementos que contribuyen a la depresión ante la enfermedad médica. Resultados de estudios epidemiológicos y clínicos indican que la asociación entre depresión y discapacidad física es más significativa que la que existe entre depresión y enfermedad (Turvey y Klein, 2008: 467).

Estudios longitudinales han confirmado que la discapacidad funcional es un factor predictivo independiente del inicio de la depresión (Gurland, Wilder, Berkman, 1988, en: Turvey y Klein, 2008) y, a la inversa, la depresión exacerba la discapacidad física. Este fenómeno se ha denominado “espiral depresión-discapacidad” (Bruce, 2001, en *ibíd.*). Es decir, la discapacidad es predecible como desencadenante de depresión, incluso antes de que aparezcan síntomas de ésta, y puede ocurrir que la depresión derive en una discapacidad.

Los autores aclaran que ayudar a que la persona acepte su discapacidad, no implica que se rindan ante ella. Expresan esto puesto que pudieron notar, a través de estudios de caso, que los discapacitados se planteaban objetivos a realizar con altas expectativas, y al no conseguir el resultado esperado, preferían no plantearlos.

Ante esto reconocen que existe un “dolor producido por la pérdida de su nivel previo de actividad” (Turvey y Klein, 2008: 468), pero también promueven una autoobservación para hacer un ajuste en los objetivos de sus actividades conforme a su situación. Lo dicho por estos autores se vincula a nuestra investigación, por el simple hecho de que uno de los objetivos específicos es lograr la adaptación y mejora de personas con discapacidad visual. Comenzar por plantearse actividades que puedan realizar desde su marco de posibilidades constituye un paso importante.

Acerca de la transición de rol, Turvey y Klein analizan las consecuencias interpersonales de convertirse en un discapacitado funcional, centrándose principalmente en dos aspectos: 1) la dificultad para pedir ayuda a los demás y 2) la preocupación de ser una carga. En los pacientes con discapacidad visual existe dependencia para llevar a cabo ciertas actividades y, por tal razón, requieren ayuda de otros, lo cual a su vez les resulta incómodo y vergonzoso, y esto podría ocasionar que prefieran no realizar determinada actividad, agregando así uno de los factores detonadores de depresión.

Referencias bibliográficas

- Ariavillaga, M., C. Cortés, V. Goicochea y T. Lozano. (2003). “Caracterización de la depresión en jóvenes universitarios”. *Universitas Psychologica*. Recuperado de: <http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V3N102caracterizacion.pdf>
- Admin. (2010) “Cada día se diagnostica entre 10 y 15 casos nuevos de depresión en Puebla”. Recuperado de: <http://www.casadesalud.com.mx/articulos/cada-dia-se-diagnostican-entre-10-y-15-casos-nuevos-de-depresion-en-puebla/>
- Bernabé, Y., J. Ramón, J. Malmierca. (1992). “Indefensión aprendida en sujetos humanos y su inmunización. Influencia del estilo atribucional y de los programas de reforzamiento”. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 24, núm. 3: 301-321. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/805/80524305.pdf>
- Cabrera, A., M. Río, J. Hernández y C. Padilla. (2007). “Prevalencia de ceguera y limitación visual en personas mayores de 50 años en Ciudad de La Habana”. *Revista Cubana de Oftalmología*, vol. 20: 2, Ciudad de La Habana. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=31566699&site=ehost-live>
- Catalá, F., R. Génova, E. Álvarez, N. Fernández y C. Morant. (2013). “Carga de enfermedad en adolescentes y jóvenes en España”.

Revista de Psiquiatría y Salud Mental. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1888989112001498>

Domínguez, J. (s.f). “Incapacidad aprendida: ¿del laboratorio a la sociedad?” Recuperado el 2 de marzo de 2016, en: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/polis/cont/19901/pr/pr25.pdf>

“Efectos de la exposición a estimulación aversiva incontrolable: indefensión aprendida”, encontrada el 2 de marzo de 2016, en: <http://www4.ujaen.es/~rmartos/IA.PDF>

González, C., A. Hermosillo, MA. Vacío, R. Peralta y F. Wagner. (2015). “Depresión en adolescentes. Un problema oculto para la salud pública y la práctica clínica”. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, vol.72, núm.2: 149-155.

Hernández, Ó. S. y F.M. Carrillo. (2009). “El optimismo como factor protector de la Depresión Infantil y Adolescente.” *Clínica y Salud* 20, no. 3: 273-280 *Academic Search Complete*, EBSCOhost (accessed April 2004, 2016)

INEGI. (2013). “Las personas con discapacidad en México; una visión al 2010”. Consultada: 16 de marzo de 2016, en: http://www.inegi.org.mx/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/censos/poblacion/2010/discapacidad/702825051785.pdf

La Jornada. (2016). “Afecta la Depresión a 54.6% de los estudiantes de bachillerato”. Recuperado de: <http://www.jornada.unam.mx/2008/07/22/index.php?section=sociedad&article=039n1soc>

La Jornada de Oriente. (2010). “Puebla, segundo lugar en adolescentes con depresión y sexto en intentos suicidas”. Recuperado de: <http://www.lajornadadeoriente.com.mx/2010/11/08/puebla/sal210.php>

López, M., F. Justicia, F. Martos. (2002). “Limitaciones de los programas de mejora de la percepción visual para niños con baja visión”. *Revista sobre ceguera y deficiencia visual* núm. 38. Recuperado de: <http://www.once.es/serviciosSociales/index.cfm?navega=detalle&idobjeto=603&idtipo=2>

Lorente, P., C. Vázquez. (s.f). “Revisión crítica de la indefensión aprendida como un modelo experimental animal”. Recuperado el 2 de febrero, en: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psisalud/carmelo/PUBLICACIONES_pdf/1981-IA%20Modelo%20Exptal%20Animal.pdf

Moguel, M. (enero, 2010). *Debilidad visual. Guía didáctica para la inclusión en educación inicial y básica*. 4 de marzo de 2016, CONAFE, Sitio web: <http://www.conafe.gob.mx/educacioncomunitaria/programainclusioneducativa/discapacidad-visual.pdf>

Mora, Ana Lorena, Jorge Lobo D. Palma (25 de mayo de 2011). “Autoestima y ansiedad en personas con discapacidad visual que participan en deporte competitivo y en actividades recreativas”. *Des-encuentro*, 2011: 9, 10.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *La depresión*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

Papalia, D., Duskin, R. Feldman y G. Martorell. (2012). *Desarrollo Humano*, Duodécima edición. Editorial MacGraw Hill Education

Pardo, G., A. Sandoval, D. Umbarila. (2004). “Adolescentes y

Depresión”. *Revista Colombiana de Psicología*. Recuperado de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3246301>

Pérez, A., M. Jofré, C. Azpiroz y M. De Bortoli. (2009). *Ansiedad y depresión en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de diálisis*. Recuperado de: http://www.scielo.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000100009&lng=es&nrm=iso

Suárez, J.C. (2011). “Discapacidad visual y ceguera en el adulto: Revisión de tema”. Facultad de Medicina y Psicología. Universidad Pontificia Boliviana. Recuperado de: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=lth&AN=82855814&site=ehost-live>

“Tonalidad emocional. La indefensión aprendida”, consulta: 2 de marzo de 2016, en: <http://mariangelesalvarez.com/igualdad/relacion-de-control-o-igual/la-indefension-aprendida/>

Turvey, C. L., y D.M. Klein. (2008). “Remisión de la depresión comórbida con enfermedad y discapacidad física” (spanish). *American Journal Of Psychiatry* - Edición Española, 11(8): 466-471.

Thompson, K. (2002). *Depresión y discapacidad*. Guía práctica The North of Carolina Office on Disability and Health. Recuperado de: http://fpg.unc.edu/sites/fpg.unc.edu/files/resources/other-resources/NCODH_DepressionSpanish.pdf