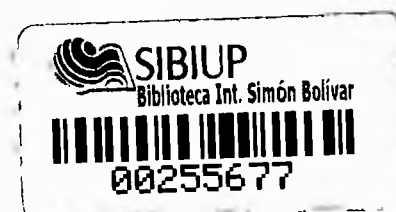


UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE HUMANIDADES
VICE-RECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA



"INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA
EN NIÑOS CON DEPRESIÓN "

POR:

ISAÍAS MADRID FLORES

**Tesis presentada en cumplimiento de los requisitos exigidos para
optar por el Grado de MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

PANAMÁ, 2000

DEDICATORIA

Dedicamos esta investigación a los profesionales de la Salud Mental, especialmente a los psicólogos que trabajan con niños. Esperamos que nuestro aporte en la investigación de la efectividad del tratamiento cognitivo conductual para la depresión en niños en un contexto de grupo sea acogida y sirva como marco de referencia en el trabajo cotidiano del terapeuta de niños, así como pilar de futuras investigaciones en este campo.

AGRADECIMIENTOS

*Nuestro especial agradecimiento al
Personal Administrativo y Madres S. O. S,
Al Dr. Ramón Arturo Mon Pinzón, por impulsarme
Constantemente a lograr este objetivo.
Al Mgter. Ricardo López por haber
asesorado esta investigación.
Al Mgter. Gerardo Valderrama por el
apoyo metodológico preciso e indispensable.
Al colega y amigo Lic. Rolando Jaén por el
apoyo moral y profesional y
a mi esposa Lic. Rosa Aurora Ramos por el
apoyo incondicional que ha mantenido
hacia la consecución de esta meta.*

HOJA DE APROBACIÓN

UNIVERSIDAD DE PANAMA

**VICERECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POST-GRADO
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

FACULTAD DE HUMANIDADES

Nº. De CÓDIGO: 327-14-06-99-06

ESTUDIANTE: ISAIAS MADRID FLORES

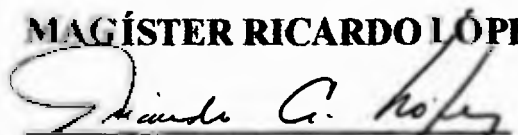
CÉDULA: 4-191-798

TÍTULO AL QUE ASPIRA: MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO DE LA TESIS: "INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA EN
NIÑOS CON DEPRESIÓN"

ASESOR: MAGÍSTER RICARDO LÓPEZ

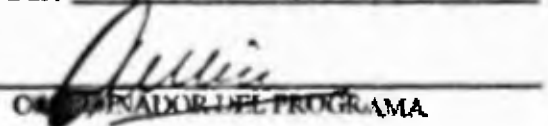
FIRMA DEL ASESOR:



FIRMA DEL ESTUDIANTE:



APROBADO POR:


DIRECTOR DEL PROGRAMA

DIRECTOR DE POST-GRADO DE LA VICERECTORÍA DE INVESTIGACION Y PORSTGRADO

FECHA: _____

ÍNDICE GENERAL

	PÁGINA
RESUMEN.....	1
SUMMARY.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO PRIMERO: LA DEPRESIÓN EN NIÑOS.....	6
1. Antecedentes históricos.....	7
2. Características generales de la depresión en niños.....	10
3. El DSM-IV y la depresión en niños y adolescentes.....	14
4. Síntomas y trastornos asociados a la depresión en niños según el DSM-IV.....	17
a) Trastorno Reactivo de la Inculación de la Infancia.....	19
b) Trastorno de Ansiedad por Separación.....	20
5. Diagnóstico diferencial.....	21
6. Otros factores psicológicos y ambientales asociados a la depresión en niños.....	23
a) Auto-Estima	24
b) Actitudes parentales.....	26
c) Aceptación incondicional de los progenitores.....	27
d) Expectativas claras.....	28
e) Respeto.....	29
f) Coherencia parental.....	30
g) Orden de nacimiento.....	30
h) Experiencia de malttrato infantil.....	31
i) Cambios frecuentes de cuidadores.....	33
j) Pérdida de seres queridos.....	34
b) Prevalencia de depresión en la Población Infantil	35

CAPÍTULO SEGUNDO: TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.....	38
1. Marcos teóricos.....	43
a) El punto de vista biológico.....	43
b) El Psicoanálisis.....	44
c) El Conductismo.....	45
d) La Gestalt.....	46
e) El Cognitivismo.....	47
2. Técnicas terapéuticas de la depresión en niños.....	49
a) Terapia Gestáltica.....	50
b) Terapia Familiar.....	51
c) Terapia Psicoanalítica.....	53
d) Terapia de Juego.....	55
e) Tratamiento Farmacológico.....	56
f) La Terapia de Conducta.....	58
CAPÍTULO TERCERO: LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN EL TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS	
Técnicas Terapéuticas Cognitivas Conductuales.....	61
1) Relajación.....	63
2) Reestructuración cognitiva.....	64
a) Los ABC de la reestructuración cognitiva.....	65
b) Las creencias irracionales.....	66
c) Método de debate de las creencias irracionales.....	70
d) Entrenamiento de habilidades sociales.....	72
e) Asertividad.....	74
f) La resolución de problemas	79
g) Estilo atributivo	82
h) Autoestima.....	82
i) Autocontrol.....	81

j) Auto-afirmaciones racionales.....	88
k) La autoconversación.....	89
 CAPITULO CUARTO: METODOLOGÍA	
1. Planteamiento del problema.....	96
2. Pregunta de investigación.....	97
3. Objetivos de la investigación.....	98
a) Objetivo general.....	98
b) Objetivos específicos.....	98
4. Hipótesis.....	99
a) Hipótesis conceptual.....	99
b) Hipótesis operacional.....	99
c) Hipótesis estadística.....	99
5. Unidades de observación	111
a) Variable independiente.....	111
b) Variable dependiente.....	111
6. Estrategia de Investigación	112
a) Tipo de investigación.....	112
c) Diseño de investigación.....	113
d) Control de variables extrañas.....	113
Concepto de población y muestra.....	117
a) Población objetivo.....	117
b) Población muestral.....	117
c) Muestra.....	118
d) Criterios de exclusión.....	118
8. Instrumento.....	120
a) Cuestionario de Depresión para Niños.....	120
Características generales de la prueba.....	120
Descripción de las escalas.....	122

Finalidad y aplicaciones.....	124
Justificación estadística.....	124
Validez: relaciones con otras pruebas y variables.....	125
Estructura interna: Análisis Factoriales.....	126
CAPÍTULO QUINTO: RESULTADOS.....	130
CAPÍTULO SEXTO: INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	177
CONCLUSIONES	185
RECOMENDACIONES.....	192
BIBLIOGRAFÍA.....	195
ANEXOS.....	200

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro No 1: Registro de puntuaciones brutas obtenidas en tres mediciones.....	131
Cuadro No.2: Resultados de las comparaciones estadísticas de las diferentes mediciones de las variables.....	132
Cuadros de análisis estadísticos, del No. 1 al No. 63.....	134

ÍNDICE DE FIGURAS

Gráfica No.1: Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD), Grupo Experimental.....	156
Gráfica No.2: Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (CHA), Grupo Experimental.....	157
Gráfica No.3: Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS), Grupo Experimental.....	158
Gráfica No.4: Mediciones de la variable "Auto-estima" (AE), Grupo Experimental.....	159
Gráfica No.5: Mediciones de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), Grupo Experimental.....	160
Gráfica No.6: Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) Grupo Experimental.....	161
Gráfica No.7: Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV), Grupo Experimental.....	162
Gráfica No.8: Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD), Grupo Control.....	163
Gráfica No.9: Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), Grupo Control.....	164
Gráfica No.10: Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS), Grupo Control.....	165
Gráfica No.11: Mediciones de la variable "Auto-estima" (AE), Grupo Control.....	166
Gráfica No.12: Mediciones de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), Grupo Control.....	167
Gráfica No.13: Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) Grupo Control.....	168
Gráfica No.14: Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV), Grupo Control.....	169

Gráfica No.15: Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD), Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	170
Gráfica No.16: Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	171
Gráfica No.17: Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS), Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	172
Gráfica No.18: Mediciones de la variable "Auto-estima" (AE), Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	173
Gráfica No.19: Mediciones de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	174
Gráfica No.20: Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	175
Gráfica No.21: Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV), Grupo Experimental vs. Grupo Control.....	176

RESUMEN

RESÚMEN

El presente trabajo de investigación consiste en medir los efectos de un tratamiento para la depresión en niños utilizando la Terapia Cognitiva-Conductual. Los niños participantes son todos residentes de Aldeas Infantiles SOS Panamá, cuyas madres reportaron la presencia de múltiples síntomas de depresión y que además obtuvieron puntajes en el Cuestionario de Depresión para niños de M. Lang y M. Tisher, que también señalan la presencia de depresión. Este grupo de niños fue dividido mediante técnicas estadísticas en un grupo experimental y otro control.

El tratamiento es un formato de grupo basado en la Terapia Cognitiva Conductual, dividido en 12 sesiones, que incluye 4 módulos: Reestructuración Cognitiva (5 sesiones), Asertividad (3 sesiones), Resolución de Conflictos (3 sesiones) y una sesión de cierre. Durante 7 semanas se desarrollaron las 12 sesiones terapéuticas incluyendo una evaluación al inicio, otra a mitad y una al final del tratamiento.

A pesar que los resultados reflejan cambios significativos por efectos de tratamiento en solo dos de las seis variables que participaron en el estudio, al sumar los efectos, a través del valor "Total Depresivo", se observó resultados favorables en el grupo experimental en relación al grupo control.

Las variables más sensibles al cambio fueron: Respuesta Afectiva y Depresivos Varios, la primera alude al estado de humor de los sentimientos del niño, mientras que la segunda se refiere a una serie de cuestionamientos relativos a pensamientos, sentimientos e ideas depresivas que experimenta el niño cotidianamente. Las variables poco o nada sensibles al tratamiento fueron "Problemas Sociales", "Auto-estima", "Preocupaciones por la Muerte o la Salud" y "Sentimientos de Culpa".

Se concluyó finalmente que el tratamiento cognitivo conductual para la depresión en niños parece ser efectivo y se recomendó la replicación de este estudio en variables como autoestima que parece guardar estrecha relación con la depresión en niños.

SUMMARY

The present investigation work consists in measuring the effects of a treatment for depression in children utilizing the Cognitive-Behavior Therapy. The children that participated in the study are all resident of the SOS Children Villages at Panama, whose mothers reported the presence of multiple symptoms of depression and that they also got high scores in the Depression Scale for children by M. Lang and M. Tisher, which accounts for depression. This group of children was divided in experimental and control groups utilizing random statistical techniques.

This is a structure treatment based on the Cognitive – Behavior Therapy, divided in 12 sessions, that includes 4 phases: Cognitive restructuring (5 sessions), Assertiveness (3 sessions), Conflict Resolution (3 sessions) and a closing session. The treatment lasted 7 weeks which include 12 therapeutic sessions and evaluation sessions at the beginning, at half and an at end.

Even so that the outputs reflect only significant change in two of the six variables that participated in the study, upon adding the effects, through the "Total Depression," it was observed favorable outputs in the experimental group in relationship to the control group.

The variables that reflected changes were: "Affective Answer" and "Various Depressive", the first variable alludes to the state of humor and child's emotions, while the second refers to a series of thoughts, feelings and depressive ideas that experiences the child daily. The variables that were modify only little or nothing by the treatment were "Social Problems", "Self Esteem ", "Death and Health Concern thought" and "Blame Feelings."

It was concluded finally that the Cognitive – Behavior treatment for the depression in children seems to be effective and it is recommended for replication, specially to modify variables like Self Esteem that seems to keep narrow relationship with the depression in children.

INTRODUCCIÓN

Nuestra experiencia clínica con niños que han experimentado pérdidas de sus padres, abandono a temprana infancia, negligencia paterna, abuso físico, psicológico y en algunos casos abuso sexual, cambios frecuentes de cuidadores, hospitalizaciones prolongadas, desnutrición, pobreza extrema, inexperiencia paterna, padres adictos y en general condiciones psicosociales desfavorables para el adecuado crecimiento y desarrollo físico y emocional, nos ha llevado a profundizar en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de esta problemática.

Generalmente entre los motivos de referencia por los que la coordinación psicopedagógica de Aldeas Infantiles S.O.S., solicitaba nuestra atención clínica incluían: fracaso escolar a pesar de una capacidad intelectual normal, apatía, desinterés, poca motivación, quejas somáticas frecuentes, oposicionismo, diferentes niveles de agresividad, irritabilidad, llanto frecuente, hiperactividad, no prestar atención en la escuela y en la casa, quejas frecuentes de maestros, poca participación en actividades cotidianas de rutina, ausentismo escolar, entre otras.

Nuestro trabajo clínico con estos niños, nos hizo observar que los diagnósticos mayormente utilizados para estos síntomas que tienen su aparición en la infancia, la niñez y la adolescencia tales como el trastorno disocial,

negativismo desafiante o déficit de atención con hiperactividad, no explicaban satisfactoriamente la problemática de estos niños.

La investigación clínica, que debe ser la principal herramienta de nuestra especialidad, nos llevo necesariamente a profundizar en la comprensión de la problemática antes mencionada. La revisión de la literatura nos permitió comprender que en esta población de niños lo que mejor podía explicar los síntomas observados era el diagnóstico de Depresión.

La presente investigación, denominada "**Intervención Terapéutica de la Depresión en Niños**", representa un esfuerzo encaminado a describir y comprender, evaluar y diagnosticar este cuadro clínico; además vamos un poco más allá y ponemos en marcha una alternativa terapéutica. Son diversas las terapias recomendadas para la depresión en niños; sin embargo para nuestros fines utilizamos la Terapia Cognitiva-Conductual de la Depresión como técnica.

Consideramos este tema de importancia clínica debido a los informes que señalan su alta prevalencia en la población en niños de edad escolar. Algunos investigadores aseguran que cerca de un 8% de los niños experimentan depresión. Un informe de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP), señala que aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento de sus vidas, sobre todo aquellos que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión.

Por todo lo antes expresado, presentamos este trabajo, esperando que permita al clínico ampliar la capacidad y comprensión de los problemas que afectan a los niños y de ampliar las técnicas terapéuticas utilizadas para estos casos.

El marco teórico que sustenta nuestra investigación está subdividido en tres capítulos. En el primero de ellos, describe los síntomas que caracterizan la depresión en niños según las investigaciones, no sin antes hacer un recorrido por la historia y evolución de este concepto. Se resalta también las clasificaciones actuales según la American Psychiatry Association así como algunos otros trastornos y síntomas asociados que guardan estrecha relación con este diagnóstico.

En el segundo capítulo se señalan diversos enfoques psicológicos que explican desde su perspectiva esta problemática en niños, además de alternativas terapéuticas desde cada enfoque. En el tercer capítulo, está especialmente dedicado a detallar la terapéutica cognitiva-conductual para la depresión en niños. Se presentan investigaciones que sustentan la efectividad de este tipo de técnica además de una descripción de las principales áreas objetivas dentro del tratamiento.

Los capítulos subsiguientes corresponden a la metodología, presentación de resultados, análisis de los hallazgos y anexos.

Esperamos que esta investigación satisfaga básicamente la necesidad de información que es necesaria en nuestra especialidad y constituya la base para otras investigaciones en este campo.

CAPÍTULO PRIMERO:
LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

1. Antecedentes Históricos

En la revisión de la literatura sobre este tema, realizada por Lang y Tisher (1997)¹, las primeras referencias bibliográficas corresponden a los trabajos de Klein (1934), Spitz (1946), Abraham (1949), Rank (1951) que aluden a diferentes formas de la depresión en niños.

En los textos de psiquiatría infantil publicados hasta mediados de los años sesenta, son raras las alusiones a la depresión en niños como algo distinto de la depresión y de la psicosis "maniaco-depresivas" en adultos; a partir de estos años ha aumentado considerablemente el interés y reconocimiento de este fenómeno en niños, Lang y Tisher, (1997)².

Para esa época, surge un cierto desacuerdo de tipo teórico sobre la validez del concepto de la depresión en niños. Algunos autores definieron la depresión en términos de un número de características psicopatológicas encontradas en los adultos, e indicaron que es teóricamente improbable su presencia en los niños. Otros autores sostuvieron que, aun cuando las

¹ LANG M y TISHER M., (1997) Cuestionario de Depresión para Niños 5^{ta} Edición TEA Ediciones, S.A., Madrid 36 págs

² LANG M. y TISHER M (sup cit)

manifestaciones clínicas de la depresión son similares en adultos y niños, las diferencias están en que en éstos no aparecen "aquellas formas de depresión que son consecuencia de procesos defensivos y restitutivos más amplios y, en particular, de las introyecciones e identificaciones patológicas que caracterizan la depresión melancólica de tipo "neurótico y psicótico", (Sandier y Joff, 1965 En: Lang y Tisher, 1997)³.

Por otra parte, se han señalado distinciones entre las formas enmascarada y abierta de la depresión; al describir la primera, (Glaser y Sperling, 1968 En: Lang y Tisher, 1997)⁴, señalan que los niños no presentan los síntomas de las reacciones depresivas de los adultos; en aquellos se encuentran problemas de conducta y de delincuencia, reacciones psiconeuróticas tales como las fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, berrinches de mal humor, tendencia a los accidentes, holgazanería, autodestrucción, alteraciones digestivas y en el sueño, dolores de cabeza de tipo migraña y deficiencias o retrasos motóricos, Lang y Tisher, (1997)⁵.

En cuanto a la depresión abierta, (Poznanski y Zrull 1970 En: Lang y Tisher, 1997), observaron 14 niños que mostraban depresión afectiva, es decir, "la expresión de un estado afectivo de desgracia o tristeza crónicas...". También (Frommer 1967, Sandier y Joffe 1965 y Ushakov 1971 En: Lang y Tisher, 1997) describen la depresión afectiva clínica; los dos últimos autores dividen su muestra de 84 niños según la edad (hasta siete; siete-diez; once-trece y catorce-

³ LANG M y TISHER M (op cit)

⁴ LANG M. y TISHER M (sup cit)

⁵ LANG M y TISHER M. (sup cit)

diecisiete años) y señalan que las diferencias intergrupos son fundamentalmente cualitativas, mientras que las diferencias intragrupos son principalmente de tipo cuantitativo. Lang y Tisher (1997)

Otro significativo aporte en este sentido es el de (Stack 1971 En: Lang y Tisher, 1997)⁶ quien confirma que la depresión en la infancia es un mal común que se manifiesta frecuentemente con una sintomatología somática:

"...se debe sospechar la existencia de depresión en los niños que se quejan de malestares abdominales recurrentes no específicos, dolores de cabeza, problemas de sueño o temores irracionales, o presentan alteraciones de humor, tales como irritabilidad, llantos incomprensibles o explosiones asociadas a mal temperamento". (Stack 1971 En: Lang y Tisher, 1997).

Stack (1971), prefiere hablar de depresiones en la infancia en lugar de considerar el fenómeno como una entidad única, e intenta clasificar sus formas de la manera siguiente:

- Grupo 1, depresiones en niños preescolares:

a) hiperactividad; b) apatía; c) somatización.

- Grupo 2, depresiones en niños escolares:

a) depresión simple; b) fobias u obsesiones con reacciones depresivas; c) estados depresivos mixtos; d) depresiones asociadas con síndromes cerebrales orgánicos y estados psicóticos.

Este considerable aumento del interés por el tema puede estar

⁶ LANG M. y TISHER M (op cit)

ejemplificado por el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras celebrado en Estocolmo (1971) y las Conferencias sobre la Depresión en la Infancia (1975) promovidas por el Centro de Estudios sobre el Niño y la Salud Mental del Instituto Nacional de Salud Mental. Lang y Tisher (1997)⁷.

2. Características generales de la depresión en niños

La considerable confusión en la literatura sobre el concepto y la presencia de la depresión en niños, viene a señalar la necesidad de un método sistemático, estructurado y aplicable para medir dicha entidad, lo cual ha sido señalado por varios autores entre los que se incluye Beck (1977)⁸, que ha intentado ampliar la aplicabilidad del BDI (*Beck Depression Inventory*, diseñado para adultos) a muestras de niños y realizado un estudio piloto.

Barrio (1997), señala síntomas relevantes de la depresión en niños como sigue:

"...un niño triste, poco comunicativo, aburrido, desinteresado de las cosas y en ocasiones difícil es muy probablemente un niño deprimido. La depresión infantil se parece a la depresión adulta; sus características básicas son las mismas en ambos casos: anhedonia, disforia, alteraciones del sueño y del apetito, dificultades de concentración y sentimientos de culpa. Sin embargo, la primera tiene también unas características propias como son las quejas somáticas, irritabilidad y trastornos de conducta, que la distinguen de la depresión adulta y en ocasiones han tendido a enmascarar la depresión

⁷ LANG M. Y TISHER M (1997) (sup cit)

⁸ BECK, A T (1967). Depresión. Nueva York Harper & Row

del niño y a equivocar el juicio diagnóstico. Por eso su estudio, evaluación y tratamiento han sufrido un considerable retraso en relación con otras perturbaciones infantiles. Barrio (1997)⁹.

A pesar de la citada confusión en la literatura, los autores creen que la depresión es una respuesta humana normal que varía en intensidad y cualidad, que se encuentra en la población infantil y que juega un papel especial en muchos grupos psiquiátricos, incluyendo los diagnosticados como depresiones neuróticas o psicóticas.

¿Es un estado o un síndrome? Las diferentes características aludidas en los trabajos de Barrio (1993)¹⁰, sobre la sintomatología de la niñez podrían resumirse en:

- **respuesta afectiva:** sentimientos de tristeza/desgracia y llantos;
- **autoconcepto negativo:** sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño;
- **disminución de la productividad mental y de los impulsos:** aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motórico;
- **preocupaciones:** por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria);

⁹ BARRIO M^a V Del (1997) Tratamiento de la Depresión Infantil y Juvenil. En: JIMÉNEZ M. (1997), Tratamiento Psicológico de Problemas Infantiles I^{ra} Edición Ediciones Aljibe. 372 págs

¹⁰ BARRIO, M^a V. Del (1990). Situación Actual de la Evaluación de la Depresión Infantil Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, No. 6. 171-209

- problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor.

Según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP, (1998)¹¹, no son sólo los adultos los que se deprimen. Los niños y los adolescentes pueden sufrir también de depresión, que es una enfermedad tratable. La depresión se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere con la habilidad de funcionar del niño o del adolescente.

El aporte de la AACAP, guarda estrecha coherencia con las conclusiones de Lang y Tisher (1997), cuando afirman que el comportamiento de los niños y adolescentes deprimidos es diferente al comportamiento de los adultos deprimidos y por tanto recomiendan a los padres de niños y adolescentes, que estén atentos a síntomas de depresión que puedan presentar sus hijos, entre los que se incluye:

- Tristeza persistente, lloriqueo y llanto profuso, desesperanza.
- Pérdida de interés en sus actividades favoritas o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas.
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Aislamiento social, comunicación pobre.
- Baja autoestima y culpabilidad.

¹¹ AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), 1998. "El Niño Deprimido".

- Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
- Aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad.
- Dificultad en sus relaciones.
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago.
- Ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios.
- Concentración pobre.
- Cambios notables en los patrones de comer y de dormir.
- Hablar de tratar de escaparse de la casa.
- Pensamientos o expresiones suicidas o comportamiento autodestructivo.

Según la AACAP, una de las principales características del niño deprimido es la dificultad de experimentar placer en las actividades de las que antes disfrutaba. Los niños y adolescentes deprimidos dicen a veces que quisieran estar muertos, pueden hablar del suicidio. Los adolescentes deprimidos pueden abusar del alcohol o de otras drogas tratando de sentirse mejor.

Según la AACAP, los niños y adolescentes que se portan mal en la casa y en la escuela pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se dé cuenta de ello. Los padres y los maestros no se dan cuenta de que la mala conducta es un síntoma de depresión porque estos niños no siempre dan la impresión de

estar tristes. Sin embargo, si se les pregunta directamente, los niños algunas veces admiten que están tristes o que son infelices.

3. El DSM-IV y la depresión en niños y adolescentes

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV, (1995)¹², señala dentro del grupo de los Trastornos del Estado de Animo la categoría Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Distímico aplicable a niños, adolescentes y adultos. Según esta fuente, en niños y adolescentes los síntomas de depresión pueden presentarse de forma variada y muy parecidas a la depresión en adultos.

Criterios para el episodio depresivo mayor

- a) Presencia de cinco o más de los siguientes síntomas durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa, uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo depresivo y el otro pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
 - 1) Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi cada día según lo indica el propio sujeto (p. ej., se siente vacío) o la observación

¹² AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995) "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-IV) 4^{ta} Edición Editorial Masson, S A España 909 págs

realizada por otros (p. ej., llanto). **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable;

- 2) disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día.
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer régimen o aumento de peso (p. ej., un cambio de más del 5% del peso corporal en 1 mes), o pérdida o aumento de peso cada día. **Nota:** En niños hay que valorar el fracaso en lograr los aumentos de peso esperables.
 - 4) Insomnio o hipersomnia cada día.
 - 5) Agitación o enlentecimiento psicomotores casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
 - 6) Fatiga o pérdida de peso cada día.
 - 7) Sentimientos de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados.
 - 8) Disminución de la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, casi cada día.
- b) Los síntomas provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

- c) Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia, droga o medicamento.
- d) Los síntomas no se explican mejor por la presencia de un duelo (p.ej., después de la pérdida de un ser querido).

El DSM-IV (1995), dentro de la categoría Trastorno Distímico expone los criterios básicos para este diagnóstico en niños adolescentes y adultos.

- a) Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. **Nota:** En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
- b) Presencia mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:
 - pérdida o aumento de apetito
 - insomnio o hipersomnia
 - falta de energía o fatiga
 - baja autoestima
 - dificultades para concentrarse o para tomar decisiones
 - sentimientos de desesperanza
- c) Durante el período de 2 años (1 año en niños y adolescentes) de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.

d) No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 para niños y adolescentes)

e) Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

Dentro de las especificaciones propias de este diagnóstico hay que señalar "de Inicio Temprano", si la aparición es antes de los 21 años.

4. Síntomas y Trastornos asociados a la Depresión en niños según el DSM-IV.

Los sujetos con un trastorno del estado de ánimo, incluyendo niños y adolescentes, se presentan a menudo con llanto, irritabilidad, tristeza, rumiaciones obsesivas, ansiedad, fobias, preocupación excesiva por la salud física y quejas de dolor (p. ej., cefaleas o dolores articulares, abdominales o de otro tipo). Durante un episodio depresivo, algunos niños y adolescentes pueden presentar crisis de angustia con un patrón que cumple los criterios del trastorno de angustia. Puede presentarse también ansiedad por separación. Se observa en algunos niños problemas en las relaciones personales, interacciones sociales menos satisfactorias o problemas en el rendimiento académico, ausencias frecuentes a la escuela, fracaso escolar, deserción, abuso de alcohol u otras sustancias o aumento de la utilización de servicios médicos. La consecuencia más grave de un episodio depresivo en niños y adolescentes es la tentativa de suicidio o el suicidio consumado. Puede presentarse si además de la alteración

del estado de ánimo hay síntomas psicóticos, historia de tentativas de suicidio previas, historia familiar de suicidio consumado o consumo concomitante de sustancias.

Según el DSM-IV (1995), entre los trastornos más asociados a la depresión en niños y adolescentes, se encuentran los trastornos del aprendizaje que en la mayoría de las veces se encuentra asociado a un déficit en habilidades sociales, baja autoestima y desmoralización. En este sentido, se observa que la tasa de abandonos escolares y de niños o adolescentes con trastornos del aprendizaje, se sitúa alrededor del 40%, y parte de este porcentaje puede estar experimentando una depresión mayor o un trastorno distímico.

Los niños con síntomas depresivos pueden sufrir dificultades significativas en las responsabilidades escolares y en la adaptación social con niños de su misma edad. Otros trastornos que parecen estar asociados a la depresión en la infancia son: trastorno disocial, trastorno negativista desafiante, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno reactivo de vinculación en la infancia y trastorno de ansiedad por separación. Estos dos últimos parecen tener síntomas en común con la depresión en niños, motivo por el que le brindaremos mayor atención en los puntos subsiguientes:

a) Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia o la Niñez:

Un trastorno frecuentemente asociado a la Depresión en niños es el Trastorno Reactivo de la Vinculación de la Infancia o la Niñez DSM-IV (1995). La característica esencial de este trastorno es una relación social que, en la mayor parte de los contextos, se manifiesta marcadamente alterada e inapropiada para el nivel de desarrollo del sujeto, se inicia antes de los 5 años de edad y se asocia a una crianza sumamente patológica. Este cuadro clínico en la infancia tiene dos tipos de presentaciones. En el tipo inhibido el niño está persistentemente incapacitado para iniciar la mayor parte de las interacciones sociales y responder a ellas de un modo adecuado a su nivel de desarrollo. El niño responde socialmente de modo demasiado inhibido, hipervigilante o ampliamente ambivalente (p.ej., vigilancia fría, resistencia a satisfacciones o comodidades, o una mezcla de acercamiento o evitación. En el otro tipo, el niño exhibe una sociabilidad indiscriminada o una falta de selectividad en la elección de las figuras de vinculación. El trastorno en descripción no se explica exclusivamente por la presencia de un retraso del desarrollo o mental. Por definición el trastorno se asocia a una crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto, desatención persistente de las necesidades del niño, cambios repetidos del cuidador primario, lo que evita la formación de vínculos estables (p.ej., cambios frecuentes del hogar adoptivo), hospitalizaciones prolongadas del niño, pobreza

extrema o inexperiencia de los padres, predisponen a la práctica de una crianza patológica. Sin embargo, una crianza claramente patológica no siempre determina el desarrollo de un trastorno reactivo de la vinculación; algunos niños establecen relaciones sociales y vínculos estables incluso en situaciones de abandono o maltrato relevantes. DSM-IV (1995).

b) Trastorno de ansiedad por separación.

Asociado a la Depresión en niños, está el trastorno de ansiedad por separación, DSM-IV (1995). La característica esencial de este trastorno es una ansiedad excesiva concerniente al alejamiento del hogar o de aquellas personas a quienes el sujeto está vinculado. La ansiedad es superior a la esperada en sujetos del mismo nivel de desarrollo. La alteración debe mantenerse por un período de por lo menos 4 semanas y tener su inicio antes de los 18 años. Los niños afectados de este trastorno pueden experimentar malestar excesivo recurrente al estar separados de su hogar o a las personas con quienes están vinculados. Algunos niños o adolescentes se muestran extremadamente nostálgicos y desasosegados hasta sentirse desgraciados cuando se encuentran fuera de la casa. Pueden anhelar el regreso a su hogar y preocuparse por los familiares ausentes. Cuando están separados de las personas con quienes tienen mayor vinculación, estos sujetos suelen preocuparse por miedos, accidentes o enfermedades que afectan a dichas personas o a ellos mismos. Pueden tener pesadillas cuyo contenido expresa los temores del niño,

destrucción de su familia, terremotos, incendios, asesinatos u otras catástrofes. Cuando ocurre o se anticipa una separación, son frecuentes las quejas físicas tales como dolores de estómago, cefaleas, náuseas y vómitos.

Los niños afectados de este trastorno cuando se alejan del hogar o de las personas con quienes están más vinculados, pueden manifestar de modo recurrente retraimiento social, apatía, tristeza o dificultades para concentrarse en las responsabilidades académicas y lúdicas. Son frecuentes las preocupaciones acerca de la muerte y el morir. La negativa de ir a la escuela puede dar lugar a problemas académicos y a la evitación social. Los niños pueden quejarse de que nadie les quiere, o de que nadie les cuida y que otros desearían que estuvieran muertos. Cuando están muy alterados ante la perspectiva de una separación, pueden mostrarse coléricos y, ocasionalmente golpear a alguien que tenga que ver con la separación. Con frecuencia hay un estado de ánimo deprimido que puede persistir en la infancia, justificando en la niñez o la adolescencia un diagnóstico de trastorno distímico o de trastorno depresivo. El trastorno de ansiedad por separación, puede también preceder al desarrollo de un trastorno de angustia con agorafobia en edades posteriores. DSM-IV (1995).

5. Diagnóstico diferencial

El DSM-IV hace señalamientos para diferenciar el Trastorno del Estado de Animo de otros trastornos que tienen su aparición en la infancia, la niñez o la adolescencia.

La distraibilidad y la baja tolerancia a la frustración en niños y adolescentes pueden darse tanto en un trastorno por déficit de atención con hiperactividad como en los trastornos del estado de ánimo; si se cumplen los criterios para ambos, puede diagnosticarse el trastorno por déficit de atención con hiperactividad además del trastorno de estado de ánimo. No obstante, el clínico tiene que ser cuidadoso para no sobrediagnosticar episodios depresivos mayores en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en los que la alteración del estado de ánimo se caracteriza por la irritabilidad más que por la tristeza o la pérdida de interés. DSM-IV (1995).

Un trastorno del estado de ánimo en niños o adolescentes debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica. El diagnóstico apropiado es trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica si la alteración del estado de ánimo se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica específica.

También un trastorno del estado de ánimo en niños y adolescentes debe distinguirse de un trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias, en este caso, una sustancia (una droga, un medicamento o un tóxico) se considera etiológicamente relacionada con la alteración del estado de ánimo.

Un trastorno del estado de ánimo que tiene su aparición como respuesta al estrés psicosocial se distinguirá de un trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo por el hecho que en este último no se cumplen totalmente los criterios para un episodio depresivo. Tras la pérdida de un ser querido para un niño o adolescente, los síntomas depresivos deben atribuirse a un duelo y no a

un episodio depresivo mayor incluso si son de número y duración suficientes para cumplir los criterios descritos previamente.

Finalmente, hay que señalar que los períodos de tristeza pueden presentarse aisladamente como aspectos inherentes de la experiencia humana desde edad temprana sin que satisfagan los criterios de gravedad y duración para que se diagnostique como episodio depresivo mayor. DSM-IV (1995).

6. Otros factores psicológicos y ambientales asociados a la depresión en niños.

Tal como señala el DSM-IV al describir algunos factores que pueden estar relacionados con la aparición de trastornos del estado de ánimo en la niñez o la adolescencia y que pueden aparecer en la temprana infancia bajo el diagnóstico de trastorno de vinculación en la infancia, se incluye: crianza claramente patológica que puede adoptar la forma de desatención persistente de las necesidades emocionales básicas del niño relativas a bienestar, estimulación y afecto, desatención persistente de las necesidades del niño, cambios repetidos del cuidador primario o mudanzas, lo que evita la formación de vínculos estables (p.ej., cambios frecuentes del hogar adoptivo), hospitalizaciones prolongadas del niño, pobreza extrema o inexperiencia de los padres, abuso físico, sexual o psicológico, negligencia en general, separación de los padres predisponen a la práctica de una crianza patológica y con ello la probable aparición de trastornos del estado de ánimo desde temprana edad.

A continuación describiremos brevemente factores psicológicos y ambientales claramente asociados a la depresión en niños.

a) Auto-Estima

La depresión es una de las conexiones más frecuentemente citadas entre baja auto-estima y psicopatología. Una prueba de esta conexión son las aparentes similitudes cognitivas entre personas deprimidas, incluyendo niños y personas con baja auto-estima. El psicólogo Ellis (1977) y el psiquiatra Burns (1980), encuentran que ciertas distorsiones cognitivas son frecuentes en la depresión. Coinciden, por ejemplo, en que los individuos deprimidos ejecutan a menudo patrones irracionales de pensamiento, o mantienen ideas sobre sí mismos o situaciones que no se corresponden con los hechos de la realidad. Sólo por llamarse "estúpido" ante un pequeño error, por ejemplo, un individuo elimina otras posibles interpretaciones y experimenta una que es dolorosa. Este acto refuerza tales patrones-cognitivos y conductuales negativos que, a su vez, los hacen más probables. Una vez que esto ocurre, los problemas con la depresión son más probables y más seguros. Mruk (1984)¹³.

La mayoría de los autores cognitivos que describen la depresión o la auto-estima manifiestan que este tipo de patrón parece ocurrir en muchas personas con auto-estima baja. Incluso los estudios sobre poblaciones clínicas confirman

¹³ MRUK CHRIS (1989) Phenomenological psychology and the computer revolution: Friend, foe, or opportunity? The journal of Phenomenological Psychology, No 20 20-39

este fenómeno. La mayoría de los clínicos observan en su trabajo estos dos lados de la moneda auto-estima baja/depresión: ambas parecen estar tan íntimamente vinculadas que es difícil (si no imposible) decir cuál es la primera, Mruk Chris (1998)¹⁴.

El vínculo entre auto-estima y depresión puede profundizarse aún más. Los sociólogos señalan muchas veces que la auto-estima baja influye repetidamente en ese fenómeno. Un modo en el que parecen vinculados es que la auto-estima protege a los individuos de los contratiempos, sin embargo una vez abiertas las grietas en tal escudo protector, es fácil que se instaure la depresión. Entonces, el individuo es fácilmente superado por un estresor determinado o una serie de estresores. El aumento de la vulnerabilidad implica una menor capacidad para resolver problemas. Si estas habilidades de manejo se hacen menos efectivas, o no se usan con tanta frecuencia, los problemas siguen acumulándose. Eventualmente, el vínculo auto-estima/depresión sigue creciendo de este modo hasta perjudicar la sensación de merecimiento. Este hecho, más la obligación de manejar los problemas externos, empujan a la persona a un estado de crisis. Ahora se hallan bajo riesgo de indefensión y pueden entrar en el túnel del suicidio cuando la pregunta pasa de "¿Debería suicidarme?" a "¿Hay alguna razón para no hacerlo?". Aquí, la auto-estima es cuestión de vida o muerte y requiere una intervención radical.

Este tipo de trabajo nos guía en algunas direcciones interesantes. Por

¹⁴ MRUK CHRIS (1998) "Auto-Estima Investigación y Práctica". 1ª Edición Editorial Desclée De Brouwer, S A España 234 págs

ejemplo, sabemos que las depresiones medias y moderadas se tratan con ciertas formas de psicoterapia o con medicación y en ambos casos la efectividad parece la misma, pero, ¿influye la auto-estima en ambos tratamientos? Si existe un vínculo entre auto-estima y depresión, entonces el fortalecimiento de la auto-estima mediante una terapia conversacional podría ser útil. Y si la medicación permite a las personas sentir un mayor control de sus vidas, lo que puede equivaler a una forma de competencia, ¿no fortalece eso la auto-estima? En cualquier caso, el aumento de la auto-estima parece ser esencial en el tratamiento. Otros autores se centran en el posible vínculo entre auto-estima baja y ciertas formas de psicosis o manía. Tal vínculo tiene mucho sentido teórico. Por ejemplo, si alguien teme la pérdida del control o de la competencia, entonces ¿qué mejor forma de sentirse poderoso que desarrollando ilusiones de grandeza? Sin embargo, existe menos apoyo empírico y también menos acuerdo general sobre el vínculo entre auto-estima y conducta.

b) Actitudes Parentales

Con el paso de los años, se viene comprobando que ciertas actitudes parentales parecen influir sistemáticamente sobre el desarrollo emocional de los niños.

La implicación parental con el niño puede ser la actitud simple más importante de los progenitores (responsables) que afecta el desarrollo de la auto-estima en los niños. Por ejemplo, los progenitores descritos como

indiferentes hacia sus hijos o los progenitores que se ausentan frecuentemente o durante largos períodos de tiempo tienden a tener hijos con niveles más bajos de auto-estima. Los niños con niveles superiores de auto-estima, tienen muchas veces progenitores activamente implicados. Además, este efecto parece ser especialmente importante en los chicos, particularmente en relación a la implicación del padre. Sin embargo, la implicación no es suficiente: la calidad también cuenta. Miller (1984)¹⁵.

c) Aceptación Incondicional de los Progenitores

Una cualidad primordial de la implicación parental que favorece el adecuado desarrollo emocional es la aceptación incondicional o aceptación parental, Coopersmith (1967)¹⁶. Este hallazgo se menciona repetidas veces a lo largo de dos décadas de trabajo pero, como término, tiende a ser algo vago. Es difícil especificar los componentes conductuales de tal actitud. Sin embargo, la aceptación se usa con frecuencia para describir la voluntad de los progenitores a ver las virtudes y debilidades de un hijo, o a ser consciente de cada niño en términos de sus potencialidades y limitaciones. Este tipo de aceptación es la "aceptación incondicional", porque está equilibrada. Al ver ambas dimensiones de un niño tal y como se observan en una situación particular, por ejemplo, un progenitor puede animar a su hijo a explorar el mundo de un modo que es

¹⁵ MILLER, T (1984) Parental Absence and its effects on adolescent self-esteem. *International Journal of Social Psychiatry*, No 30: 293-296

¹⁶ COOPERSMITH, S (1959) A method for determining types of self-esteem. *Journal*, No 59. 87-94

apropiado a su edad, referencias, competencias, etc. Mruk Chris (1998).¹⁷

d) Expectativas Claras

Las expectativas y límites claramente definidos son actitudes parentales que a menudo se asocian con desarrollo de auto-estima positiva en los niños. Establecer modelos altos (pero no imposibles), por ejemplo, implica establecer límites claros y firmes (pero no duros ni rígidos). Hacerlo parece favorecer la auto-estima de dos formas. Por una parte, tales límites hacen saber al niño que ciertas formas de conducta son deseables o "buenas" y que debe esforzarse por lograrlas. (Opuestamente, establecer patrones bajos o pobres puede impedir la aparición de algunos "retos vitales" necesarios para lograr merecimiento). Por otra parte, establecer y mantener límites es importante porque no hacerlo es, a largo plazo, destructivo para la auto-estima. Una larga muestra de literatura evolutiva muestra que el exceso de permisividad por parte de los progenitores se relaciona con conductas negativas como la impulsividad y la agresividad. La misma literatura, que puede encontrarse en casi todos los textos sobre evolución infantil (Newman y Newman, 1987)¹⁸, señala que los límites excesivamente severos o difíciles de lograr también son problemáticos. Por ejemplo, pueden engendrar una conducta ansiosa y restrictiva en vez de la espontaneidad o la

¹⁷ MRUK CHRIS, (op. cit)

¹⁸ NEWMAN, B., Y NEWMAN, P. (1987). *Development Through life: A Psychosocial approach* 4^{ta} Edición Chicago · Dorshey Press

implicación en la vida.

e) Respeto

El tratamiento respetuoso hacia los hijos es otra actitud que merece ser tenida en cuenta. Las investigaciones sobre los estilos parentales de disciplina, por ejemplo, sugieren que frente al estilo autoritario o permisivo, el democrático o autoritativo es más favorable para el desarrollo de la auto-estima en los niños, Coopersmith (1967)¹⁹. Esto implica la disposición de los progenitores a comentar los problemas y a negociar el conflicto en primer lugar, pero sin violar ciertos patrones de conducta como el respeto de los derechos de las otras personas. Evidentemente, pocas personas son suficientemente ingenuas para creer que uno siempre debe ser democrático. Es, más bien, una cuestión de estilo de disciplina o de ser un "buen progenitor" que uno emplea con mayor frecuencia (Winnicott, 1953)²⁰. Esta actitud de respeto se extiende a otras áreas, como la alabanza de los acuerdos, tomarse el tiempo necesario para explicar cosas, tolerar (dentro de unos límites) las preferencias del niño, etc. Mruk Chris (1998)²¹.

¹⁹ COOPERSMITH, S (op cit)

²⁰ WINNICOTT, D (1953) Transitional objects and transitional phenomena. International Journal of Psychoanalysis, No.34. 89-97

f) Coherencia Parental

La coherencia parental es una influencia evolutiva bastante positiva Newman y Newman, (1987)²² que parece relacionarse con la estabilidad emocional del niño en desarrollo. La coherencia parental refuerza otras actitudes, como ser un progenitor interesado que tiene, espera y mantiene las normas. Una vez más, la idea es que las actitudes prevalentes son las de implicación (pero sin ahogos), aceptación pero no al precio de la indulgencia), firmeza (pero sin rigidez), ser democrático (pero sin serlo de forma simplista) y hacerlo coherentemente (la mayor parte del tiempo). Ser valorado y tratado de este modo parece fortalecer la auto-estima; seguramente es más agradable y favorecedor para los cambios y resultados positivos que sus opuestos. Los adultos también responden bien a tal tratamiento y que es uno de los ingredientes básicos de la buena terapia (Rogers, 1961 En: Mruk, 1998)²³.

g) Orden de Nacimiento

Existe un pequeño grado de consenso sobre la influencia que puede tener el orden de nacimiento de los hermanos en el desarrollo emocional del niño. Ser el primero en nacer parece fortalecer levemente la posibilidad de desarrollar una

²¹ MRUK CHRIS (op. cit)

²² NEWMAN, B , y NEWMAN, P (1987) (op cit)

²³ MRUK CHRIS (1998) (op. cit)

auto-estima positiva. Este hallazgo originalmente manifestado por Coopersmith (1967)²⁴ y sigue en vigor en la actualidad. Además, este efecto ordinal parece ser más fuerte para los hombres que para las mujeres. Igualmente, existen indicios de que los hijos únicos tienden a tener una auto-estima mayor que los niños con hermanos. Aunque no exista una relación causal simple entre el orden del nacimiento y la auto-estima, en general se cree que el primero o el único en llegar recibe más atención o interactúa más con los progenitores que los siguientes hermanos.

h) Experiencia de maltrato infantil

El maltrato a los niños es un problema social, con raíces culturales y psicológicas, que puede producirse en familias de cualquier nivel económico y educativo.

Según la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry AACAP (1998)²⁵, pueden distinguirse varias formas de maltrato, que los adultos ejercen sobre los niños:

- La negligencia que se expresa en desprotección, descuido y/o abandono.
- El maltrato físico que es toda forma de castigo corporal e incluye también, el encierro o la privación intencional de cuidados o alimentos.

²⁴ COOPERSMITH, S (1967) (op. cit)

²⁵ AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP) , 1998 "El Maltrato Infantil: Los Golpes Ocultos"

- El abuso sexual, consistente en obligar o persuadir a un niño/a para que participe en actividades sexuales adultas, frente a las que no puede dar un consentimiento informado.
- El maltrato emocional, que acompaña a todas las otras, pero que puede ejercerse independientemente de las demás. Por ejemplo, mediante amenazas aterradoras, descalificaciones, desvalorizaciones y/o ausencia de expresiones cariñosas.

El comportamiento de los niños maltratados ofrece muchos indicios que delatan su situación. La mayoría de esos indicios son no específicos, porque la conducta puede atribuirse a diversos factores. Sin embargo, siempre que aparezcan los comportamientos que se señalan a continuación, es conveniente agudizar la observación y considerar el maltrato y abuso entre sus posibles causas: ausencias reiteradas a clase, bajo rendimiento escolar y las dificultades de concentración, depresión constante y/o la presencia de conductas autoagresivas o ideas suicidas, docilidad excesiva y la actitud evasiva y/o defensiva frente a los adultos, búsqueda intensa de expresiones afectuosas por parte de los adultos, especialmente cuando se trata de niños pequeños, actitudes o juegos sexualizados persistentes e inadecuados para la edad.

Según la American Academy of Children and Adolescent Psychiatry AACAP (1998), los niños que han sido maltratados pueden exhibir: una pobre auto-imagen, reactuación del abuso físico o sexual, incapacidad para depender, confiar o amar a otros, conducta agresiva, problemas de disciplina y, a veces,

comportamiento ilegal, coraje y rabia, comportamiento auto-destructivo o auto-abusivo, pensamientos suicidas, pasividad y comportamiento retraído, miedo de establecer relaciones nuevas o de comenzar actividades nuevas, ansiedad y miedos, problemas en la escuela o fracaso escolar, sentimientos de tristeza u otros síntomas de depresión, visiones de experiencias ya vividas y pesadillas, abuso de drogas o de alcohol.

Según el Centro para el Control del Abuso y el Abandono de Niños del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (AACAP, 1998), se pueden observar algunos indicadores físicos en niños maltratados: alteración de los patrones normales de crecimiento y desarrollo, persistente falta de higiene y cuidado corporal, marcas de castigos corporales, "accidentes" frecuentes, embarazo precoz.

i) Cambios frecuentes de residencia

Según la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP (1998), el mudarse a una comunidad nueva puede ser una de las experiencias que mayor estrés produzca en la familia. Las mudanzas frecuentes, o aún una sola mudanza, pueden ser especialmente difíciles para un niño o un joven y el estrés ocurre aun cuando el niño tiene hermanos.

Los niños en edad de kindergarden o de primer grado son particularmente vulnerables a una mudanza de la familia porque en su proceso de desarrollo ellos están en la etapa de separarse de sus padres, de ajustarse a nuevas

figuras de autoridad y a grupos de compañeros. La relocalización puede interferir con el proceso normal de la separación, causando una regresión y una relación de mayor dependencia hacia sus padres.

Según la AACAP (1998), los niños que parecen estar deprimidos por una mudanza podrían estar reaccionando menos a la relocalización que al estrés de sus padres al establecerse en un área nueva. Algunas veces uno de los padres está en contra de la mudanza y los niños lo captan y reaccionan a la discordia familiar demostrando señales persistentes de depresión o de tensión.

j) Pérdida de seres queridos:

La pérdida de un ser querido tiene un significado diferente para diferentes personas en diferentes edades. En el caso de las pérdidas tempranas, el niño puede percibirla de manera distinta dependiendo del sentido y calidad de relación con esa persona, si las relaciones han sido conflictivas, si se genera culpa, de la dependencia o independencia existente, la presencia de desesperanza de nunca poder recuperar la pérdida sufrida.

La recuperación después de una pérdida en la niñez se ve afectada por factores psicológicos propios del niño, los recursos personales con que cuenta, entre ellos comportamiento adaptativo, personalidad, carácter, confianza en sí mismo, historia de pérdidas previas, inteligencia, posibilidad de expresar la pérdida y salud mental en general.

Los síntomas de depresión que pueden aparecer en un niño expuesto a pérdidas frecuentes, pueden interferir en su adaptación social, escolar y familiar y puede considerarse un trastorno dependiendo de la duración en el tiempo y de los síntomas y trastornos asociados.

7) Prevalencia de la depresión en niños y adolescentes.

Los informes sobre la frecuencia de la depresión en niños y adolescentes varían mucho. Kuhn (1981) señala que:

"...actualmente muchos investigadores bien conocidos afirmarían que, en cualquier grupo promedio de niños tratados por un psiquiatra infantil, se puede esperar alrededor de un 12% de casos con perturbaciones patológicas clasificables como depresión que necesitarían tratamiento en esa línea" . (Kuhn 1981 En: Lang y Tisher 1997)²⁶

Una revisión de la literatura sobre el tema observa que, en los estudios epidemiológicos de conductas desviadas en niños, un 20% de la población infantil parece presentar los síntomas de problemas depresivos observados normalmente en muestras clínicas. Más aún, en un estudio longitudinal de más de 50 niños, desde el nacimiento a la edad escolar, se observó que los estados depresivos surgieron aproximadamente en un 25% de los casos; Nissen (1981) encontró estados depresivos graves y moderadamente graves en un 1.8% de los casos de una muestra de alrededor de 6,000 niños. Como señala A. Annelí

²⁶ LANG Y TISHER (1997) (op. cit)

(1981), las principales razones de la amplia variedad de frecuencias citadas se debe fundamentalmente a que entre los investigadores hay divergencias en el significado del concepto de depresión y a la diversidad de las muestras estudiadas. Lang y Tisher (1998)²⁷

Un informe de la American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP (1998), señala que aproximadamente el 5% de los niños y adolescentes de la población general padece de depresión en algún momento de sus vidas. "Los niños que viven con mucha tensión, que han experimentado una pérdida o que tienen desórdenes de la atención, del aprendizaje o de la conducta corren mayor riesgo de sufrir depresión".

Por otro lado, Iriarte (1998)²⁸ señala que el 64% de los adultos tiene la sensación de que les falta tiempo. Entre los pequeños la cuestión es más delicada. Según el estudio "El estrés, un problema de hoy en mundo infantil" realizado por la misma autora, alrededor de un 40% de los niños tiene problemas de estrés y un 8% sufre depresión.

En este sentido, Domenech y Polaino (1998)²⁹, señalan que "una agitada vida social, las altas exigencias de los padres, los conflictos hogareños y la neurosis colectiva en que se vive, hacen mella entre nuestros hijos". Los estudios epidemiológicos de estos autores revelan que entre un 8% y un 9% de los niños sufren lo que se llama depresión infantil.

²⁷ LANG Y TISHER (op. cit)

²⁸ CONCEPCION IRIARTE (1998) Depresión y Suicidio Infantil Madrid. http://www.depresión_y_suicidio.com

²⁹ DOMENECH EDELMIRA Y AQUILINAO POLAINO (1998). Depresión y Suicidio Infantil Madrid [web.http://www.depresiónysuicidio.com](http://www.depresiónysuicidio.com)

CAPÍTULO SEGUNDO:

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.

TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA.

En este capítulo, nuestra principal referencia bibliográfica es el aporte de Barrio (1997) mediante el estudio "Tratamiento de la Depresión Infantil" En: Hernández (1997). "Tratamiento Psicológico de los Problemas Infantiles". Este capítulo describe Inicialmente la eficacia de las técnicas terapéuticas para la depresión en niños y adolescentes, seguida de los diferentes marcos teóricos que la sustentan, sus consecuencias terapéuticas y las distintas técnicas en las que se materializan.

Según Barrio (1997)³⁰, la terapia psicológica infantil en general sigue un camino paralelo, aunque levemente rezagado, a la utilizada con los adultos y los problemas que se plantea son también parecidos; uno de ellos, es la eficacia de las técnicas terapéuticas aplicadas. Se persigue este conocimiento llevando a cabo estudios longitudinales que permiten seguir el éxito de las intervenciones aplicadas.

En el caso de los niños hay algunos estudios pioneros sobre la eficacia de la psicoterapia (consejo, recomendaciones a padres y escuelas y terapia

³⁰ BARRIO M^a. V. Del , 1997. "Tratamiento de la Depresión Infantil y Juvenil" En. HERNÁNDEZ M ,1997. "Tratamiento Psicológico de Problemas Infantiles" 1^{ra} Edición Ediciones Aljibe. España 371 págs

profunda) y se encontraron resultados poco brillantes, sólo el 66% de los niños presentaba mejoría al término de la terapia, y sin embargo, el 78% había mejorado al cabo de cuatro años (Levitt, 1957)³¹, lo que apunta más bien a una remisión espontánea que al éxito de una intervención. Otro de estos estudios, pero ya con un grupo control, mostró que después de dos años de tratamiento el 65% de los niños había mejorado, el 18% permanecía igual y el 16% había empeorado; en el grupo control el 61% había mejorado, el 30% permanecía igual y el 9% había empeorado (Shepherd, Oppenheim y Mitchell, 1966)³². Estos estudios se llevaron a cabo cuando la terapia infantil estaba todavía poco desarrollada.

Es hasta los años ochenta cuando se encuentran investigaciones sistemáticas y con resultados más esperanzadores. Precisamente existía al respecto una división de opiniones muy considerable (Achenbach, 1982)³³.

Un primer estudio muy simple sobre la eficacia de las terapias (de juego y conductual) sobre niños con problemas de personalidad y de conducta (Kolvin, Garside, Nicol y otros, 1981) mostró una mejor situación de los niños que asisten a cualquiera de los dos tipos de terapia en comparación con los del grupo control y, además, los problemas neuróticos respondían mejor a la terapia que los problemas de conducta. Del Barrio V. (1997)³⁴.

Otro de los primeros trabajos sobre la eficacia de la terapia en los niños es

³¹ LEVITT, E.E. (1963). Psychotherapy with children a farther evaluation. Behavior Research and Therapy, No. 60: 326-329.

³² SHEPHERD, M., OPPENHEIM, A N Y MITCHELL, (1966). Childhood behavior disorders and the child guidance clinic: an epidemiological study. Journal of Child Psychology and Psychiatry, No 7: 39-52.

³³ ACHENBACH, T.M (1982). Assessment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. Beverly Hills, CA Sage

³⁴ BARRIO (op cit)

el de Casey y Berman, (1985)³⁵, realizado éste, mediante meta-análisis. Apoya la tesis de que la terapia conductual es más eficaz que otros tipos de intervención. Los autores tampoco encontraron diferencias entre técnicas en los diferentes niveles de edad, tanto si se llevaba a cabo de forma individual como si lo era en grupo.

Más recientemente, (Weisz, Weiss, Alicke y Klotz 1987 En: Barrio 1997)³⁶ examinaron la eficacia de las terapias conductuales (operante, respondente, modelado, entrenamiento social y cognitiva) comparándolas con las terapias no conductuales (centrada en el cliente, psicodinámica, dinámica de grupo). Sus resultados apoyan la tesis de que la terapia conductual (tomada extensamente) es más efectiva que la no conductual; además, parece que se obtiene más éxito con los niños más pequeños, sobre todo cuando se usan padres y profesores como coterapeutas. En este mismo trabajo se muestra que los terapeutas con un nivel más alto de formación logran mejores resultados con los problemas afectivos, pero iguales que otros terapeutas ante los problemas de conducta. Si se aplica este panorama al tratamiento de la depresión infantil, se desprende que para llevar a cabo una acción terapéutica en este campo se requieren profesionales altamente cualificados que utilicen preferentemente técnicas cognitivo-conductuales.

Otras investigaciones no son tan concluyentes y apuntan a dificultades para hacer comparaciones entre diversas investigaciones, por la heterogeneidad

³⁵ CASEY, R.J y BERMAN, J.S. (1985) The outcome of psychotherapy with Children: innovative approaches Nueva York Pergamon Press

³⁶ BARRIO M^a V Del (op cit.)

de diseños, evaluaciones y control de las técnicas terapéuticas utilizadas recomiendan una mayor homogeneidad en la investigación que permita los trabajos comparativos.

Kazdin (1990)³⁷ ha llevado a cabo una revisión de los trabajos sobre este tema aparecidos hasta esa fecha y todavía ahí no aparecen informaciones puntuales sobre diferencias en el tratamiento de la depresión infantil.

Si se hace excepción de los tratamientos farmacológicos y psicoanalíticos, la intervención psicológica aplicada a los adultos deprimidos comienza a perfilarse a principios de los años setenta pero la terapia de la depresión en los niños aparece tímidamente muy al final de los setenta, se va consolidando en los ochenta y su desarrollo se está produciendo aún en estos momentos (Dujovne, Barnard y Rapoff, 1995 En: Barrio 1997)³⁸.

El comienzo de la terapia de la depresión infantil fue principalmente farmacológica y psicoanalítica. Inmediatamente después los tratamientos psicológicos más frecuentemente aplicados han sido cognitivo-conductuales, pero también se han implicado en esta tarea todas las demás técnicas derivadas de otras orientaciones teóricas, psicoanálisis, gestalt, etc. Todas ellas intentan lo mismo: cambiar la situación de un niño o adolescente deprimido.

La acción de los psicólogos para abordar este problema y conseguir superar la depresión que perturba la vida de un niño tiene muy diversas posibilidades y muy diferentes técnicas.

³⁷ KASDIN, A E. (1990) PSYCHOTHERAPY FOR CHILDREN AND ADOLESCENT. Annual Review, No 41: 21-54

³⁸ BARRIO, M^a V. Del (op cit)

Cualquier tipo de intervención terapéutica, tanto en el mundo adulto como en el infantil, deriva de un marco teórico o, dicho de otra manera, cada teoría genera un distinto camino de intervención terapéutica.

El mundo académico tiende a mantener una situación ortodoxa y pretende una coherencia entre la interpretación teórica de una perturbación y la elección de la acción terapéutica para su solución. Por otra parte, el psicólogo aplicado parte, generalmente, de una concepción más pragmática y ecléctica que le lleva a utilizar muy diversos tipos de técnicas terapéuticas, incluso las que provienen de marcos teóricos diferentes y aún contrapuestos. La razón de ello es doble: por un lado, se busca la eficacia y, por otro, sucede que las distintas técnicas terapéuticas son más o menos apropiadas para enfrentarse a las distintas situaciones, motivaciones y desencadenantes que están en la base de cualquier perturbación.

En los últimos tiempos se sostiene que no parece haber grandes diferencias entre la eficacia de distintos tipos de técnicas, ni marcos teóricos, y el gran predictor de la eficacia parece ser el tiempo dedicado al tratamiento. Se ha comprobado que las terapias cortas pueden tener una eficacia a corto plazo, pero las recaídas son también frecuentes; por el contrario las intervenciones dilatadas tienen una mejor prognosis a largo plazo. Es evidente que la generación de nuevos hábitos adaptativos, que es lo que, en último término, persigue una terapia, necesita de un tiempo para su consolidación no compatible con la brevedad. Esto afecta tanto a la terapia infantil como a la adulta, que por otra parte comparten marcos teóricos y sólo difieren en alguna de las estrategias

utilizadas. Del Barrio V. (1997)³⁹.

A continuación se consideran los grandes marcos teóricos, hoy dominantes, sus consecuencias terapéuticas y las distintas técnicas concretas en las que se materializan.

1. Marcos teóricos

Las terapias psicológicas antidepresivas se pueden diferenciar a partir de sus distintas concepciones de la emoción. Aquellas que interpretan la emoción como una cognición o apreciación (Abramson, Teasdale y Seligman, 1978; Bandura 1977; Lazarus, Avenlí y Opton, 1970; Weiner, 1985 En: Barrio 1997)⁴⁰ intentarán el cambio de las ideas, creencias y valoraciones erróneas en las que se pueden basar los estados depresivos; otras, desde la psicología profunda, intentarán el cambio de lo que se halla acumulado en el inconsciente y buscarán convertirlo en consciente mediante el análisis, otras se proponen modificar aprendizajes erróneos aplicando para ello las leyes del aprendizaje de forma correctora, y otras, más fisiológicas, producirán cambios en las bases biológicas relacionadas directa o indirectamente con los estados afectivos.

³⁹ BARRIO, Ma V Del (op cit)

⁴⁰ BARRIO, Ma V. Del (sup. cit)

a) El punto de vista biológico

Como los sujetos tienen una estructura biológica, que está en la base de la conducta, hay teorías que sostienen el origen físico de la depresión, que vendría acompañada de ciertos signos. En el niño son principalmente unas alteraciones en las concentraciones plasmáticas de cortisol y de la hormona de crecimiento. Algunos autores defienden incluso el origen genético de estas alteraciones.

Por tanto, existe toda una serie de terapias médicas de la depresión, tanto de naturaleza física (electrochoques) como de naturaleza química (psicofármacos) que pretenden regular la conducta depresiva mediante su aplicación. Puig-Antich y Rapoport han sido pioneros en la investigación de las bases biológicas de la depresión infantil y su tratamiento farmacológico (Elkins y Rapoport, 1987, En: Barrio, 1997)⁴¹.

b) El Psicoanálisis

La teoría psicoanalítica sostiene que la explicación básica de la conducta, sobre todo de la conducta perturbada, son los conflictos generados entre el inconsciente y los dictados de la razón. Estos conflictos se originan en la infancia a partir de los deseos inconscientes, de carácter fundamentalmente sexual, de los niños hacia sus padres (complejos de Edipo y Electra). El terapeuta psicoanalista pretende hacer consciente el impulso inconsciente y resolver así el conflicto. En cierta manera pretende lo mismo que el cognitivismo, pero dando

⁴¹ BARRIO, Ma V Del (1997) (op cit.)

protagonismo a los aspectos emocionales e inconscientes.

La depresión según la concepción psicoanalítica, se debe a la pérdida de la autoestima (la pérdida del yo), pero como el yo no está constituido en la niñez, no se podía en un principio aceptar la existencia de la depresión infantil. Más tarde se ha supuesto la pérdida (del objeto bueno) como explicación teórica de la existencia de niños deprimidos (Lasa Zulueta, 1995)⁴².

c) El Conductismo

La psicología conductista, cuyo más conocido representante es B. F. Skinner, se basa en la teoría del aprendizaje que supone que la conducta es una respuesta a una determinada estimulación, cuya probabilidad de aparición se incrementa o disminuye en función de las consecuencias benéficas o adversas que ocasiona al sujeto que la elicit. Esta secuencia es normalmente adaptativa, pero pueden producirse desajustes en el proceso de adquisición del aprendizaje que lleven a desarrollar conductas patológicas. Estas deben corregirse mediante la Terapia de Conducta que consiste reeducar al sujeto implantando en él un aprendizaje eficaz para hacer frente a sus problemas. Existen fundamentalmente dos tipos diferentes de intervención: la que lleva a cambiar el estímulo que controla la elicitación de la respuesta, o aquella que busca cambiar las consecuencias positivas de la misma. Por tanto, el control de la conducta puede llevarse a cabo mediante una intervención bien en el contexto

(supresión del estímulo), bien en el sujeto (cambio en sus emociones por utilización del refuerzo o del castigo). Como la mayor parte de las veces es más fácil actuar sobre el sujeto que sobre el entorno, las técnicas de manejo del refuerzo y del castigo son las más habituales.

La explicación de la depresión que ofreció el conductismo (también tardía, puesto que se trataba de un proceso interiorizado, inicialmente no admitido ni reconocido como existente) consistió en ligarla a una insuficiente tasa de refuerzos.

La evolución posterior del conductismo ha abierto la gama de las intervenciones enfatizando las condiciones contextuales y especialmente la conducta paterna que se convierte en el eje principal del aprendizaje social Bandura, (1977)⁴³.

d) La Gestalt

La terapia gestaltista iniciada por Peris (Peris, Hefferline y Goodman, 1951), derivada más directamente del psicoanálisis, que de los propios gestaltistas y aún de los existencialistas, consiste en lograr que los sujetos lleguen a tomar conciencia de sí mismos en la acción y en la experiencia y puedan así llegar a expresar en profundidad sus emociones. Saber dónde se está y adquirir el sentido de la unidad interactiva del sujeto y su medio, mediante

⁴² LASA ZULUETA, A. (1995). La Psicoterapia en la Infancia 1 edición Sevilla: Universidad de Sevilla

⁴³ BANDURA, A. (1977) Self Efficacy. toward a unifying theory of behavioral change Psychological Review, 84,191-215

el contacto de ambos, es el método terapéutico. Barrio (1997)⁴⁴.

No sigue una metodología directiva de ayuda sino comprensiva en donde el cliente debe autodescubrirse y el terapeuta le acompaña en su descubrimiento. Esta forma de marco terapéutico está a su vez muy cerca de la terapia de Rogers, centrada en el cliente, en donde la empatía, la ausencia de reglas y la aceptación del cliente, son las bases de la acción terapéutica. Este tipo de terapia está muy próxima a formas de terapia humanista y, por supuesto, a la racional-emotiva.

e) El Cognitivismo

La psicología cognitiva tiene en su base una concepción mentalista del sujeto psicológico. Éste recibe información del entorno, que elabora y configura en forma de experiencia vivida, interpretada de acuerdo con la cual actúa, pues para cada sujeto las cosas son como se piensa. Los desajustes son perturbaciones de conducta que siguen a otras alteraciones cognitivas más básicas. Por tanto, las terapias cognitivas centran su acción en el cambio de las ideas, de los juicios y de las atribuciones que son las que guían la conducta. Así, las preocupaciones y los pensamientos negativos, en los que consiste una depresión, son también fenómenos de tipo cognitivo, en una de sus dimensiones esenciales. Las terapias cognitivas sostienen también que la necesidad básica del hombre es el bienestar (motivación básica) y, por tanto, cuentan con que el

⁴⁴ BARRIO, Ma V. Del (1997) (op cit)

sujeto va a colaborar y a responder positivamente a un cambio de ideas adecuado, porque quiere sentirse mejor. No se trata de un idealismo, sino de una concepción ecléctica de mentalismo hedónico. Barrio (1997)⁴⁵.

Con sólo enunciar el contenido de los marcos teóricos precedentes, se hace patente que unos resultan más adecuados para los niños que otros. Utilizar con los niños los premios y los castigos no es sino el sistema que habitualmente se sigue aún en la más elemental situación normal. En cambio, la maduración cognitiva y el dominio del lenguaje, que son necesarios para llevar a cabo una terapia psicoanalítica gestáltica, hace que su utilización en el mundo infantil sea más difícil. Esta dificultad ha obligado a cambiar sustancialmente las técnicas empleadas con los adultos y a arbitrar otras técnicas específicas ajustadas a las condiciones madurativas del niño, muy diferentes a las utilizadas en personas con un desarrollo concluso. Por ejemplo, entre ellas se encuentran las terapias de juego (*role-playing*), donde el niño "ejecuta" sus preocupaciones en lugar de verbalizarlas; la narración de cuentos, donde personajes imaginarios exponen los mismos problemas que los del niño en tratamiento y encuentran para ellos una solución; la identificación con escenas gráficas, que ofrecen al niño distintas situaciones conflictivas.

⁴⁵ BARRIO, Ma V Del (1997) (op cit.)

2. Técnicas terapéuticas de la depresión en niños

Básicamente las líneas maestras de la terapia de la depresión infantil son las mismas que las de la adulta, pero las estrategias concretas a seguir han de adaptarse a la edad, motivaciones e intereses del niño, que difieren sensiblemente de los del adulto. El terapeuta infantil ha de tener en cuenta la capacidad restringida de los niños para razonar y manejar conceptos abstractos. Por otro lado, su pertenencia al grupo familiar y su dependencia de los adultos constituyen el núcleo de sus motivaciones. En el caso de los adolescentes, que tienen acceso al pensamiento abstracto, poseen en cambio muy diferentes motivaciones y valores; son más idealistas, centrados en sí mismos y gregarios que los adultos, y con ello hay que contar al planificar sus terapias.

La mayor parte de las técnicas terapéuticas se inscriben en los marcos teóricos ya expuestos. Algunos terapeutas, como ya hemos señalado, utilizan las que se adaptan mejor a la situación terapéutica concreta, sin adscribirse por ello a un determinado marco teórico. El eclecticismo gobierna la práctica, reuniendo lo que la abstracción separa dentro de la teoría. La combinación de terapias y el enfoque multimodal ha sido el resultado de esta mezcla empírica y exitosa que por otra parte tienen una larga historia.

Además, existen estrategias que pueden ser utilizadas indistintamente por varias técnicas. Por ejemplo, el autocontrol y el entrenamiento en habilidades sociales son dos técnicas diferentes que pueden utilizar estrategias comunes como el moldeado, modelado, la representación, etc. Como la depresión infantil

ha comenzado a ser reconocida y, por tanto, tratada muy recientemente, la mayor parte de las técnicas terapéuticas que se le aplican son las del paradigma dominante, esto es, la terapia cognitiva-conductual, pero cuando se aplica a niños se conservan muy activas técnicas de terapia lúdica, racional-emotiva y familiar. La revisión efectuada por Petti (1987)⁴⁶, sobre la eficacia de los tratamientos conductuales aplicados a la terapia de la depresión infantil, muestra que éstos son, en su mayor parte, exitosos. En el campo de la psicología dinámica se practica el psicoanálisis que también se adapta mediante el juego y la representación a las necesidades expresivas y comprensivas de los niños.

a) Terapia gestáltica

Este tipo de intervención se basa en el supuesto de que la configuración figura-fondo "saludable" está distorsionada en los sujetos que sufren una depresión. Esta distorsión es el efecto de fuerzas represivas. La toma de conciencia terapéutica por contacto, sensación y activación produce una nueva gestalt saludable. Una de las técnicas es la de la autoconciencia. Aconseja el incremento de la conciencia de sí mediante ejercicios como el siguiente:

1. Incremento de la atención sobre sí mismo.
2. Asumir la responsabilidad de una acción concreta y oponerla a la responsabilidad ajena.

⁴⁶ PETTI, T.A. (1987). Enfoque Conductuales en el Tratamiento de los Niños Deprimidos. En Cantwell y G A Carlson. Trastornos Afectivos en la Infancia y la Adolescencia. Editorial Martínez Roca Barcelona No. 1:346-365

3. Desarrollar la habilidad para adquirir valores que nos satisfagan sin herir los derechos de los otros.
4. Desarrollar la conciencia de los sentidos.
5. Aprender a aceptar la responsabilidad de todas las acciones propias.

Un niño puede llegar a estar deprimido por la separación de sus padres que le lleva a albergar una idea irracional: *"mis padres se querían y han llegado a odiarse. A mí me querían, pero me odiarán"*. El terapeuta, mediante las estrategias anteriormente descritas, debe llegar a cambiar en la mente del niño esta idea por otra más racional y adaptativa ("las relaciones de mis padres entre sí son distintas a las que ambos tienen conmigo y éstas continúan siendo buenas"), pero en lugar de hacerse con razonamientos o palabras se hace mediante la acción y el contacto con situaciones, analizando la toma de contacto de la realidad a través de los sentidos. Como se puede observar, tanto la reestructuración cognitiva como la terapia racional-emotiva, tienen muchos puntos de contacto con la terapia gestáltica aunque en ésta se añade el toque dinámico del origen de la distorsión en la represión.

b) Terapia familiar

La inclusión de la familia o de algunos de sus miembros, especialmente la madre, en la terapia infantil es algo a lo que recurren los terapeutas, cualquiera que sea el marco teórico en el que se hallen inscritos. Sin embargo, cuando se habla de terapia de familia se hace referencia a otra cuestión: el verdadero

sujeto de la terapia es la familia, como grupo. Existen variedades distintas de terapia familiar que se han fraguado en el seno del psicoanálisis. Se basan en la teoría de que la familia es un sistema en el que cada individuo juega un papel dentro del grupo sostenido por todos los demás, y sólo la transformación del conjunto familiar, como un todo, permitirá el cambio del papel individual. Se les ha llamado también terapia interpersonal, transaccional o sistémica porque su núcleo consiste en trabajar sobre el flujo interactivo de los sujetos que conforman el todo. Gotlib y Colby, (1987)⁴⁷.

En el caso concreto de la depresión, este tipo de terapia pretende descubrir los patrones de interacción familiar que mantienen la conducta depresiva y modificarlos basándose en la acción conducida por el terapeuta. La fuerte relación entre la aparición de la depresión en el niño con una depresión en el seno familiar, y principalmente con una depresión materna, ha intensificado la importancia de este tipo de técnica terapéutica en el campo de la intervención relacionada con la depresión. La transformación que una depresión genera en todo el conjunto familiar justifica este interés. Barrio (1997)⁴⁸

Básicamente este tipo de terapia pretende: a) descubrir el papel que el niño juega dentro del sistema familiar, b) ver cuáles son las conexiones entre la depresión del niño y la conducta paterna, y c) reestructuración del sistema familiar y sus conexiones. El cambio mediante la transacción de intereses, actitudes y gratificaciones en el seno de la familia es el camino para conseguir

⁴⁷ GOTLIB, I H y COLBY, C.A (1987) Treatment of depression. An interpersonal system approach. Nueva York. Pergamon Press

⁴⁸ BARRIO, Ma V. Del (1997) (op cit)

esa reestructuración.

Cuando los niños son muy pequeños no suelen aguantar la duración ni el contenido lingüístico de la sesión terapéutica que incluye a todos los miembros de la familia y donde, por tanto, hay adultos que hablan entre sí; en estos casos se utilizan para el niño juguetes, como hacen los terapeutas del juego o los psicoanalistas que han utilizado este tipo de terapia con éxito en niños deprimidos.

c) Terapia psicoanalítica

La terapia analítica ortodoxa suele aplicarse con los niños unas tres o cuatro veces por semana en un período de tres años. Estas exigencias suponen por sí mismas una dificultad, a la que se añaden algunas restricciones que consideran el psicoanálisis sólo adecuado en el caso de que el sujeto tenga dominio del lenguaje. Las técnicas básicas del psicoanálisis (sugerencia, catarsis, manipulación, clarificación e interpretación) se apoyan fundamentalmente en el manejo de un lenguaje desarrollado y una maduración intelectual conclusa; por eso, en terapia infantil se han sometido a modificaciones. En el caso de niños muy pequeños se trabaja directamente con los padres. Entre tres y seis años se trabaja con terapia de juego y, si es posible, en situación doméstica. Entre siete y doce años se puede trabajar individualmente al niño; los juegos en esta etapa cambian y el terapeuta puede

participar con el niño en deportes no competitivos. En la adolescencia las técnicas utilizadas ya se pueden equiparar a las del adulto, teniendo en cuenta que la resistencia de estos sujetos es mayor Shafii y Shafii, (1995)⁴⁹.

El análisis de un niño tiene una primera etapa preparatoria en donde el terapeuta establece la relación necesaria para iniciar la segunda fase estrictamente analítica. Esta primera fase puede dilatarse hasta un año. Como la inmadurez del sujeto hace difícil el uso de las estrategias de introspección y asociación libre, en la segunda fase la terapia se lleva a cabo mediante el juego, que es una de las formas más comúnmente usadas para tener acceso a la expresión de los conflictos infantiles. El juego en este contexto tiene carácter simbólico en el sentido freudiano, no en el piagetiano. El análisis de los sueños es también otra de las estrategias posibles.

Existen muchos estudios que aportan datos sobre la eficacia del psicoanálisis en el tratamiento de la depresión infantil sobre todo en informes de caso único (Turecki, 1982)⁵⁰. En uno de los grupos de niños más numerosos, que ha sido controlado (352 sujetos niños y adolescentes), se han obtenido mejoras en el 72% de aquellos sujetos que han tenido una terapia de una a tres veces por semana durante dos años, y del 24% en los que la recibieron sólo durante seis meses. En adolescentes se han obtenido resultados positivos

⁴⁹ SHAFII, M, y SHAFII, S.L. (1995) Psicoterapia analítica de la depresión. La depresión en niños y adolescentes. Barcelona Martínez Roca.

⁵⁰ TURECKI, S (1982). Elective brief psychotherapy with children. American Journal of Psychotherapy, 36, 479-488

utilizando el psicodrama. Martín, Blanco y Sevillano, (1994)⁵¹.

d) Terapia de Juego

Este tipo de terapia, introducida por Melanie Klein (1932)⁵², se ha desarrollado fundamentalmente en el núcleo de las intervenciones psicodinámicas, pero poco a poco han sido importadas a todos los marcos teóricos por su adecuación al mundo de los niños como una estrategia adaptable a otras técnicas terapéuticas.

Entre los tres y los siete años, el mundo infantil está regido por la imaginación; ésta es una de sus capacidades más desarrolladas y gracias a ella se puede transitar con facilidad en el mundo infantil.

Existen dos modalidades de terapia de juego: la no directiva y la planificada. La primera se utiliza más en el área del psicoanálisis y la segunda en las terapias basadas en el aprendizaje.

La forma menos intrusiva es la observación de la conducta de juego espontánea sin condicionamientos o planificaciones previas. Jugar, hablar y dibujar son las acciones en las que los niños expresan sus preocupaciones, temores y problemas. Durante el juego los niños, sobre todo los más pequeños, expresan sus sentimientos mejor que con palabras puesto que ellos, en muchas ocasiones, desconocen sus propios sentimientos.

⁵¹ MARTIN, J C. BLANCO, M y SEVILLANO, M (1994) Tratamiento de la Ansiedad - Depresión en adolescentes diabéticos mediante técnicas grupales. Folia Neurosiquiatnca, No.29: 201-207

⁵² KLEIN, M (1932). The Psychoanalysis of Children Nueva York: Grove

Los terapeutas pueden intervenir en los juegos, estimulando aquellos que pueden ser más esclarecedores para el entendimiento de los problemas que afectan al niño en tratamiento. Las terapias de juego programadas proporcionan al niño los juguetes y los contextos, e incluso el guión de los juegos a desarrollar. Por ejemplo, para los niños abusados sexualmente se usan muñecos con los atributos sexuales muy bien definidos, para que jugando con ellos puedan expresar lo que con palabras resulta, en ocasiones, imposible. Otros terapeutas proporcionan juguetes con los personajes familiares, escolares, etc., en función del tema que se pretende elicitar. Butler y otros (1980) han obtenido mejores resultados con este tipo de terapia que con reestructuración cognitiva, atención placebo (resolución de problemas académicos) y grupo control. (Butler et al. 1980 En: Barrio 1997)⁵³.

e) Tratamiento farmacológico

Desde un punto de vista biológico la depresión se debe a un déficit funcional de catecolaminas e indolaminas neurotransmisores del sistema nervioso central o a un problema neuroendocrino ligado principalmente a la secreción de la hormona del crecimiento y de la melatonina. Un descenso de la norepinefrina, la serotonina, o la melatonina viene asociado con la aparición de la depresión adulta y de la infantil. En el caso de los niños también se relaciona la depresión con el descenso de la hormona del crecimiento, pero los datos son

⁵³ BARRIO, Ma V Del (1997) (op cit)

poco firmes y muy discutidos sobre todo porque se han encontrado descensos parecidos en otro tipo de alteraciones psicológicas y aún físicas. Otro problema añadido es que los niveles normales de la población general infantil no están establecidos.

Los tricíclicos, fundamentalmente la imipramina (administrada durante períodos entre tres y cinco semanas, y dosis entre 125 y 250 ml.), es el fármaco más utilizado en los niños y adolescentes (Kazdin, 1989)⁵⁴. El éxito de este tipo de intervención tiene una estimación variable. Por ejemplo, se ha encontrado mejoría en el 54% de los casos frente a un 68% del placebo y un 20% de remisión espontánea, o no se encontraron diferencias entre la administración de la imipramina y el placebo. Existen también datos sobre seguimiento de adolescentes tratados con imipramina que constatan una persistencia del problema.

En líneas generales, los estudios sobre la eficacia del tratamiento de la depresión en niños con psicofármacos ha sido muy criticado por la ausencia de grupos de control, de la utilización de la técnica fármaco frente a placebo con doble ciego y sobre todo por la ausencia de control de efectos secundarios.

Respecto de los efectos secundarios de la imipramina se teme, aunque no existen datos totalmente concluyentes al efecto, que actúen sobre el crecimiento, memoria y el desarrollo de la inteligencia. Se han constatado otros problemas menores, como aparición de taquicardia y de tics, entre otros. Por

⁵⁴ KAZDIN, A E (1989) (op cit.)

ello, se aconseja la máxima cautela en su administración. No se aconseja la utilización de la imipramina en los niños por debajo de los 12 años; la única excepción sería la de que exista un alto riesgo de suicidio, por otro lado algo muy infrecuente en estos niveles de edad. Revisiones recientes presentan datos que hacen tomar con cautela este tipo de tratamientos. Trott, (1995)⁵⁵.

En líneas generales, se observa en los trabajos sobre el tema una tendencia a utilizar psicofármacos en caso de depresiones endógenas y bipolares, pero raramente en las reactivas.

f) La Terapia de Conducta

Los terapeutas que siguen esta línea se basan fundamentalmente en la teoría del aprendizaje operante, respondente y social. Usan fundamentalmente el refuerzo y el castigo para la consolidación o inhibición de las conductas que pretenden modificar, eligiendo cuidadosamente dichas conductas así como los refuerzos y castigos que hayan de aplicarse. El proceso es el mismo que en cualquier otra perturbación: se establece cuáles son las conductas sobre las que se va a trabajar en función de su relevancia, frecuencia y facilidad para modificarla, y se eligen cuidadosamente los premios y castigos. Este tipo de terapia exige una colaboración paterna muy estrecha y es necesario planificar con los padres su desarrollo. La atención que los padres dan a la conducta del

⁵⁵ TROTT, E., (1995). "La Psicofarmacología Infantil" Psicopatología del Niño y del Adolescente Sevilla Universidad de Sevilla No 3. 27-45

niño es uno de los premios que ha de ser controlado con más cuidado por ser uno de los refuerzos a los que el niño es más sensible y probablemente el único que no está sujeto a la saciación. Por el contrario, la ausencia de atención es lo que más frecuentemente se utiliza como castigo.

En el caso de la depresión el refuerzo y el castigo se usan para incrementar en el niño todas aquellas conductas que le sean gratificantes e inhibir las que tienden a mantener el ánimo deprimido, respectivamente. De toda la variedad posible de acciones se expondrán aquí las que se usan más frecuentemente en relación con la depresión infantil.

La interacción padres-hijo tiene una gran importancia desde la perspectiva conductual. Se ha establecido que la depresión paterna, especialmente la materna, que conlleva una menor tasa de muestras de afecto, tasas más bajas de comunicación social, críticas más frecuentes, actividades reducidas, etc., refuerza o induce la patología del niño. Este mismo patrón de conducta paterna aparece también, incluso, en los padres no deprimidos de hijos deprimidos, probablemente estimulado por el comportamiento restrictivo de la comunicación que es tan propio de estos niños (Cole y Rehm, 1986, En: Barrio 1997)⁵⁶. El restablecimiento del equilibrio de esta interacción es la meta más frecuente de este tipo de terapia .

⁵⁶ BARRIO, Ma V. Del (op cit)

CAPÍTULO TERCERO:
LA TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL EN EL
TRATAMIENTO DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS.

TÉCNICAS TERAPÉUTICAS COGNITIVAS-CONDUCTUALES

La terapia cognitiva conductual para la depresión en niños incluye una variada gama de estrategias como relajación, reestructuración cognitiva, auto-observación, auto-instrucciones, resolución de problemas, siguiendo el método de Beck de cambio de esquemas cognitivos (Beck, 1976; Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979)⁵⁷. Es evidente que, en el caso de los niños, ha de ser tenido en cuenta su estadio evolutivo y las limitaciones que el mismo impone respecto de la misma estrategia usada con adultos. Algunos autores sugieren que no es posible la aplicación de esta terapia hasta que los niños alcancen la etapa de operaciones formales, pues sólo entonces pueden tener una idea cabal del pasado, presente y futuro en relación con el mundo circundante y consigo mismos.

Como ya hemos apuntado, la meta de todas estas técnicas es estimular el cambio de ideas, creencias, atribuciones, mediante sustitución de las negativas por otras positivas acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. El origen de estos pensamientos negativos, según Beck, se encuentra en las primeras etapas evolutivas del sujeto donde las condiciones difíciles, las pérdidas o el rechazo

⁵⁷ BECK, AT, RUSH, S.M., SHAW, D y EMERY, G (1979) Cognitive therapy of depression. Nueva York Gullford Press

generan la vulnerabilidad a la depresión. La procedencia dinámica de la teoría de Beck combina perfectamente con esta interpretación.

Los niños deprimidos presentan frecuentemente estas ideas negativas de sí y del mundo en forma de una baja autoestima y desesperanza hacia el futuro, y así lo han subrayado muchos autores (Candín, French, Unis y otros, 1983; Battle, 1987; del Barrio, Frías y Mestre, 1994, En: Barrio 1997)⁵⁸.

Las metas genéricas de una terapia cognitiva-conductual son:

1. Identificación de los pensamientos negativos y su relación con la depresión.
2. Determinación del error cognitivo.
3. Sustitución de errores por pensamientos adaptativos.
4. Mejora de la autoeficacia desarrollando habilidades relacionadas.

Las terapias cognitivas suelen ser estructuradas y de corta duración, pero pueden también dilatarse en función del caso y de la tendencia actual a consolidar los logros de las terapias en el tiempo.

En la actualidad existen paquetes completos para el tratamiento cognitivo de la depresión en niños y adolescentes "*Coping with depresión course for adolescents-CWD-A*", cuyo resultado parece ser bueno, según sus autores, sobre todo en el caso de la terapia conjunta de adolescentes y padres (Lewinsohn y otros, 1990). El curso de carácter psicopedagógico consiste en unas lecturas de información, unas tareas para casa y unas sesiones terapéuticas en grupo, en donde se analizan los problemas y se repasan las

⁵⁸ BARRIO, Ma V Del (1997) (op cit)

tareas asignadas y se arbitran otras nuevas. Algunos autores encuentran diferencias al final del tratamiento, sin embargo no significativas estadísticamente al comparar este tipo de intervención, con el grupo placebo y el grupo control (Liddle y Spence, 1990)⁵⁹.

Las técnicas concretas con las que se lleva a cabo una terapia cognitiva pueden ser variadas y se exponen a continuación.

1. Relajación

La relajación no tiene relación con ninguna de las teorías explicativas de la depresión; sin embargo, se usa sistemáticamente en la terapia antidepresiva en adultos y recientemente en niños. Es bien sabido que la depresión raras veces cursa sin ansiedad, tanto en adultos como en niños; por tanto, la relajación se usa para el control de la ansiedad del sujeto deprimido.

Las técnicas de relajación se adaptan a los niños muy pequeños mediante imitación postural de objetos que resultan ser relajantes, tal como "imita a un sauce" o "imita a un muñeco de trapo", más tarde con técnicas de oposición entre contracción y relajación muscular, del tipo de relajación progresiva de Jacobson. (Grodén, 1985; Davis, McKay y Eshelman, 1985; Berges y Bounes, 1977 En: Barrio 1997)⁶⁰.

⁵⁹ LIDDLE, B. y SPENCE, S (1990) Cognitive-behavior therapy with depressed primary school children a cautionary note. *Behavioral Psychotherapy*, No.18, 85-102

⁶⁰ BARRIO, Ma V Del (op cit)

Como elemento que completa la relajación en el niño se usa la imaginación empleada para la evocación de figuras y elementos relajantes. La imaginación de objetos, situaciones y personas (lo que se ha venido traduciendo, equivocadamente, por imaginiería) se ha convertido en una estrategia con vida propia que permite conseguir muy buenos resultados en los niños.

Acompañando a la relajación, se utiliza a menudo la desensibilización sistemática para enseñar al niño a afrontar aquellas circunstancias que elevan su nivel de ansiedad. Los autores que han utilizado este método (diez sesiones con información, ejercicios musculares y desensibilización informan sobre la obtención de buenos resultados.

2. Reestructuración cognitiva

Se usa fundamentalmente para cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. Este tipo de técnica es una combinación de la terapia cognitiva de Beck (1976), la terapia racional emotiva de Ellis (1962) y entrenamiento en autoinstrucciones de Meichenbaum (1977). Se ha comprobado que tanto los adultos como los niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar de que tienen capacidad para cambiar las cosas hacia mejor, y de ese modo contemplan el entorno desde una perspectiva desesperanzada. Kazdin (1983)⁶¹.

⁶¹ KAZDIN, A.E., (op cit.)

La reestructuración cognitiva infantil puede apoyarse con dibujos y materiales gráficos en donde se visualicen las propuestas del terapeuta.

a) Los ABC de la Reestructuración Cognitiva

Según, Ellis A, (1987). para ilustrar estos principios básicos, el terapeuta puede empezar preguntando a los niños una cuestión: pedir al más joven que piense acerca de por qué los niños de características similares reaccionan de formas tan diferente ante la misma situación. Si una situación, un acontecimiento, o un suceso causa nuestras emociones, entonces deberían tener el mismo sentimiento en la misma situación. Un ejemplo concreto sería: si nieva, algunos jóvenes son felices, otros están enfadados, y otros se asustan. "Por qué", se pregunta al niño, "¿dónde está la diferencia?". Algunos proponen la respuesta de que deben estar pensando o imaginando cosas diferentes. Otra forma de ilustrar este principio es descubrir cómo nuestros sentimientos acerca de algo o alguien pueden cambiar si nuestros pensamientos cambian. Los niños pueden requerir muchas experiencias e ilustraciones concretas antes de que ellos se apoderen de los factores esenciales de los ABC. Ellis (1987)⁶².

Al enseñar la base del modelo ABC a niños, a menudo es útil usar un gráfico para ilustrar la relación entre los sucesos activadores, los pensamientos (auto-conversación), y las consecuencias. Frecuentemente se utiliza un gráfico

⁶² ELLIS, A (op. cit)

de "sucesos pensamientos-sentimientos-conductas" para enseñar el *insight* básico. Se explica que cuando (1) algo te sucede, (2) piensas lo que sucedió, (3) los pensamientos te llevan a un sentimiento, y (4) el sentimiento afectará a cómo reaccionas. La secuencia se presenta así: ¿Qué sucedió? ¿Qué fue lo que pensaste? ¿Qué fue lo que sentiste? ¿Qué hiciste? (Ellis A, 1987).

b) Las Creencias Irracionales

Según Ellis (1987), existen diversas creencias irracionales en los niños de edad escolar que contienen el componente de cometer errores (por ejemplo, "Soy malo si cometo un error"; "Los adultos deberían ser perfectos"; "No debería cometer errores, especialmente errores sociales") Es frecuente el caso de niños que creen que las otras personas que están en posiciones de autoridad (padres, profesores) no deberían cometer nunca errores (actuar injustamente). Para conseguir que el niño renuncie a la demanda de perfección para los otros, es a veces necesario educarlo en la naturaleza y razones subyacentes de cometer errores. Algunas de las ideas que se incluyen son:

1. Cualquier persona cometerá errores siempre.
2. Nadie es perfecto.
3. Los errores no cambian las buenas cualidades de una persona.
4. Una persona no es lo mismo que su ejecución.
5. Las personas no son malas porque cometan errores.
6. Las personas que cometen errores no merecen ser culpadas y castigadas.

7. Las razones por las que las personas cometen errores son (a) falta de habilidad, (b) descuido o juicio pobre, (c) no tener bastante información, (d) falsas asunciones, (e) cansancio o enfermedad, (f) opinión diferente y (g) Irracionalidad.

La actitud racional que se espera será adoptada por el niño después de la discusión es que no vale la pena preocuparse hasta el punto de que la propia conducta comprometa sus metas simplemente porque alguien haya cometido un error como no tratar a uno bien.

Para los niños y adolescentes que se degradan o se enfadan cuando cometen errores, puede emplearse el siguiente tipo de diálogo: "No puedo lograr entender esto. No vale la pena perturbarse demasiado. Permaneceré tranquilo e intentaré mejorar; los errores están para que aprendas de ellos".

Otro concepto irracional que impregna la irracionalidad infantil es el de la justicia ("Los padres deberían ser justos"; "La escuela y los profesores deberían ser justos siempre"). La justicia puede ser discutida a dos niveles. En la etapa de interpretación, es posible a veces que el niño examine su visión de justicia para determinar si otros estarían de acuerdo en que su visión de "justicia" es objetiva y lógica.

Hay otra idea irracional que aparece diariamente al trabajar con niños y adolescentes, es la de evitar a toda costa el trabajo duro y la Incomodidad. La Incapacidad para tolerar los sentimientos asociados con la ansiedad, la frustración, la ira y cosas por el estilo se revela a través de muchas creencias irracionales del período infantil ("Las cosas deberían surgirme fácilmente"; "No debería tener

que esperar para nada"; "Todas las cosas deberían ser entretenidas y lo disfrutables sin ningún displacer"). Las personas parecen tener diferentes niveles de tolerancia para tratar con la frustración y el estrés, y estas propensiones subyacen a muchos desórdenes diferentes. La baja tolerancia a la frustración es una de las tendencias más difíciles de vencer. El instinto de buscar el placer y evitar el dolor parece pesar más que el poder de la racionalidad. Al debatir las ideas que subyacen a la baja tolerancia a la frustración, lo más importante es que el terapeuta combine los métodos cognitivo y conductual. Ellis (1987)⁶³.

En general, este tipo de terapia se basa fundamentalmente en conseguir cambiar ideas irracionales que alteran la situación emocional de los sujetos por otras racionales y adaptativas. Sus bases son:

- 1) Lo racional es ser feliz.
- 2) Los problemas del hombre se derivan de pensamientos irracionales.
- 3) El pensamiento irracional proviene de la familia y del mundo cultural en que el sujeto está inmerso.
- 4) El lenguaje simbólico es el camino para la resolución de los problemas.
- 5) Los problemas emocionales tienen su origen no en los acontecimientos externos, sino en las actitudes que el sujeto tiene ante ellos.
- 6) Los pensamientos y emociones negativos tienen que reorganizarse lógicamente.

En el caso de los niños, la terapia intensifica su carácter didáctico que trata de enseñar a un niño a cambiar su forma de pensar sobre las cosas y

⁶³ ELLIS, A (op cit)

sobre todo sobre sí mismo. En todo caso, hay autores que consideran muy difícil que pueda ser usada con los niños muy pequeños. Stark (1990)⁶⁴.

Como un prerrequisito para enseñar a los niños cómo desafiar y debatir las creencias irracionales, a veces es necesario que los conceptos de "racional" e "irracional" se enseñen formalmente. Al trabajar con clientes jóvenes y especialmente con niños, se debe sustituir los términos "útil" y "perjudicial" o "productivo" e "improductivo" por creencias. La explicación de estos términos es como sigue:

Las creencias racionales se siguen de la realidad, realzan al individuo, son aptas para llegar a conseguir las metas, y tienen como resultado emociones apropiadas; mientras que las creencias irracionales no se siguen de la realidad, son contraproducentes para uno mismo, generalmente bloquean la consecución de las metas, y dan lugar a sentimientos inapropiados.

Existen diversas técnicas instructivas empleadas cuando se enseñan estos conceptos a niños con depresión. Las definiciones más utilizadas son:

Pensamiento racional: Una idea sensible y lógica que parece ser verdad.

Pensamiento irracional: Una idea no razonable o absurda que parece ser falsa.

Después se proporcionan ejemplos y no ejemplos de los pensamientos racionales e irracionales. Al más joven se le proporciona unas hojas de trabajo instruccional donde se le ofrecen ejemplos prácticos para clasificar.

Racional o Irracional

1. Nadie en el mundo será nunca mi amigo.

⁶⁴ STARK, K (1990) Childhood depression Nueva York : Guilford Press

2. Sería el más feliz del colegio si fuese el mejor en mi trabajo.
3. Nunca haré nada bien.
4. Si hago esto mal en mi trabajo, nunca seré bueno en nada.
5. Todo el mundo me odia.
6. Deseo tener más amigos en la escuela.
7. No puedo aguantar hacer los deberes.
8. Deseo poder jugar al fútbol tan bien como lo hacen otros.

Cuando el niño más pequeño del grupo demuestra que puede discriminar entre pensamientos racionales e irracionales, se le dirige a aplicar estas habilidades intelectuales al análisis de las características de sus propios pensamientos.

c) Método de debate de las creencias irracionales

Al trabajar con niños mayores y adolescentes, es deseable enseñarles una estrategia de "debate" o "desafío" para decidir si sus pensamientos son racionales o irracionales. Se define el desafío como "Cuestionarse uno mismo para ver si su pensamiento es racional o irracional" y se enseña que "Para averiguar si un pensamiento es racional o irracional, pregúntate "¿Tengo suficiente evidencia para decir que el pensamiento es verdadero?". Si existe, el pensamiento es racional, si no existe, el pensamiento es irracional. Esta estrategia se utiliza al enseñar los fundamentos del análisis empírico y del

debate filosófico. Waters (1983)⁶⁵ sugiere que los niños pueden aprender a desafiar sus creencias irracionales preguntándose y contestando a la siguiente serie de cuestiones:

1. ¿Está esta creencia basada en un hecho, una opinión, una inferencia o una suposición?
2. ¿Dónde está la evidencia de que esto es realmente así?
3. ¿Es realmente horrible?
4. ¿Es verdad que no podría aguantarlo?
5. ¿Es lo peor que podría pasar?
6. ¿Está esta creencia consiguiéndome lo que yo quiero?
7. ¿Por qué no debería ser así?
8. ¿Siempre tengo que conseguir lo que quiero?
9. ¿Dónde está la evidencia de que esto es así?
10. ¿Me hace perder valor?
11. ¿Cómo puede hacerme esto perder valor o ser menos que humano?

Una vez que se ha enseñado al niño la diferencia entre racional e irracional, es instructivo demostrar a través del uso de ejemplos de la vida del terapeuta y de la del niño las consecuencias del pensamiento racional e irracional. Waters (1982)⁶⁶ sugiere el juego de "Qué pasaría si" para explorar las consecuencias de "la exigencia" y "el catastrofismo":

¿Qué pasaría si tu exigieses que deberías conseguir siempre tu propósito?

⁶⁵ WATERS, E. y SROUFE, L.A. (1983). Social competence as a developmental construct. *Developmental Review*, 3, 79-97

(1) ¿Qué sentirías? (2) ¿Qué harías? (3) ¿Cómo te responderían los otros?
 (4) ¿Sería más probable que consigueses tu propósito que si no hubieras hecho esta demanda? Por otra parte, ¿Qué sucedería si pensases que te gustaría conseguir tu propósito siempre, y que no podrían aguantar si no lo consigueses? (1) ¿Cómo te sentirías? (2) ¿Qué harías? (3) ¿Cómo podrían responderte los demás?

d) Entrenamiento en habilidades sociales

Los problemas de socialización han estado incluidos entre los criterios diagnósticos de la depresión y, aunque se hayan excluido recientemente, no por ello tienen menor relevancia en la conducta depresiva. El incremento de las habilidades sociales es por tanto una de las estrategias que frecuentemente ha de ser usada. Existen numerosos programas de entrenamiento en habilidades sociales que pueden ser aplicados también en el caso de niños deprimidos. Uno de los primeros, que ha servido de guía a los demás, es el de Gottman, Gonso y Shuler (1976)⁶⁷. Este consistía básicamente en sesiones de treinta minutos durante una semana con tres estadios. En el primero el niño ve durante unos diez minutos una escena grabada en donde se observa cómo niños piensan en juntarse con otros para jugar (una voz en off va exponiendo los temores de los niños para proponer el juego a los otros y las ganas que tienen de hacerlo); al fin

⁶⁶ WATERS, E y SROUFE, L A (1983) (op cit)

⁶⁷ GOTTMAN, J., GONSO, J y SHULER, P. (1976) Teaching social skill to isolated children. Journal of Abnormal Child Psychology, No 46- 708-718

lo hacen con consecuencias muy positivas para todos. El segundo estadio consiste en una representación (*role playing*) en la que el niño debe ejecutar la acción de juntarse con otros, pidiendo y dando información, y haciendo propuestas de actividad. En el tercer estadio se busca que el niño adquiriera habilidades de comunicación ampliando su vocabulario, enseñándole a escuchar a otros y se le exige luego practicar en situación real. Este programa ha obtenido excelentes resultados. En líneas generales, los programas actuales han sustituido la primera parte por un análisis de las habilidades que se dan espontáneamente en los niños exitosos en la comunicación social. (Michelson, Sugai, Wood y Kazdin, 1987; Caballo, 1987; Kelly, 1992 En: Barrio 1997)⁶⁸.

Las conductas sobre las que se aplican estas estrategias suelen ser: contacto visual, afecto adecuado, que a su vez se compone de movimientos de cabeza, expresión facial, gesticulación, posición corporal, saludo, invitaciones, citas, llamadas telefónicas, temas posibles de conversación, etc. Muchas investigaciones muestran excelentes resultados con este tipo de terapia. Frame, Matson, Sonis y otros (1982) obtienen resultados muy positivos en el tratamiento de la depresión infantil con este tipo de entrenamiento. Petti (1980)⁶⁹ obtuvo mejores resultados con entrenamiento en habilidades sociales que con terapia familiar y terapia de reconocimiento de los propios sentimientos mediante auto-observación. Otros autores informan de buenos resultados utilizando en el entrenamiento viñetas mostrando las situaciones adecuadas e inadecuadas.

⁶⁸ BARRIO, Ma V Del (1997) (op.cit)

⁶⁹ PETTI T A (1987) (op. cit)

Otros obtuvieron mejores resultados inmediatos con terapia de apoyo que con entrenamiento en habilidades sociales, pero a los nueve meses ambos grupos estaban en situación equivalente.

Se puede utilizar con niños deprimidos cualquier programa para el incremento de habilidades sociales. La naturaleza de estos programas hace que sea más fácil y rápido el logro de su meta si se lleva a cabo su aplicación en grupos.

e) Asertividad

El entrenamiento en asertividad, puede describirse a los participantes como otro método para disminuir la ansiedad y la depresión. Habitualmente, el comportamiento asertivo es escaso en personas con depresión y en muchas ocasiones es un antídoto efectivo para estas emociones o al menos una buena forma de prevenirlas. Los niños deprimidos se creen incapaces e inapropiados, y esto les genera una gran inseguridad que les lleva a ceder terreno y a sentirse cada vez menos firmes y capaces .

La meta de todo entrenamiento en asertividad es enseñar al niño a defenderse sin recurrir a la agresión ni a la huida. La estrategia más utilizada aquí para el incremento de la asertividad es la representación de situaciones (*role-playing*) (Ellis)⁷⁰.

⁷⁰ ELLIS A (1987). "Entrenamiento en Asertividad" 1ª Edición. Editorial Desclée de Brouwer, S A , España. 220 págs.

Se pueden proporcionar ejemplos de niños que se sienten deprimidos a consecuencia de no haber expresado sus sentimientos o no haber perseguido activamente sus metas en la vida. Ejercer un papel activo, incrementando los comportamientos asertivos, puede aliviar un estado de ánimo depresivo. Las investigaciones han demostrado que la asertividad correlaciona negativamente con depresión y que el entrenamiento en asertividad permite mejorar significativamente el auto concepto de una persona.

Para facilitarle la explicación introductoria a los niños que participan en un grupo terapéutico para la depresión, la noción de comportamiento asertivo puede subdividirse en sus dos componentes básicos. El primer componente principal de la asertividad son las propias cogniciones; el otro es el nivel de competencias que tiene un individuo para comportarse asertivamente. El componente cognitivo de la asertividad incluye los pensamientos específicos o el estilo de pensamiento que impide a una persona ser adecuadamente asertiva. Los ejemplos típicos de pensamientos distorsionados que suelen resultar en una falta de asertividad son:

- "Si digo cómo me siento realmente, no les voy a gustar y eso sería insoportable".
 - "Mi opinión no es realmente lo suficientemente importante como para decirla en alto".
 - "No debería tener estos sentimientos, así que más vale que me los guarde para mí".
-

Pensamientos de este tipo son inhibidores muy efectivos de una actitud directa, abierta y honesta hacia los demás. Es importante que los participantes sepan reconocer este puente que existe entre la reestructuración cognitiva y los módulos de asertividad. Así, se pueden estimular a los pacientes para que continúen utilizando su habilidad de desafiar pensamientos disfuncionales.

El otro componente de la asertividad, es el nivel actual de competencias necesario para actuar convenientemente de manera asertiva. La mayoría de los casos los comportamientos asertivos incluyen: (1) contacto visual, (2) expresión facial, (3) gestos y postura corporal, (4) tono, inflexión y volumen de la voz, (5) tiempo y (6) contenido. Estos componentes de la asertividad se definen así:

- *Contacto Visual:* El contacto visual es extremadamente importante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia del contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como: "estoy muy nervioso" o "no creo lo que estoy diciendo".
- *Tono de voz:* Incluso el mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Esto da la impresión de seguridad o temor. Por otro lado, un mensaje que se transmite en un tono de voz demasiado alto puede distraer al receptor y ponerse a la defensiva.
- *Postura:* Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no sea rígida (connotando tensión), ni demasiado relajado (con lo cual podría parecer poco respetuoso o no serio).

- *Expresión facial:* Un problema común que puede diluir el mensaje asertivo de una persona es que la expresión de su rostro no sea congruente con lo que esté diciendo. Por ejemplo sonreír mientras se afirma "eso me pone furioso", transmite al oyente un mensaje confuso y no revela el mensaje deseado.
- *Tiempo:* La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. El objetivo entonces es entrenar a los niños a dirigir sus peticiones en el momento adecuado para así ser más asertivos.
- *Contenido:* Todos los comportamientos asertivos adecuados mencionados pueden verse arruinados si el contenido del mensaje suena acusador y agresivo o indeciso, temeroso y pasivo. El contenido ideal de una afirmación asertiva es preciso, descriptivo y directo.

Dentro del programa de entrenamiento en asertividad con niños, se escogen imágenes, "conejo frente al león", que simbolizan la cobardía frente a la fortaleza. Se presentan escenas concretas (defensa de la posesión de un juguete; decir no ante una oferta de droga; mantener una opinión) y se hace que las represente teatralmente. En esa representación se requiere la participación de un colaborador, cuya intervención puede ser gradualmente difícil (terapeuta, compañero amistoso, compañero hostil) hasta que el sujeto pueda llegar a enfrentarse con situaciones reales provocadas o espontáneas y también en relación con la depresión.

Otras de las conductas entrenadas en estos programas son las siguientes:

exposición de quejas, decir que no, defensa de opiniones, defensa de derechos, petición de atención, solicitud de que se cambie una manera de actuar. En muchas ocasiones estas conductas se incluyen también en los programas de entrenamiento en habilidades sociales, Sank y Shaffer (1984)⁷¹.

Es conveniente que antes de iniciar el entrenamiento en asertividad, que los niños participantes tengan claro a lo que se refiere tal concepto. Para esto, Sank y Shaffer (1984)⁷², han presentado las siguientes definiciones:

- *El comportamiento asertivo:* se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni los de los demás. Consiste en expresar los sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. El comportamiento asertivo muestra respeto hacia los sentimientos de otra persona y facilita la comunicación.

Es preciso definir también las alternativas al comportamiento asertivo, entre las que se encuentra:

- *El comportamiento no asertivo:* descrito como la negación de los derechos propios a no defender ni expresar los sentimientos de uno mismo. También puede incluir comunicaciones formuladas de manera indirecta que favorezcan las malas interpretaciones.
- *El comportamiento agresivo:* descrito como la negación de los sentimientos y derechos del otro, mediante culpabilización, insultos y otros comportamientos que dañan a esa persona y tienden a generar una actitud

⁷¹ SANK, LAWRENCE I , SHAFFER, CAROLYN S., (1993). Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos 1^{ra} edición Editorial Descleé de Brouwer. España. 278 págs

⁷² SANK, LAWRENCE I , SHAFFER, CAROLYN S., (op. cit)

defensiva en ésta.

Tras describir los términos de asertividad, agresividad y no asertividad, los terapeutas proceden a representar mediante rol-plays estos tres comportamientos en una misma situación.

f) La resolución de problemas

La resolución de problemas intenta proporcionar una estructura para la consideración y el abordaje formal de aquellos problemas que no se pueden resolver fácilmente. Dentro del contexto terapéutico de grupo, se pide a los participantes que usen diferentes recursos para crear soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros del grupo. Sank y Shaffer (1984)⁷³.

Es importante señalar que este entrenamiento en resolución de conflictos, está diseñado para estudiar aquellas áreas de vida que continúan generándole problemas al niño en su relación con otros. Este entrenamiento está dirigido a: (1) ayudar al paciente a colocar sus problemas en perspectiva (2) proporcionarle al niño un medio de resolver sus dilemas actuales y futuros. Wisinger (1988)⁷⁴.

La presencia continuada de problemas persistentes no resueltos proporciona de por sí malestar y puede desembocar en dificultades psicológicas perturbadoras como trastornos del humor.

⁷³ SANK, LAWRENCE I., SHAFFER, CAROLYN S. (op. cit).

⁷⁴ WEISINGER HENDRIE (1988). Técnicas para el Control del Comportamiento Agresivo 2da Edición Editorial Martínez Roca. Barcelona 210 págs.

Los niños a menudo se angustian, o se sienten infelices, porque no tienen las habilidades para manejar una situación. Si alguien les molesta, pueden no saber otra forma de manejar la situación que pelearse. A muchos niños les gustaría tener más amigos pero no saben cómo conseguirlos. Estas retiradas sociales de los niños pueden o no causarles niveles debilitantes de ansiedad interpersonal que les provenga de encontrarse con otros. La terapia incluye evaluar los déficits en las habilidades prácticas de los niños que pueden estar teniendo que ver y creando alguna angustia en él y en los demás.

Cuando los problemas emocionales acompañan a los prácticos, la resolución de los problemas prácticos puede funcionar como una forma de debate conductual. Por ejemplo, un niño podría decirse, "Nunca seré capaz de acabar todos mis deberes; estoy desesperado", y se siente deprimido.

Enseñándole habilidades prácticas para pensar cómo organizarse mejor y ser más eficiente y forzándola a esforzarse realmente acabará sus deberes, sus recientemente adquiridas habilidades conductuales proporcionan evidencia para rechazar la creencia contraproducente y llegar a reducir el estrés emocional.

Al enseñar habilidades prácticas, se busca proporcionar instrucciones tanto sobre cómo pensar acerca de un problema práctico así como la forma de ir resolviéndolo. Waters, (1982) ha llegado a un formato de resolver problemas prácticos que puede emplearse fácilmente, incluso con niños muy pequeños, e incluye los siguientes pasos (Waters, 1982)⁷⁵:

1. *Identificación del problema*: Este primer paso requiere que el niño repase los

antecedentes del problema: su historia, su recurrencia y los intentos de resolución anteriores. El niño con la ayuda del grupo define el problema con precisión, tomando en cuenta cualquier factor de complicación.

2. *Formulación de metas:* el niño tiene que aprender a responder a la siguiente pregunta: ¿qué significaría la resolución de este problema?
3. *Genera tantas soluciones alternativas como puedas:* Tras el reconocimiento del objetivo general, se le pide al paciente que realice una "lluvia de ideas", generando tantas alternativas al problema como le sea posible. Esto se hace de una manera no crítica sin formular juicios de valor, haciendo especial énfasis sobre la cantidad y la construcción de las alternativas sugeridas.
4. *Retrocede y evalúa cada solución alternativa:* En esta oportunidad se entrena al niño a evaluar las alternativas pensando tanto en las consecuencias positivas como negativas y se eliminan las soluciones absurdas.
5. *Toma decisiones:* en base a las evaluaciones realizadas en los pasos anterior se le enseña al participante a decidir que alternativa o alternativas tienen mayor probabilidad de resolver el problema. Sank y Shaffer (1984)⁷⁶.

La forma principal en que terapia lleva a cabo las metas en la etapa final de la terapia es a través de las tareas. Una vez que el joven cliente acepta la posibilidad y deseabilidad de cambiar, el terapeuta tiene la suficiente fuerza de "pedir" que el cliente "haga una o dos cosas entre las sesiones encaminadas a poner en práctica lo aprendido".

⁷⁵ WATERS, E. y SROUFE, L.A., (op. cit)

⁷⁶ SANK, LAWRENCE I., SHAFFER, CAROLYN S., (op. cit)

f) Estilo atributivo

La atribución de los acontecimientos negativos a causas internas y la atribución de los acontecimientos positivos a causas externas es una de las características de los sujetos deprimidos tanto adultos como niños. De ahí que el cambio del estilo atributivo sea una de las metas de la terapia de la depresión. La estrategia básica consiste en presentar al niño situaciones hipotéticas que tengan relación con su conducta y pedirle que explique el hecho. La terapia consiste en ir presentando para su consideración explicaciones alternativas dentro de un estilo atributivo adaptativo.

Algunos estudios apoyan la eficacia de estas técnicas, como el de Dweck (1975)⁷⁷ cuyos resultados muestran que el cambio de los estilos atributivos en los niños (convirtiéndolos en internos e inestables) mejoraba el afrontamiento del fracaso más eficazmente que si se les sometían a experiencias de éxito, usadas terapéuticamente.

g) Autoestima

Como una parte de la terapia cognitiva que apunta al cambio de las atribuciones negativas respecto de sí mismo se incluye, con carácter de meta

⁷⁷ DWECK, C S (1975) The role of expectations and attributions in alleviation of learned helplessness. *Journal of Personality and Social Psychology*, No.31: 674-685.

importante, lograr en el sujeto el incremento de la autoestima. Naturalmente, se aplica también esta técnica en la reestructuración cognitiva cuando se actúa sobre la idea de sí mismo, pero muchos terapeutas utilizan separadamente la búsqueda del incremento de la autoestima como tratamiento de la depresión.

La existencia de una baja autoestima en los niños deprimidos ha sido subrayada por todos los estudiosos del tema y, además, muchos autores la consideran como uno de sus criterios diagnósticos.

La autoestima de los niños, como la de los adultos, se fragua habitualmente a partir del juicio de los otros. La opinión que tenemos de nosotros mismos se basa en lo que hemos oído o creemos que los otros opinan sobre nosotros. Hace falta tener una personalidad muy independiente o madura para establecer un juicio objetivo, basado en datos concretos de comportamiento. Esto es casi imposible para un niño. En primer lugar, por su dependencia de los adultos a la hora de establecer juicios y, en segundo lugar, por su propensión maximalista a enjuiciar a las cosas y a las personas como buenas o malas sin término medio. Por ello, cualquier fisura en su comportamiento o en el juicio de los otros, hace al niño especialmente vulnerable y le lleva a tener una idea peyorativa de sí mismo. Precisamente el enjuiciamiento que los adultos, especialmente los padres, tienen de los niños es esencial para la constitución de la autoestima de éstos.

Las técnicas para el incremento de la autoestima pueden estar dirigidas a influir sobre el niño directamente o sobre los adultos de su entorno. En este último caso, la técnica más habitualmente utilizada es la estructuración y registro

de los enjuiciamientos positivos. La adecuación entre la aparición de las conductas elogiadas y su reconocimiento es la piedra angular del éxito de esta estrategia. Si el elogio no es verosímil, el niño no entrará en el juego y tampoco si los padres o profesores no estiman o ponderan adecuadamente los aspectos positivos de su conducta. El trabajo del terapeuta consistirá en adecuar estas dos dimensiones.

Las estrategias de incremento de la autoestima dirigidas a niños han experimentado un crecimiento espectacular en los últimos tiempos. En algunas escuelas, se han convertido en materia curricular. Esencialmente los pasos concretos de este tipo de terapia son muy similares a los de la reestructuración cognitiva:

1. Identificar los aspectos positivos del sujeto.
2. Combatir las distorsiones cognitivas.
3. Identificar las deficiencias del sujeto.
4. Generar habilidades compensatorias.

Se pueden combinar estas técnicas con el entrenamiento en habilidades sociales y asertividad. (McKay y Fanning, 1991; Youngs, 1991; Mestre y Frías, 1996 En: Barrio 1997)⁷⁸.

h) Autocontrol

La depresión también se ha relacionado con déficit en el autocontrol, y ello

⁷⁸ BARRIO, Ma V Del (op.cit.)

es extensible a los niños. Por tanto, la técnica en entrenamiento del auto-control se utiliza también para combatir la depresión en los niños. Este tipo de técnica consiste en una acción terapéutica que se estructura en torno a la auto-observación, auto-evaluación y auto-refuerzo, operaciones que el paciente lleva a cabo con la ayuda del terapeuta, pero manteniendo al niño como el núcleo central en el que se apoya la terapia. Se usan, como ocurre en otro tipo de técnicas, apoyos especiales para realizar la secuencia de actos en que consiste la terapia, como grabar en video y explicar al niño su conducta, usando cintas con instrucciones.

A continuación las principales técnicas de autocontrol:

- La **auto-observación (self-monitoring)**: consiste en el acto de observar conductas internas (sentimientos, pensamientos, tensión muscular, tasa cardiaca). Se usa también para tener información sobre acontecimientos que producen en el niño sentimientos agradables y para focalizar la atención del niño sobre unos sentimientos u otros. Como el niño tiene dificultades para realizar esta tarea se le prestan apoyos para su ejecución e incluso existen instrumentos que la facilitan. (Sanz y Graña 1994, En: Barrio 1997)⁷⁹.
- La **auto-evaluación**: consiste en comparar la propia conducta con los criterios internos. Como la auto-evaluación negativa es típica de los niños deprimidos este entrenamiento, dentro de una terapia

⁷⁹ BARRIO, Ma V Del (op cit.)

antidepresiva, puede tener dos modalidades: enseñar al niño a evaluarse positivamente en aquellas cosas que objetivamente lo merecen, o incrementar aquellas habilidades que objetivamente son deficientes en el niño.

- **El *auto-refuerzo*:** consiste en enseñar la autoadministración de refuerzos. Esta es una de las intervenciones más complicadas a realizar con niños deprimidos, dada su tendencia a no encontrar nada gratificable ni gratificante o, por el contrario, a usar la autopunición. El terapeuta debe reduplicar el apoyo y la ayuda en esta fase, que se basa en identificar y hacer una lista de conductas adecuadas que el niño debe autogratificar en cuanto aparezcan (esta técnica puede usarse complementariamente al plan de actividades y a otras varias. La lista de conductas a gratificar y los refuerzos a utilizar han de ser pactados con el sujeto y revisados con frecuencia. La naturaleza de este tipo de terapia ha hecho que se haya usado principalmente con los adultos, pero tiene también una posible adaptación al mundo infantil. Esta acomodación se refiere fundamentalmente al tipo de registros (material pictórico), al sistema de reconocimiento de las conductas emocionales (se usan tarjetas en donde aparecen rostros con distintas emociones) y al manejo de las autoinstrucciones que se han de utilizar (material grabado en cintas).

Como la autogratificación requiere atender a las conductas que preceden o si guían a la conducta que hay que reforzar o castigar, en

los niños más pequeños es necesaria la colaboración y supervisión por parte de los padres, profesores o personas de referencia. Barrio (1997)⁸⁰.

Si el niño deprimido tiende a incrementar la autopunición, la meta del terapeuta es la de invertir esta tendencia. Su relación con la transformación del estilo atributivo es muy fuerte y se trabaja incluyéndolo también. Además, como los niños deprimidos fraguan sus estilos atributivos en relación con los juicios que sobre sí mismos perciben en el entorno inmediato, según ya dijimos, es conveniente incluir en este tipo de terapia cambios en las conductas paternas, en todo lo referente a la crítica y a los juicios negativos que se emiten irreflexivamente sobre el niño en tratamiento.

- **Auto-aceptación:** Esta técnica consiste en enseñar a un niño o adolescente a aceptarse a sí mismo. Es también un camino para abordar los síntomas de depresión. La mayor parte de los sujetos con una baja autoestima se autoperciben por debajo de sus posibilidades: creen que no consiguen hacer aquello que se espera de ellos ni tampoco las metas que se proponen.

La auto-aceptación sigue distintas vías confluyentes:

1. Introducir en la mente del niño la idea de que no sólo lo mejor es aceptable, sino que hay otros grados inferiores de lo bueno, que son

⁸⁰ BARRIO, Ma V. Del (op.cit)

también perfectamente asumibles.

2. Focalizar la atención hacia las cosas positivas de la situación actual del sujeto introduciendo una crítica hacia su consideración como negativas.
3. Planteamiento de metas conseguibles y secuenciadas jerárquicamente.

Para lograr que el sujeto perciba la irracionalidad de una idea debe someterla al siguiente análisis:

¿Puedo probar que esta idea es verdadera?

¿Esta idea me protege?

¿Me ayuda a conseguir lo que quiero?

¿Me evita entrar en conflicto con los otros?

¿Me ayuda a sentirme como quiero?

Si las contestaciones afirmativas a estas preguntas son sólo dos o menos, la idea es irracional. Como este análisis está pensado para los adultos, en el caso de los niños se utilizan ejemplos concretos de situaciones vividas por el niño para apoyarse.

i) Auto-afirmaciones Racionales.

En niños pequeños, el procedimiento de cambio más común utilizado para resolver las dificultades emocionales es la auto-instrucción racional. Este método es relativamente sencillo de emplear. El practicante (a veces con la

ayuda del joven cliente) redacta un juego de auto-afirmaciones útiles que el cliente puede sustituir en la auto-conversación más perturbante usada en una situación problemática.

j) La auto-conversación

Típicamente modelada por el terapeuta y después ensayada anticipada y silenciosamente por el niño, al que se le pide que imagine que está en la situación inquietante. Lo más importante es que el practicante refuerce al cliente positivamente tanto durante el tiempo en que las auto-afirmaciones racionales se están aprendiendo, como cuando el cliente en sesiones posteriores narre que hizo un intento y/o logró un éxito al emplear las afirmaciones fuera del despacho del terapeuta. También se anima al niño a proporcionarse auto-refuerzo en la forma de una imaginaria "palmadita en la espalda".

Aunque el razonamiento no es la facultad más desarrollada en los niños se puede aplicar este tipo de terapia no sólo a adolescentes, sino también a niños con edad superior a los siete años. Los resultados con la aplicación de este tipo de terapia parecen ser buenos cuando se los pone en relación con el grupo de control, pero son ligeramente inferiores a los obtenidos por terapia centrada en resolución de problemas e incremento de habilidades sociales mediante representación o dramatización. Butler, Miezitis, Frieman y Cole, (1980)⁸¹. Otros investigadores no han encontrado diferencias entre la Terapia Racional Emotiva

y la resolución de problemas. Otros investigadores, utilizando con niños muy pequeños (siete años) la Terapia Racional Emotiva, combinada con entrenamiento en asertividad mediante técnicas de representación, encontraron resultados positivos sobre todo en lo que se refiere a la expresión adecuada de las emociones.

Los resultados de la aplicación de los diferentes componentes descritos hasta ahora, parecen ser positivos. Un estudio de revisión con sujetos por debajo de los 18 años mostró que es especialmente útil para problemas interiorizados como la depresión, incluso más que para otro tipo de perturbaciones y la eficacia parece ser mayor si se usa asociada a otras técnicas, si se lleva a cabo en grupo y si se usa con adolescentes. Grossman y Hughes, (1992)⁸². Estos autores encontraron que el entrenamiento en la autoinstrucción es especialmente útil para inhibir secuencias de pensamientos o acciones, para fomentar la independencia del niño respecto de los acontecimientos externos y para generalizar y mantener los logros terapéuticos.

De todas las posibles combinaciones, la de la terapia cognitiva asociada a la terapia de conducta es la que más frecuentemente se aplica al tratamiento a la depresión infantil y los resultados parecen ser adecuados. Reynolds y Coats, (1986)⁸³. Estos autores construyeron un programa, para el tratamiento de la

⁸¹ BUTLER, L., MIEZITIS, S., FRIEDMAN, E. y COLE, E. (1980). The effect of two school-based intervention programs on depressive symptoms in preadolescents., No. 7: 111-119.

⁸² GROSSMAN, P.B. Y HUGHES, J N. (1992). Self-control interventions with internalizing disorders: a review and analysis. School Psychology Review, No.21: 229-245.

⁸³ REYNOLDS, W M Y COATS, K.I (1986) A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescent. Journal of Consulting and Clinical Psychology, No.54: 557-575

depresión en niños y adolescentes reagrupando técnicas cognitivo-conductuales. Su estructura está pensada para una duración de cinco semanas. La primera sesión se dedica a la introducción del programa y explicación de su contenido. La segunda sesión se dedica a ejercicios en donde se muestra la relación entre humor y actividad. Los sujetos describen distintas actividades y los estados de ánimo correspondientes. La tercera sesión se dedica a explicar cómo las personas deprimidas tienden a pensar sobre los efectos inmediatos y negativos de su actividad y se ayuda a estos sujetos a atender a las consecuencias positivas diferidas de sus actos. La cuarta consiste en entrenar a los sujetos a evaluar con objetividad los acontecimientos y acciones. La quinta incluye el aprendizaje del método del cambio: especificación del problema, determinación de la línea base, descubrimiento de antecedentes y consecuencias de una conducta, establecimiento de metas, contrato y autorrefuerzo. La sesión sexta se dedica al reajuste realista de las metas. La séptima al aprendizaje del autorrefuerzo. La octava a la aplicación del autorrefuerzo y autocastigo y las dos últimas sesiones se utilizan para la consolidación del programa. Los resultados obtenidos parecen ser satisfactorios en relación con otro tipo de terapias. Ellis (1989)⁸⁴.

Lawinsohn y otros (1990) retocaron el programa de Reynolds y Coats, añadiendo a las técnicas estrictamente cognitivas, relajación, incremento de acontecimientos placenteros y habilidades sociales, estando además dirigido a los adolescentes y sus padres.

Los postulados básicos de este tratamiento para la depresión en niños y

⁸⁴ ELLIS. (op cit.)

adolescentes son:

- (1) interpretar situaciones específicas de la más correctamente a través de un análisis empírico de sus conclusiones y predicciones;
- (2) adquirir conceptos de lenguaje más racional para interpretar y describir las experiencias;
- (3) desarrollar una imagen más racional de su auto-concepto; y
- (4) a través del uso de auto-instrucciones verbales ayudar al acercamiento de su trabajo escolar.

Como demuestra esta ilustración, no hay abordajes de "libro de cocina" para aplicar la terapia a niños en edad escolar. Para que los tratamientos tengan éxito, será mejor que sean sensibles a las características singulares de cada caso y estar preparados para variar su aproximación de acuerdo con esto. Ellis (1989)⁸⁵.

Después de todo lo expuesto, a través de los datos recogidos de los estudios de los diferentes expertos que han trabajado sobre este tema, las conclusiones que se pueden plantear, según Barrio (1997)⁸⁶, son las siguientes:

En la terapia de la depresión infantil se utilizan una gran variedad de técnicas, especialmente aquellas de carácter cognitivo y conductual. No obstante, raramente se aplican técnicas individuales, sino que, por el contrario, se aplican apoyadas y mezcladas unas con otras. Parece que una propuesta de tratamiento multimodal es la más consensuada.

⁸⁵ ELLIS. (op cit.)

⁸⁶ BARRIO, Ma V Del (op cit.)

A pesar del énfasis dado a las terapias cognitivas, centradas en la modificación del pensamiento del sujeto, en el caso de los niños es una constante la colaboración y participación de los padres en dichas terapias. También es muy frecuente la inclusión de los padres como sujetos de terapia (depresión, crítica excesiva, modificación de su conducta como modelos).

Hay pocos trabajos sobre la eficacia de la terapia psicológica para el tratamiento la depresión infantil, pero, en la mayor parte de ellos, se constata que mejora la depresión en comparación con los grupos de control, aunque también existen voces discordantes, defensoras de la remisión espontánea.

No se perfila de una manera clara las ventajas específicas de unas técnicas sobre otras o su aplicación más eficaz a unos problemas concretos.

Debido al cognitivismo y terapias afines, parece que se presta de nuevo atención a los elementos inconscientes de la emoción y a su tratamiento analítico.

La eficacia de los tratamientos farmacológicos en niños parece discutible; se conocen mal los efectos secundarios y las consecuencias de un tratamiento dilatado. Barrio (1998)⁸⁷

La etapa final de la terapia es completada cuando el terapeuta evalúa que las metas de la terapia se han logrado. Waters (1982) sugiere que los terapeutas pregunten las siguientes cuestiones:

¿Es el niño capaz de resolver las perturbaciones emocionales?

⁸⁷ BARRIO, Ma V. Del (op cit.)

¿Es el niño capaz de resolver los problemas prácticos?

¿Toma el niño la responsabilidad de sus propias emociones?

¿Están los niños y los padres satisfechos con los progresos?

CAPÍTULO CUARTO
METODOLOGÍA

METODOLOGÍA

1. Planteamiento del problema

El marco teórico previo ha sustentado que; básicamente, las líneas maestras de la terapia infantil son las mismas que las de la adulta; sin embargo las estrategias concretas a seguir han de adaptarse a la edad, motivaciones e intereses del niño, que difieren sensiblemente de los del adulto. En segundo lugar está ampliamente discutido que la mayor parte de las técnicas terapéuticas se inscriben en los diversos marcos teóricos existentes y que los terapeutas utilizan las que se adaptan mejor a la situación terapéutica concreta, sin adscribirse por ello a un determinado marco teórico. La combinación de terapias y el enfoque multimodal ha sido el resultado de esta mezcla empírica y exitosa que tiene una larga historia.

Sin embargo, las terapias psicológicas antidepresivas se han podido diferenciar a partir de sus distintas concepciones de la emoción. Aquellas como el cognitivismo, que interpretan la emoción como una cognición o apreciación e intentaran el cambio de las ideas, creencias y valoraciones erróneas en las que se pueden basar los estados depresivos; otras desde la psicología profunda, como el psicoanálisis, intentaran el cambio de lo que se haya acumulado en el inconsciente y buscaran convertirlo en consciente mediante el análisis, otras

como el conductismo, se proponen modificar aprendizajes erróneos aplicando para ello las leyes del aprendizaje de forma correctora, y otras más fisiológicas, como el punto de vista biológico, producirán cambios en las bases biológicas relacionadas directa o indirectamente con los estados afectivos

Con sólo enunciar el contenido de los marcos teóricos precedentes, se hace patente que unos resultan más adecuados para los niños que otros.

Sin pretender comparar marcos teóricos, nos interesa, particularmente observar cual es la efectividad de un programa de intervención terapéutica para la depresión en niños, utilizando el marco teórico del cognitivismo y en una modalidad terapéutica de grupo.

2. Pregunta de Investigación

¿Cuál es la efectividad de la Terapia cognitiva conductual en el tratamiento de la depresión en niños?

¿Habrá diferencias si se comparan los resultados entre un grupo de niños que participa en un tratamiento para la depresión utilizando la terapia cognitiva conductual y un grupo de niños que no reciben dicho tratamiento?

3. Objetivos de la investigación

a) Objetivo general

Comparar los efectos de un tratamiento para la depresión en niños, entre un grupo experimental y un grupo control, utilizando la terapia cognitiva conductual.

b) Objetivos Específicos

1. Desarrollar un tratamiento para la depresión en niños, utilizando la terapia cognitiva conductual, en un formato de grupo.
2. Analizar estadísticamente los resultados del grupo experimental y del grupo control a partir de las mediciones antes, durante y después del tratamiento.
3. Interpretar clínicamente los resultados del tratamiento tomando como referencia el marco teórico.
4. Concluir y recomendar a partir de los resultados obtenidos considerando las ventajas y desventajas de la metodología, así como la técnica terapéutica utilizada.

4. Hipótesis

a) Hipótesis conceptual

Los síntomas de depresión son menores en un grupo de niños que recibió el tratamiento cognitivo conductual para la depresión que en el grupo de niños que no recibió dicho tratamiento.

b) Hipótesis operacional

Hay diferencias estadísticamente significativas al comparar las medias de las diferentes mediciones en el grupo de niños que recibió el tratamiento cognitivo-conductual para la depresión y el grupo de niños que no recibió dicho tratamiento.

c) Hipótesis estadísticas

A continuación se presentan las hipótesis estadísticas para cada variable participante. Son nueve hipótesis por cada variable: tres por el grupo experimental, tres para el grupo control y tres para el grupo experimental vs. el grupo control.

Valor "Total Depresivo" (TD), Grupo Experimental

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo experimental.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo experimental.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo experimental.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo experimental.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo experimental.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo experimental.

Valor "Total Depresivo" (TD), Grupo Control

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo control.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo control.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo control.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo control.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo control.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD) en el grupo control.

Valor "Total Depresivo" (TD), Grupo Experimental vs. Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición del valor "Total Depresivo (TD)" entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición del valor "Total Depresivo (TD)" entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición del valor "Total Depresivo (TD)" entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición del valor "Total Depresivo (TD)" entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición del valor "Total Depresivo (TD)" entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición del valor "Total Depresivo (TD)" entre el grupo experimental y el grupo control.

Variable "Respuesta Afectiva" (RA), Grupo Experimental

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA), en el grupo experimental.

Variable "Respuesta Afectiva" (RA), Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Respuesta Afectiva" (RA)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Respuesta Afectiva" (RA)**, en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Respuesta Afectiva" (RA)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Respuesta Afectiva" (RA)**, en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Respuesta Afectiva" (RA)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Respuesta Afectiva" (RA)**, en el grupo control.

Variable "Problemas Sociales" (PS), Grupo Experimental

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo experimental.

Variable "Problemas Sociales" (PS), Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, en el grupo control.

Variable "Problemas Sociales" (PS), Grupo Experimental vs. Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable **"Problemas Sociales" (PS)**, entre el grupo experimental y el grupo control.

Variable "Auto-Estima" (AE), Grupo Experimental

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo experimental.

Variable "Auto-Estima" (AE), Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE), en el grupo control.

Variable "Auto-Estima" (AE), Grupo Experimental vs. Grupo Control

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable "Auto-Estima" (AE), entre el grupo experimental y el grupo control

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable "Auto-Estima" (AE), entre el grupo experimental y el grupo control.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable "Auto-Estima" (AE), entre el grupo experimental y el grupo control.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable "Auto-Estima" (AE), entre el grupo experimental y el grupo control.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable "Auto-Estima" (AE), entre el grupo experimental y el grupo control.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable "Auto-Estima" (AE), entre el grupo experimental y el grupo control.

Variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), Grupo Experimental

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), en el grupo experimental.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), en el grupo experimental.

H₁ Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), en el grupo experimental.

H₀ No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), en el grupo experimental.

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo experimental.

Variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S), Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "**Preocupación por la Muerte y/o la Salud**" (PM/S), en el grupo control.

Variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S),
Grupo Experimental vs. Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable **"Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable **"Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable **"Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable **"Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)**, entre el grupo experimental y el grupo control.

Variable "Sentimientos de Culpa" (SC), Grupo Experimental

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo experimental.

Variable "Sentimientos de Culpa" (SC), Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, en el grupo control.

Variable "Sentimientos de Culpa" (SC), Grupo Experimental vs. Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable **"Sentimientos de Culpa" (SC)**, entre el grupo experimental y el grupo control.

Variable "Depresivos Varios" (DV), Grupo Experimental

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Depresivos Varios" (DV)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable **"Depresivos Varios" (DV)**, en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Depresivos Varios" (DV)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable **"Depresivos Varios" (DV)**, en el grupo experimental.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Depresivos Varios" (DV)**, en el grupo experimental.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable **"Depresivos Varios" (DV)**, en el grupo experimental.

Variable "Depresivos Varios" (DV), Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), en el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), en el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), en el grupo control.

Variable "Depresivos Varios" (DV), Grupo Experimental vs. Grupo Control

- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 1ª medición de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 2ª medición de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₁** Hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), entre el grupo experimental y el grupo control.
- H₀** No hay diferencias significativas entre las medias de la 3ª medición de la variable "**Depresivos Varios**" (DV), entre el grupo experimental y el grupo control.

5. Unidades de observación (variables)

a) Variable independiente:

Programa "Tratamiento Cognitivo-Conductual para la Depresión en Niños"; un formato de terapia cognitivista de 12 sesiones, subdividido en tres módulos[^]: Reestructuración cognitiva, sesiones (1-4) , asertividad (sesiones 5-8), resolución de conflictos (sesiones 9-12) y una sesión cierre⁸⁸.

b) Variables dependientes:

Las variables participantes son seis, todas definidas a continuación y medidas a través del Cuestionario de Depresión para Niños, de M. Lang y M. Tisher y un valor denominado "**Total Depresivo**" (TD) que es la suma de los puntajes brutos obtenidos en las seis variables.

- **Respuesta Afectiva (RA):** se refiere al estado de humor de los sentimientos del sujeto. Esta variable es medida a través de ocho reactivos.
- **Problemas Sociales (PS),** medida por ocho reactivos. Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.
- **Autoestima (AE),** medida a través de ocho reactivos. Se refiere a los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su estima y valor.

[^] Ver anexo # 2

⁸⁸ LAWRENCE I y CAROLYN S S , (op cit)

- **Preocupación por la Muerte/Salud (PM/S)**, Medida a través de siete reactivos. Hace alusión a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.
- **Sentimientos de Culpa (SC)** integrada por 8 reactivos. Se refiere a la autopunición del niño.
- **Depresivos Varios (DV)**, integrado por nueve reactivos. Incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.
- **Total Depresivo (TD)**, Es la suma de las puntuaciones brutas obtenidas en las seis variables que se miden en el Cuestionario de Depresión para Niños.

6. Estrategia de Investigación

a) Tipo de investigación

Experimental: Los experimentos "verdaderos" son aquellos que reúnen dos requisitos fundamentales para lograr el control y la validez interna: 1) Grupo de comparación y 2) Equivalencia de los grupos. Asimismo, pueden utilizar prepruebas y pospruebas para analizar la evolución de los grupos antes y después del tratamiento experimental. Hernández (1996)⁸⁹

⁸⁹ HERNÁNDEZ, R S , (1996) Metodología de la Investigación 5^{ta} edición Editonal McGrawHill 502 págs

b) Diseño de Investigación

Utilizaremos como diseño de Investigación el "**diseño con preprueba-postprueba y grupo de control**". Este diseño incorpora la administración de prepruebas a los grupos que componen el experimento. Los sujetos son asignados al azar a los grupos, después se les administra simultáneamente la preprueba, un grupo recibe el tratamiento experimental y otro no (grupo control); se puede administrar una medición a mitad del tratamiento a ambos grupos y finalmente de manera simultánea se les administra una post-prueba. Hernández (1996)⁹⁰

c. Control de variables extrañas:

Para garantizar la validez interna de nuestro estudio, y hacerlo un experimento verdadero, entraremos a describir las 9 principales fuentes de variables extrañas descritas por Kerlinger (1994) y Sampieri (1994). La validez interna tiene que ver con la calidad del experimento y se logra cuando hay control, cuando los grupos difieren entre sí solamente en la exposición a la variable independiente, cuando las mediciones de la variable dependiente son confiables y válidas y cuando el análisis es el adecuado de acuerdo al tipo de datos que estamos utilizando.

⁹⁰ HERNÁNDEZ, R S , (sup. cit)

El control en un experimento se alcanza eliminando las fuentes de validación interna. A continuación se mencionan y definen de acuerdo a (Cambell y Stanley 1966, Cambell 1975 y Babbie 1979, En: Sampieri 1996)⁹¹

El control de las variables extrañas significa que las influencias de las variables independientes ajenas a los propósitos del estudio son minimizadas, nulificadas o aisladas. Kerlinger (1988)⁹²

A continuación describiremos una por una las fuentes de invalidación interna y describiremos la forma en que el diseño metodológico nos ha permitido superarlas. Utilizaremos letra cursiva para señalar lo relativo al diseño.

a) **Historia:** Son los acontecimientos que ocurren durante el desarrollo del experimento que afectan a la variable dependiente y pueden confundir los resultados experimentales.

Resp: La investigación se desarrollo a lo largo de seis semanas, durante el período escolar, sin que ocurriera nada especial. Fue un período regular, sin alteración de agenda o cambios de los sujetos.

b) **Maduración:** Son procesos internos de los participantes que operan como consecuencia del tiempo y que afectan los resultados del experimento, como el cansancio, hambre aburrición, aumento en la edad y similares.

Resp. Debido al corto período de tiempo (seis semanas), los procesos de

⁹¹ HERNÁNDEZ R. S. (op. cit)

⁹² KERLINGER F (1994) Investigación del Comportamiento 4^{ta} Edición Editonal McGrawHill México 748 págs

maduración fueron homogéneos. Otras variables: sueño, hambre, fueron controlados con un adecuado horario. Se consideró las 7:00 p.m. como la mejor hora, las tareas escolares diarias ya estaban resueltas, habían cenado y las sesiones se desarrollaban en un ambiente especialmente terapéutico.

- c) **Inestabilidad.** Poca o nula confiabilidad de las mediciones, fluctuaciones en las personas seleccionadas o componentes del experimento, o inestabilidad de mediciones repetidas aparentemente "equivalentes".

Resp: El Cuestionario de Depresión para niños es un instrumento de amplia confiabilidad, tal como se detalla posteriormente. Se utilizó en todas las mediciones el mismo instrumento. Se consideró preciso utilizar diferentes evaluadores en cada medición. Estos evaluadores fueron psicólogos que en un adecuado ambiente y de manera individual realizaron las diversas mediciones.

- d) **Administración de pruebas:** Se refiere al efecto que puede tener la aplicación de una prueba sobre las puntuaciones de pruebas subsecuentes. La administración de la primera prueba puede sensibilizar a los participantes del experimento y cuando respondan a la segunda prueba, sus respuestas podrían estar afectadas por esa sensibilización.

Resp: Se minimizó al máximo este efecto, al tener diverso evaluadores en cada una de las aplicaciones.

- e) **Regresión estadística:** Esta fuente se refiere a un efecto provocado por una tendencia de sujetos seleccionados sobre la base de puntuaciones

extremas, a regresar en pruebas posteriores a un promedio en la variable en la que fueron seleccionados.

Resp: No se evidenció regresión, los resultados parecieron mantenerse en un solo dirección.

- f) **Selección:** Esta puede presentarse como resultado de elegir a los sujetos para los grupos del experimento, de tal manera que los grupos no sean equiparables. Es decir, si no se seleccionan los sujetos para los grupos asegurándose la equivalencia de éstos, la selección puede resultar tendenciosa.

Resp: Los sujetos seleccionados forman parte de un grupo etario específico (9-12 años), de ambos sexos. Luego de llenar criterios básicos, se conformaron los grupos de manera totalmente aleatoria.

- g) **Mortalidad experimental:** Esta fuente se refiere a diferencias en la pérdida de participantes entre los grupos que se comparan. Esta mortalidad puede ocurrir no sólo por el experimento en sí, sino el tipo de personas que componen cada grupo o factores externos al experimento.

- h) *Resp: No hubo mortalidad en ninguno de los dos grupos*

- i) **Otras interacciones:** considerar efectos provocados por la interacción de las fuentes de invalidación interna antes mencionadas. Hay que cuestionar seriamente respecto a las causas que motivaron los cambios en la variable dependiente. Por ejemplo el método de enseñanza, la motivación, el terapeuta y ello provoca las variaciones reportadas.

Resp: Considerando la posibilidad de que los miembros del grupo experimental compartieran información con los del grupo control, se precisó que los del grupo experimental no supieran la existencia del grupo control y viceversa.

Por todo lo anterior expuesto y gracias al diseño metodológico implementado, fue posible minimizar las fuentes de invalidación interna, lo que nos permite tener mayor seguridad de que los efectos observados pueden considerarse efectos del tratamiento.

7. Conceptos de Población y Muestra

a) Población Objetivo

Niños y niñas residentes en la Aldea Infantil S.O.S. de Panamá, con edades entre 9 años y 12 años 11 meses y cuyas madres encargadas reportaron síntomas de depresión según el cuestionario básico de depresión en niños de la Asociación Americana de Psiquiatría-AACAP (1997) .

b) Población Muestral:

La población de niños de ambos sexos entre 9 años y 12 años 11 meses, residentes en Aldea Infantil S.O.S. Panamá que cumplieron con los 4 requisitos fundamentales.

1. No padecer enfermedades psiquiátricas, retraso mental o discapacidad física o auditivas

2. Reporte de un alto porcentaje de síntomas de depresión según el cuestionario básico de depresión en niños elaborado por la AACAP y respondido por la madre encargada del niño.
3. Niños que obtuvieron puntuaciones altas según los baremos para cada subescala del Cuestionario de Depresión para Niños.
4. Disponibilidad de participación.

c) Muestra

Definida la muestra de nuestro estudio como un subgrupo de la población previamente delimitada, se procedió a hacer el muestreo de forma aleatoria.

I Fase: De un total de 22 niños que cumplieron los requisitos previos, se procedió, por medios aleatorios, a seleccionar 16 de ellos para conformar los sujetos participantes.

II Fase: En esta fase, se asignó de forma aleatoria 8 niños al grupo "A" y 8 niños al grupo "B".

III Fase: Se escogió al azar el grupo experimental y el grupo control.

d) Criterios de Exclusión durante el tratamiento:

Se tenían estipulados algunos criterios de exclusión durante el tratamiento, aunque no fue necesario aplicarlos, entre ellos figuraban:

1. Exclusión de los aquellos niños que no esté dispuestos a ver un componente psicológico en la etiología o mantenimiento de sus áreas

^ Ver anexo # 2

problemáticas.

2. Aquellos que carecen de motivación para trabajar sus problemas y que se resistan manifiestamente a hacer las tareas y a participar en las sesiones interactivas.
3. Aquellos que están interesados en trabajar únicamente en una dirección muy determinada por ejemplo cuando se desarrollan ciertos role-plays y no están dispuestos a discutir o a trabajar ciertas áreas problemáticas.
4. Aquellos niños que están bajo un estrés tan grave que no le permite concentrarse.
5. Aquellos con una verborrea incontrolable y que debido a su monólogo que no atiende límites aburren a otros niños y ocasionan pérdida de tiempo, desmotivan o desaniman al grupo en general o sencillamente se oponen a cooperar en el desarrollo de los planes de trabajo.
6. Aquellos que experimentan trastornos del pensamiento, que exhiban conductas pre-psicóticas, que pudieran alarmar al resto del grupo y perturbar el desarrollo del trabajo.
7. Aquellos niños que vociferan y tengan una actitud constantemente negativa, de contradicción, de crítica, cuestionadora al terapeuta o de las formas de funcionamiento del grupo.

8. Instrumento:

a) Escala de Depresión para Niños (CDS)

Descripción:

Nombre original:	"Children's Depression Scale (CDS)".
Autores:	M. Lang y M. Tisher.
Procedencia:	Australian Council for Educational Research, Ltd. (ACER), Victoria, Australia.
Adaptación española:	Departamento de TEA Ediciones, S.A., Madrid.
Administración:	Individual y colectiva.
Duración:	Variable, entre 30 y 40 minutos.
Aplicación:	8-16 años.
Significación:	Evaluación global y específica de la depresión en los niños.

• Características Generales

Entre las características que se tomaron como conceptos operativos para definir la entidad que intenta evaluar el CDS y que además, son aludidas en los trabajos sobre la sintomatología de la depresión en niños, podrían resumirse de la siguiente manera:

- respuesta afectiva: sentimientos de tristeza/desgracia y llantos;
- autoconcepto negativo: sentimientos de inadecuación, poca autoestima, inutilidad, desamparo, desesperanza y falta de cariño;

- disminución de la productividad mental y de los impulsos: aburrimiento, alejamiento, falta de energía, descontento, poca capacidad para el placer y para aceptar la ayuda o el confort, así como retraso motórico;
- preocupaciones: por la muerte, la enfermedad, el yo o los otros, así como pensamientos suicidas y sentimientos de pérdida (real o imaginaria);
- problemas de agresión: irritabilidad y explosiones de mal humor.

A partir de éstas características se elaboraron elementos pertinentes a todos ellos; en su construcción se tuvieron en cuenta los contenidos de los informes psiquiátricos, las historias recogidas en el TAT y las hojas de respuestas de tests de frases incompletas de niños con depresión así como las descripciones de las experiencias y fenómenos depresivos presentadas en la literatura. En la redacción se intentó describir dichas experiencias de modo que fueran reconocidas por los niños si de alguna manera las poseían, y fue depurada por una muestra de niños en tratamiento a los que se pidió que comentaran o modificaran dicha redacción y sugirieran nuevas frases según sus experiencias.

El resultado final fue una escala con **66** elementos, entre los que hay **18 positivos** como ("Me siento alegre la mayor parte del tiempo") y **48 depresivos** como ("Me siento solo muchas veces"). Los elementos positivos están entremezclados con los depresivos, para reducir una tendencia halo en las respuestas, y para medir la "incapacidad para experimentar placer o diversión" como un componente de la depresión; también se procuró que presentaran una variación tal que, al ser contestados por el niño, no le afectaran de un modo

depresivo.

Con la ayuda de criterios teóricos y lógicos, los 66 elementos se agruparon en sub-escalas, intentando que cubrieran muchas de las características de la depresión en los niños, y en realidad estas sub-escalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada en los párrafos anteriores; también se procuró que las escalas tuvieran igual número de elementos.

- **Descripción de las escalas**

El Cuestionario CDS contiene 66 elementos, 48 de tipo depresivo y 18 de tipo positivo. Estos dos conjuntos se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes: ***Total Depresivo y Total Positivo*** (TD y TP).

Dentro de cada una de estas dos dimensiones, se agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias sub-escalas, que podrían describirse brevemente de la siguiente manera:

Total Depresivo, con seis subescalas:

Respuesta Afectiva (RA): (ocho reactivos), alude al estado de humor de los sentimientos del sujeto.

Problemas Sociales (PS): (ocho reactivos), se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño.

Autoestima (AE): (ocho reactivos), se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor.

Preocupación por la muerte/salud (PM/S): (siete reactivos), alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte.

Sentimiento de Culpabilidad (SC): (ocho reactivos), se refiere a la auto-punición del niño.

Depresivos varios (DV): (nueve reactivos), incluye aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Total Positivo, con dos subescalas:

Animo-Alegría (AA): (ocho reactivos), puntuados en el polo opuesto de la depresión), alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño, o a su incapacidad para experimentarlas.

Positivos Varios (PV): (diez reactivos), puntuados en el polo opuesto de la depresión), incluye aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una entidad.

Todas estas subescalas son muy interesantes para especificar e interpretar una determinada puntuación total depresiva o positiva, puesto que los niños pueden manifestar su depresión de muy diferentes maneras.

- **Finalidad y aplicaciones**

El CDS es aplicable a niños comprendidos entre los ocho y dieciséis años, es decir, a sujetos que puedan comprender el contenido de los elementos. No presenta problemas la falta de una buena capacidad lectora, puesto que los elementos, en la mayoría de los casos, son leídos en voz alta por el examinador; en algunas ocasiones puede ser conveniente que el sujeto mismo lea las cuestiones en solitario y conteste en la hoja de respuestas.

Su aplicación está indicada en todos los casos en que se sospeche la depresión. Como se ha señalado anteriormente, hay muchas características que han mostrado relación consistente con la depresión en la infancia: el niño parece o es visto como triste, desgraciado, lloroso, aburrido, aislado, apático, con dificultades sociales, con problemas psicosomáticos (dolores de cabeza, quejas abdominales), dificultades en el sueño, poca autoestima, sentimientos de inutilidad, sensación de no ser querido, preocupación por la salud o la muerte, y manifestaciones anómalas de la agresividad. Puede ser aconsejable cuando se tenga noticia de otros indicativos tales como una gran privación, una pérdida de una persona importante para él, un bajo rendimiento escolar, una enfermedad física o una ruptura familiar.

- **Justificación Estadística:**

En una muestra de 843 niños de ocho a catorce años (26% mujeres), se analizaron los índices de atracción de cada elemento en la dirección que puntúa

hacia la depresión. Se observó que los niños se sienten más atraídos por los elementos que señalan aspectos positivos y dentro de los depresivos, los reactivos más atractivos fueron: Depresivos Varios (DV) y Sentimientos de culpa (SC) Lang M. Y Tisher M⁹³.

- **Fiabilidad:**

En esta misma muestra de 843 niños, se calculó la fiabilidad o consistencia interna mediante la formulación de Kuder-Richardson (K-R 20). Mediante procedimientos estadísticos, se observó que los resultados encontrados fueron de 0.91 y 0.69, lo cual permite concluir que el CDS presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna.

- **Validez: relaciones con otras pruebas y variables:**

Aunque la información más importante sobre un instrumento viene indicada por la posibilidad de predicción en algún campo importante de la conducta, el grado en que sus medidas se correlacionan con otras pruebas arroja una luz adicional sobre su naturaleza y características.

En una muestra de 193 niños, 123 varones y 70 mujeres, se pusieron en relación las variables del CDS con las escalas de personalidad apreciadas por el cuestionario EQP de Eysenck. Los resultados estadísticos indican que todos los aspectos depresivos del CDS, se relacionan positivamente con la inestabilidad de la personalidad reflejados en la escala N del EQP de Eysenk.

⁹³ LANG M Y TISHER M (op cit)

El examen de las correlaciones parece mostrar que la conducta Antisocial, por ejemplo, se relaciona significativamente con los aspectos depresivos negativos del CDS, sobre todo la respuesta afectiva y las preocupaciones hipocondríacas. Sin embargo, la conducta Delictiva (D) en la escala de Eysenk, aunque bastante relacionada con la anterior (0.53), no muestra en los niños una elevación sustancial del fenómeno depresivo.

Estructura Interna: Análisis Factoriales

Una primera muestra de 430 niños fue clasificada en tres grupos de edad, hasta nueve años, diez años y más de diez años y las puntuaciones directas en las ocho sub-escalas del CDS se sometieron a diversos análisis factoriales para obtener factores principales. En general, se han obtenido dos dimensiones generales, que podrían definirse como Depresión y Tristeza. Esta estructura factorial se mantiene con el paso de los años pero se observan algunos interesantes cambios al aumentar la edad.

Al aumentar la edad, crece el peso de la falta de autoestima (AE) en lo depresivo; disminuye el de preocupaciones hipocondríacas (PM) en lo depresivo y aumentan en la Tristeza.

Por todo lo anteriormente descrito sobre los estudios que hacen del Cuestionario de Depresión para Niños un instrumento confiable para el uso clínico psicológico

CAPITULO IV
RESULTADOS

RESULTADOS

Este capítulo inicia con la presentación de dos cuadros:

El No. 1, contiene los puntajes brutos obtenidos por los sujetos en las diversas mediciones antes, durante y después del tratamiento,

El Cuadro No. 2 contiene los resultados de los análisis estadísticos de estos puntajes brutos.

Los cuadros que siguen, ilustran sobre los análisis estadísticos de las comparaciones de las medias de las mediciones y reflejan el resultado.

Tome en cuenta que cada resultado representa la prueba de hipótesis de investigación previamente planteada y que de ser significativa la diferencia estadística, nos lleva a aceptar la hipótesis de investigación.

La parte final de éste capítulo contiene 21 gráficas que representan las comparaciones de las mediciones tanto en el grupo experimental, como en el grupo control y la comparación entre ambos grupos.

Símbolos utilizados:

(*) Significa que hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones

(N/S) Significa que no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones.

CUADRO No. 1.

Registro de puntuaciones brutas obtenidas en tres mediciones (antes, durante y al finalizar el tratamiento) Instrumento: Escala de Depresión en Niños (CDS)

GRUPO EXPERIMENTAL

No.	SUJETOS	TD X=138.51			RA X= 19.05			PS X= 21.05			AE X=22.45			PM/S X=19.21			SC X=25.97			DV X=17.48		
		1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª
1	C. N.	130	143	162	25	30	36	15	17	21	30	34	34	20	21	22	25	24	28	15	17	21
2	C. S.	133	132	146	21	21	24	16	16	20	27	25	23	26	28	30	27	26	29	16	16	20
3	G. L.	122	130	147	24	30	32	18	18	21	20	20	27	20	22	22	22	22	24	18	18	21
4	M. S.	129	144	160	23	25	29	19	23	25	21	25	28	22	23	24	25	25	29	19	23	25
5	N. G.	115	133	154	23	30	31	15	17	19	28	30	36	20	23	25	14	16	24	15	17	19
6	N. M. D.	116	137	162	22	27	28	16	18	24	25	28	32	19	22	28	18	24	26	16	18	24
7	R. L.	138	139	152	20	22	25	20	20	24	29	28	25	26	23	31	23	26	23	20	20	24
8	S. V.	137	155	166	25	29	34	21	24	27	33	33	31	17	22	22	20	23	25	21	24	27

GRUPO CONTROL

1.	F. R.	124	139	140	22	17	23	23	27	27	23	29	28	19	25	23	22	25	24	15	16	15
2.	H. K.	110	122	106	19	25	18	18	17	15	19	19	25	17	20	14	17	20	16	20	21	18
3	H. D.	122	135	141	18	21	22	17	23	29	25	26	26	20	22	23	24	26	22	18	17	19
4	J. R.	126	131	119	22	23	17	22	22	21	23	22	24	23	25	17	22	24	26	14	15	14
5	M. L.	162	147	127	29	28	25	29	19	16	25	24	18	27	24	16	31	30	33	21	22	19
6	S. I.	95	95	119	21	19	25	18	17	25	15	21	20	12	13	16	13	9	14	16	16	19
7	S. F.	127	124	119	27	25	24	24	23	21	24	24	21	20	21	22	16	15	16	16	16	15
8	S. M.	116	120	120	22	23	19	19	18	21	25	25	26	10	12	12	22	23	22	18	19	20

CUADRO No. 2.

Transformación de las puntuaciones brutas a percentiles según varemos del Cuestionario de Depresión para Niños y Adolescentes (CDS)

GRUPO EXPERIMENTAL

No.	SUJETOS	TD			RA			PS			AE			PM/S			SC			DV		
		1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª	1ª	2ª	3ª
9.	C.N.	40	55	81	80	95	99	20	30	50	86	96	96	60	65	70	45	40	60	1	3	4
10	C.S.	40	43	61	65	65	76	25	35	45	77	70	55	86	95	97	55	50	70	1	1	4
11	G.L.	30	40	62	65	95	97	50	50	50	35	35	76	60	70	70	23	22	40	3	2	4
12	M.S.	40	57	79	60	80	92	55	60	70	40	70	80	70	75	80	45	45	70	3	55	15
13	N.G.	20	44	73	60	95	96	20	30	40	80	86	98	60	75	85	2	5	40	1	15	5
14.	N.M.D.	20	52	81	55	86	90	25	35	65	70	80	92	50	70	95	10	40	70	1	20	8
15.	R.L.	50	53	70	45	70	95	45	45	65	85	80	70	87	75	98	30	50	30	2	35	4
16	S.V.	55	73	84	70	91	99	50	65	80	95	95	90	35	70	70	15	30	45	4	60	25

GRUPO CONTROL

9	F.R.	40	53	53	55	43	75	60	80	80	55	85	80	50	85	75	22	45	40	1	10	1
10.	H.K.	15	29	12	40	80	60	35	30	20	30	30	70	35	60	15	7	15	5	3	4	3
11.	H.D.	30	36	54	35	65	70	30	60	86	70	75	75	60	70	75	40	50	25	3	2	3
12.	J.R.	35	41	25	55	75	45	55	55	50	55	50	60	75	85	22	22	40	50	1	1	1
13.	M.L.	80	61	35	90	90	80	80	40	25	70	60	25	90	80	30	80	75	87	4	5	3
14.	S.I.	5	6	25	65	55	80	35	30	70	13	40	35	10	15	30	3	1	2	1	1	3
15.	S.F.	35	31	25	85	80	75	65	60	50	60	60	40	60	65	70	5	4	5	1	1	2
16.	S.M.	20	26	26	70	75	55	40	35	50	70	70	75	4	10	10	22	23	25	3	3	4

1%-20%	25%-50%	55%-75%	80%-90%	90%-99%
Muy deprimido	Deprimido	Con rasgos depresivos	Leve desadaptación	Adaptación

CUADRO No. 3.

Resultados de las comparaciones estadísticas de las diferentes mediciones de las variables medidas a través de la Escala de Depresión para Niños (CDS)

	VARIABLES						
	Total Depresivo (TD)	Respuesta Aféctiva (RA)	Problemas Sociales (PS)	Auto Estima (AE)	Preocupación Muerte/Salud (PM/S)	Sentimientos de Culpa (SC)	Depresivos Varios (DV)
Grupo Experimental	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =* 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =* 1 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =* 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =* 1 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =* 1 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =* 1 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*
Grupo Control	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} = N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} = N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} = N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 2 ^{da} =N/S 2 ^{da} vs. 3 ^{ra} =N/S 1 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S
Grupo Exp. vs. Grupo Cont.	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =N/S 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =* 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =N/S 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =N/S 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =N/S 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =N/S 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} Vs 3 ^{ra} =N/S	Mediciones 1 ^{ra} vs. 1 ^{ra} =N/S 2 ^{da} vs. 2 ^{da} =N/S 3 ^{ra} vs. 3 ^{ra} =*

N/S= Diferencia Estadísticamente No Significativa

(*) = Diferencia Estadísticamente Significativa

Resultados de análisis estadísticos

Cuadro diseñado por el autor de la investigación

Lic Isaías Madrid F

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 1

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª del valor "Total Depresivo" (TD), del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	127	139.12
Desviación Estándar	8.92	8.16
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	4.02	
Probabilidad a 2 colas	.0049	
RESULTADO	.0049 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 2

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD), del Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	139.12	156.12
Desviación Estándar	8.17	7.45
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	10.53	
Probabilidad a 2 colas	.0001	
RESULTADO	.0001 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 3

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª del valor "Total Depresivo" (TD), del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	127.5	156.12
Desviación Estándar	8.93	7.45
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	7.15	
Probabilidad a 2 colas	.0002	
RESULTADO	.0002 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 4

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª, de la variable Respuesta Afectiva (RA) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	22.87	26.75
Desviación Estándar	1.81	3.69
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	4.65	
Probabilidad a 2 colas	.0023	
RESULTADO	.0023 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 5

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª, de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) del Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	26.75	29.87
Desviación Estándar	3.69	4.19
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	4.89	
Probabilidad a 2 colas	.0018	
RESULTADO	.0018 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 6

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª, de la variable Respuesta Afectiva (RA) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	22.88	29.88
Desviación Estándar	1.81	4.19
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	7.90	
Probabilidad a 2 colas	.0001	
RESULTADO	.0001 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 7

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª, de la variable "Problemas Sociales" (PS) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	17.5	19.12
Desviación Estándar	2.33	2.95
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	3.05	
Probabilidad a 2 colas	.0185	
RESULTADO	.0185 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 8

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª, de la variable "Problemas Sociales" (PS) del Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	19.12	22.62
Desviación Estándar	2.95	2.82
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	8.28	
Probabilidad a 2 colas	.0001	
RESULTADO	.0001 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 9

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª, de la variable "Problemas Sociales" (PS) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	17.5	22.62
Desviación Estándar	2.33	2.82
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	10.69	
Probabilidad a 2 colas	.0001	
RESULTADO	.0001 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 10

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Auto Estima" (AE) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	26.63	27.88
Desviación Estándar	4.44	4.59
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.58	
Probabilidad a 2 colas	.1705	
RESULTADO	.1705 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 11

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Auto Estima" (AE) del Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	27.86	29.5
Desviación Estándar	4.58	4.50
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.18	
Probabilidad a 2 colas	.2759	
RESULTADO	.2759 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 12

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Auto Estima" (AE) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	26.62	29.5
Desviación Estándar	4.49	4.50
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.54	
Probabilidad a 2 colas	.1691	
RESULTADO	.1691 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 13

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S) Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	21.25	23.00
Desviación Estándar	3.24	2.14
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	2.14	
Probabilidad a 2 colas	.0698	
RESULTADO	.0698 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 14

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S) Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	23	25.5
Desviación Estándar	2.13	3.70
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	2.41	
Probabilidad a 2 colas	.0464	
RESULTADO	.0464 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 15

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Preocupación por la Muerte" y/o la Salud (PM/S) Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	21.25	25.5
Desviación Estándar	3.24	3.70
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	5.060	
Probabilidad a 2 colas	.0015	
RESULTADO	.0015 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 16

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª, de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	21.75	23.25
Desviación Estándar	4.27	3.24
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.73	
Probabilidad a 2 colas	.1269	
RESULTADO	.1269 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 17

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª, de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) del Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	23.25	26.00
Desviación Estándar	3.240	2.39
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	2.54	
Probabilidad a 2 colas	.0385	
RESULTADO	.0385 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 18

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	21.75	26
Desviación Estándar	4.27	2.39
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	3.612	
Probabilidad a 2 colas	.0086	
RESULTADO	.0086 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 19

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª, de la variable "Depresivos Varios" (DV) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	17.5	19.12
Desviación Estándar	2.33	2.95
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	3.05	
Probabilidad a 2 colas	.0185	
RESULTADO	.0185 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 20

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª, de la variable "Depresivos Varios" (DV) del Grupo Experimental</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	19.12	22.62
Desviación Estándar	2.94	2.77
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	7.56	
Probabilidad a 2 colas	.0001	
RESULTADO	.0001 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 21

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª, de la variable "Depresivos Varios" (DV) del Grupo Experimental</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. de sujetos	8	8
Media	17.5	22.62
Desviación Estándar	2.32	2.77
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	8.82	
Probabilidad a 2 colas	.0001	
RESULTADO	.0001 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 22

Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª, del valor "Total Depresivo" (TD), del Grupo Control

Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	122.75	126.62
Desviación Estándar	19.08	15.72
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.10	
Probabilidad a 2 colas	.3071	
RESULTADO	.3071 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 23

Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª, del valor "Total Depresivo" (TD), del Grupo Control

Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	126.62	123.87
Desviación Estándar	15.72	11.76
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.5544	
Probabilidad a 2 colas	.5965	
RESULTADO	.5965 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 24

Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª, del valor "Total Depresivo" (TD), del Grupo Control

Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	126.62	123.87
Desviación Estándar	15.72	11.76
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.5544	
Probabilidad a 2 colas	.5965	
RESULTADO	.5965 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 25

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	22.5	22.63
Desviación Estándar	3.74	3.54
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.1040	
Probabilidad a 2 colas	.9201	
RESULTADO	.9201 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 26

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) del Grupo Control</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	22.63	21.63
Desviación Estándar	3.54	3.20
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.5640	
Probabilidad a 2 colas	.5903	
RESULTADO	.4091 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 27

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	22.5	21.63
Desviación Estándar	3.74	3.20
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.7025	
Probabilidad a 2 colas	.505	
RESULTADO	.505 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 28

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Problemas Sociales" (PS) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	21.25	20.62
Desviación Estándar	4.062	3.54
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.377	
Probabilidad a 2 colas	.7173	
RESULTADO	.7173 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 29

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Problemas Sociales" (PS) del Grupo Control</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	17.75	17.37
Desviación Estándar	2.60	2.33
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.878	
Probabilidad a 2 colas	.4091	
RESULTADO	.4091 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 30

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Problemas Sociales" (PS) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	21.25	21.87
Desviación Estándar	4.06	4.94
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.2348	
Probabilidad a 2 colas	.8213	
RESULTADO	.8213 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 31

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Auto-Estima" (AE) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	17.25	17.75
Desviación Estándar	22.37	23.75
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.33	
Probabilidad a 2 colas	.2253	
RESULTADO	.2253 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 32

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE) del Grupo Control</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	23.75	23.5
Desviación Estándar	3.105	3.46
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.200	
Probabilidad a 2 colas	.8472	
RESULTADO	.8472 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 33

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Auto-Estima" (AE) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	22.37	23.5
Desviación Estándar	3.58	3.46
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.719	
Probabilidad a 2 colas	.4951	
RESULTADO	.4951 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 34

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Preocupación por la Muerte" y/o la Salud (PM/S) Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	18.5	20.25
Desviación Estándar	5.52	5.12
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.98	
Probabilidad a 2 colas	.0875	
RESULTADO	.0875 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 35

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S) Grupo Control</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	22.62	21.62
Desviación Estándar	3.54	3.20
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.564	
Probabilidad a 2 colas	.5903	
RESULTADO	.5903 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 36

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Preocupación por la Muerte o la Salud" (PM/S) Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	18.5	17.87
Desviación Estándar	5.529	4.257
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.3213	
Probabilidad a 2 colas	.7574	
RESULTADO	.7574 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 37

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	17.25	17.75
Desviación Estándar	5.529	5.119
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.98	
Probabilidad a 2 colas	.0875	
RESULTADO	.0875 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 38

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) del Grupo Control</i>		
Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	20.25	17.87
Desviación Estándar	5.12	4.25
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.54	
Probabilidad a 2 colas	.1684	
RESULTADO	.1684 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 39

<i>Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) del Grupo Control</i>		
Medición	1ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	18.5	17.87
Desviación Estándar	5.52	4.26
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.3213	
Probabilidad a 2 colas	.7574	
RESULTADO	.7574 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 40

Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 2ª de la variable "Depresivos Varios" (DV) del Grupo Control

Medición	1ª medición	2ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	17.25	17.75
Desviación Estándar	2.43	2.60
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.87	
Probabilidad a 2 colas	.1036	
RESULTADO	.1036 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 41

Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 2ª y 3ª de la variable "Depresivos Varios" (DV) del Grupo Control

Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	17.75	17.38
Desviación Estándar	2.60	2.33
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.482	
Probabilidad a 2 colas	.6444	
RESULTADO	.6444 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 42

Prueba "t" de Student para las medias de las mediciones 1ª y 3ª de la variable "Depresivos Varios" (DV) del Grupo Control

Medición	2ª medición	3ª medición
No. De sujetos	8	8
Media	17.25	17.37
Desviación Estándar	2.43	2.33
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.196	
Probabilidad a 2 colas	.8505	
RESULTADO	.8505 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 43

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición del valor "Total Depresivo" (TD) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	127.5	122.75
Desviación Estándar	8.93	19.08
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.592	
Probabilidad a 2 colas	.5725	
RESULTADO	.5725 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 44

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición del valor "Total Depresivo" (TD) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	139.12	126.62
Desviación Estándar	8.17	15.72
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.88	
Probabilidad a 2 colas	.1018	
RESULTADO	.1018 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 45

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición del valor "Total Depresivo" (TD) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	156.12	123.87
Desviación Estándar	7.45	11.76
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	6.79	
Probabilidad a 2 colas	.0003	
RESULTADO	.0003 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 46

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	22.87	26.75
Desviación Estándar	1.81	3.69
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	4.65	
Probabilidad a 2 colas	.0023	
RESULTADO	.0023 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 47

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	26.75	22.63
Desviación Estándar	3.69	3.54
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.96	
Probabilidad a 2 colas	.0902	
RESULTADO	.0902 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 48

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición de la variable "Respuesta Afectiva" (RA) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	29.87	21.62
Desviación Estándar	4.19	3.20
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	4.66	
Probabilidad a 2 colas	.0023	
RESULTADO	.0023 < .005.....*	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 49

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición</i> <i>De la variable "Problemas Sociales" (PS)</i> <i>Entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	17.50	21.25
Desviación Estándar	2.33	4.06
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	2.06	
Probabilidad a 2 colas	.0783	
RESULTADO	.0783 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 50

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición</i> <i>De la variable "Problemas Sociales" (PS)</i> <i>Entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	19.12	20.75
Desviación Estándar	2.95	3.57
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.974	
Probabilidad a 2 colas	.3625	
RESULTADO	.3625 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 51

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición</i> <i>De la variable "Problemas Sociales" (PS)</i> <i>Entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	22.62	21.87
Desviación Estándar	2.77	4.94
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.4056	
Probabilidad a 2 colas	.6972	
RESULTADO	.6972 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 52

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición de la variable "Auto Estima" (AE) entre el Grupo Expenmental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	26.62	22.37
Desviación Estándar	4.49	3.58
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.94	
Probabilidad a 2 colas	.0929	
RESULTADO	.0929 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 53

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición de la variable "Auto Estima" (AE) entre el Grupo Expenmental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	27.87	23.75
Desviación Estándar	2.95	2.60
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	2.68	
Probabilidad a 2 colas	.0326	
RESULTADO	.0326 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 54

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición de la variable "Auto Estima" (AE) entre el Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	29.5	23.5
Desviación Estándar	4.50	3.46
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	2.76	
Probabilidad a 2 colas	.028	
RESULTADO	.028 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 55

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	21.25	18.5
Desviación Estándar	3.24	5.52
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.435	
Probabilidad a 2 colas	.1943	
RESULTADO	.1943 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 56

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	23	20.25
Desviación Estándar	2.14	5.12
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.42	
Probabilidad a 2 colas	.1981	
RESULTADO	.1981 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 57

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	22.63	17.38
Desviación Estándar	2.77	2.33
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.878	
probabilidad a 2 colas	.4091	
RESULTADO	.4091 > .005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 58

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	21.75	20.87
Desviación Estándar	4.27	5.57
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.2979	
Probabilidad a 2 colas	.7744	
RESULTADO	.7744 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 59

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	23.25	21.5
Desviación Estándar	3.24	6.70
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.5478	
Probabilidad a 2 colas	.6009	
RESULTADO	.6009 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 60

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	26	21.62
Desviación Estándar	2.39	6.28
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	1.81	
Probabilidad a 2 colas	.1135	
RESULTADO	.1135 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 61

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la primera medición de la variable "Depresivos Varios" (DV) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	17.5	17.25
Desviación Estándar	2.33	2.43
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.187	
Probabilidad a 2 colas	.858	
RESULTADO	.858 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 62

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la segunda medición de la variable "Depresivos Varios" (DV) Grupo Experimental vs Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	19.13	17.75
Desviación Estándar	2.95	2.60
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	.8519	
Probabilidad a 2 colas	.4224	
RESULTADO	.4224 >.005.....N/S	

ANÁLISIS ESTADÍSTICO No. 63

<i>Prueba "t" de Student para las medias de la tercera medición de la variable "Depresivos Varios" (DV) Grupo Experimental y el Grupo Control</i>		
Medición	Grupo Experimental	Grupo Control
No. de sujetos	8	8
Media	22.63	17.38
Desviación Estándar	2.77	2.33
Nivel de Confianza	0.05	
Grados de libertad	7	
Valor "t"	3.93	
Probabilidad a 2 colas	.0049	
RESULTADO	.0049 < .005.....*	

Gráficas de Resultados

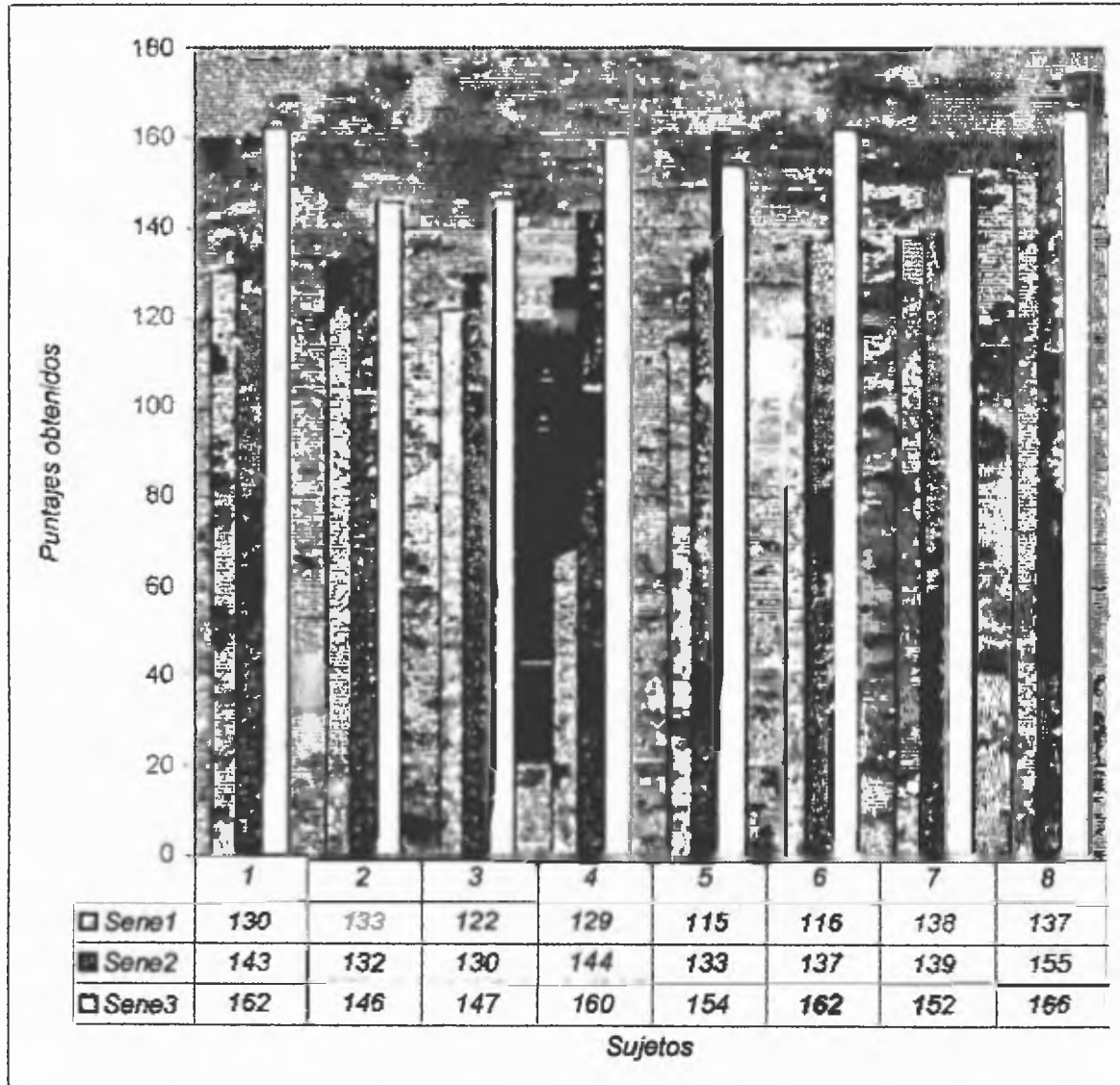
A continuación presentamos 21 gráficas que ilustran las variaciones de las mediciones tanto en el grupo experimental como en el grupo control.

Las primeras 7 gráficas representan las variaciones en las mediciones del grupo experimental.

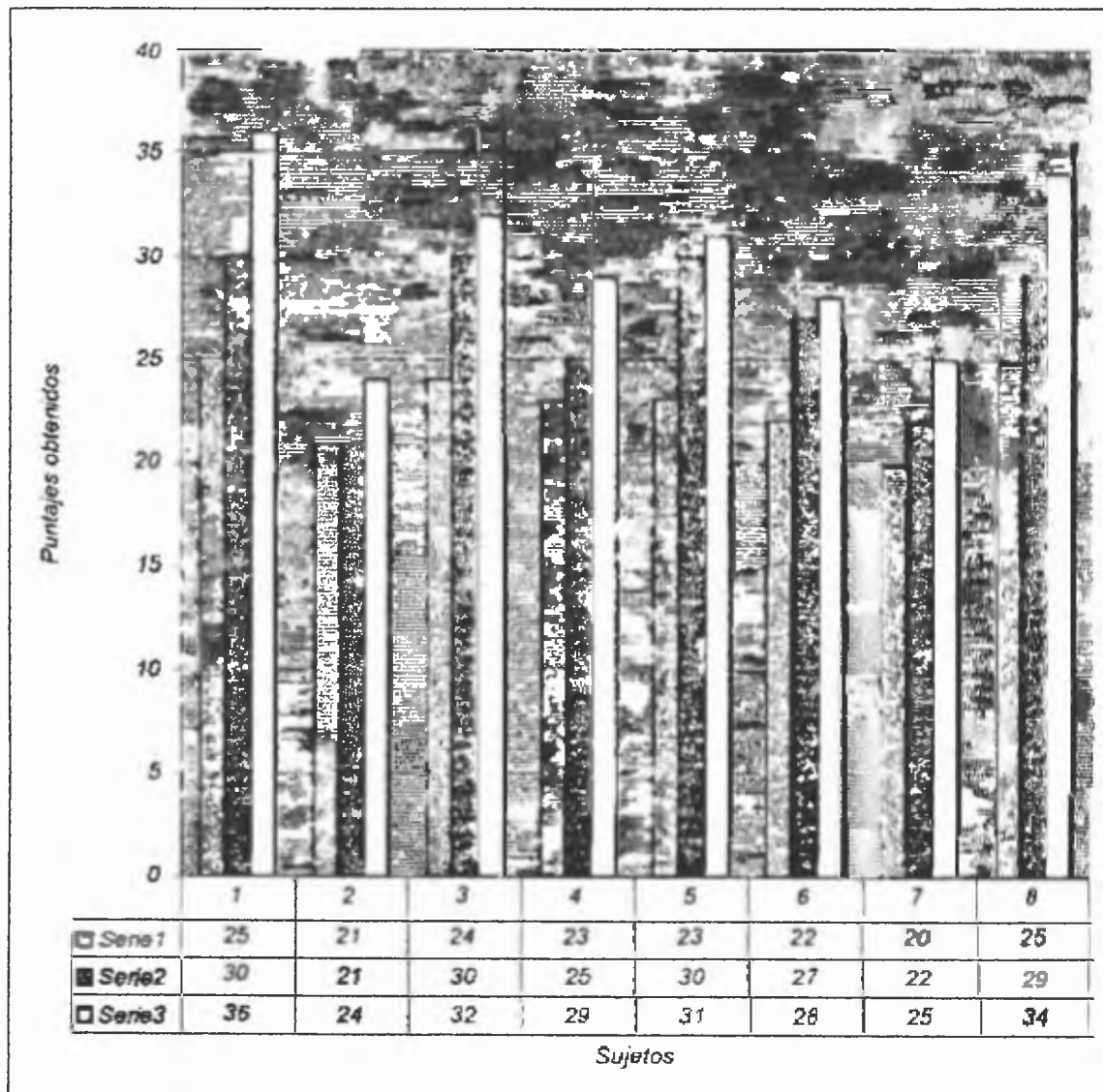
Las gráficas comprendidas entre la No.8 y la No.14, corresponden a los resultados obtenidos en el grupo control.

Las gráficas comprendidas entre la No. 15 y la No. 21 representan los resultados de las comparaciones entre el grupo control y el grupo experimental.

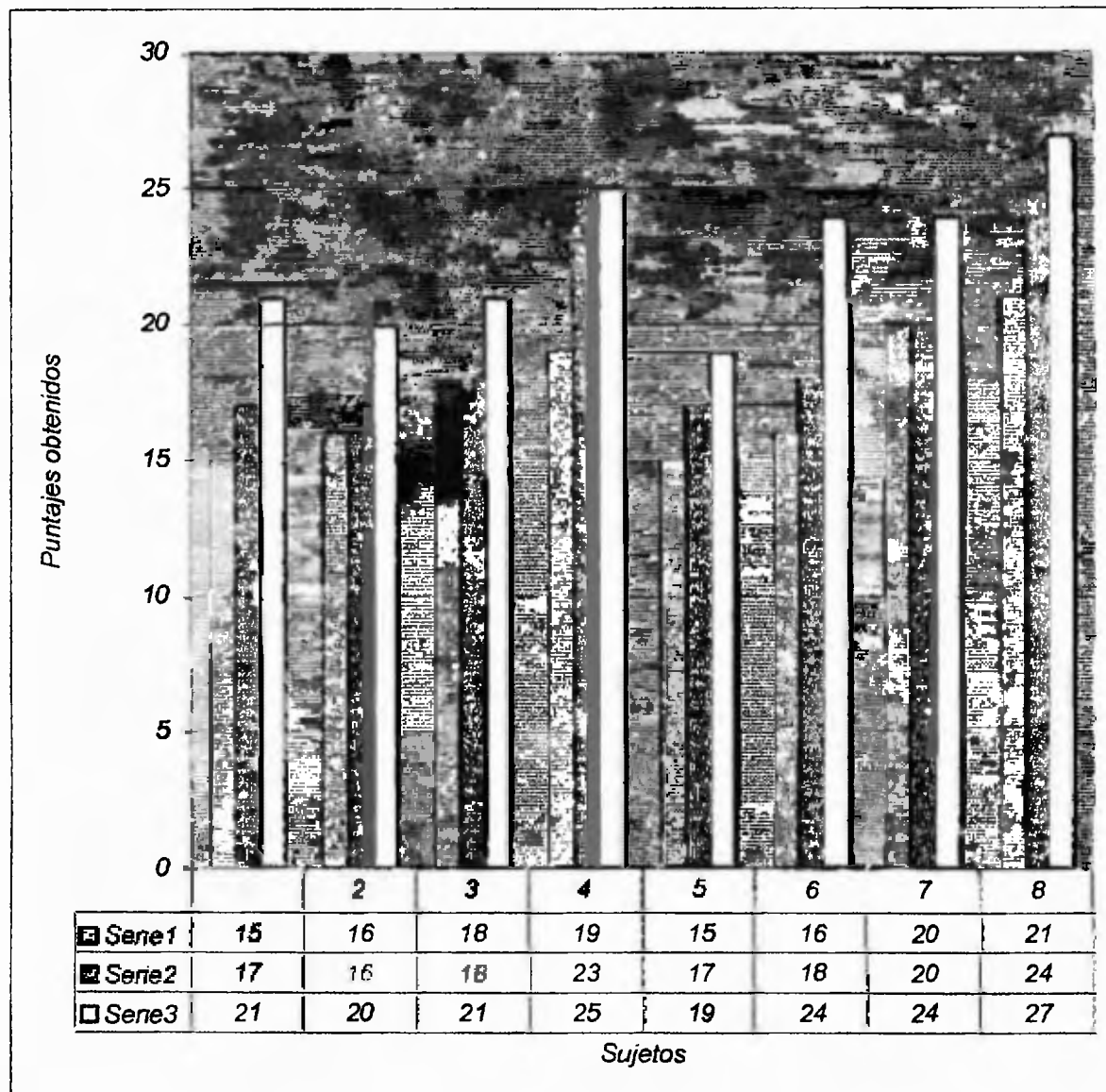
Gráfica No. 1
Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD)
Grupo Experimental



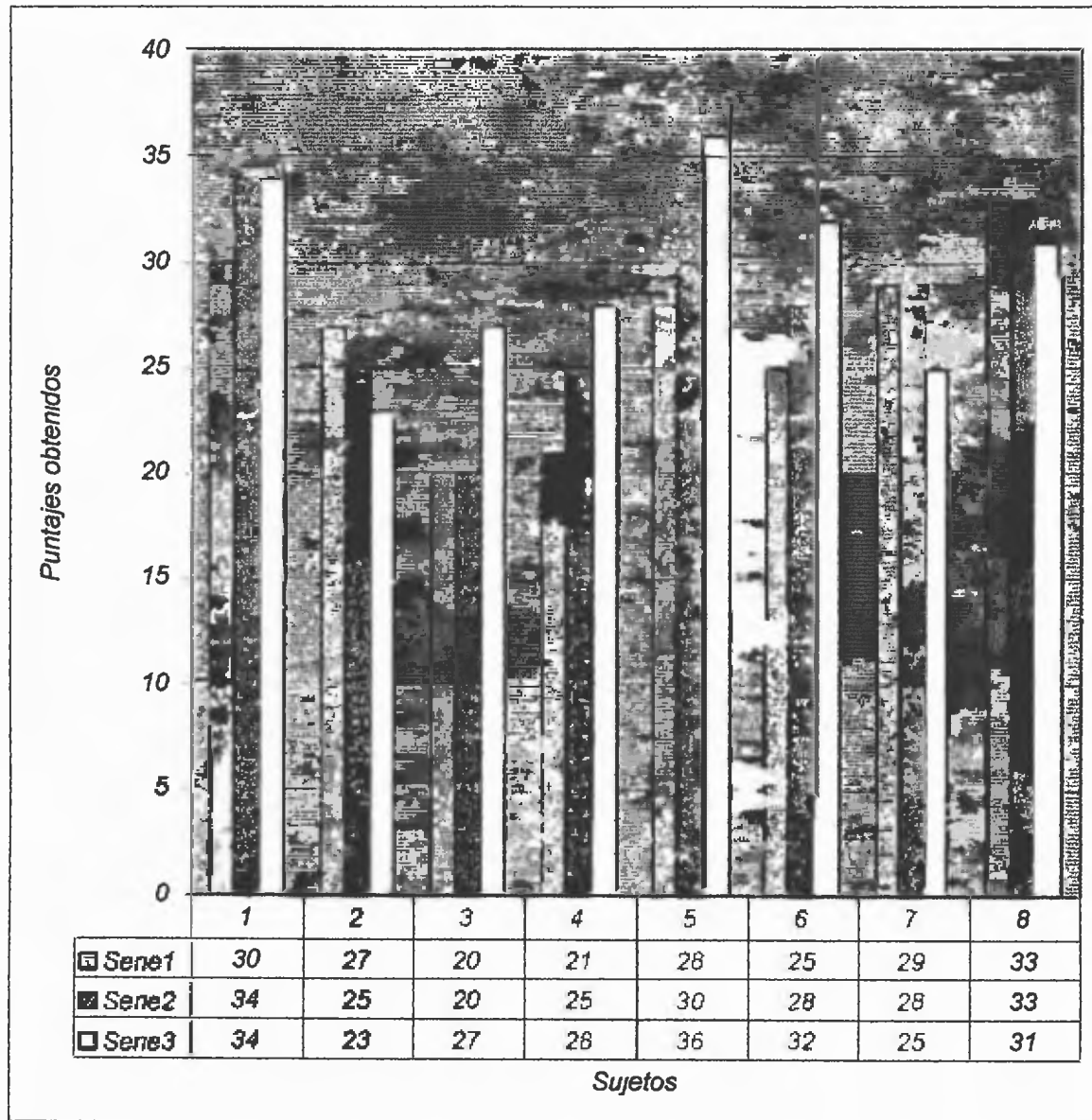
**Gráfica No. 2,
Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA)
Grupo Experimental**



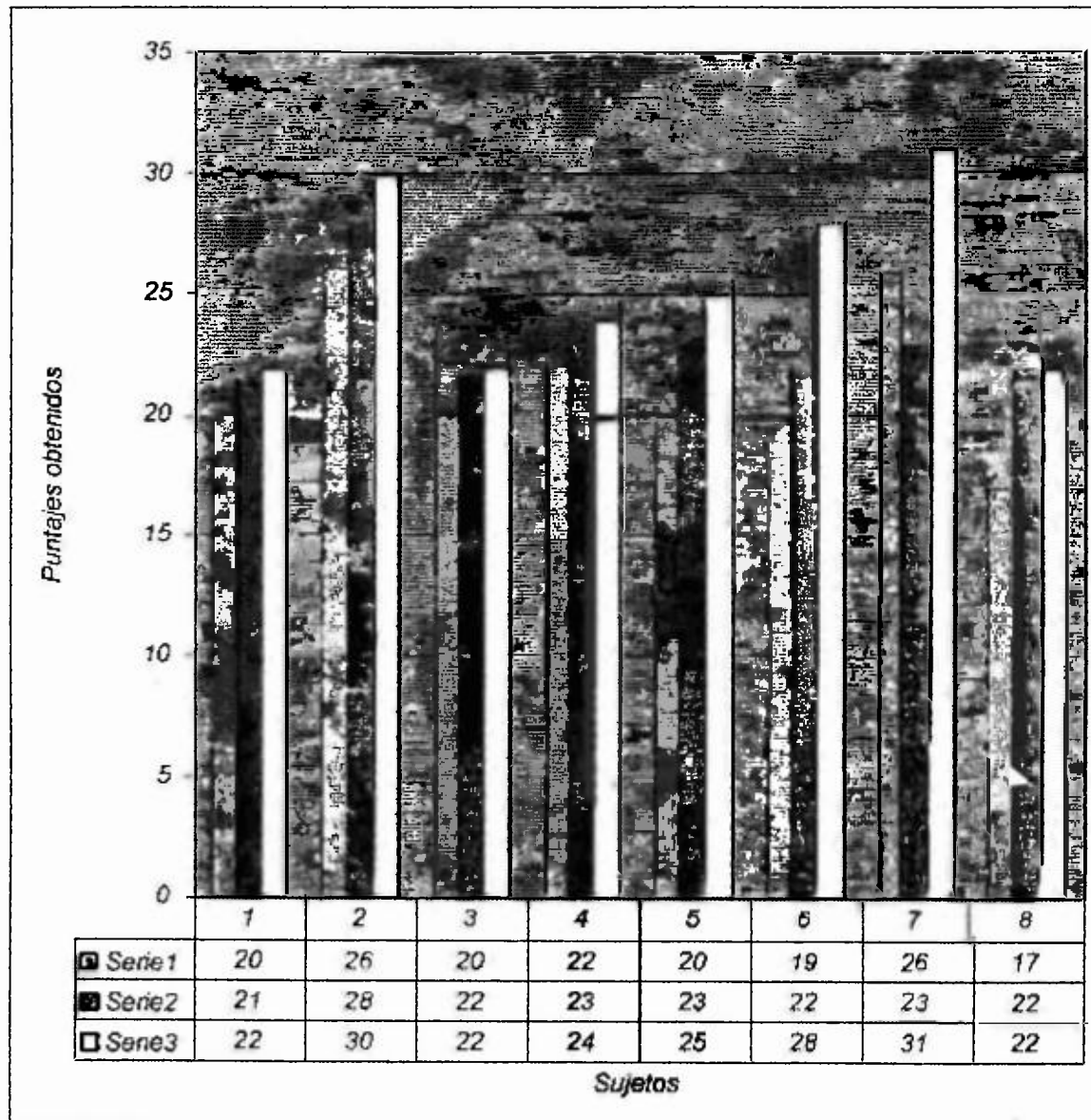
**Gráfica No. 3,
Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS)
Grupo Experimental**



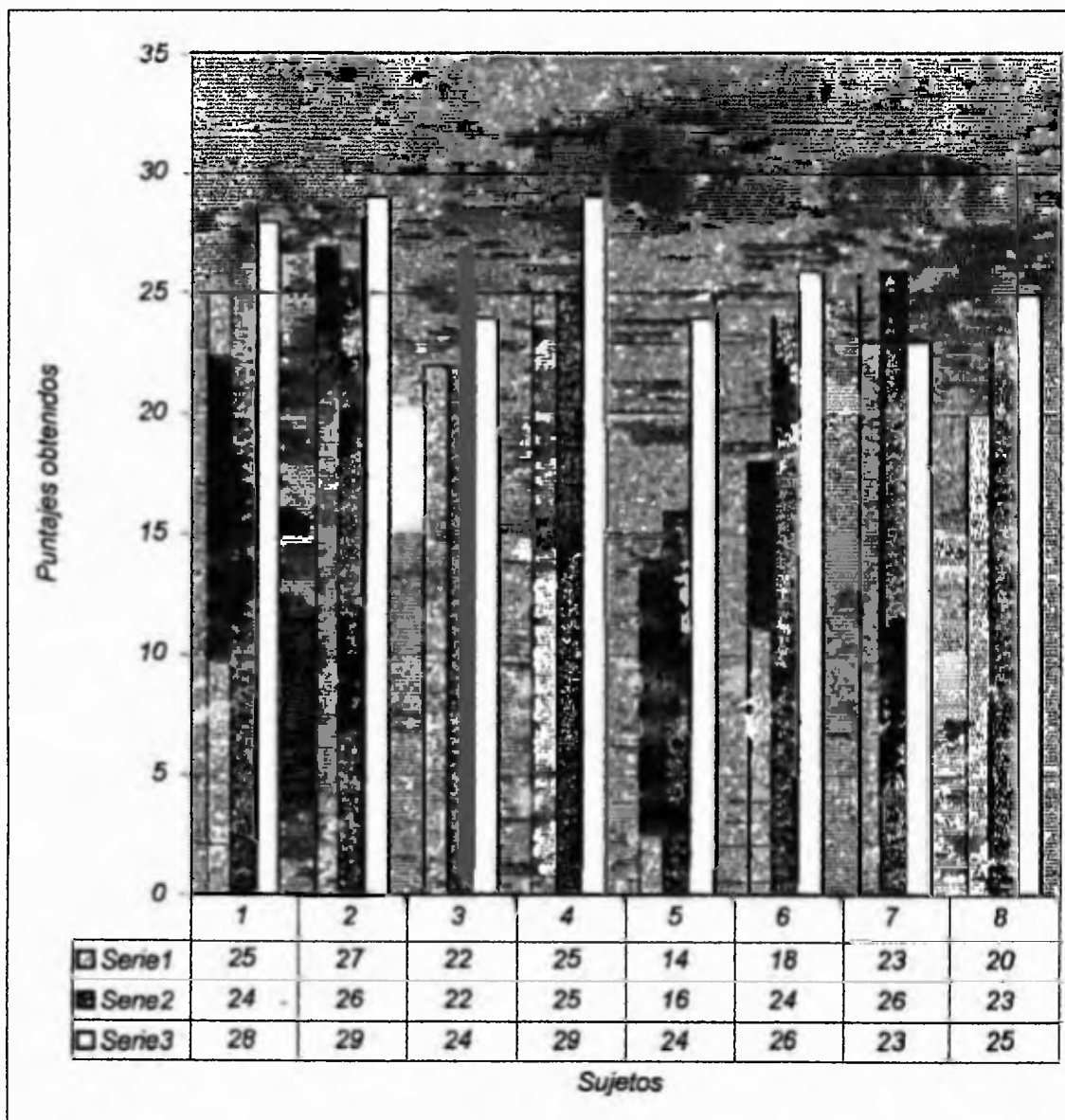
Gráfica No. 4
Mediciones de la variable "Auto Estima" (AE)
Grupo Experimental



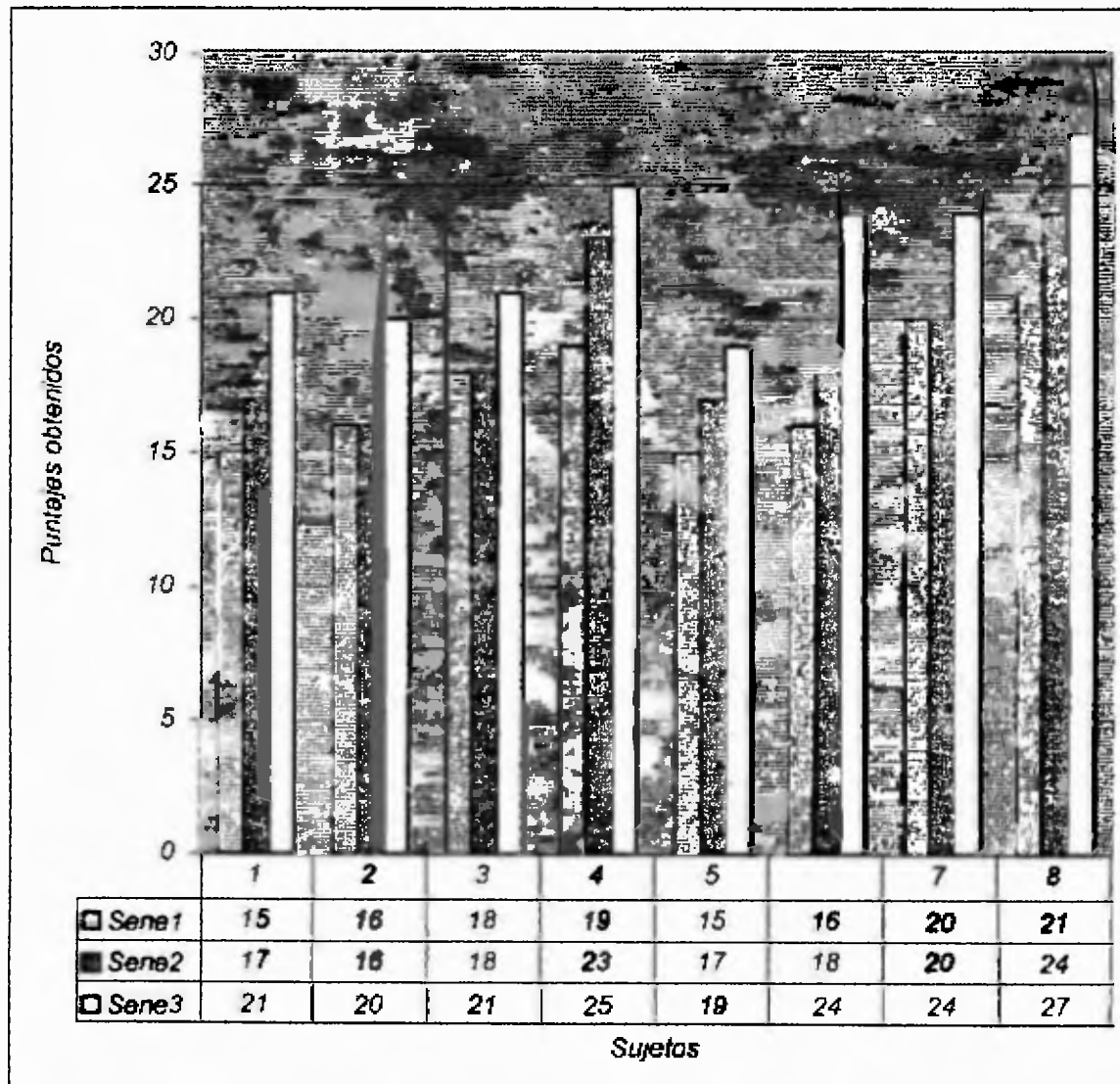
Gráfica No. 5
Mediciones de la variable Preocupación por la
Muerte y/o la Salud (PM/S) Grupo Experimental



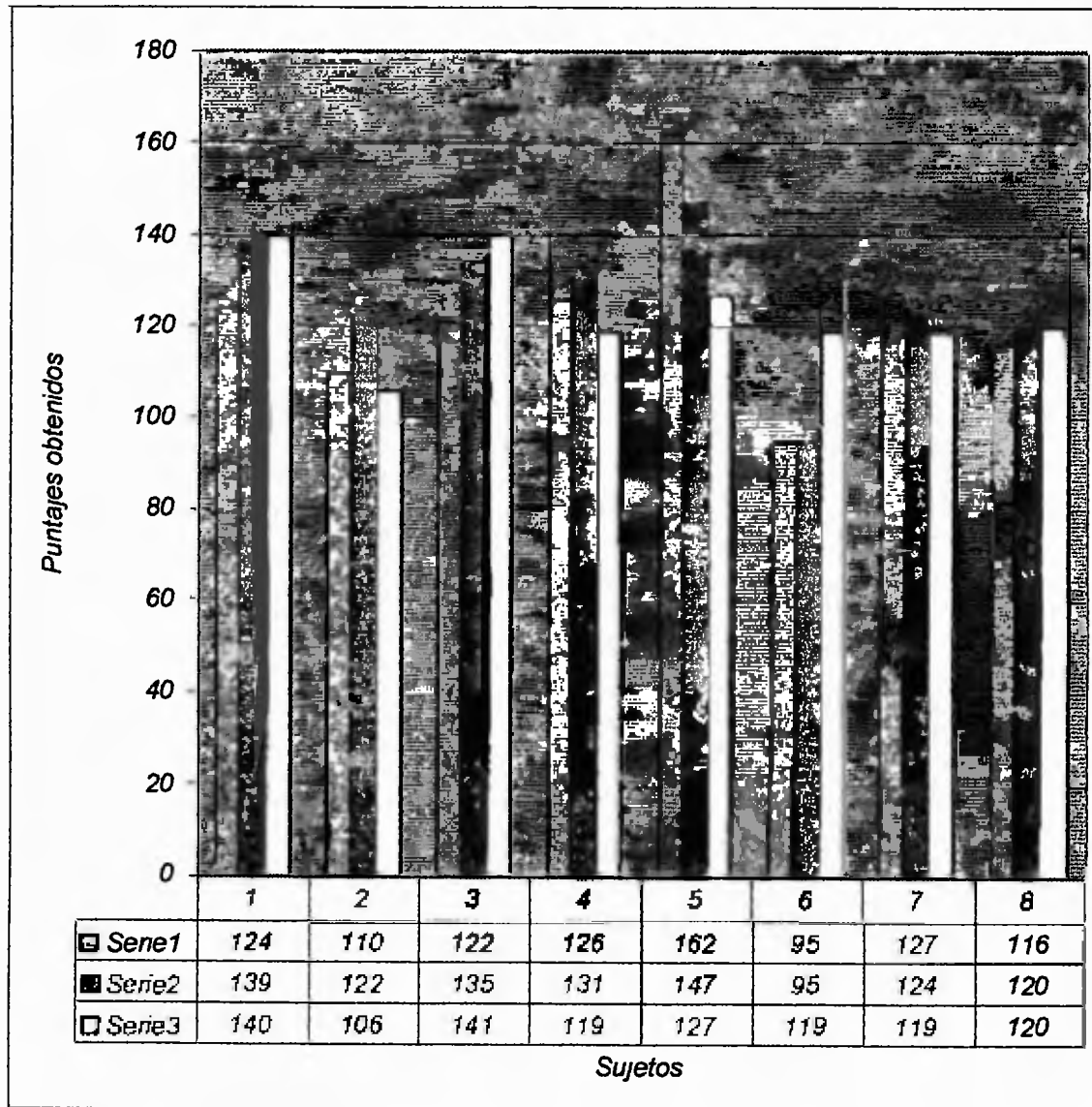
Gráfica No. 6
Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" SC)
Grupo Experimental



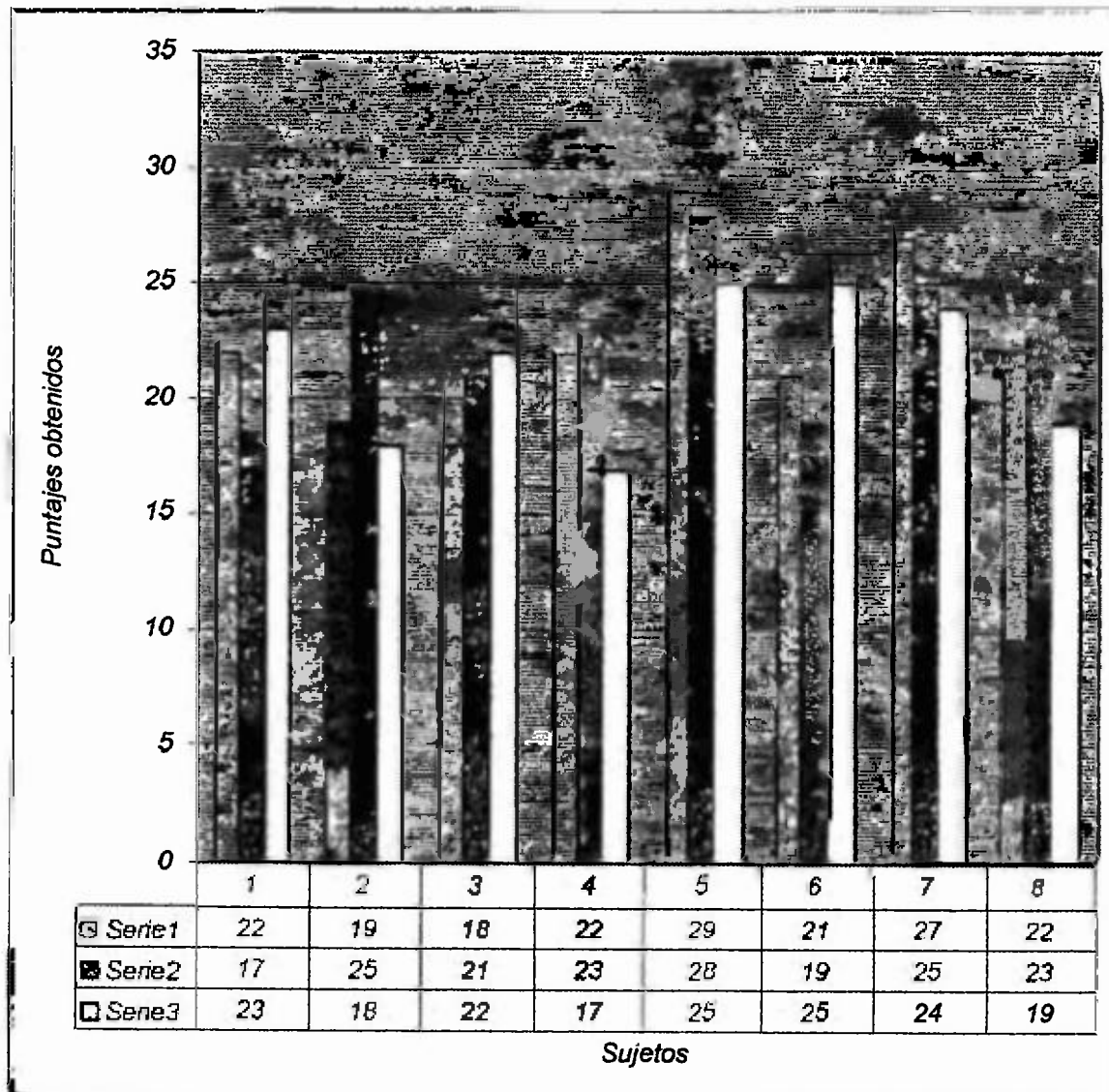
**Gráfica 7,
Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV)
Grupo Experimental**



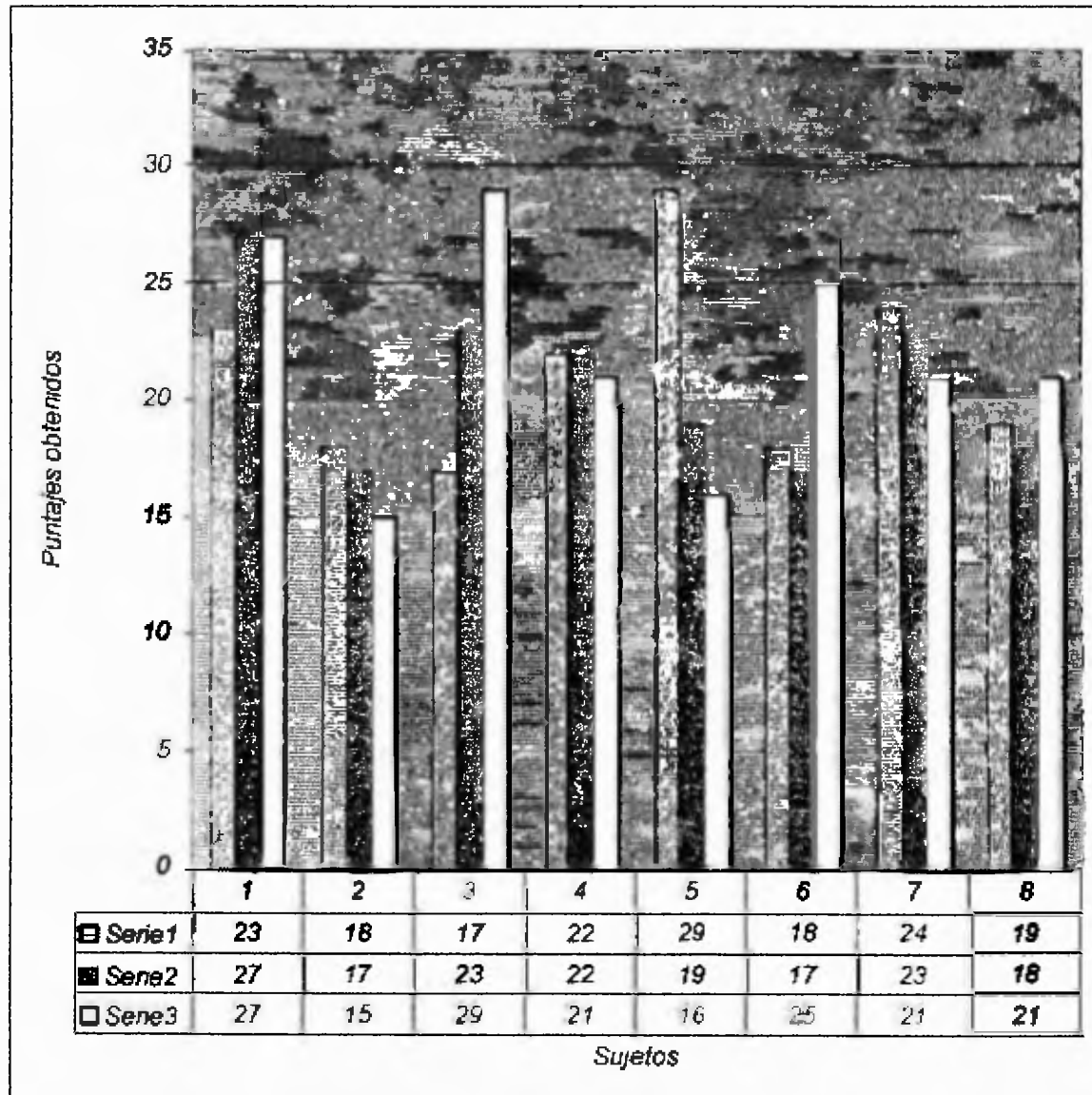
Gráfica No 8
Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD)
Grupo Control



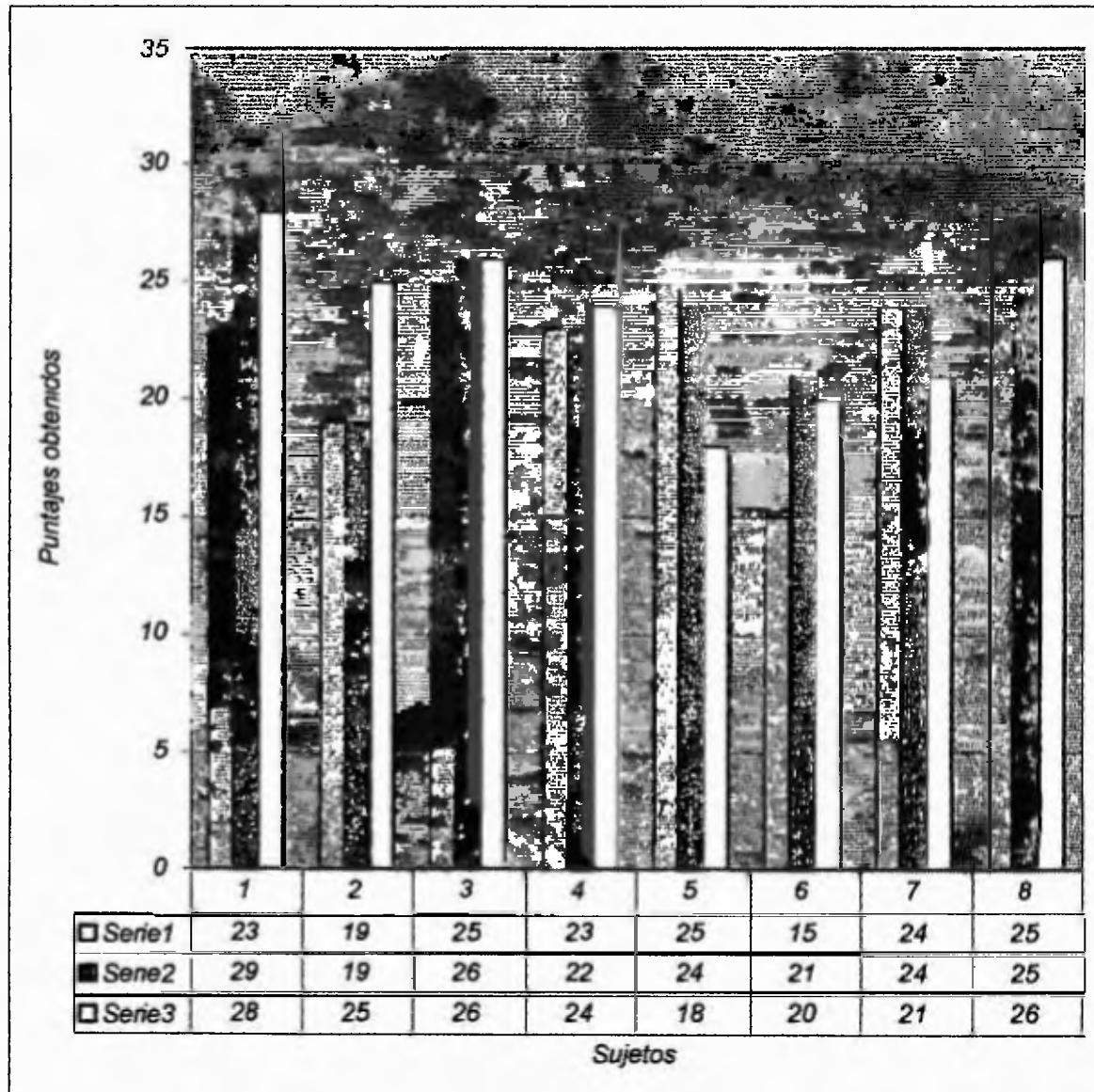
Gráfica No 9
Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA)
Grupo Control



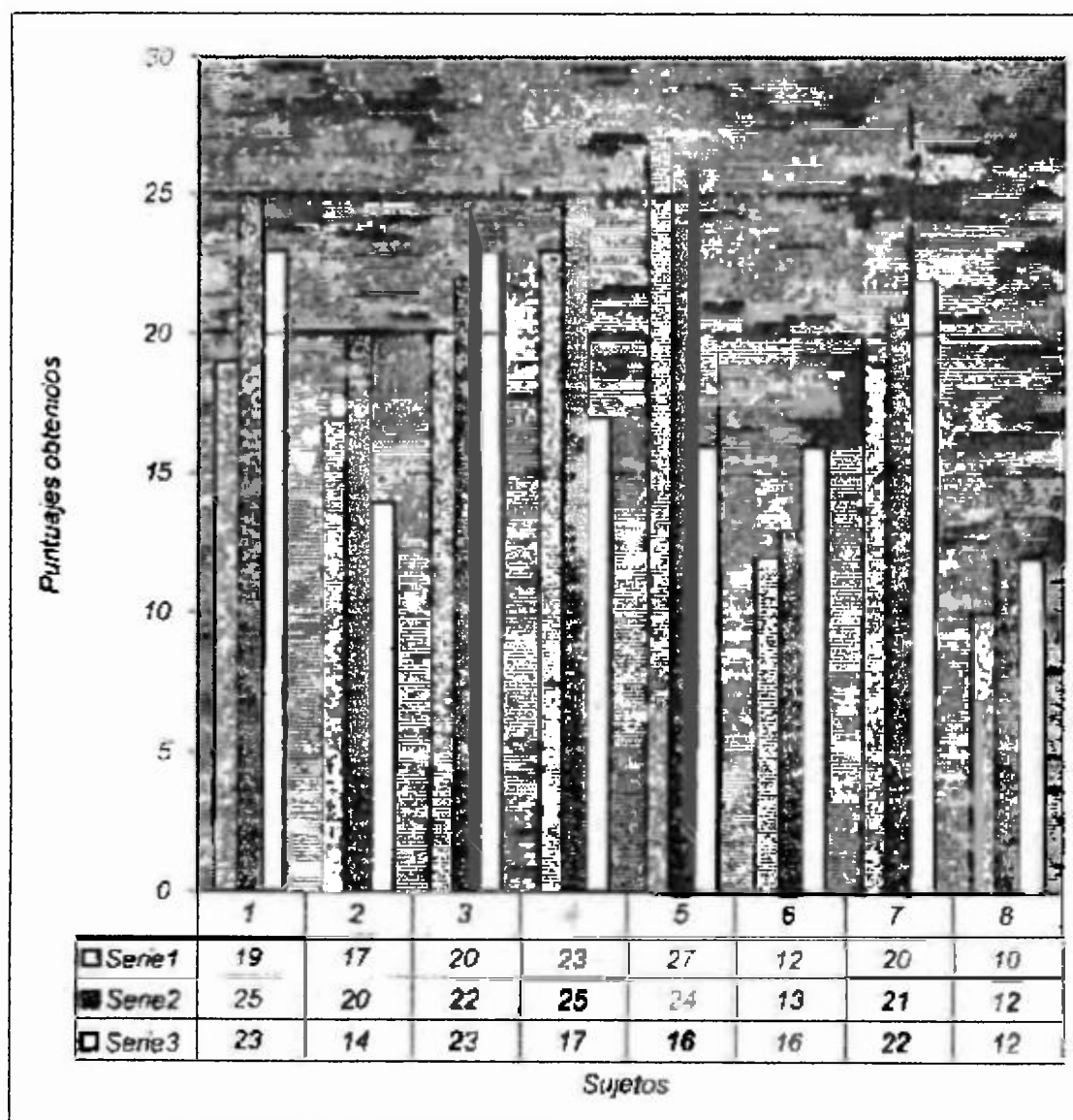
Gráfica No. 10
Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS)
Grupo Control



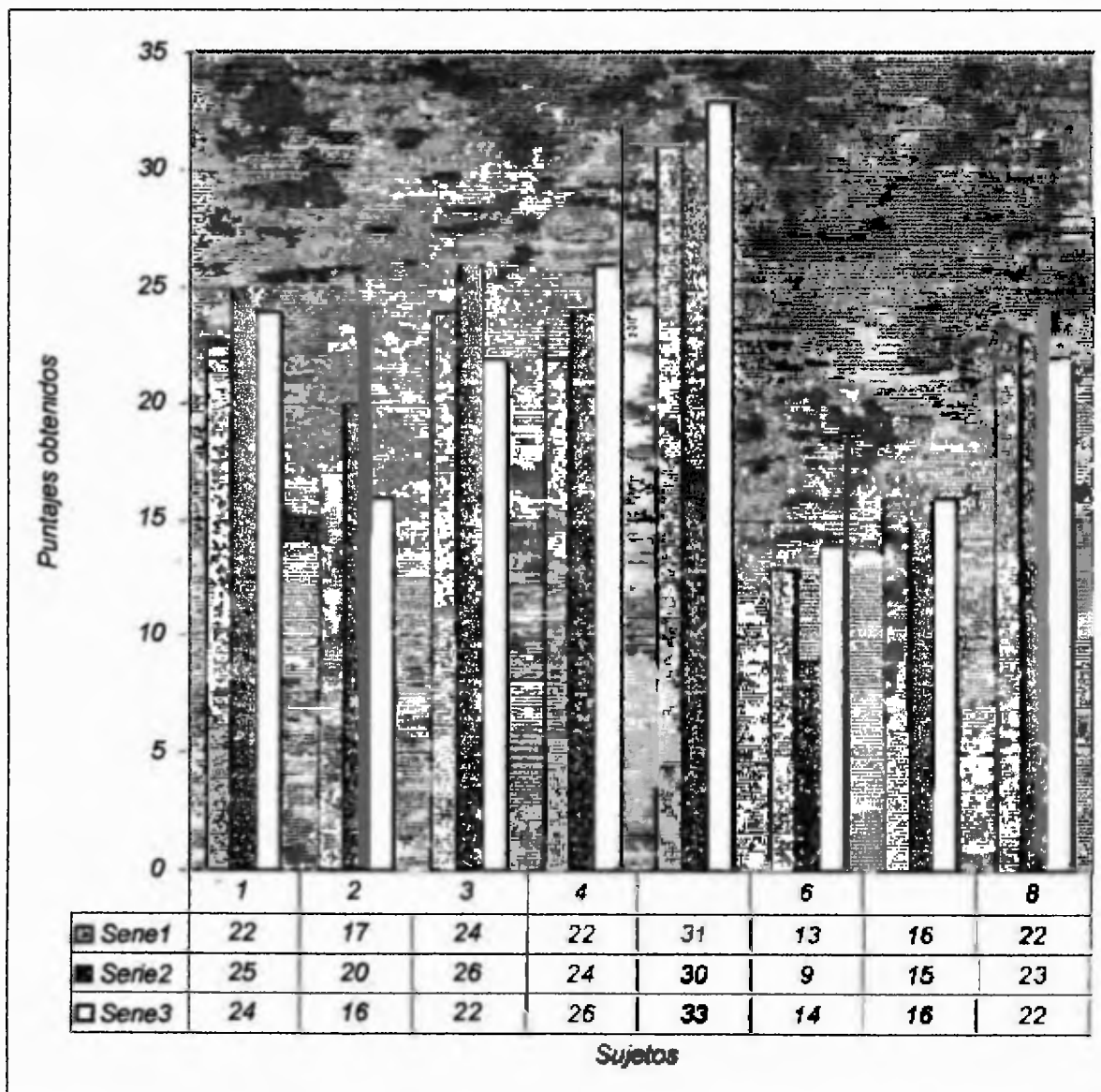
Gráfica No. 11
Mediciones de la variable "Auto Estima" (AE)
Grupo Control



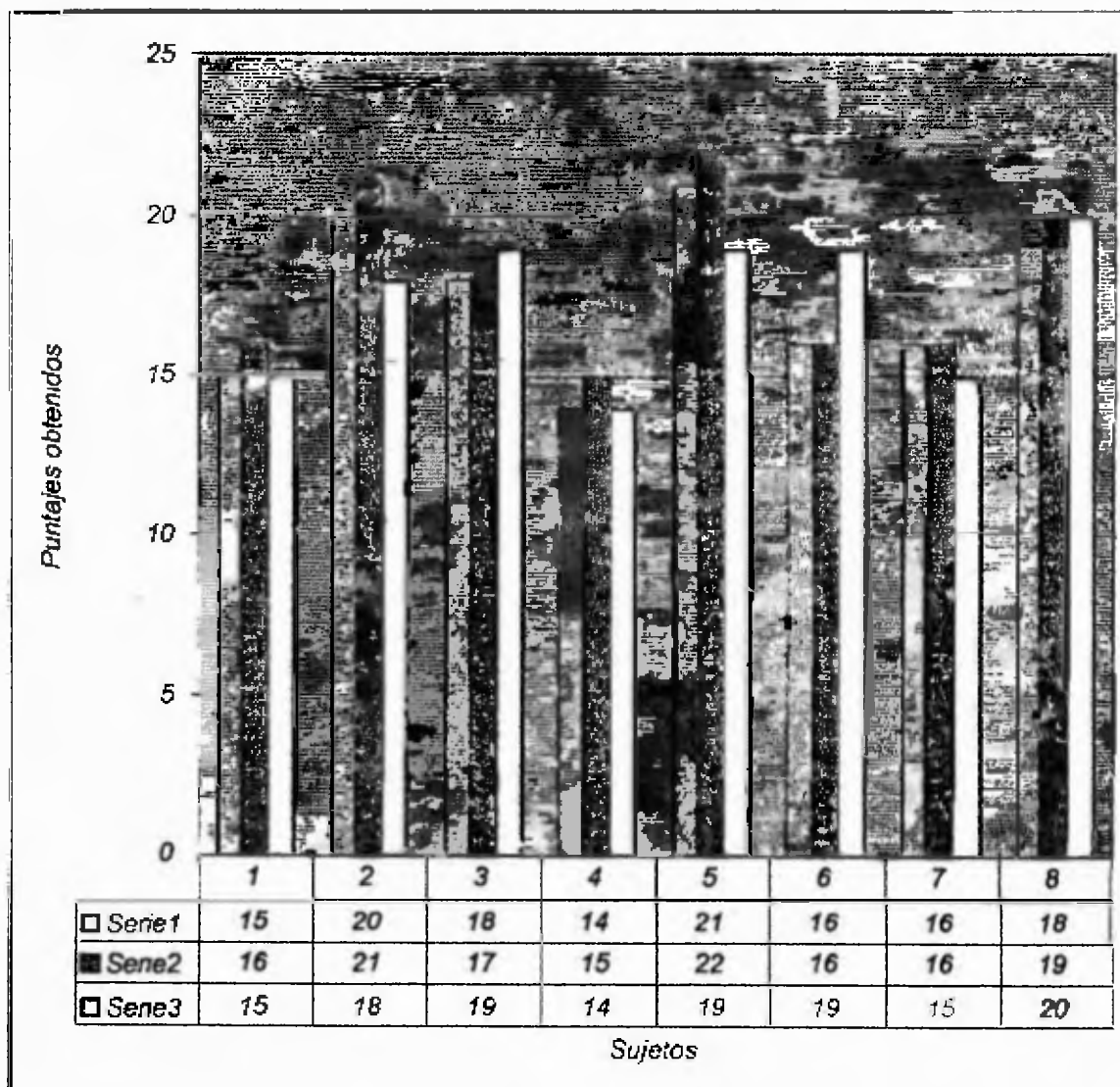
Gráfica No. 12
Mediciones de la variable Preocupación por la
Muerte y/o la Salud (PM/S), Grupo Control



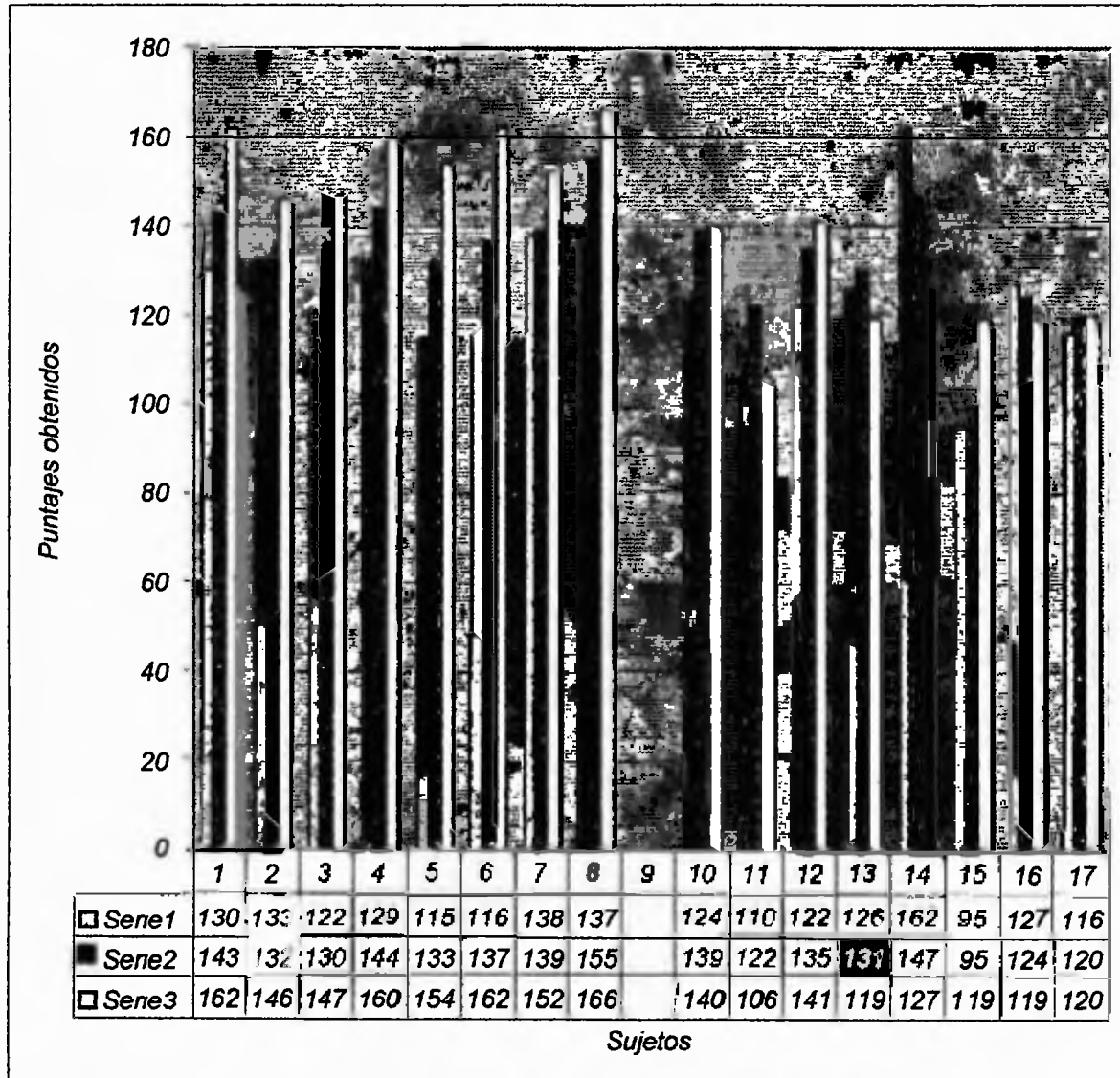
GRAFICA No 13
Variable "Preocupación por la Muerte" (PM)
Grupo Control



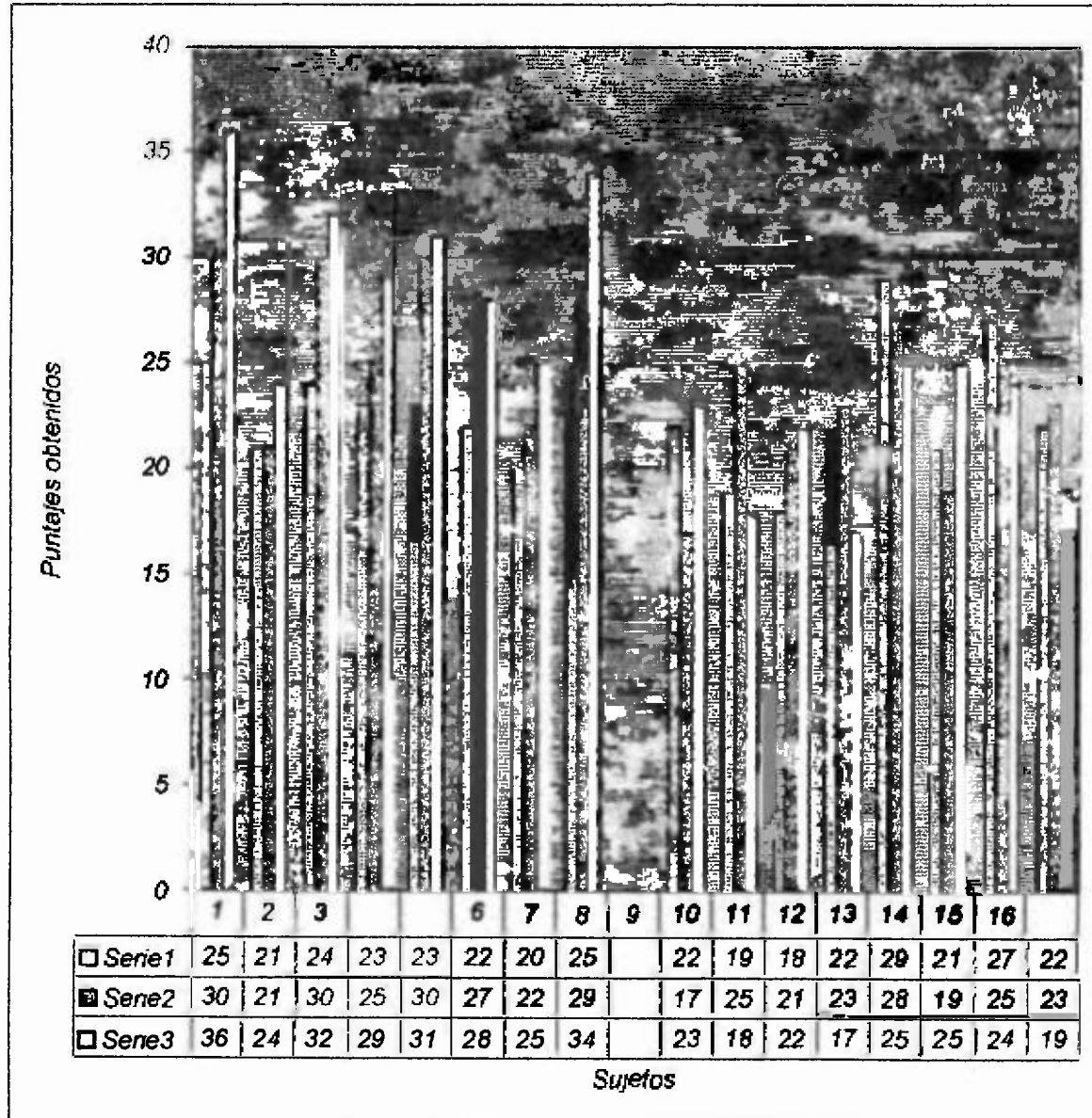
Gráfica No. 14
Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV)
Grupo Control



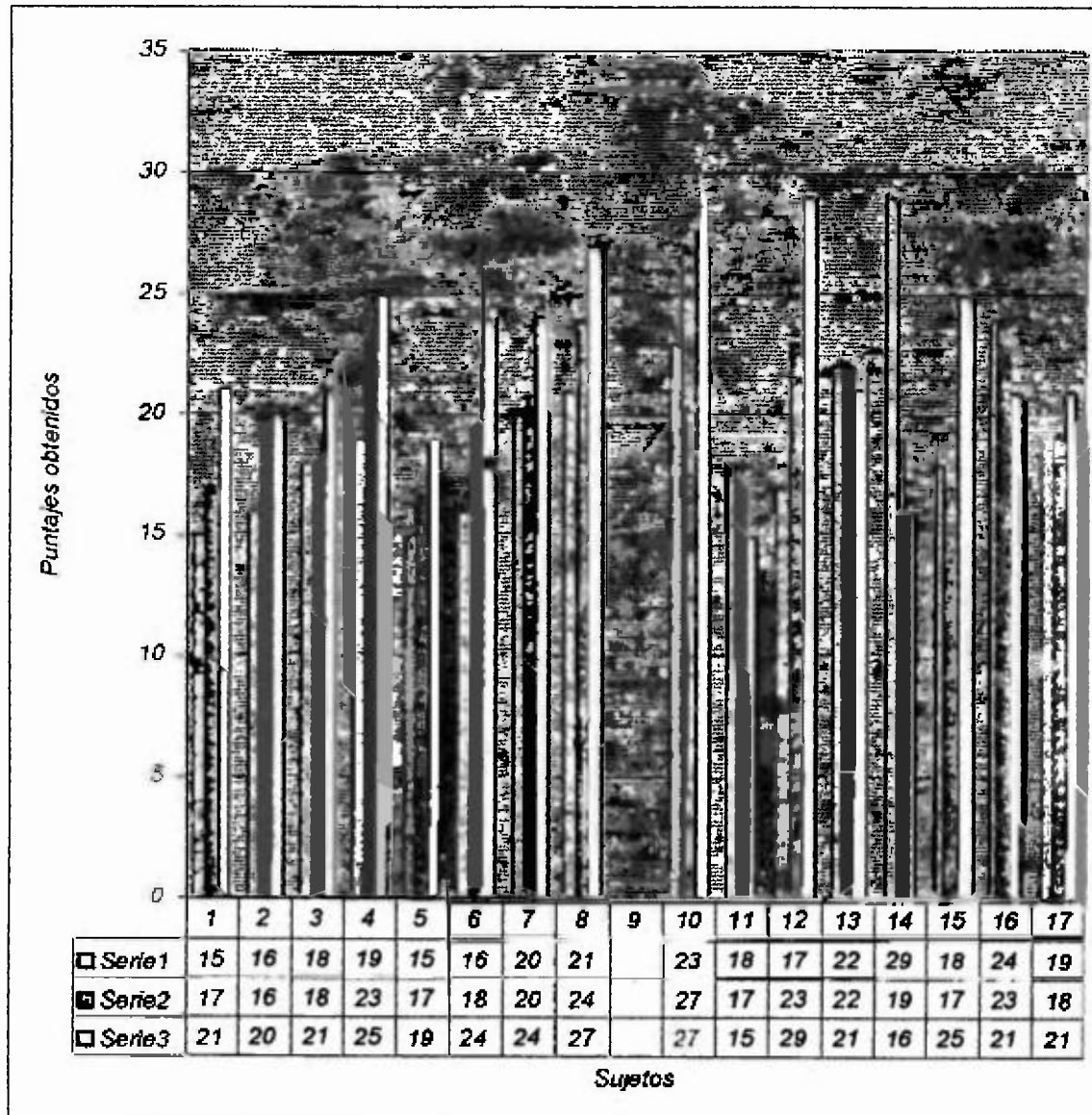
Gráfica No. 15
Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD)
Grupo Experimental Vs. Grupo Control



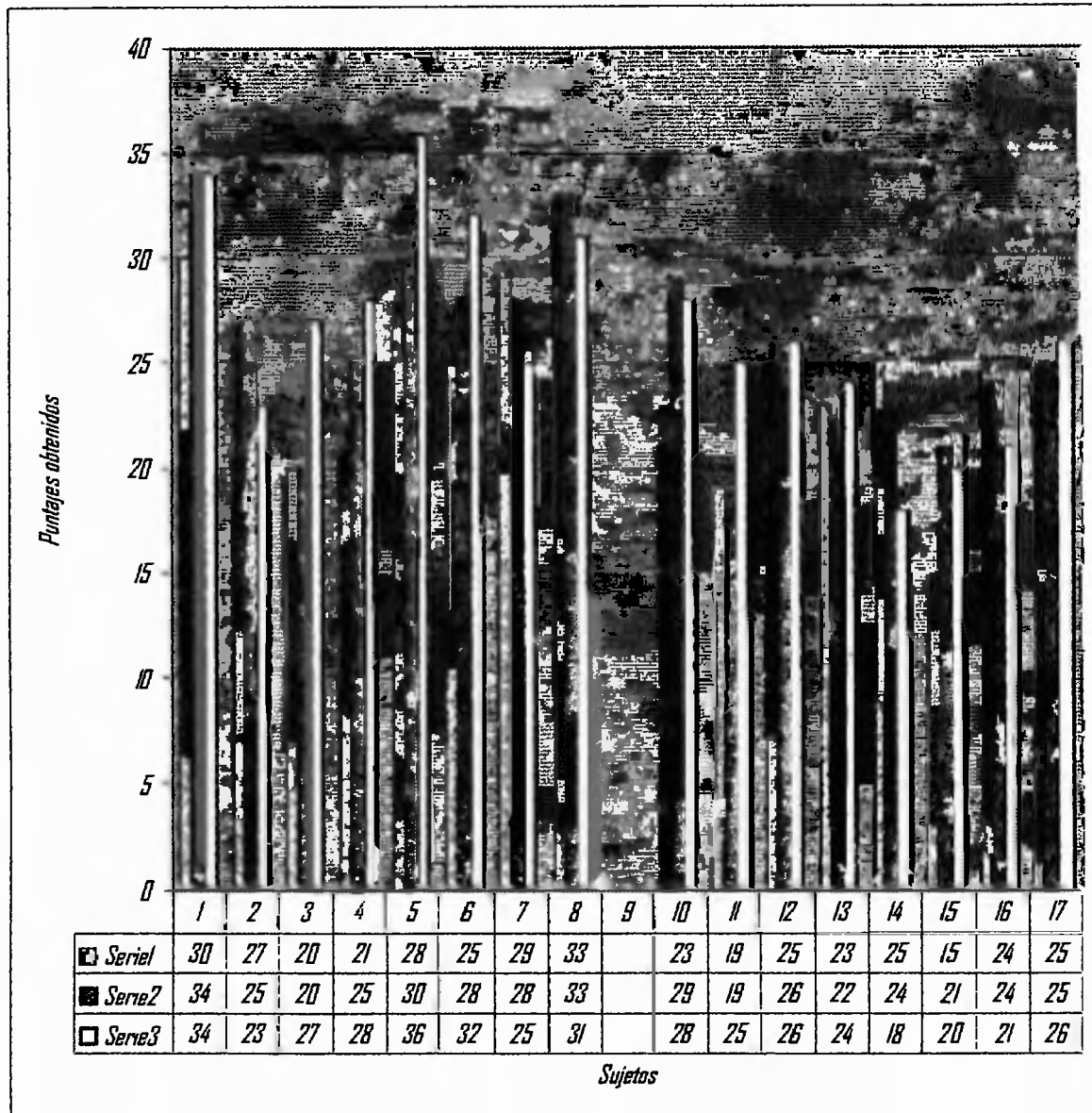
Gráfica No. 16
Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA)
Grupo Experimental vs. Grupo Control



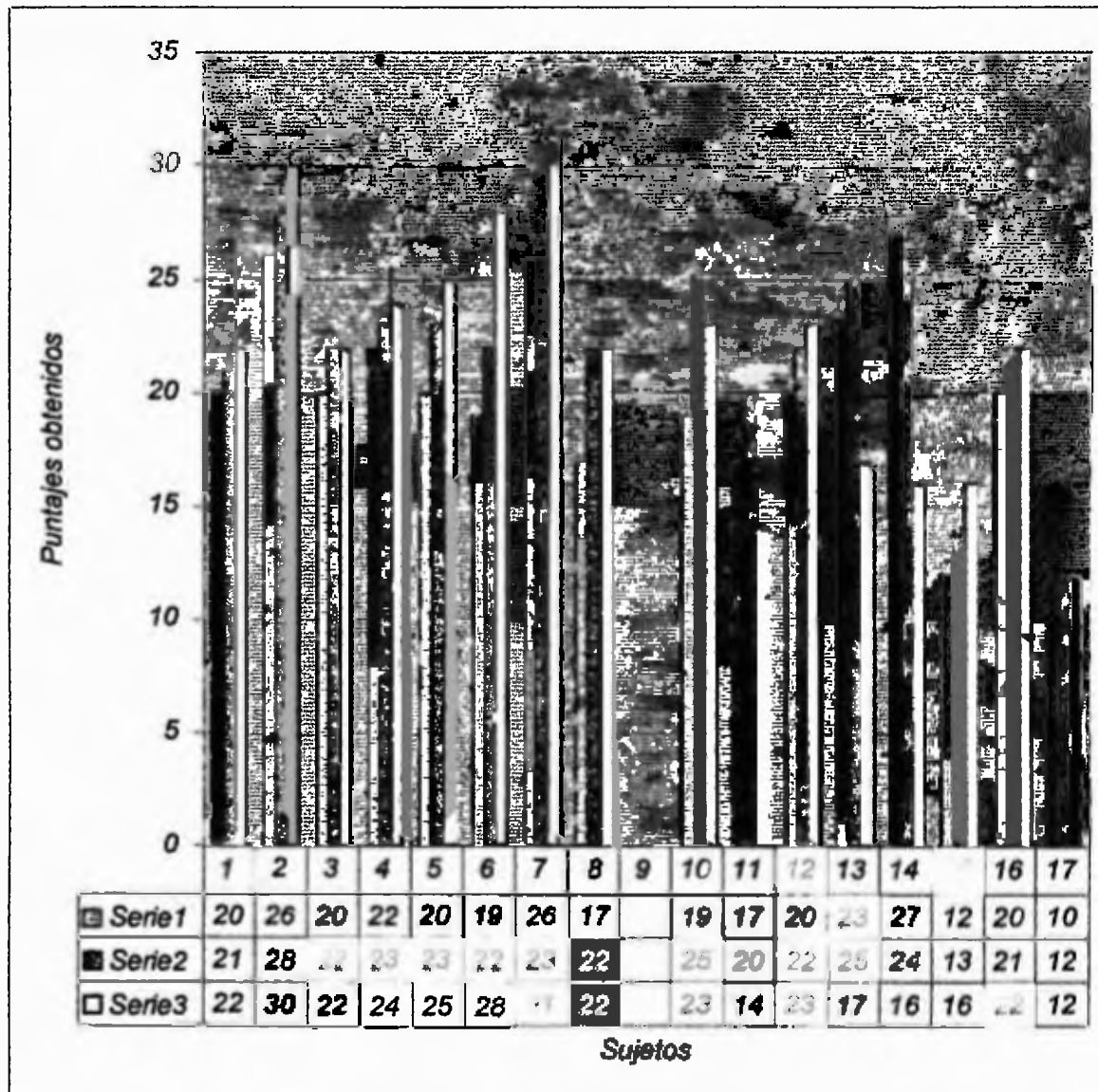
Gráfica No. 17
Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS)
Grupo Experimental vs Grupo Control



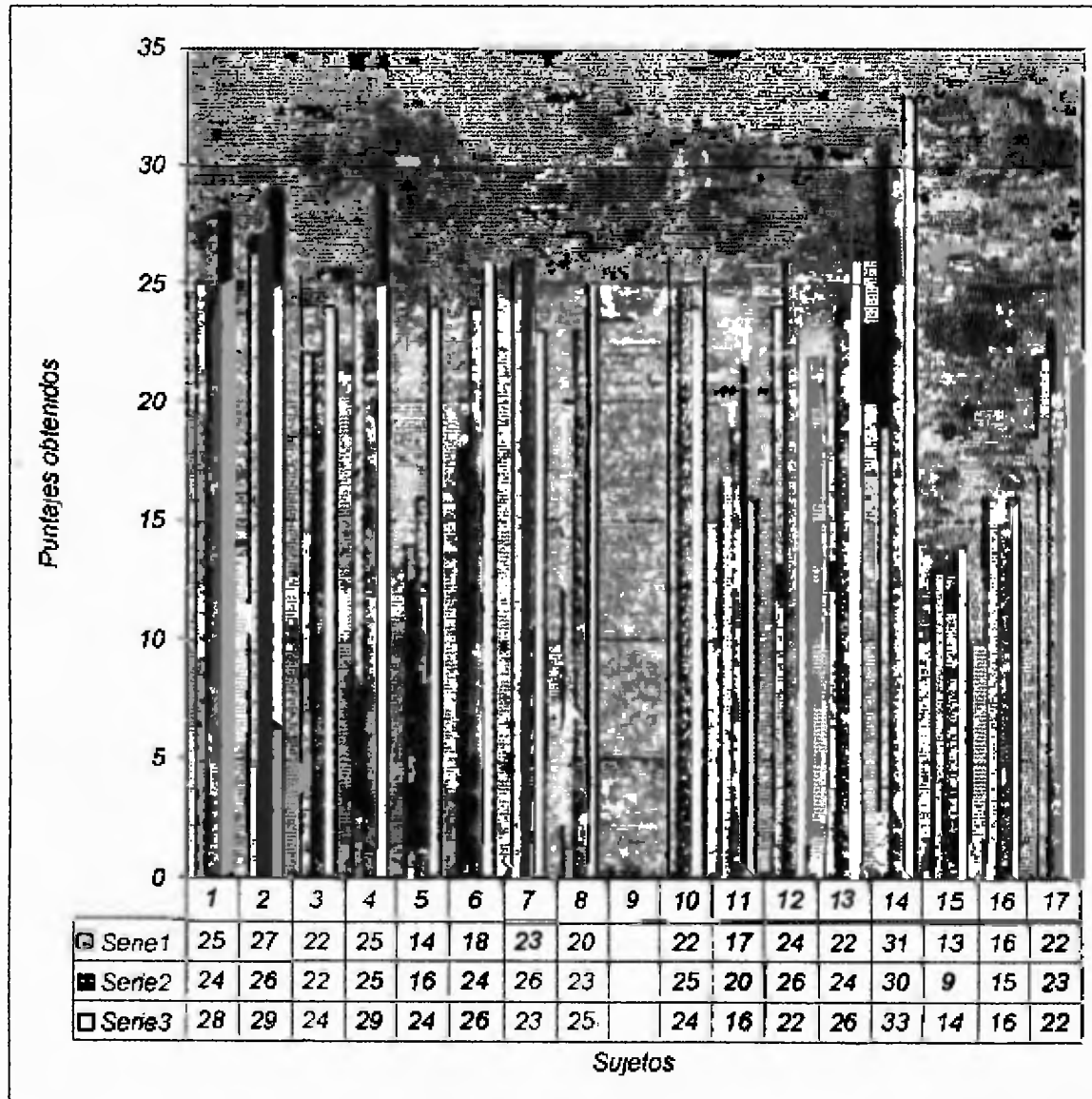
Gráfica 18
Mediciones de la variable "Auto Estima" (AE)
Grupo Experimental Vs Grupo Control



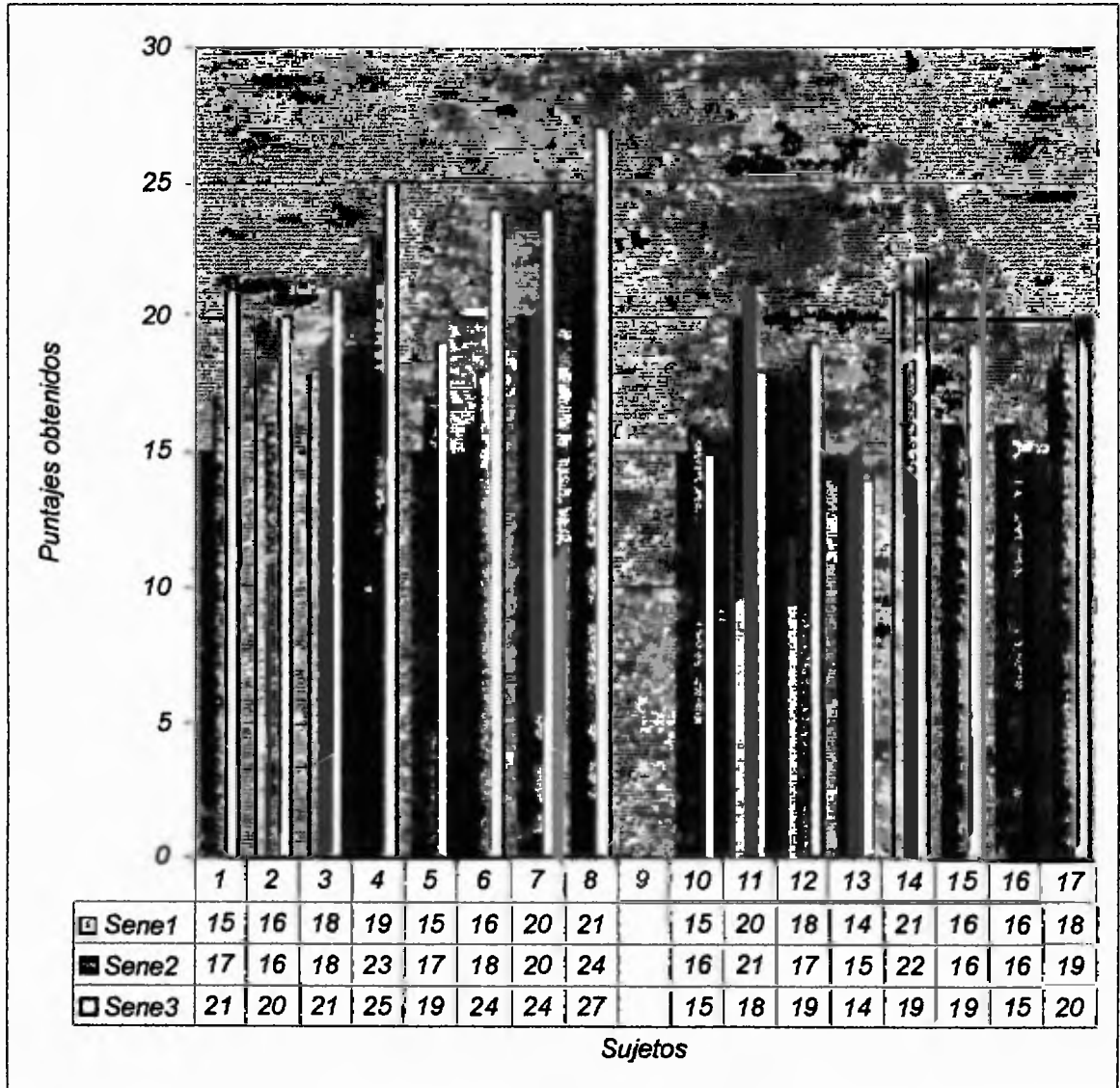
Gráfica No. 19
Mediciones de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)
Grupo Experimental vs Grupo Control



Gráfica No. 20
Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC)
Grupo Experimental vs Grupo Control



**Gráfica No. 21,
Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV)
Grupo experimental vs Grupo Control**



INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación entramos a la parte medular de esta investigación, analizar e interpretar los resultados obtenidos tanto por el grupo experimental como por el grupo control en las diferentes mediciones de las variables participantes y determinar si hay efecto de tratamiento al comparar los resultados de ambos grupos.

El cuadro resumen de resultados (Primer Cuadro), refleja la diversidad de los mismos en relación a los efectos del tratamiento; éstos se pueden resumir de la siguiente manera: El tratamiento fue efectivo en dos de las seis variables participantes, Respuesta Afectiva (RA) y Depresivos Varios (DV) y pareció tener poco o ningún efecto en las variables Problemas Sociales (PS), Auto-Estima (AE), Preocupación por la Muerte o la Salud (PM/S) y Sentimientos de Culpa (SC). Sin embargo el resultado Total Depresivo (TD), que es la sumatoria de los resultados de las seis variables refleja efectividad del tratamiento.

Teniendo en cuenta que la puntuación Total Depresivo (TD) es la suma de los puntajes obtenidos en las variables participantes en la investigación y que por tanto es en este puntaje donde se refleja el resultado global, se puede interpretar que la Terapia Cognitiva Conductual parece ser efectiva en el tratamiento de la depresión en niños.

La anterior interpretación, a la luz de los presentes resultados, se convierte en respuesta afirmativa a nuestro planteamiento básico y a nuestra hipótesis sobre la efectividad de este tipo de tratamiento en niños.

En lo sucesivo, entraremos a analizar los resultados del tratamiento en cada una de las variables tomando en cuenta los reactivos que componen la sub-escala y los componentes psicológicos de la variable en mención.

Iniciamos por la variable Respuesta Afectiva (RA) que alude al estado de humor de los sentimientos del niño, tales como sentimientos de tristeza en la escuela, deseos de estar muerto, deseos de llorar, sensación de que no vale la pena vivir y de desdicha cuando se está lejos de casa. La efectividad del tratamiento en esta variable se puede vincular a las sesiones de reestructuración cognitiva que constituyen cinco de las doce sesiones. La identificación de ideas irracionales, el debate de los pensamientos automáticos y las diferentes técnicas de reestructuración cognitiva pueden ser las responsables de estos resultados.

En segundo lugar, se observan resultados significativos que indican efectividad del tratamiento en la variable Depresivos Varios (DV). Esta incluye una serie de reactivos que cuestiona al niño en sus pensamientos y conductas depresivas tales como creer que se sufre mucho en la vida, sentirse triste cuando alguien se disgusta con él, el no poder contener el llanto cuando se disgusta, el sentirse desdichado por tareas escolares, preocupación por la salud de sus padres, sueños con accidentes o muertes, sensación de frustración cuando no se logran las cosas esperadas y creer que no se llegará a ser nadie en la vida.

Tal como lo señala el marco teórico que sustenta esta investigación, la Terapia Cognitiva cumple su objetivo cuando logra cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. En vista de que se ha comprobado que tanto adultos como niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar de que tienen la capacidad para cambiar las cosas hacia algo mejor, es así que los niños contemplan el entorno, desde una perspectiva desesperanzada, Kazdin (1983)⁹⁵

Según Beck (1984)⁹⁶, la meta de todas éstas técnicas es estimular el cambio de ideas, creencias, atribuciones, mediante una sustitución de las negativas por otras positivas de sí mismo, del mundo y del futuro.

Si se observó cambios en esta variable, probablemente es porque de alguna forma se cumplieron las metas genéricas de la terapia cognitiva.

Un resultado alentador en esta investigación es el observado en la variable Problemas Sociales (PS). El efecto del tratamiento fue estadísticamente significativo a lo interno del Grupo Experimental aunque al compararlo con el Grupo Control, la diferencia no fue significativa. Lo antes señalado puede ser un indicador de lo sensible que puede ser la variable en mención mediante el tratamiento.

Cuando escuchamos problemas sociales, existe el peligro de asociar el término con trastornos del comportamiento social. En esta investigación, la variable no mide este trastorno, más bien es la adaptación e interacción social,

⁹⁵ KAZDIN, A.E. (1983) Historia de la Modificación de la Conducta Bilbao. I Edición

⁹⁶ BECK, A.T., (op cit.)

aislamiento y soledad del niño. Esta variable cuestiona sobre el pensamiento que puede tener el niño de que nadie se preocupa por él, sensación de soledad en casa escuela y otros lugares, incapacidad de mostrar lo triste que se siente por dentro, sensación de inutilidad e incompreensión por parte de los demás.

El resultado alentador del que hicieramos mención, se puede deber precisamente a que las cogniciones del niño pueden ser sensibles a la reestructuración cognitiva, mediante la identificación de ideas irracionales, el debate de los pensamientos automáticos y las diferentes técnicas propias de este tipo de intervención.

Así como se le puede atribuir a las diversas técnicas de la reestructuración cognitiva, los cambios observados en las variables antes descritas, también es preciso interpretar qué factores pueden haber causado poco o ningún cambio en los variables restantes.

Si observamos la variable Auto-estima (AE), los resultados estadísticos indican ningún efecto del tratamiento. Esta variable, integrada por ocho reactivos que hacen alusión a los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su estima, cuestionan sobre la sensación de poca valía que puede experimentar el niño, lo descontento que puede estar consigo mismo, el auto rechazo y vergüenza por su aspecto o comportamiento, el sentimiento de odio experimentado hacia sí mismo, creer que es un niño malo o que no sirve para nada y que incluso no puede ser tan bueno como quiere ser.

El desarrollo y fortalecimiento de la autoestima ocupa una de las doce sesiones del tratamiento, dentro del módulo del desarrollo de la asertividad y

parece ser que no es suficiente cantidad de sesiones para operar cambios. El marco teórico nos señala dos aspectos relevantes sobre la autoestima: Un grupo de autores señala que la depresión es una de las conexiones más frecuentemente asociadas a una autoestima baja. Añaden que una prueba de esta conexión son las aparentes similitudes cognitivas entre niños deprimidos y la auto-estima baja: (Harter, 1993; Ellis y Harper 1977, Burns 1980 En: Mruck 1998)⁹⁷. Otro grupo de investigadores añade que la autoestima y la salud psicológica se relacionan con consecuencias psicológicas favorables en diversas situaciones psicológicas. Este vínculo entre autoestima y conducta incluye correlaciones entre autoestima y el alto funcionamiento del ego, el ajuste personal, el control interno, la probabilidad de resultados terapéuticos favorables, el ajuste positivo a grupo de iguales y la autonomía. Bernard (1989)⁹⁸

Si tomamos el aporte de ambos grupos de investigadores e interpretamos el resultado de esta variable podemos comprender que el poco efecto de tratamiento probablemente se deba a lo deteriorado de la autoestima en el grupo de niños participantes y con ello el resultado terapéutico desfavorable tal como lo señala el segundo grupo de investigadores. Se desprende, evidentemente, que una de las recomendaciones para futuros estudios, será profundizar en lo relativo a la autoestima en grupos de niños con características similares a los que participaron en esta investigación.

⁹⁷ MRUCK CHRIS. (op cit)

⁹⁸ BEDNAR, R., WELLS, G., y PETERSON (1989) *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington D C APA

Las preocupaciones por la muerte y/o la salud parecieron no variar o variar muy poco en el grupo de niños bajo tratamiento y al comparar este grupo con el control, no se observó diferencias. Esta subescala está integrada por siete reactivos que alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte, incluyendo: poca valía, sensación de cansancio, falta de deseo de hacer cosas, falta de energía por las mañanas, sensación de estar muerto por dentro y tendencia a automutilarse. Estos reactivos, por su naturaleza cognitiva cuestionan pensamientos, conductas e intenciones que son síntomas de la depresión y que parecen estar bien arraigados en las cogniciones del sujeto.

La poca efectividad del tratamiento en ésta y otras variables, parece coincidir con las conclusiones de algunos investigadores (Liddle y Spence 1990 En: Barrio (1997)⁹⁹ que no encuentran diferencias con este tipo de intervención entre el grupo experimental y el grupo control.

Otra variable que pareció poco sensible al tratamiento fue la que mide los Sentimientos de Culpa (SC). Esta variable está integrada por ocho reactivos que se refieren a la auto punición del niño, entre los que se incluye la sensación de dejar mal a sus padres, de sentir que se hace algo terrible en contra de ellos, que se les molesta mucho, que merece castigo por parte de éstos, que no los ama y escucha suficientemente, que no se merece lo que recibe de éstos, además de una sensación de enfermar a los padres con su comportamiento.

⁹⁹ BARRIO V. M^a Del (op.cit)

Si hacemos un estudio detallado de los contenidos de las sesiones terapéuticas, se observará que la tendencia está orientada a la reestructuración cognitiva de los pensamientos, creencias e ideas que perturban al niño y a la adquisición de habilidades para mejorar la adaptación sobre todo con el grupo de iguales. La tendencia antes mencionada, hace poco énfasis a la reestructuración cognitiva en relación a las figuras paternas. Lo antes mencionado nos lleva necesariamente a hacer de esto una recomendación.

Por otro lado y en este mismo sentido, hay que considerar que los niños participantes en esta investigación forman parte de una población cuyas experiencias tempranas difíciles con sus padres los han llevado a ser protegidos por Aldeas Infantiles SOS. Estas relaciones parentales deficientes y en muchos casos patológica durante la primera infancia, puede explicar la culpa experimentada por los niños expuestos a este tipo de relación durante sus primeros años y su instauración como procesos cognitivos arraigados en los pensamientos, ideas y sentimientos de los afectados.

La interpretación de estos resultados, variable por variable, nos ha llevado a una mayor comprensión de la Depresión en Niños y el análisis de los efectos del tratamiento desde la Terapia Cognitiva-Conductual. También nos lleva a confirmar que el tratamiento es efectivo considerado globalmente, sin embargo, en la sección de recomendaciones haremos observaciones relativas a la extensión del número de sesiones así como a la profundización de tópicos específicos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Este estudio investigó el efecto de una intervención terapéutica para la depresión en niños, utilizando la terapia cognitiva-conductual. Los resultados son variados y apuntan hacia diversas conclusiones, que presentamos a continuación:

1. La terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión en niños parece tener buenos resultados. Lo anteriormente expresado se desprende de los hallazgos de esta investigación y del marco teórico que la sustenta.
2. La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para la depresión en niños encontrado en esta investigación, corrobora el aporte de algunos autores (Kazdin, French, Unis y otros 1983; Battle, 1987; Frías y Mestre, 1994 En: Barrio 1998), los cuales señalan que la efectividad del tratamiento se da en la medida en que se cumplan las metas genéricas de la terapia cognitiva entre las que se encuentran: que el niño logre identificar los pensamientos negativos y su relación con la depresión, que logre identificar los errores cognitivos y sustituir estos errores por

pensamientos adaptativos y que finalmente logre mejorar la auto-eficacia desarrollando habilidades relacionadas.

3. Tal como lo señala el marco teórico que sustenta esta investigación, la terapia cognitiva cumple su objetivo cuando logra cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. En vista de que se ha comprobado que tanto adultos como niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar de que tienen la capacidad para cambiar las cosas hacia algo mejor.
4. La meta de todas éstas técnicas es estimular el cambio de ideas, creencias, atribuciones, mediante una sustitución de las negativas por otras positivas de sí mismo, del mundo y del futuro.
5. Entre los cambios conductuales y cognitivos observados en los niños que formaron parte del grupo experimental se puede mencionar: mejor manejo de los diversos estados de humor tanto en casa como en la escuela, la aceptación y manejo de los sentimientos tales como deseos de llorar y tristeza y la autoaceptación de sus pensamientos e ideas sobre sí mismos y los demás.
6. Los cambios antes mencionados fueron observados de varias maneras, una de ellas fue a través del análisis de las respuestas dadas al Cuestionario de Depresión para Niños, en el que se evidenció cambios estadísticamente significativos entre las

diferentes mediciones a lo largo del proceso teraéutico. También algunas formas de comportamiento durante las sesiones, tales como mayor capacidad de expresar ideas, pensamientos y sentimientos así como mayor facilidad para defender sus puntos de vista de manera asertiva parecen formar parte de los efectos del tratamiento.

7. Normalmente la autoestima de los niños, como la de los adultos, se fragua a partir del juicio de los otros. La opinión que tenemos de nosotros mismos se basa en gran medida en lo que hemos oído o en lo que creemos que los otros piensan o dicen de nosotros. En este sentido la terapia cognitiva-conductual facilita la reestructuración de los pensamientos y sentimientos asociados a la autoestima mediante el debate de las creencias irracionales y la discusión de los pensamientos automáticos que se presentan en los niños. En esta investigación, la variable autoestima pareció no mejorar significativamente, este fenómeno puede explicarse por los intrincados factores que integran la autoestima y por ende, la necesidad de profundizar más sobre este tema en el proceso terapéutico.
8. Son diversas las áreas de disfunciones relacionadas con la depresión en niños, una de ellas es la presencia de una marcada incompetencia social. Los niños con fácil comunicación social encuentran apoyos y facilidades para la resolución de todo tipo de

problemas. El entrenamiento de habilidades sociales, que incluye habilidades de comunicación verbal y no verbal además de entrenamiento en asertividad parece ser fundamental en este tipo de técnica cognitivo-conductual.

9. Al inicio del proceso terapéutico, se observó en los niños participantes un déficit en la interacción social que a su vez fue reportado por los cuidadores en el cuestionario básico de depresión. Al final del tratamiento se observaron cambios en el estilo de participación, en la forma organizada de llevar la discusión de un tema específico, en la modulación del volumen de voz, el incremento del contacto visual y la expresión corporal en general.

10. La adaptabilidad social parece ser uno de los síntomas predominantes de la depresión en niños. En efecto observamos al inicio de las sesiones cierta tendencia al aislamiento, a la participación y a la falta de cooperación interactiva entre los niños participantes. Un rasgo predominante fue la poca motivación y la apatía a las actividades que requería expresión frente a los demás o de algunos sentimientos personales y la falta de interés en actividades que no implicaran cierto grado de entusiasmo y motivación. A medida que transcurrieron las sesiones terapéuticas, se observaron cambios paulatinos que permitieron una mejor interacción en el grupo terapéutico.

11. Se ha señalado repetidamente desde el marco del cognitivismo la correlación existente entre cogniciones negativas, estilo atributivo negativo, falta de control, deficiente resolución de problemas y depresión. Con frecuencia, los niños aprenden de sus padres estilos cognitivos desajustados, oyendo a éstos hacer atribuciones negativas, críticas e inadecuado manejo de los sentimientos. La terapia cognitiva-conductual para la depresión en niños incluye técnicas de autocontrol y de resolución de problemas. Aunque los cambios no fueron estadísticamente significativos entre el grupo experimental y el grupo control en la variable adaptación social, es de esperar que los niños participantes hayan incorporado los principios básicos de éstas sesiones y de algún modo les permita aplicarlos en su vida cotidiana.
12. El abuso infantil puede ser considerado como uno de los factores que mas perturban a los niños. Hay muchas razones para considerarlo así, puesto que se ha demostrado que los padres abusadores son en una alta proporción personas que han sido abusadas, y que generalmente son psíquicamente enfermas o consumidores de droga. Las secuelas que esta conducta paterna puede producir en los niños son variadas, pero una de las más habituales es la depresión. Si observamos el anexo N° 9 podemos constatar los diferentes factores de riesgo a los que fueron

expuestos los niños participantes en este estudio durante su infancia y niñez.

13. Las historias de los niños que formaron parte de esta investigación incluyen la experiencia de múltiples factores de riesgo para la depresión, entre los que se incluye: Separación o muerte de uno o ambos padres, enfermedades prolongadas de los padres o del niño que incluye hospitalizaciones prolongadas, cambios frecuentes de cuidadores, rupturas de vínculos afectivos recientes, fracaso escolar y un fracaso en la vinculación con amigos y pares, entre otros. Lo anterior nos lleva necesariamente a plantear programas de intervención con una mayor cantidad de sesiones, que permitan al niño deprimido desarrollar mayor confianza en el grupo de apoyo terapéutico y con ello transformar parte de sus cogniciones.

14. El apoyo familiar en todas sus formas se perfila como uno de los elementos más eficaces en la prevención de todo tipo de problemas en la infancia y la niñez y por supuesto también de la depresión. Lo anterior nos lleva a concluir, que en futuras intervenciones, hay que incorporar necesariamente el trabajo con los padres o cuidadores de los niños participantes.

15. Variables como la autoestima, adaptación social, sentimientos de culpa y preocupaciones por la muerte o la salud parecen estar estrechamente vinculadas a estabilidad emocional del niño. La

ausencia o presencia en exceso de ellas se puede considerar desencadenante principal de la depresión. La terapia cognitiva conductual va encaminada a restaurar la estabilidad de estas variables mediante la interacción con niños de la misma edad mediante un programa estructurado específicamente sesión por sesión referentes a estos puntos.

16. Finalmente podemos concluir que para un mayor efecto de este tratamiento cognitivo conductual, se requiere ampliar el número de las sesiones, sobre todo las enfocadas hacia temas como la autoestima, sentimientos de culpa y preocupaciones por la muerte y la salud, que parecieron no registrar cambios significativos como efecto del tratamiento.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Después de todo lo expuesto, a través de los hallazgos obtenidos en este estudio y en relación a estudios sobre este tema, se puede afirmar lo siguiente:

Cuando se trata de niños con depresión y que provienen de poblaciones con historias similares a los que participaron en este estudio vale la pena hacer una redistribución de las sesiones para incluir al menos 3 sesiones de autoestima y una más de resolución de conflictos. De este modo se puede esperar que algunas variables relativas a estos aspectos puedan sufrir mayores efectos.

Se recomienda la necesidad de diseñar tratamientos diferenciales que permitan corroborar la eficacia de este tipo de tratamiento, precisamente en variables en las cuales no pareció haber efectos estadísticamente significativos.

A pesar del énfasis dado a las terapias cognitivas, centradas en la modificación del pensamiento del sujeto, en el caso de los niños, es una constante la colaboración y participación de los padres en dichas terapias. También es frecuente la inclusión de los padres como sujetos de terapia cuando hay la presencia de depresión, crítica excesiva, modificación de su conducta para que actúen como modelos.

El diseño de intervención terapéutica para el tratamiento de algunos trastornos específicos tales como la Depresión en niños en forma de grupo es una alternativa bastante prometedora, ya que de esta forma puede ser atendido un alto número de niños al mismo tiempo, sorteando algunas dificultades propias de Instituciones con recursos limitados.

Recomendamos finalmente la realización de futuros estudios que permitan, no sólo comprobar efectos del tratamiento sino mejorar algunas condiciones que afectan a los niños tal como la autoestima en relación a la depresión.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. 1995. "Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales" (DSM-IV). 4^{ta} Edición. Editorial Masson, S.A. España. 909 págs.
- BARRIO M^a. V. Del., 1997. "Tratamiento de la Depresión Infantil y Juvenil". En: HERNANDEZ M., 1997. "Tratamiento Psicológico de Problemas Infantiles" 1^{ra} Edición. Ediciones Aljibe. España. 371 págs.
- BECK A. RUSH J., SHAW B. y EMERY G., 1997. "Terapia Cognitiva de la Depresión". 9^{na} Edición. Editorial. Desclée de Brouwer, S.A., España. 395 págs.
- BELLACK, A., 1989. "Métodos de Investigación en Psicología Clínica" 1^{ra} Edición. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. España. 247 págs.
- ELLIS A. Y DRYDEN W., 1989. "Práctica de la Terapia Racional Emotiva". 1^{ra} Edición. Editorial Desclée de Brouwer, S.A., España. 242 págs.
- ELLIS A. 1987. "Entrenamiento en Asertividad". 1^{ra} Edición. Editorial Desclée de Brouwer, S.A., España. 220 págs.
- GOLDMAN, H. 1994. "Psiquiatría General". 3^{ra} Edición. Editorial El Manual Moderno, S.A. México. 636 págs.
- HERNANDEZ M. J., 1997. "Tratamiento Psicológico de Problemas Infantiles". 1^{ra} Edición. Ediciones aljibe. España. 371 págs.
- HERNÁNDEZ, R., 1996 "Metodología de la Investigación" 2^{da} Edición. Editorial McGraw-Hill, México. 505 págs.
- KELLY, J.A., 1992. "Entrenamiento de las Habilidades Sociales". 1^{ra} Edición. Editorial Desclée De Brouwer, S.A. España. 251 págs.
- LANG M. Y TISHER M., 1997. "Cuestionario de Depresión para Niños". 5^{ta} Edición. TEA Ediciones, S.A., Madrid. 36 págs.
- MRUK C., 1998. "Auto-Estima Investigación y Práctica". 1^{ra} Edición. Editorial Desclée De Brouwer, S.A., España. 234 págs.

SHAFII, M., y SHAFII, S., 1995. "Psicoterapia Analítica de la Depresión. La depresión en niños y adolescentes". 1^{ra} Edición. Editorial Martínez Roca. Barcelona. 185 págs.

SANK, L., y SHAFFER, C., 1993. "Manual del Terapeuta para la Terapia Cognitiva Conductual en Grupos". 1^{ra} Edición. Editorial Descleé de Brouwer. España. 278 págs.

WEISINGER HENDRIE (1988). Técnicas para el Control del Comportamiento Agresivo. 2da Edición. Editorial Martínez Roca. Barcelona. 210 págs.

Publicaciones consultadas

BARRIO, M^aV. Del., 1990 "Situación Actual de la Evaluación de la Depresión — Infantil". Evaluación Psicológica/Psychological Assessment, No.6: 171-209.

BEDNAR, R., WELLS, G., y PETERSON J., 1989. "Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice". Washington D.C. APA., No.22:35-54.

BANDURA, A., 1977. "Self Efficacy:toward a unifying theory of behaviral change". Psychological Review. No.84:191-215.

BUTLER, L., MIEZITIS, S., FRIEMAN, E. y COLE, E., 1980. "The effect of two school-based intervention programs on depressive sytoms in preadolescents". No.31: 111-119.

COOPERSMITH, S., 1959. "A method for determining types of self-esteem". Journal of Psychology, No.59:87-94

DI GIUSEPPE, R. A., 1983 "Principies of assessment and methods of treatment with children". Rational-emotive approoches fo the problems of childhood. New York No.31:98-107.

DI GIUSEPPE, R. A., 1981. "Cognitive Therapy With Children". Editorial, New Directions cognitive therapy. New York. Guiiford, No.37: 25-39.

DWECK, C., 1975. "The role of expectations and attributions in alleviation of learned helplessness". Journal of Personality and Social Psychology, No.31: 674-685.

- GOTTMAN, J., GONSO, J y SHULER, P., 1976. "Teaching social skill to isolated children". Journal of Abnormal Child Psychology, No.46: 708-718
- GROSSMAN, P. y HUGHES, J., 1992. "Self-control interventions with internalizing disorders: a review and analysis". School Psychology Review, No.21: 229-245.
- GUIDANIO V., 1998 "Los procesos del self. Continuidad Vs. Discontinuidad". Conferencia Siena, Italia. 2-5 sep.
- KAZDIN, A.E., 1983. "Historia de la Modificación de la Conducta". Journal of Personality and Social Psychology, No.30: 74-85.
- KASDIN, A., 1990 "Psychoterapy for children and adolescent". Annual Review, No:41: 21-54
- LEVVIT, E., 1963. "Psychotherapy with children a farther evaluation". Behavior Research and Therapy, No.60: 326-329.
- LIDDLE, B. y SPENCE, S., 1990. "Cognitive-behavior therapy with depressed primary school children: a cautionary note". Behaviour Psychotherapy, No.18: 85-102.
- MILLER, T., 1984. "Parental Absence and its effects on adolescent self-esteem". International Journal of Social Psychiatry, No.30: 293-296.
- MARTIN, J., BLANCO, M y SEVILLANO, M., 1994. "Tratamiento de la Ansiedad - Depresión en adolescentes diabéticos mediante técnicas grupales". Folia Neurosiquiátrica , No.29: 201-207.
- MRUK C., 1989. "Phenomenological psychology and the computer revolución: Friend, foe, or opportunity?". The journal of Phenomenological Psychology, No.20: 20-39
- PETTI, T., 1987. "Enfoque Conductual en el Tratamiento de los Niños Deprimidos". En: Cantwell P. y Carlson G.. Trastornos afectivos en la Infancia y la Adolescencia. Barcelona: Martínez Roca. No.1:346-365
- REYNOLDS, W. y COATS, K. 1986. "A comparison of cognitive-behavior therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescent". Journal of Counselling and Clinical Psychology, No.54: 557-575.
- SHEPHERD, M., OPPENHEIM, A. y MITCHELL, R., 1966. "Childhood behavior disorders and the child guidance clinic: an epidemiological study". Journal of Child Psychology and Psychiatry, No.7: 39-52.

- TROTT, E., 1995. "La Psicofarmacología Infantil". Psicopatología del Niño y del Adolescente. Sevilla. Universidad de Sevilla. No.3: 27-45.
- TURECKI, S., 1982. "Elective brief psychotherapy with children". American Journal of Psychotherapy, No.36: 479-488.
- WATERS, E. Y SROUFE, L.A., 1983. "Social competence as a developmental construct". Developmental Review, No.3: 79-97
- WINNICOTT, D., 1953. "Transitional objects and transitional phenomena". International Journal of Psychoanalysis, No.34: 89-97
- ZULUETA, L., 1995. "La Psicoterapia en la Infancia" Psicopatología del Niño y del Adolescente". Sevilla: Universidad de Sevilla. No.4: 35-50.

Publicaciones en Prensa

- ACHENBACH, T., 1982. "Assesment and taxonomy of child and adolescent psychopathology". Berverly Hills, CA: Sage Nueva York : Guilford Press
- BECK, A., 1967. "Depresión". Nueva York. Harper & Row Nueva York : Guilford Press
- BECK, A., RUSH, S., SHAW, D., y EMERY, G., 1979 "¿Cognitive therapy of depression". Nueva York: Guilford Press.
- CASEY, R., y BERMAN, J., 1985. "The outcome of psychoterapy with children: innovative aproaches" (2^{da} edición) Nueva York: Pergamon Press
- GOTLIB, I., y COLBY, C., 1987 "Treatment of depression. An interpersonal system approach". Nueva York: Pergamon Press
- KLEIN, M., 1932. "The Psychoanalysis of Children". Nueva York: Grove
- STARK, K. 1990 "Childhood depression". Nueva York : Guilford Press

Documentos de internet consultados

- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP) , 1998. "El Niño Deprimido". [http// www.maltratoinfantil.com](http://www.maltratoinfantil.com)
- AMERICAN ACADEMY OF CHILD AND ADOLESCENT PSYCHIATRY (AACAP), 1998. "El Maltrato Infantil: Los Golpes Ocultos" [http// www.maltratoinfantil.com](http://www.maltratoinfantil.com)

- CONCEPCION I., 1998. "Depresión y Suicidio Infantil". Madrid.
[http// www.suicidiodepresion.com](http://www.suicidiodepresion.com)
- DÓMENECH E. y AQUILINAO P., 1998. "Depresión y Suicidio Infantil". Madrid.
[http//www.suicidiodepresion.com](http://www.suicidiodepresion.com)
- ENRRIQUE G., 1998. "La Depresión. Hacia una nueva conceptualización Dimensional". , [http//www.depresion.com](http://www.depresion.com)
- MENDOZA E., 1998. "La Problemática Infantil, un Conflicto Sociopolítico".
[http//www.infancia.com](http://www.infancia.com)
- MARSELLACH G., 1998. "La Autoestima, esencial para la Supervivencia Psicológica" [http//www.autoestima.com](http://www.autoestima.com)
- Organización Paniamor de Costa Rica. 1998. "Abuso Sexual".
[http//www.abusosexual.com](http://www.abusosexual.com)

ANEXOS

ANEXO No. 1

CUESTIONARIO BASICO DE DEPRESION EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS....

1. Pérdida de interés en sus actividades favoritas	
2. Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	
3 Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	
4. Poca autoestima	
5 Rasgos de inutilidad	
6 Denota desamparo	
7. Desesperanza	
8 Parece con falta de cariño	
9 Tiende a autoculparse	
10. Da constantes muestras de aburrimiento	
11. Muestra alejamiento hacia los demás	
12. Parece falto de energía	
13. Parece descontento	
14 Parece con enlentecimiento psicomotor	
15 Expresa preocupaciones por la muerte	
16 Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	
17 Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	
18. Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	
19. Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	
20 Parece con concentración pobre	
21. Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	
22 Habla de o tratar de escaparse de la casa	
23. Parece Irritable	
24. Tiene explosiones de mal humor	
25. Presenta aislamiento social, comunicación pobre	
26 Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS	
PORCENTAJE DEPRESIVO	

(Cuestionario elaborado por la American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

ANEXO No. 2**Reactivos del Cuestionario de Depresión para Niños (CDS)***(por: M. Lang y M. Tisher)*

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
 (5) muy en desacuerdo

1.	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	
2.	Muchas veces me siento triste en la escuela	
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	
4.	A menudo creo que valgo poco	
5.	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	
6.	Me despierto a menudo durante la noche	
7.	Creo que se sufre mucho en la vida	
8.	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	
9.	Siempre creo que el día siguiente será mejor	
10.	A veces me gustaría estar ya muerto	
11.	Me siento sólo muchas veces	
12.	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	
13.	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	
14.	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	
15.	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	
16.	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	
17.	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	
18.	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	
19.	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	
20.	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	
21.	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	
22.	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	
23.	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	
24.	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	
25.	Me divierto con las cosas que hago	
26.	Frecuentemente me siento triste	
27.	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	
28.	A menudo me odio a mí mismo	
29.	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	
30.	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	
31.	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	
32.	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	
33.	Casi siempre la paso bien en la escuela	
34.	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	
35.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	
36.	A menudo me avergüenzo de mí mismo	
37.	Muchas veces me siento muerto por dentro	

38.	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	
39.	A menudo la salud de mis padres me preocupa	
40.	Creo que mis padres están orgullosos de mí	
41.	Soy una persona muy feliz	
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	
44.	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	
46.	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	
47.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	
48.	Pienso que no es nada malo disgustarse	
49.	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	
51.	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	
52.	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	
53.	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	
54.	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	
55.	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	
56.	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	
57.	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	
58.	Creo que mi vida es desdichada	
59.	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	
60.	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	
61.	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	
62.	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	
63.	Tengo muchos amigos	
64.	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	
65.	Hay mucha gente que se preocupa por mí	
66.	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	

*Fuente Datos obtenidos en diferentes mediciones
Escala Cuestionario de Depresión para niños
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isalás Madrid*

ANEXO No. 3

BAREMOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (CDS)

Muestra General de tipificación 8-15 años, varones y mujeres

Centiles	Puntuaciones Directas										Decatipos
	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD	
99	29-40	34-40	36-40	37-40	32-35	39-40	43-45	36-50	63-90	208-240	10
97	26	32	33	35	30	38	41	34	57	190-193	9
96	—	31	32	34	29	37	—	33	56	187-189	9
95	25	30	31	33	28	36	40	32	55	184-186	9
90	24	28	30	31	27	34	38	30	51	174	8
85	22	26	28	29	25	32	37	28	48	167	8
80	21	25	27	28	24	31	36	27	47	161	7
75	20	23	—	26	—	30	35	—	45	156	7
70	—	22	25	25	22	29	34	25	44	152	7
65	19	21	24	—	21	—	—	—	43	148	6
60	—	20	23	24	20	28	33	24	42	145	6
55	—	19	22	23	—	27	32	23	41	142	6
50	18	18	21	22	19	26	31	22	40	136	6
45	17	—	20	—	18	25	—	—	39	134	5
40	—	—	19	21	—	24	30	21	37	130	5
35	16	16	18	20	17	—	29	20	36	127	5
30	15	15	17	19	16	23	28	—	35	123	4
25	—	—	—	—	18	—	22	—	—	19	4
20	14	—	15	17	—	21	26	18	33	114	4
15	13	13	14	16	14	20	25	17	32	109	3
10	12	11	13	14	12	18	23	16	30	102	3
5	11	10	11	12	11	16	22	15	28	94	2
4	10	9	10	11	10	15	21	14	27	93	2
1	0-9	0-8	0-8	0-9	0-9	0-11	0-16	0-12	0-22	0-75	1
Perc.	AA	RA	PS	AE	PM	SC	DV	PV	TP	TD	Dt.

(Fuente: Escala de Depresión para niños y Adolescentes)

1%-20%	25%-50%	55%-75%	80%-90%	90%-99%
Muy deprimido	Deprimido	Con rasgos depresivos	Leve desadaptación	Adaptación

ANEXO No 4

EVALUACION FORMAL DE LOS PARTICIPANTES

		ACTIVIDADES
I FASE	Selección de grupos	<ol style="list-style-type: none">1. Administración de instrumentos de medición y selección de muestra y grupos<ol style="list-style-type: none">1.1 Aplicación del Cuestionario de Depresión Infantil.1.2. Entrevista Clínica con los cuidadores (considerar criterios de inclusión y exclusión)1.3 Calificar el cuestionario y obtener índices escalares y subescalares1.4. Aplicar metodología de investigación (crear grupo control y grupo de intervención)1.5. Anunciar los niños seleccionados que conformarán el grupo terapéutico
II FASE	Preparar al niño para la entrevista de exploración.	<ol style="list-style-type: none">2 1. Describir brevemente cada uno de los módulos de intervención2.2. Hacer una lista de áreas problemas que pueden ser abordados en cada problema.2 3. Hacer una lista de los objetivos potenciales para la experiencia de grupo en general.

*Fuente Manual del Terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en Grupos
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic Isaías Madrid*

III FASE	Discusión de los síntomas y áreas problemas del niño	<p>3.1. Hacer una descripción del grupo.</p> <p>3.2. Preguntar si algunos de los problemas mencionados se aplicarían a su caso.</p> <p>3.3. Obtener una imagen más definida de las preocupaciones del niño.</p>
IV FASE	Metas personales	<p>4. Desarrollo de metas personales para cada modulo del grupo y para la experiencia de grupo como conjunto.</p> <p>4.1. Se le orienta a establecer metas para cada uno de los módulos.</p> <p>4.2. se le ayuda mediante formato, a ver metas potenciales producto de la experiencia de grupo en general.</p>
V FASE	Descripción de la experiencia de grupo	<p>5. Enfatizar su relevancia cara a las metas del paciente y sus áreas problemas.</p> <p>5.1 Describir los problemas particulares del grupo</p> <p>5.2. Incorporar las preocupaciones del niño a esta descripción</p> <p>5.3. Recaltar aquellos módulos que tienen una relevancia especial para el niño.</p> <p>5.4. La intención es reforzar la decisión del sujeto a unirse al grupo.</p> <p>5 5. Presentar ventajas del formato de grupo frente al tratamiento individual</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Aprendizaje vicario b Promover la independencia c. Aprendizaje de los compañeros d. Aprendizaje mediante la ayuda de otros. e. Tener problemas similares f. Compromiso público g. Estimulo a través del éxito de otros.

VI FASE	Clarificación de dudas	<p>6. Clarificación de preguntas y conceptos erróneos respecto al grupo.</p> <p>6.1. Esclarecer concepciones erróneas o mitos tales como:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. El mito de tocar y sentir (referente a tener experiencias extrañas en grupo) b. El mito de a menor costo menor efectividad del tratamiento c. El mito de un solo uso de las terapias de grupo (para mejorar las relaciones interpersonales. d. El mito del miedo a que se den cosas extrañas al final del tratamiento en grupo.
VII FASE	Reglas básicas del grupo	<p>7. Explicación de las reglas básicas del grupo</p> <p>7.1 Registro y contrato de asistencia</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Asistencia b. Puntualidad c. Tareas para casa d. Sistema de compañerismo <p>7.2 Normas básicas de funcionamiento del grupo y penalizaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Confidencialidad b. Participación
VIII FASE	Explicación de contratos y registros de asistencia	<p>8. Explicación de los registros y contratos de asistencia y rendimiento.</p> <p>8.1. Formulario para anotar hora y fecha de las 12 reuniones de grupo</p> <p>8.2. Aclarar dudas sobre la asistencia, penalizaciones y recompensas por su cumplimiento</p>

*Fuente Manual del Terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en Grupos
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic Isaías Madrid*

**ESTRUCTURA DE LAS 12 SESIONES
TRATAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL DE LA DEPRESION EN NIÑOS**

*Fuente Manual del Terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en Grupos
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaias Madnd*

		Actividades	Materiales necesarios
I Sesión	Reestructuración cognitiva	<ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia con la ficha # 1 <ol style="list-style-type: none"> 1.1. Utilizar el formato de penalización y de recompensas previamente elaborado y presentado a cada miembro. 2. Introducción a la teoría de la reestructuración cognitiva <ol style="list-style-type: none"> 2.1. Exponer la introducción que aparece en el manual de entrenamiento 2.2. Comentarios generales 3. Enseñanza de competencias de reestructuración cognitiva -Preguntas y respuestas 4. Caso ilustrativo 5. Tareas asignadas para casa 6. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro de asistencia 2. Formato de penalización 1. Material básico de reestructuración cognitiva (apéndice) 3. Hoja de tareas asignada para casa

II Sesión	Las creencias irracionales	<p>Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar la tarea para casa asignada en la sesión previa 3. Responder a preguntas suscitadas en torno a las tareas asignadas para casa. 4. Explicación detallada del concepto de creencias irracionales. <ul style="list-style-type: none"> -Preguntas y respuestas <ol style="list-style-type: none"> a. Concepto de pensamiento irracional b. Concepto de pensamiento racional 5. Caso ilustrativo 6. Asignación de tareas para casa 7. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p>Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 2 Hoja de registro de asistencia 4. Formato de penalización 3. Material de las creencias irracionales (apéndice) 4. Hoja de tareas asignadas para casa
------------------	-----------------------------------	---	---

III Sesión	Debate de las creencias irracionales	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar asistencia 2. Revisar la tarea para casa asignada en la sesión previa 3. Responder a preguntas suscitadas en torno a las tareas asignadas para casa. 4. Introducción a el tema Debatiendo las creencias irracionales 5. Solicitar voluntarios para compartir un problema que pueda ser trabajado en el grupo, empleando la técnica de debate a la idea irracional. 6. Solicitar voluntarios adicionales para abordar problemas personales (opcional) 7. Asignar tareas para casa. 8. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 5. Material sobre las creencias irracionales 6. Hoja de tareas asignadas para casa
-------------------	---	---	--

IV Sesión	Las Distorsiones Cognitivas	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas suscitadas en torno a las tareas asignadas para casa. 4. Introducción a el tema Debatiendo las creencias irracionales 5. Solicitar voluntarios adicionales para abordar problemas personales (opcional) 6. Presentar las 6 distorsiones cognitivas principales 7. Caso Ilustrativo 8. Asignar tareas para casa. 3. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 3. Material sobre como debatir las creencias irracionales 4. Hoja de tareas asignadas para casa
V Sesión	El ABC de la Restructuración Cognitiva	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas suscitadas en torno a las tareas asignadas para casa. 4. Introducción a el tema ABC de la Restructuración Cognitiva -pausa para preguntas y respuestas 5. Solicitar voluntarios adicionales para abordar problemas personales (opcional) 6. Caso Ilustrativo 7. Asignar tareas para casa 8. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 7. Material sobre el tema ABC de la restructuración cognitiva. (apéndice) 3. Hoja de tareas asignadas para casa

<p style="text-align: center;">VI Sesión</p>	<p style="text-align: center;">Asertividad</p>	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas sobre tareas asignadas para casa 4. Introducción al concepto de asertividad 5. Introducción al concepto de Asertividad <ol style="list-style-type: none"> A. El comportamiento agresivo B. El comportamiento no asertivo C. El comportamiento asertivo 6. Caso ilustrativo 7. Tarea para casa 8. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 8. Material sobre la asertividad. (apéndice) 4. Hoja de tareas asignadas para casa
<p style="text-align: center;">VII Sesión</p>	<p style="text-align: center;">Entrenamiento de habilidades sociales</p>	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas sobre tareas asignadas para casa 4. Introducción al concepto de Habilidades Sociales <ol style="list-style-type: none"> A. Contacto visual B. Tono de voz C. Postura D. Expresión facial E. Tiempo F. Contenido de la comunicación 5. Desarrollo de role-plays ilustrativos 6. Tarea para casa 7. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 3. Material sobre las Habilidades Sociales. 4. Hoja de tareas asignadas para casa

VIII Sesión	Autoestima	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas sobre tareas asignadas para casa 4. Introducción al concepto de Autoestima 5. Componentes de la auto-estima <ol style="list-style-type: none"> A. Competencia B. Disponibilidad para ser amados C. Disponibilidad para ser apreciados D. Poder personal E. Auto-control F. Auto-aprobación moral G. Aspecto físico H. Funcionamiento corporal 6. Desarrollo de role-plays ilustrativos 7. Tarea para casa 7. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 9. Material sobre los componentes de la autoestima. (apéndice) 4. Hoja de tareas asignadas para casa
--------------------	-------------------	--	--

IX Sesión	Resolución de conflictos	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas sobre tareas asignadas para casa 4. Introducción al concepto de Resolución de conflictos 5. Componentes básicos de la resolución de conflictos <ol style="list-style-type: none"> A. Identificación del problema B. Formulación de metas C. Generación de soluciones alternativas D. Evaluación de alternativas E. Toma de decisiones 6. Desarrollo de role-plays ilustrativos 7. Tarea para casa 7. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 10. Material sobre las técnicas de resolución de conflictos, (apéndice) 4. Hoja de tareas asignadas para casa
X Sesión	Resolución de problemas	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas sobre tareas asignadas para casa 4. Ampliar el concepto de Resolución de conflictos 5. Desarrollo de role-plays ilustrativos 6. Tarea para casa 7. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 11. Material para ampliar el concepto de resolución de conflictos, (apéndice) 3. Elaborar 3 role plays diferentes para esta sesión sobre conflictos. 5. Hoja de tareas asignadas para casa

<p style="text-align: center;">XI Sesión</p>	<p style="text-align: center;">Resolución de problemas</p>	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Rellenar las hojas de registro 4. Responder a preguntas sobre las tareas asignadas para casa 1. Ejercicio en grupo relacionado con la identificación de problemas para el módulo de resolución de problemas. 2. Ejercicio grupal generando alternativas para los problemas traídos por los participantes. 3. Asignar tareas para casa 8. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hoja de registro 2. Formato de penalización 3. Elaborar 3 role plays diferentes para esta sesión sobre conflictos. 4. Hoja de tareas asignadas para casa
<p style="text-align: center;">XII Sesión</p>	<p style="text-align: center;">Integración de todas las sesiones</p>	<p style="text-align: center;">Actividades</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Comprobar la asistencia 2. Revisar las tareas para casa 3. Responder a preguntas sobre tareas asignadas para casa 4. Explicar que los role-plays que se desarrollaran tienen que integrar los contenidos de las sesiones anteriores 5. Desarrollo de role-plays ilustrativos 7. Revisión con los niños sobre lo ocurrido durante la sesión. 	<p style="text-align: center;">Materiales necesarios</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. Hoja de registro 5. Formato de penalización 6. Elaborar 3 role plays diferentes para esta sesión. 4. Hoja de tareas asignadas para casa

*Fuente Manual del Terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en Grupos
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

ANEXO No. 5

REGISTRO DE ASISTENCIA-RENDIMIENTO INDIVIDUAL Y DE GRUPO

FECHA. _____

SESION	NOMBRE	ASISTENCIA	PUNTUALIDAD	TAREAS ESCRITAS	LECTURAS	ASEO
1.	C. N.					
2.	C. S.					
3.	G. L.					
4.	M. S.					
5.	N. G.					
6.	N. D.					
7.	R. L.					
8.	S. V.					

Fuente Manual del Terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en Grupos
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaías Madnd.

ANEXO #6

REGISTRO DE PENALIZACION INDIVIDUAL Y DE GRUPO

FECHA: _____

SESION	NOMBRE	PARTICI- PACION	COOPE- RACION	SILENCIO	DISPONIBILIDAD	RESPECTO
1.	C. N.	*****	*****	*****	*****	*****
2.	C. S.	*****	*****	*****	*****	*****
3.	G. L.	*****	*****	*****	*****	*****
4.	M. S.	*****	*****	*****	*****	*****
5.	N. G.	*****	*****	*****	*****	*****
6.	N. D.	*****	*****	*****	*****	*****
7.	R. L.	*****	*****	*****	*****	*****
8.	S. V.	*****	*****	*****	*****	*****

Fuente Manual del Terapeuta para la terapia cognitiva-conductual en Grupos
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaias Madnd

ANEXO No. 7

El anexo No. 7 contiene una descripción detallada de las doce sesiones que integran la Terapia Cognitiva Conductual para la depresión en niños. El anexo inicia con una introducción que explica los principios básicos de la terapia y a continuación la descripción de las sesiones una por una.

Se incluye en esta descripción, el número de sesión correspondiente, el tema a tratar, guía para el terapeuta, se señala, además, espacios para preguntas y respuestas a los participantes, role-playing, casos ilustrativos y tareas para casa.

Introducción.

Desde la 1ª hasta la 5ª sesión , estarán destinadas a la técnica cognitiva-conductual denominada, reestructuración cognitiva. Esta técnica se enseña empleando los principios básicos de la terapia cognitiva de Aaron T. Beck (1976), la terapia racional emotiva de Albert Ellis (1962) y entrenamiento en auto-instrucciones de Meichenbaum (1977), aplicable a niños y adultos.

El fin, es instruir a los niños participantes, a controlar sus sentimientos y a desafiar las ideas irracionales. Los ejercicios realizados en el grupo incluyen el rol-playing de pensamientos distorsionados y sus contrarios racionales, haciendo que los miembros del grupo vayan asumiendo gradualmente un rol cada vez más terapéutico con el resto de los participantes del grupo. La meta de los terapeutas para este módulo es que cada niño participante sea capaz de demostrar cierta comprensión de la reestructuración cognitiva, y sea capaz de aplicarla en situaciones mínima a moderadamente perturbadoras.

En este módulo se introduce la teoría de la reestructuración cognitiva. Explicada en pocas palabras, esta defiende que los estados de humor

inadecuadamente negativos no son resultados de circunstancias externas sino que son un producto de los pensamientos o actitudes que mantiene el individuo respecto a esas circunstancias. En este módulo los participantes en el grupo se familiarizan con el concepto de pensamientos automáticos e irracionales, los cuales desencadenan estados de humor disfuncionales como el enojo, la tristeza, la culpabilidad. Durante las sesiones correspondientes a este módulo, los miembros del grupo generan pensamientos negativos automáticos y el terapeuta presenta alternativas racionales a modo de demostración para esos pensamientos, a través del empleo de técnicas como el rol-playing o juego de papeles.

Las tareas para casa incluyen diversas lecturas en el campo de la reestructuración cognitiva, el contacto con los demás compañeros y el registro de pensamientos automáticos hasta la sesión siguiente.

Objetivos al finalizar el módulo.

1. Sentir mayor control ante estados de humor depresivos
 - a. Evitar enfadarse inadecuadamente
 - b. Disminuir la tendencia a estar "inevitablemente" deprimido
 - c. Experimentar un menor número de cambios negativos en el nivel de energía, interés en la escuela, apetito, relación con otros niños y sentido del humor.
2. Incrementar la eficacia en la escuela y disminuir la distracción
- 3 Sentir mayor control en las relaciones importantes (con los padres, hermanos y familiares).

Primera Sesión

Módulo de Reestructuración Cognitiva

I Tema: Reestructuración cognitiva

TERAPEUTA: "La reestructuración cognitiva o Terapia Cognitiva Conductual (TCC) es una técnica de auto-ayuda que puede utilizarse por prácticamente todos (adultos y niños) para disminuir o eliminar emociones, pensamientos y sentimientos no deseados. La teoría sobre la que se basa la terapia cognitiva conductual es que, no son las situaciones o acontecimientos los que causan nuestros estados extremos de depresión, enojo, ansiedad o celos, sino que son los pensamientos que nosotros tenemos sobre esos hechos los responsables de nuestras emociones. Por lo tanto, cambiando nuestros pensamientos o actitudes, podremos cambiar nuestras emociones. El primer paso es darte cuenta cuando estás pensando de esta manera. Por ejemplo, cuando experimentas una emoción desagradable que parece inadecuadamente grave, te detienes y te preguntas "¿qué me estoy diciendo a mí mismo?" Una vez que has descubierto un pensamiento negativo (ejemplo, una afirmación pesimista sobre ti mismo, el futuro o la vida en general) el siguiente paso es hacerte una pregunta sobre este pensamiento, por ejemplo "¿tengo la seguridad de esto" ó "¿Existe alguna otra explicación posible para lo que estoy pensando?. Las respuestas objetivas que das a estas y otras preguntas desafiantes suelen ser habitualmente más razonables que tus pensamientos negativos iniciales, y posiblemente el resultado sea que te sientas mejor emocionalmente.

PAUSA PARA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

TERAPEUTA:

No se pretende decir que esta técnica vaya a curar todas las experiencias negativas. Por supuesto que habrá ocasiones en las que se sufren desengaños y pérdidas y nos vamos a sentir muy mal. Ahora bien empleando un modelo de reestructuración cognitiva, seremos capaces de asumir un mayor control sobre la respuesta a estos acontecimientos desagradables. Por tanto, al emplear un modelo de reestructuración cognitiva probablemente seremos capaces de responder mas sensatamente y con una mayor sensación de control, probablemente también será más fácil lograr los fines deseados, en lugar de responder impulsivamente y "sin pensar". Aunque esta técnica no elimina totalmente la depresión de la vida de una persona, la intensidad de estos estados emocionales puede ser disminuida mediante el empleo adecuado de esta técnica.

Esta experiencia de grupo va a proporcionar una capacidad que podrán utilizar o no en función de si lo desean o no. Así por ejemplo,

hay veces en las que pueden decidir permanecer triste disfrutando aparentemente de un estado emocional de extrema depresión. Pueden decidir permanecer en un estado de sentimientos negativos con la confianza de saber que con un pequeño esfuerzo, las técnicas de reestructuración cognitiva permiten disminuir tu malestar.

PAUSA PARA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

TERAPEUTA:

La teoría de la Terapia Cognitiva conductual no debe ser confundida con filosofías sobre "el poder del pensamiento positivo". La TCC no es intercambiar simplemente un pensamiento negativo por uno positivo, sino que requiere reconocer y examinar los pensamientos y sentimientos que han producido los estados emocionales alterados y a continuación cuestionar y desafiar tales ideas y pensamientos. La meta deseable no es transformar un pensamiento pesimista en uno optimista sino sustituir una creencia irracional sin fundamento por otra que sea razonable. Son los pensamientos adecuados y racionales los que desencadenan estados emocionales más funcionales y adecuados.

ACTIVIDAD:

A continuación se lleva al grupo a recordar aquellas situaciones que durante el transcurso de la semana les han causado sentimientos y pensamientos depresivos, se hace incapie en el principio de la TCC, enfatizando que no son las situaciones externas las que causan las emociones negativas extremas sino que es lo que uno se dice a sí mismo sobre esas situaciones lo que causa el malestar extremo.

Los niños miembros del grupo presentaran ejemplos a continuación que permiten ilustrar emociones negativas originadas por pensamientos negativos. Cualquier referencia espontánea por parte de los miembros del grupo, acerca de pensamientos negativos es reforzada y utilizada para introducir la siguiente sesión sobre los pensamientos automáticos o ideas irracionales.

COMENTARIO GENERAL

Se ha comprobado que tanto los adultos como los niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar de que tienen capacidad para cambiar las cosas hacia mejor, y de ese modo contemplan el entorno desde una perspectiva desesperanzada.

La reestructuración cognitiva en niños puede apoyarse con dibujos y materiales gráficos en donde se visualicen las propuestas del terapeuta.

CASO ILUSTRATIVO

Ana Elisa es una niña de 10 años que vive con su tía porque no hay escuela donde sus padres viven, fuera de la ciudad. Su tía tiene tres niños: Jorge de 14, Ruth de 12 y Leonel de 7 años. Después que todos llegan de la escuela empiezan a jugar en el patio. Jorge y Ruth empiezan a molestar a Ana Elisa diciéndole que es "negra" y que sus papás son malos y que no la quieren porque ella es fea y negra. Ana Elisa se disgusta y empieza a perseguirlos para pegarles, mientras ellos siguen burlándose. Luego se aparta a llorar sintiéndose muy triste.

REFLEXIÓN

Según la Terapia Cognitiva Conductual ¿qué se le recomendaría a Ana Luisa para que no se sintiera triste y dejara de llorar?

Lluvia de ideas sobre que puede hacer (aporte del grupo de niños, se orientan respuestas en sentido terapéutico)

- ¿ Realmente soy negra como me dicen mis primos?
- ¿Cuál es el problema de ser negra si es que lo soy?
- ¿ Tengo menos valor si es que soy negra como dicen?
- ¿ Soy realmente fea como me lo están diciendo ellos?
- ¿ Todos mis amigos y compañeros dicen lo mismo de mí ó es sólo por molestar que lo hacen mis primos?
- ¿ Mis padres me tienen donde mi tía porque no me quieren o es porque así puedo estudiar y ser una mujer importante cuando esté grande?
- ¿ Conocen mis primos los sentimientos de mis padres como para decir que no me quieren?

PREGUNTAS A LOS MIEMBROS DEL GRUPO

¿ Me ha pasado alguna vez lo mismo que le está pasando a Ana Luisa?

¿ Reacciono con rabia y busco golpear al que me molesta?

¿ Me he sentido triste por cosas que me dicen?

¿ Cómo voy a aplicar la Terapia Cognitiva Conductual a mi vida?

Segunda Sesión

Módulo de Reestructuración Cognitiva

I Tema: Creencias irracionales

TERAPEUTA:

Existen diversas ideas que aparecen en los niños de edad escolar al cometer errores (por ejemplo, "Soy malo si cometo un error"; "Los adultos deberían ser perfectos"; "No debería cometer errores, especialmente errores sociales") Es frecuente el caso de niños que creen que las otras personas que están en posiciones de autoridad (padres, profesores) no deberían cometer nunca errores (actuar injustamente). Algunas de las ideas que se incluyen son:

1. Cualquier persona cometerá errores siempre.
2. Nadie es perfecto.
3. Los errores no cambian las buenas cualidades de una persona.
4. Una persona no es lo mismo que su ejecución
5. Las personas no son malas porque cometan errores.
6. Las personas que cometen errores no merecen ser culpadas y castigadas.
7. Las razones por las que las personas cometen errores son (a) falta de habilidad, (b) descuido o juicio pobre, (c) no tener bastante información, (d) falsas asunciones, (e) cansancio o enfermedad, (f) opinión diferente e (g) irracionalidad (adaptado de Knaus, 1974)

PAUSA PARA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

TERAPEUTA:

Para los niños y adolescentes que se degradan o se enfadan cuando cometen errores, puede emplearse el siguiente tipo de diálogo: "No puedo lograr entender esto; no vale la pena perturbarse demasiado; permaneceré tranquilo e intentaré mejorar; los errores están para que aprendas de ellos"

TERAPEUTA:

A continuación explicaremos que son ideas racionales e ideas irracionales y su diferencia: Las creencias racionales se siguen de la realidad, realzan al individuo, son aptas para llegar a conseguir las metas, y tienen como resultado emociones apropiadas; mientras que las creencias irracionales no se siguen de la realidad, son contraproducentes para uno mismo, generalmente bloquean la consecución de las metas, y dan lugar a sentimientos inapropiados.

Pensamiento racional: Una idea sensible y lógica que parece ser verdad.

Pensamiento irracional: Una idea no razonable o absurda que parece ser falsa.

Después se proporcionan ejemplos correctos e incorrectos de los pensamientos racionales e irracionales. Se le presenta a los miembros del grupo hojas de trabajo instruccional donde se le ofrecen ejemplos prácticos para clasificar.

Escoger si el pensamiento es racional o irracional

1. Nadie en el mundo será nunca mi amigo.
2. Sería el más feliz del colegio si fuese el mejor en mi trabajo.
3. Nunca haré nada bien.
4. Si hago esto mal en mi trabajo, nunca seré bueno en nada.
5. Todo el mundo me odia.
6. Deseo tener más amigos en la escuela.
7. No puedo aguantar hacer los deberes.
8. Deseo poder jugar al fútbol tan bien como lo hacen otros.

Cuando el niño más pequeño del grupo demuestra que puede discriminar entre pensamientos racionales e irracionales, se le dirige a aplicar estas habilidades intelectuales al análisis de las características de sus propios pensamientos.

PAUSA PARA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

TERAPEUTA:

Se preguntarán Ustedes, ¿de dónde surgen estas creencias irracionales?

Las respuestas es que estos ideas irracionales son aprendidos en una etapa temprana de la vida por situaciones tales como.

1. Como hemos sido tratados por los demás
2. Como se sienten nuestros padres o modelos y lo que se dicen a sí mismos.
3. Lo que se nos ha dicho que somos nosotros mismos
4. Nuestras experiencias generales de la vida

CASO ILUSTRATIVO

Ana Luisa está en IV grado y esta semana sus primos la han molestado más que otras veces. Se siguen burlando de ella. Ana Luisa ya no los corretea para pegarles sino que se queda pensando si en realidad ella es negra como le dicen y si es fea y se da cuenta que tiene sus propios valores y cosas muy agradables para otros niños.

El problema ahora es en la escuela, Ella ganó 2.0 en matemáticas y 2.8 en Español y está triste nuevamente y empieza a tener los siguientes pensamientos irracionales: "Soy una bruta", "no sirvo para nada", "soy una fracasada", "no voy a pasar este año", "mis padres dejarán de

quererme", "de verdad que soy fea y negra y por eso es que fracaso en la escuela". Ana Luisa se pone triste y sin consuelo.

Ana Luisa empieza a aplicar nuevamente los principios de la terapia cognitiva conductual para su autoayuda y se pregunta:

(Lluvia de ideas sobre que puede hacer, aporte del grupo de niños)

1. ¿Qué me estoy diciendo a mí misma sobre mi forma de ser?
2. ¿Tengo la seguridad de que soy así?
3. ¿Existe alguna otra explicación posible de mi forma de ser para no sentirme así?

PREGUNTAS A LOS MIEMBROS DEL GRUPO

¿Que hace Ana Luisa para no sentirse mal con las bromas de los otros niños? _____

¿Cuál es el nuevo problema de Ana Luisa? _____

¿Cuales son las creencias irracionales que tiene Ana Luisa?

¿Cómo se siente Ana Luisa cuando aparecen estos pensamientos automáticos? _____

¿Cuáles son las preguntas que se hace Ana Luisa y que son los principios de la Terapia Cognitiva conductual? _____

¿Me ha pasado lo que le está pasando a Ana Luisa? _____

¿Qué me enseña Ana Luisa para sentirme mejor con mis pensamientos?

¿Creo que la Terapia Cognitiva Conductual me ayuda si la aplico en las diferentes situaciones? _____

Tercera Sesión

Módulo de Reestructuración Cognitiva

I Tema: Debatiendo las Creencias Irracionales

TERAPEUTA:

Al trabajar con niños mayores y adolescentes, es deseable enseñarles una estrategia de "debate" o "desafío" para decidir si sus pensamientos son racionales o irracionales. Se define el desafío como "Cuestionarse uno mismo para ver si su pensamiento es racional o irracional" y se enseña que para averiguar si un pensamiento es racional o irracional, hay que preguntarse:

1. ¿Tengo suficiente evidencia para decir que el pensamiento es verdadero?".
2. ¿Esta creencia está basada en un hecho, una opinión o una suposición?
3. ¿Dónde está la evidencia de que esto es realmente así?
4. ¿Es realmente horrible?
5. ¿Es verdad que no podría aguantarlo?
6. ¿Es lo peor que podría pasar?
7. ¿Está esta creencia consiguiéndome lo que yo quiero?
8. ¿Por qué no debería ser así?
9. ¿Siempre tengo que conseguir lo que quiero?
10. ¿Dónde está la evidencia de que esto es así?
11. ¿Me hace perder valor?
12. ¿Cómo puede hacerme esto perder valor o ser menos que humano?

COMENTARIO

Una vez que se ha enseñado al niño la diferencia entre racional e irracional, es instructivo demostrar a través del uso de ejemplos de la vida del terapeuta y de la del niño las consecuencias del pensamiento racional e irracional.

II Tema: Pensamientos automáticos

TERAPEUTA:

Los pensamientos automáticos son descritos como pensamientos que parecen surgir inmediata y habitualmente en determinadas situaciones. Para efectos de la terapia cognitiva conductual, los pensamientos automáticos representan pensamientos negativos e ilógicos sobre uno mismo, los demás, el mundo o el futuro. Estos pensamientos suelen conllevar habitualmente reacciones inadecuadas e innecesariamente negativas. Parecen formar parte del propio repertorio de respuestas y, para las distintas personas estar desencadenados por

diferentes situaciones.

PAUSA PARA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

TERAPEUTA:

A Continuación el terapeuta elabora una lista de todos los pensamientos apropiados que van saliendo. Las preguntas se transforman en afirmaciones y el terapeuta ayuda a los niños a traducir afirmaciones sobre los sentimientos y hechos en sus contrarios irracionales.

Entre los pensamientos automáticos más frecuentes se pueden señalar:

1. "No voy a ser capaz de hablar delante del salón"
2. "Mis problemas son más grandes que el de los demás".
3. "Si hablo voy a parecer idiota".
4. "Yo soy el que menos sabe en este grupo"
5. "Todos parecen dar opiniones buenas menos yo".

ROLE-PLAYING ILUSTRATIVO

El terapeuta prepara un role-playing en la que se dirige a algunos niños directamente de la siguiente forma: "Tú no eres capaz de pararte delante y decir una poesía", "Tú parecer no tener la razón cada vez que hablas", "Tú sabes menos que tus compañeros de clase"

La observación del rol-playing, utilizado para abordar los pensamientos automáticos de los miembros del grupo la oportunidad de desafiar los celos de los participantes con respecto al grupo, que en el último caso podrían impedir su progreso.

El paso que sigue es hacer que los miembros del grupo comiencen a identificar sus propios pensamientos automáticos durante la semana hasta la próxima sesión.

Cuarta Sesión Módulo de Reestructuración Cognitiva

I Tema: Distorsiones Cognitivas

TERAPEUTA:

Las distorsiones cognitivas son pensamientos que tienen las personas y que con frecuencia lo hacen tener estados de humor alterados. Son pensamientos generados por las propias personas a partir de sus experiencias y la forma en que interpretan lo que hacen los demás y lo que les sucede. Vamos a dar una lista de las principales distorsiones cognitivas en las que caemos frecuentemente.

1. **Pensamiento de Todo o Nada:** Es cuando ves las cosas en categorías de blanco o negro. Si tu rendimiento no es perfecto, te consideras a ti mismo un fracasado total.
2. **Generalización excesiva:** Es la tendencia a considerar que una cosa siempre será así en todo lugar y en todo momento
3. **Descalificar lo positivo:** Es cuando niegas las experiencias positivas insistiendo en que lo bueno ocurrió por casualidad. Así las experiencias negativas contradicen las positivas.
4. **Saltar a conclusiones rápidas:** Es cuando realizas una interpretación negativa aunque no estés seguro de que es negativo porque faltan elementos que comprueben que es negativo.
5. **Lectura del pensamiento:** Cuando concluyes arbitrariamente que una persona está reaccionando de manera negativa sin estar seguro que es cierto.
6. **Error en pronosticar:** Es cuando piensas que las cosas van a salir mal y estás convencido de que así va a ser.

TAREA DURANTE LA SESIÓN

Para comprender mejor las distorsiones cognitivas, vamos a recordar a Ana Luisa, que está aprendiendo poco a poco a conocerse y autoayudarse mediante la terapia Cognitiva Conductual:

Recordamos que Ana Luisa obtuvo notas bajas en Español y matemáticas, ella empezó a tener los siguientes pensamientos automáticos: "Soy una tonta", "no sirvo para nada", "soy una fracasada", "no voy a pasar este año", "mis padres dejarán de quererme", "de verdad que soy fea y negra y por eso es que fracaso en la escuela".

Así vemos que Ana Luisa tuvo 6 Distorsiones Cognitivas que son los siguientes:

1. **Pensamiento de Todo o Nada:** Ana Luisa pensaba que porque había fracasado una vez, ya era una tonta y una fracasada.
2. **Generalización excesiva:** Ella pensaba que porque su rendimiento no era perfecto, ella no iba a pasar el año y que sería una fracasada.
3. **Descalificar lo positivo:** Ana Luisa descalificó todo lo positivo que ella había hecho y todas las buenas notas que había logrado antes de estos dos fracasos.
4. **Saltar a conclusiones rápidas:** Ana Luisa saltó a la conclusión rápida y equivocada de que era fracasada, de que no servía para nada, de que sus padres dejarían de quererla.
5. **Lectura del pensamiento:** Ana Luisa está leyendo el pensamiento de sus padres de que dejarán de quererla y esto no es cierto porque sus padres no le han dicho tal cosa.
6. **Error en pronosticar:** Ana Luisa está pronosticando equivocadamente que se va a quedar ese año escolar y esto no es cierto porque ella también tiene notas buenas.

Tarea para casa

¿Cuáles son los pensamientos automáticos que tuvo Ana Luisa? _____

¿Cuál fue la distorsión cognitiva número 1 de Ana Luisa? _____

¿Qué hago Yo cuando tengo esta distorsión cognitiva número? _____

¿Cuál fue la distorsión cognitiva número 2 de Ana Luisa? _____

¿Qué hago Yo cuando tengo esta distorsión cognitiva número 2? _____

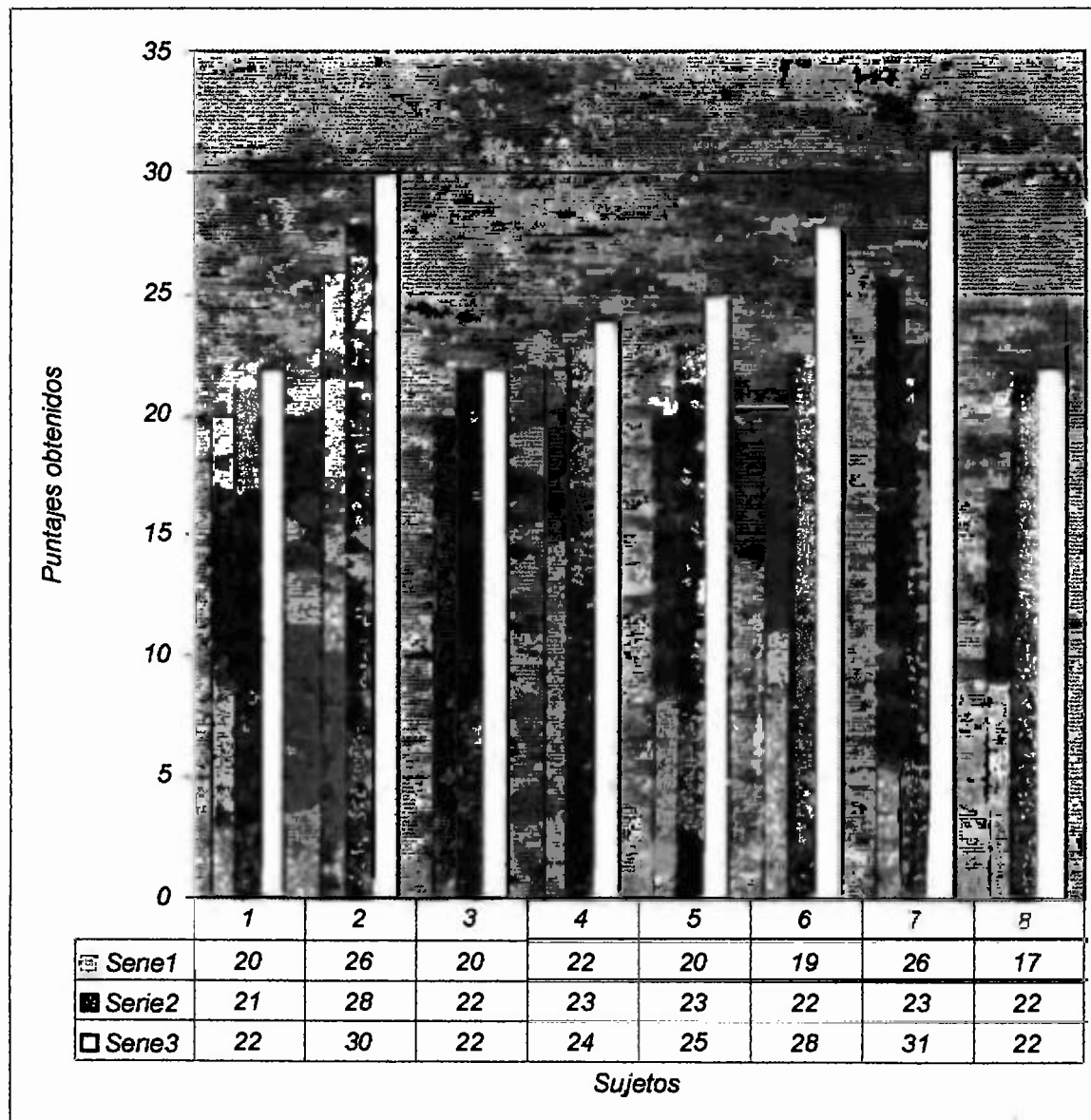
¿Cuál fue la distorsión cognitiva número 3 de Ana Luisa? _____

¿Qué hago Yo cuando tengo esta distorsión cognitiva número 3? _____

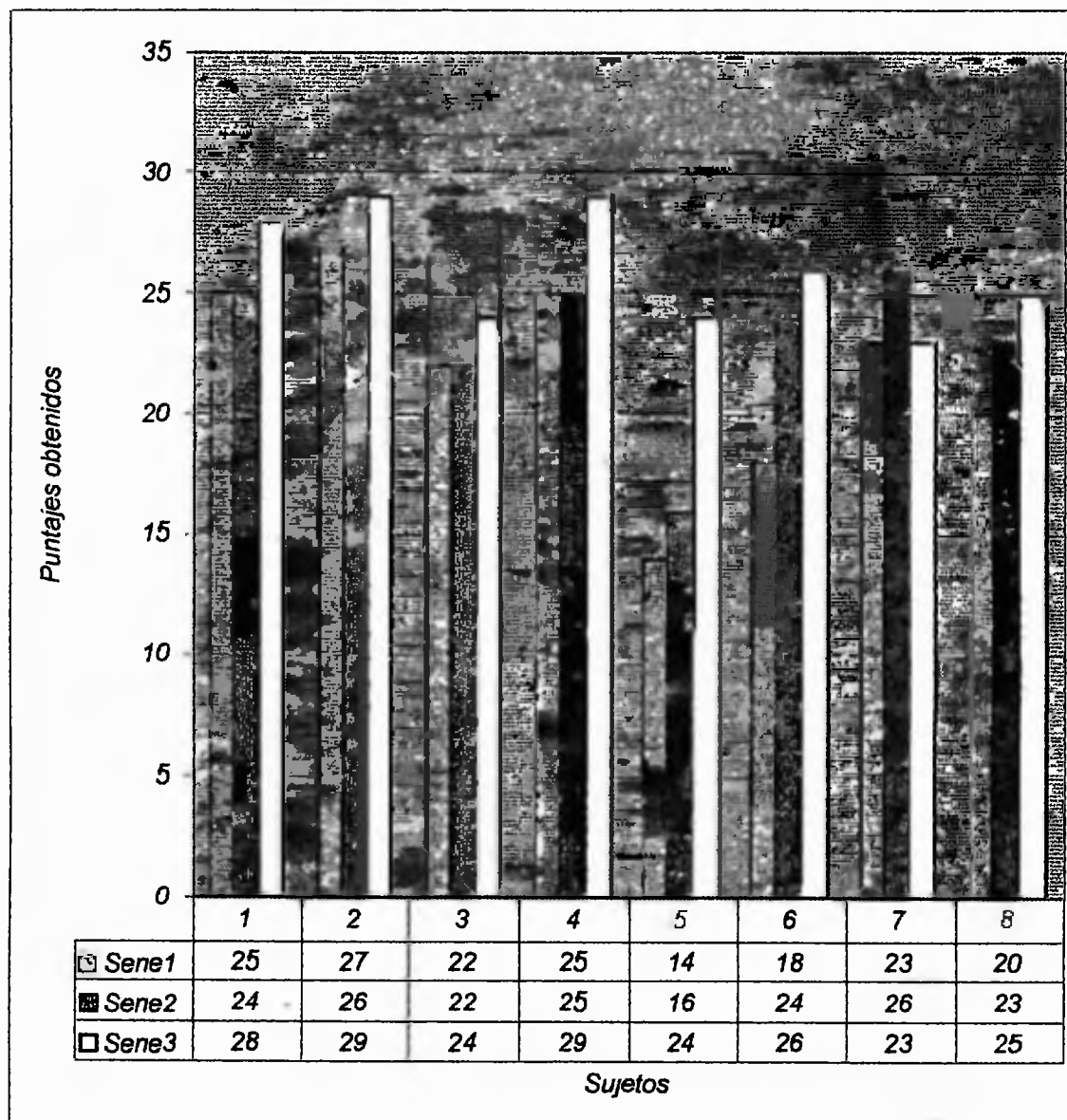
¿Cuál fue la distorsión cognitiva número 4 de Ana Luisa? _____

¿Qué hago Yo cuando tengo esta distorsión cognitiva número 4? _____

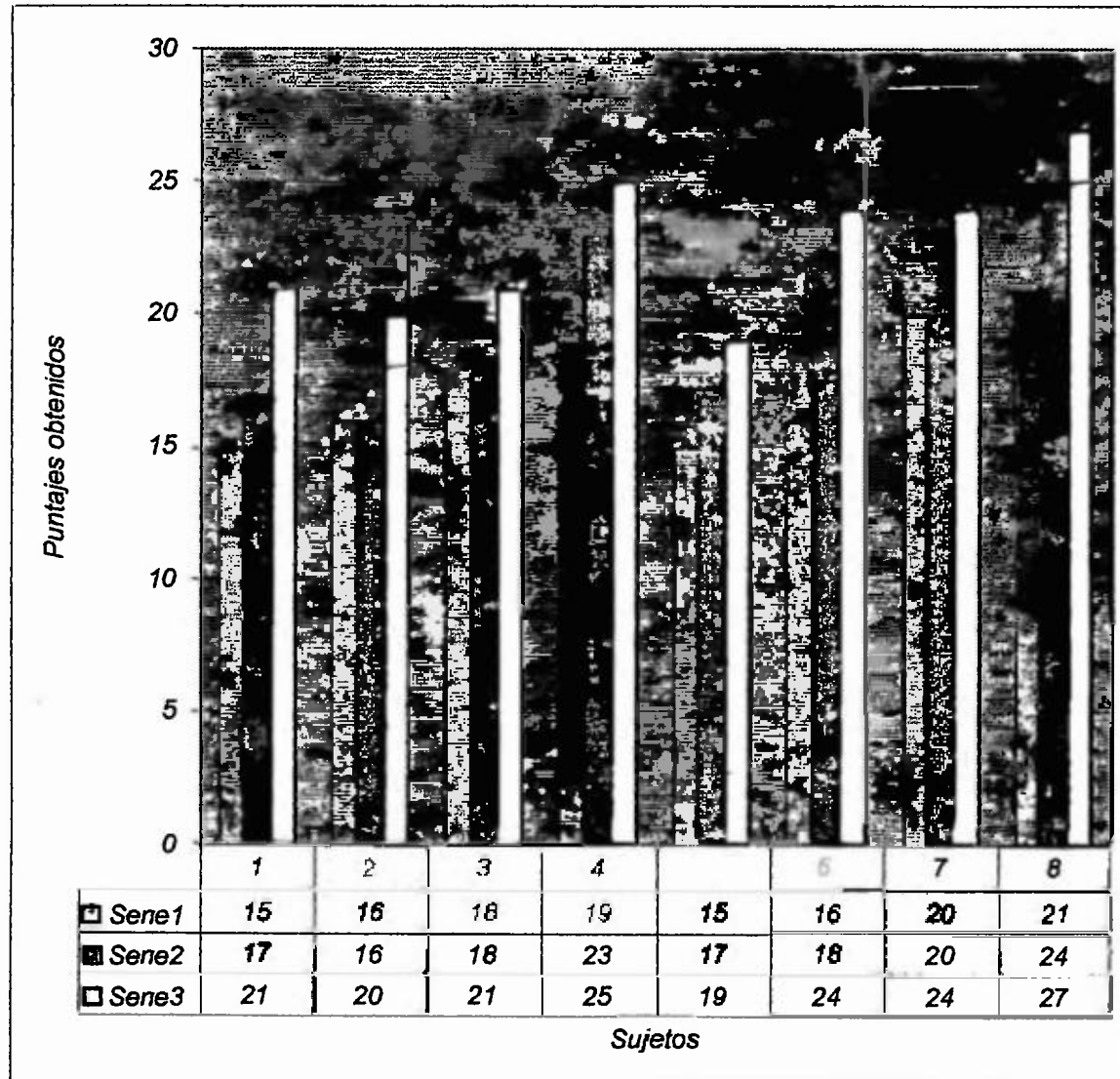
Gráfica No. 5
Mediciones de la variable Preocupación por la
Muerte y/o la Salud (PM/S) Grupo Experimental



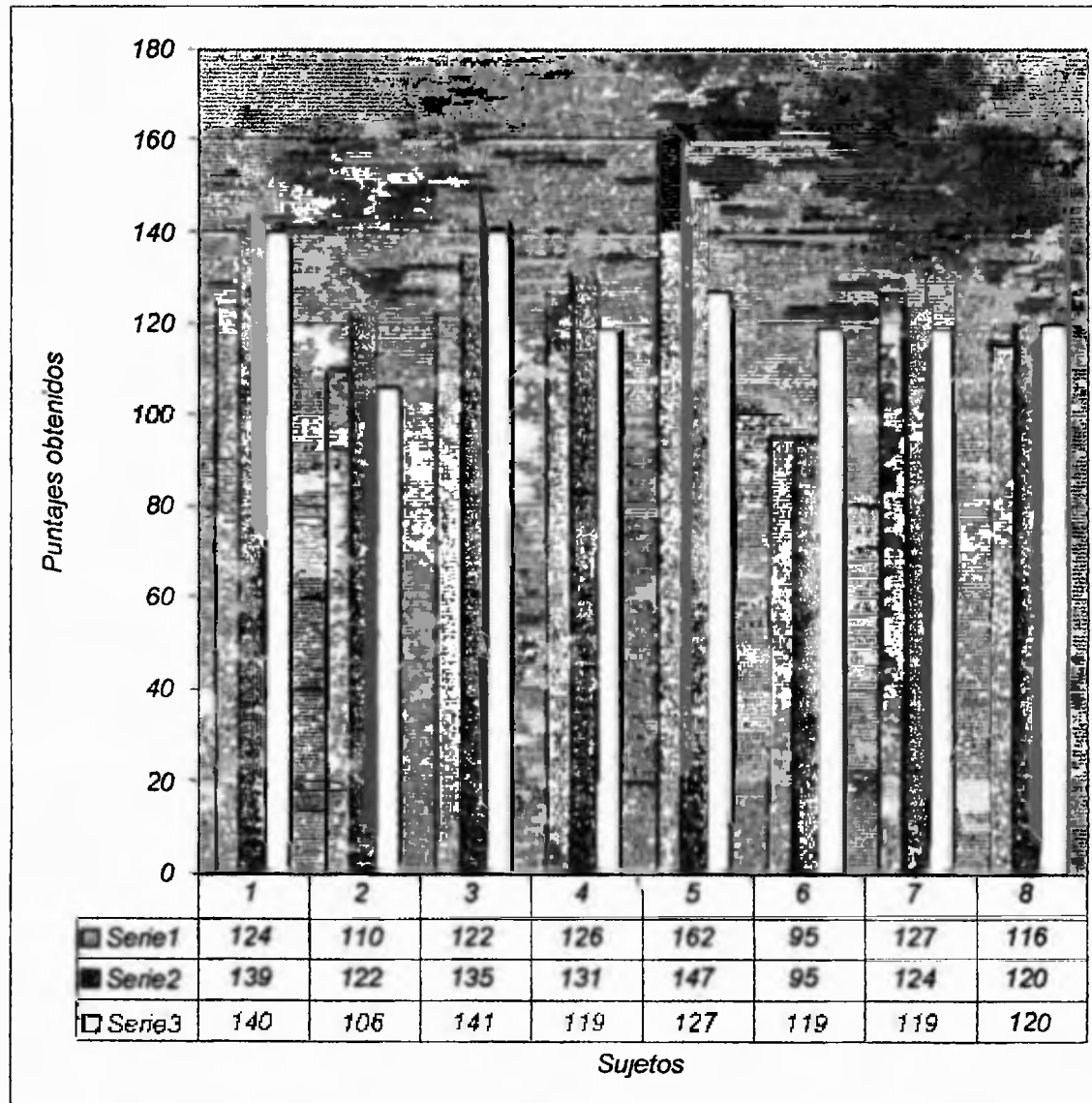
Gráfica No. 6
Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" SC)
Grupo Experimental



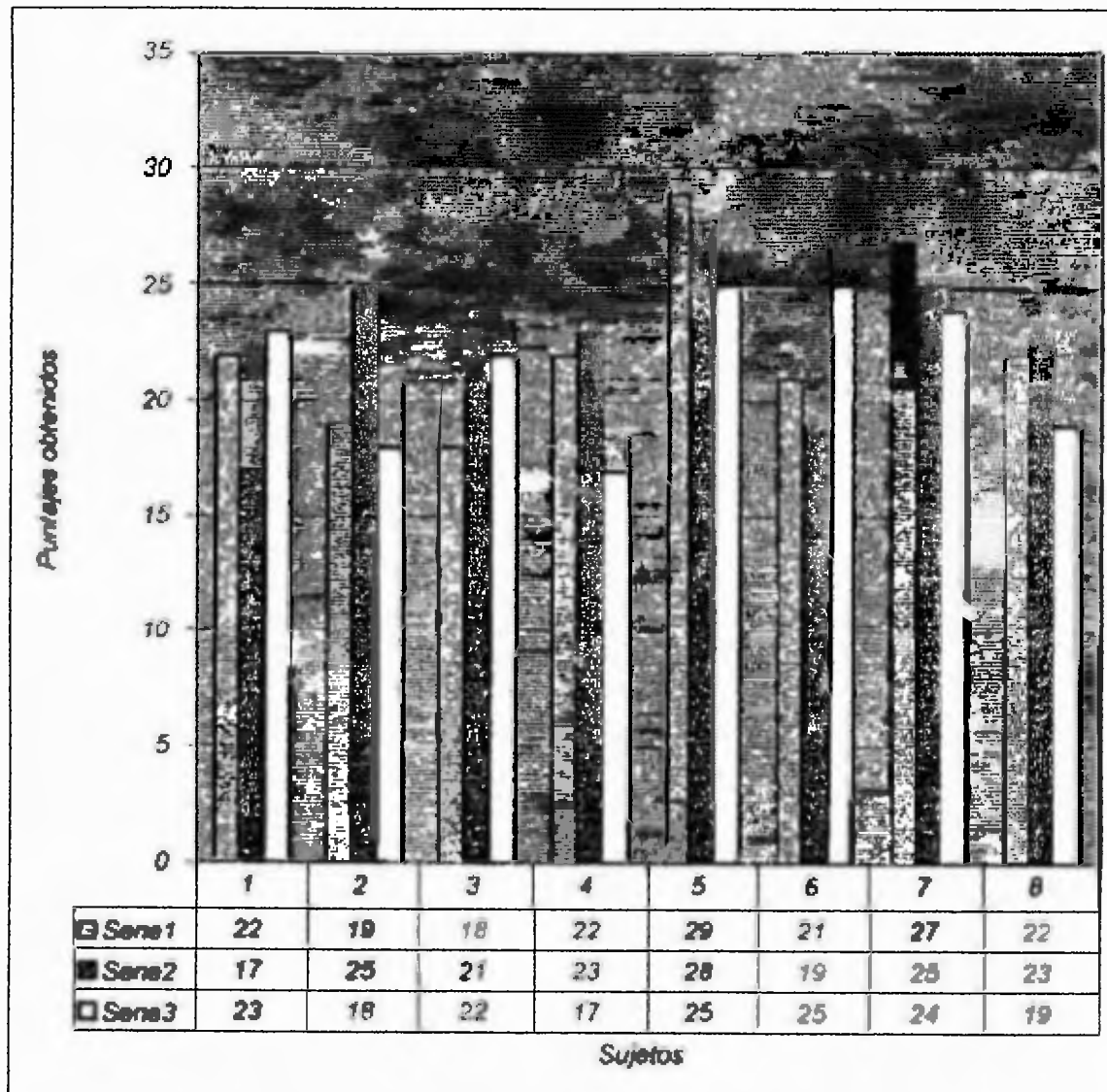
**Gráfica 7,
Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV)
Grupo Experimental**



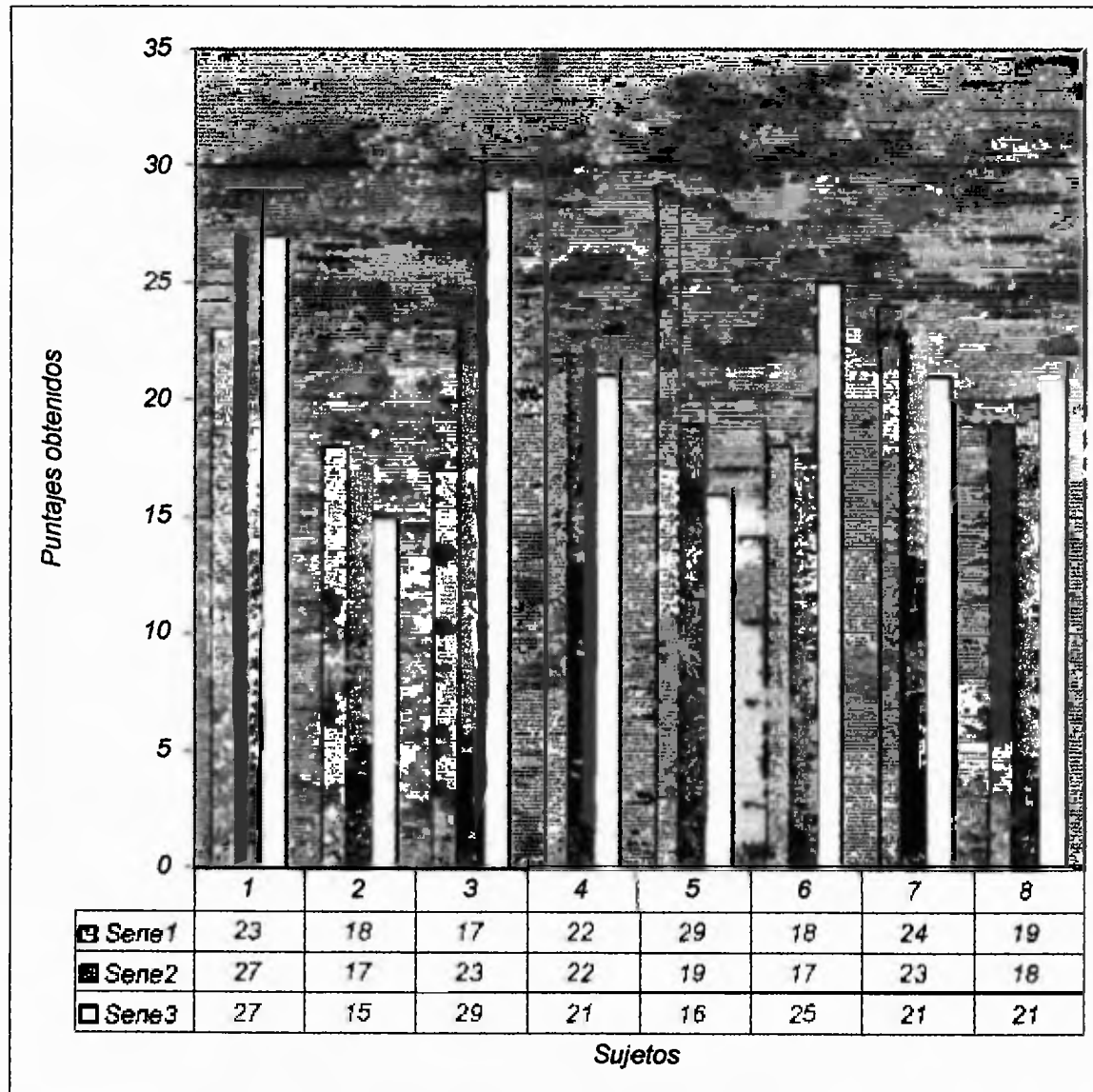
Gráfica No 8
Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD)
Grupo Control



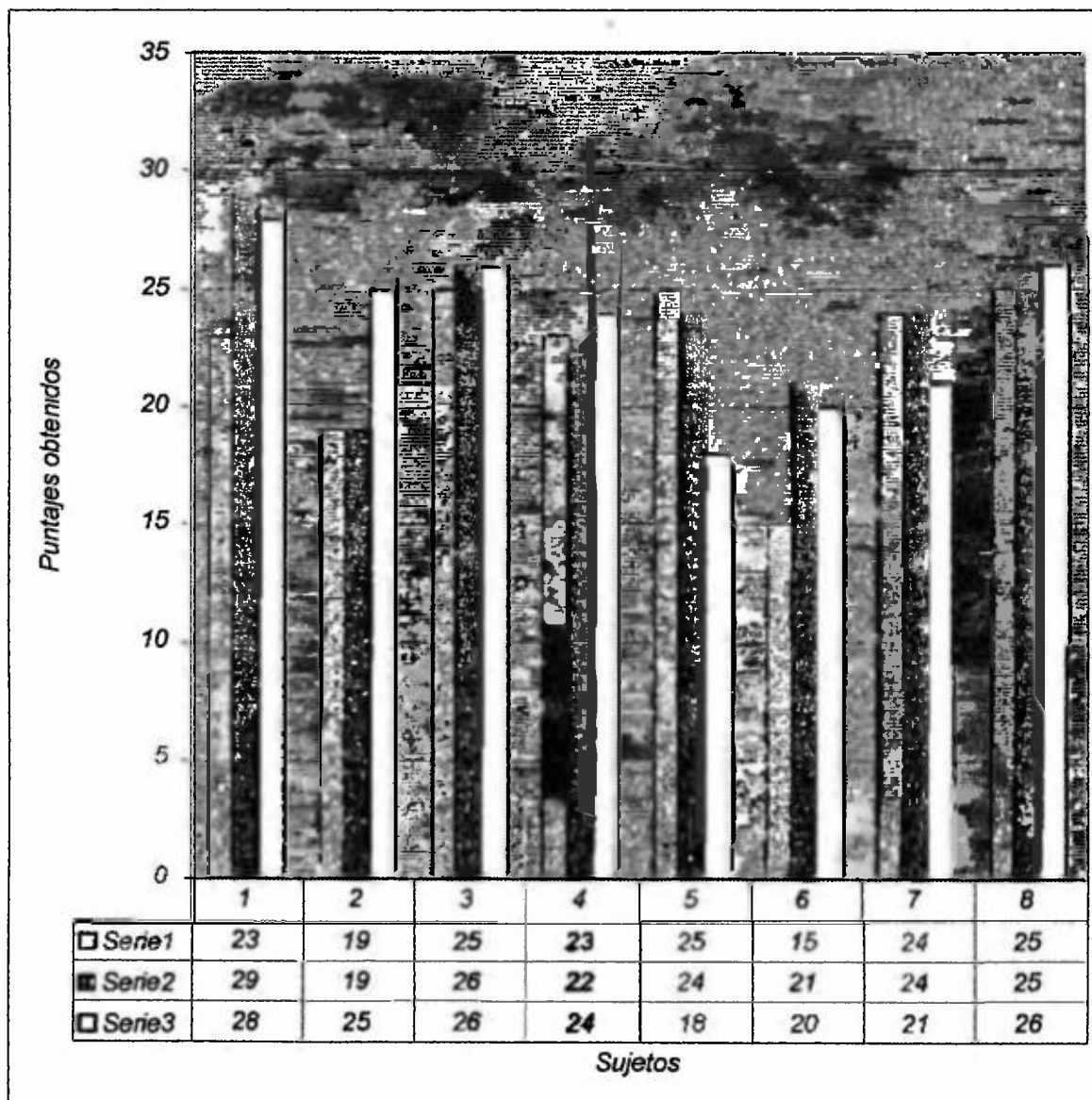
Gráfica No 9
Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA)
Grupo Control



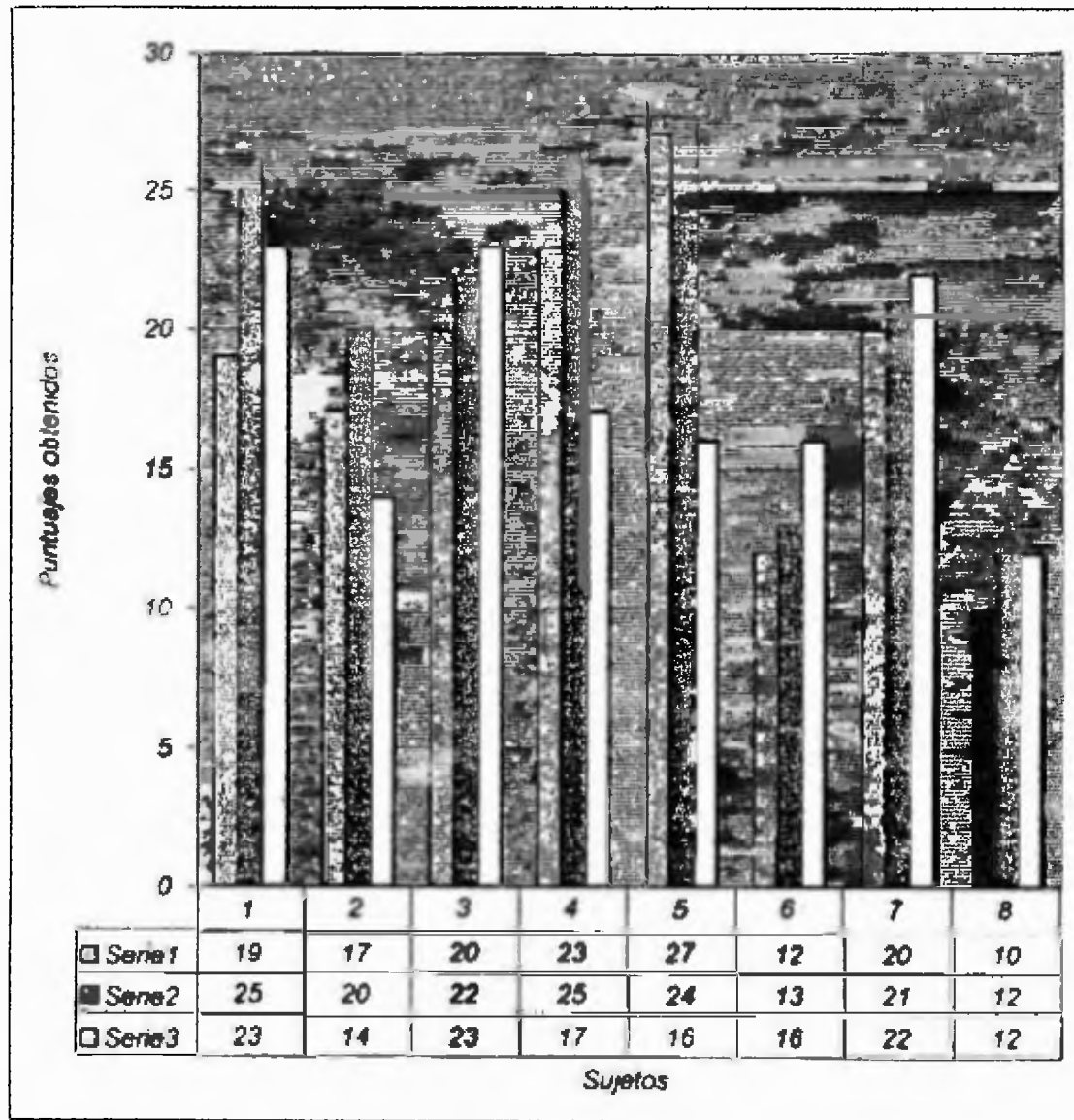
Gráfica No. 10
Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS)
Grupo Control



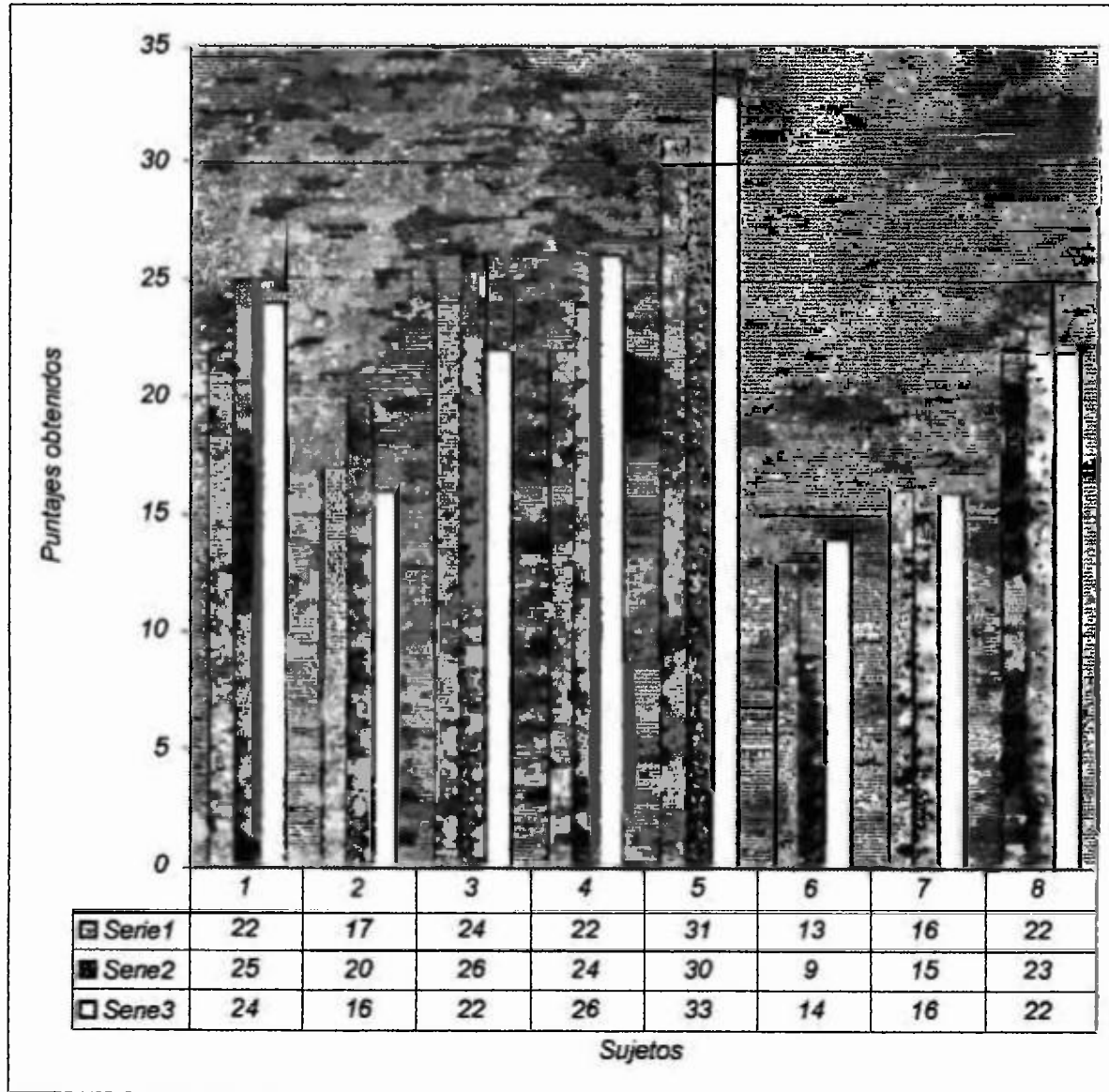
Gráfica No. 11
Mediciones de la variable "Auto Estima" (AE)
Grupo Control



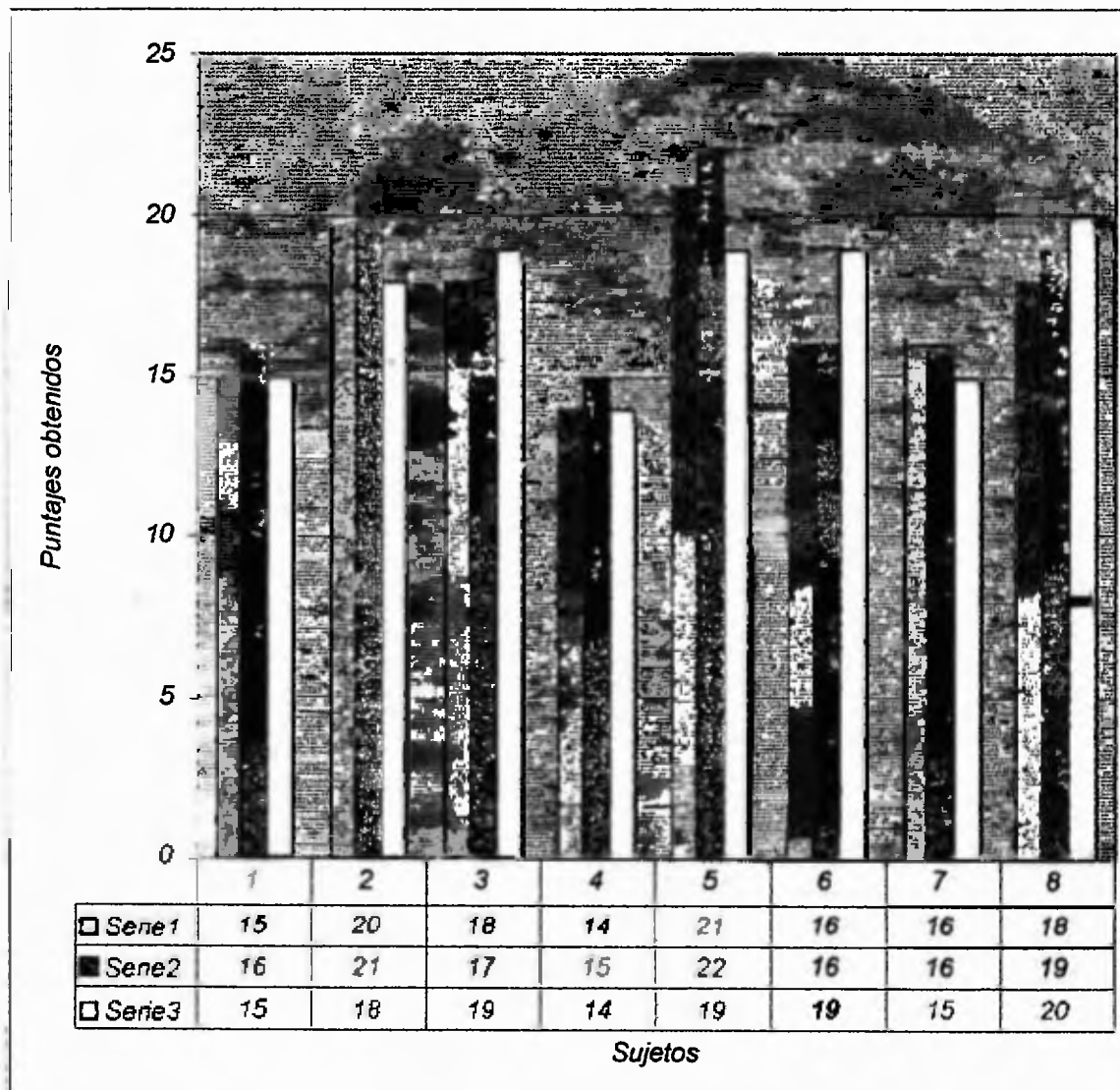
Gráfica No. 12
Mediciones de la variable Preocupación por la
Muerte y/o la Salud (PM/S), Grupo Control



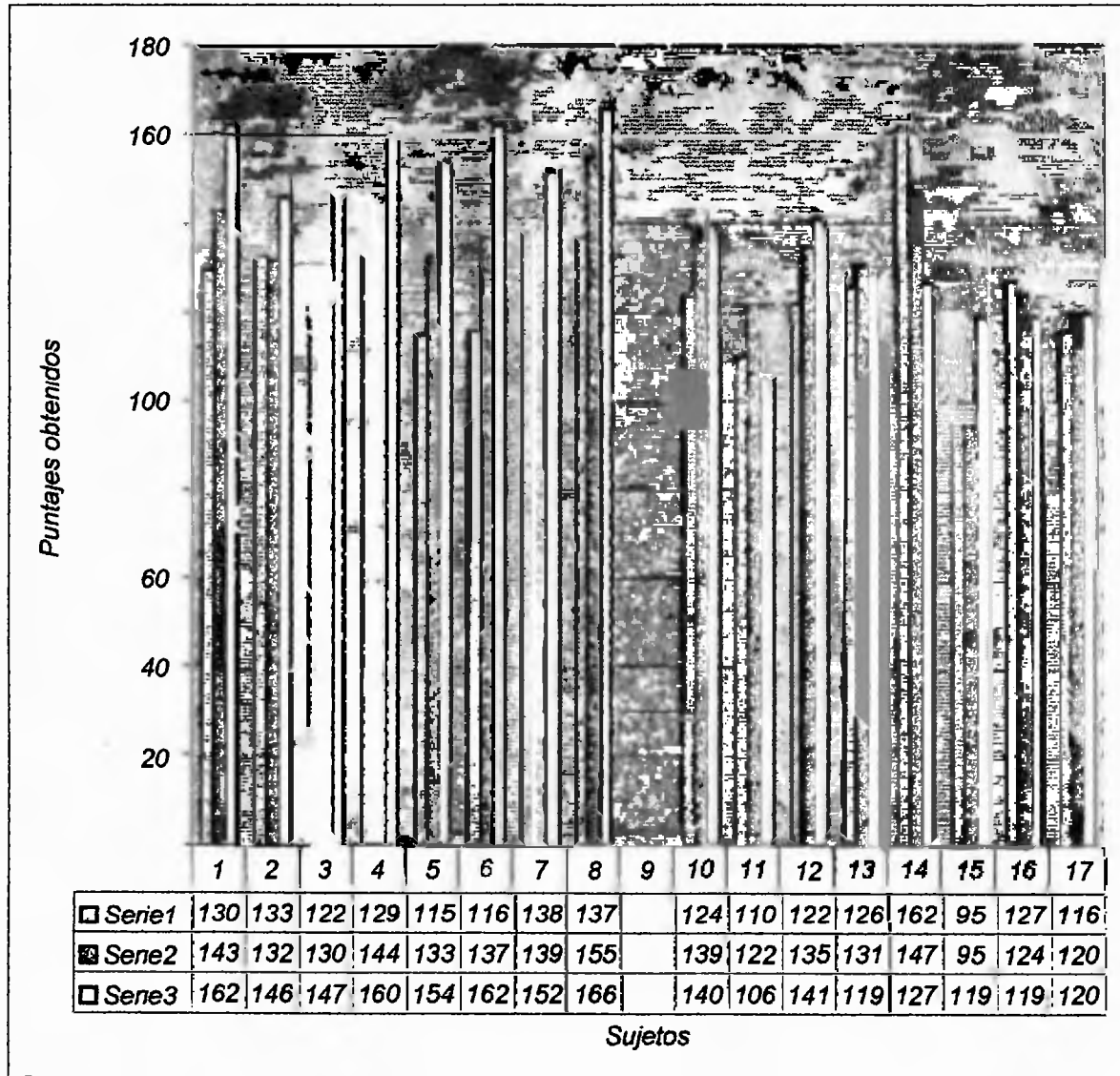
GRAFICA No 13
Variable "Preocupación por la Muerte" (PM)
Grupo Control



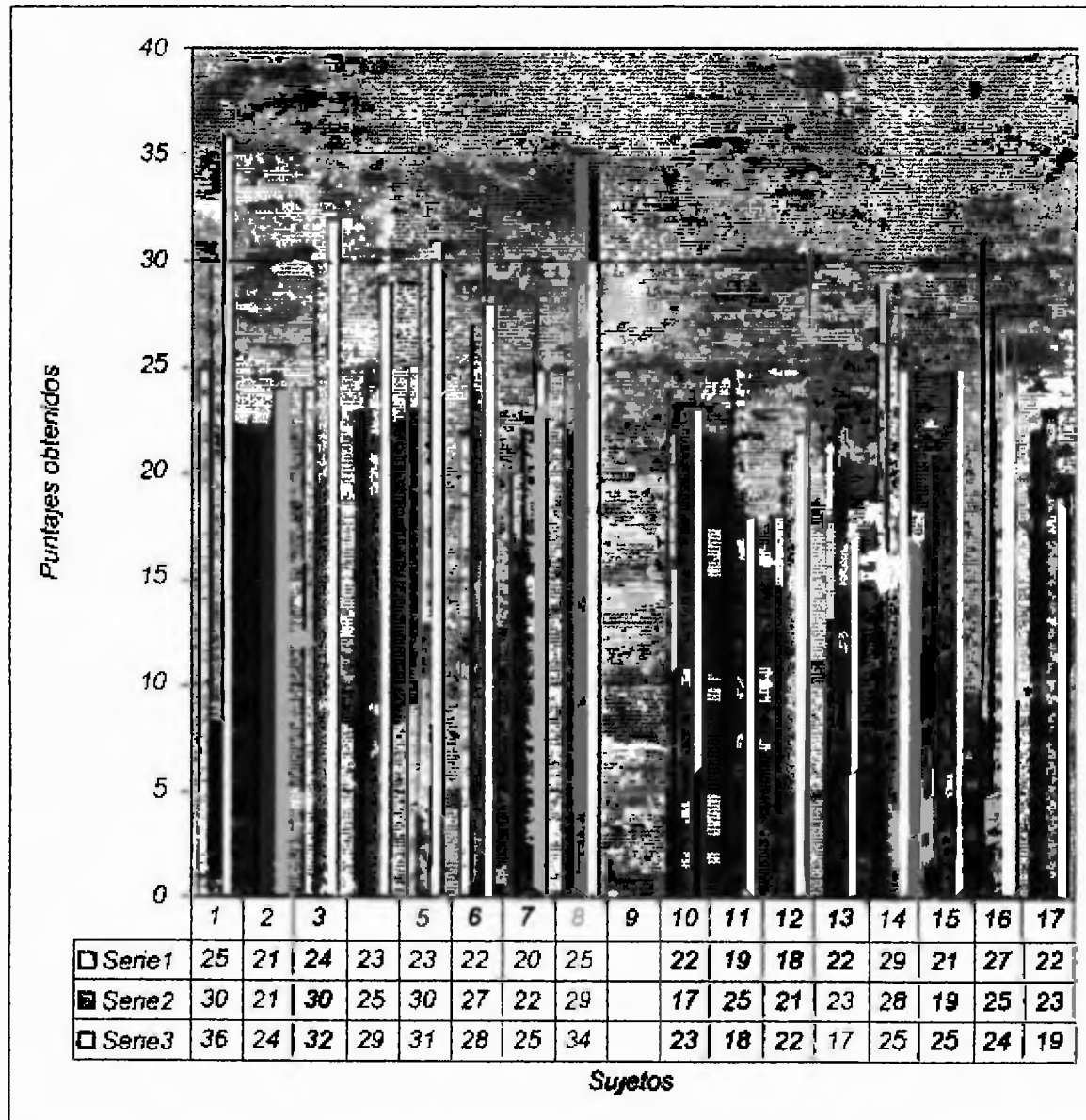
Gráfica No. 14
Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV)
Grupo Control



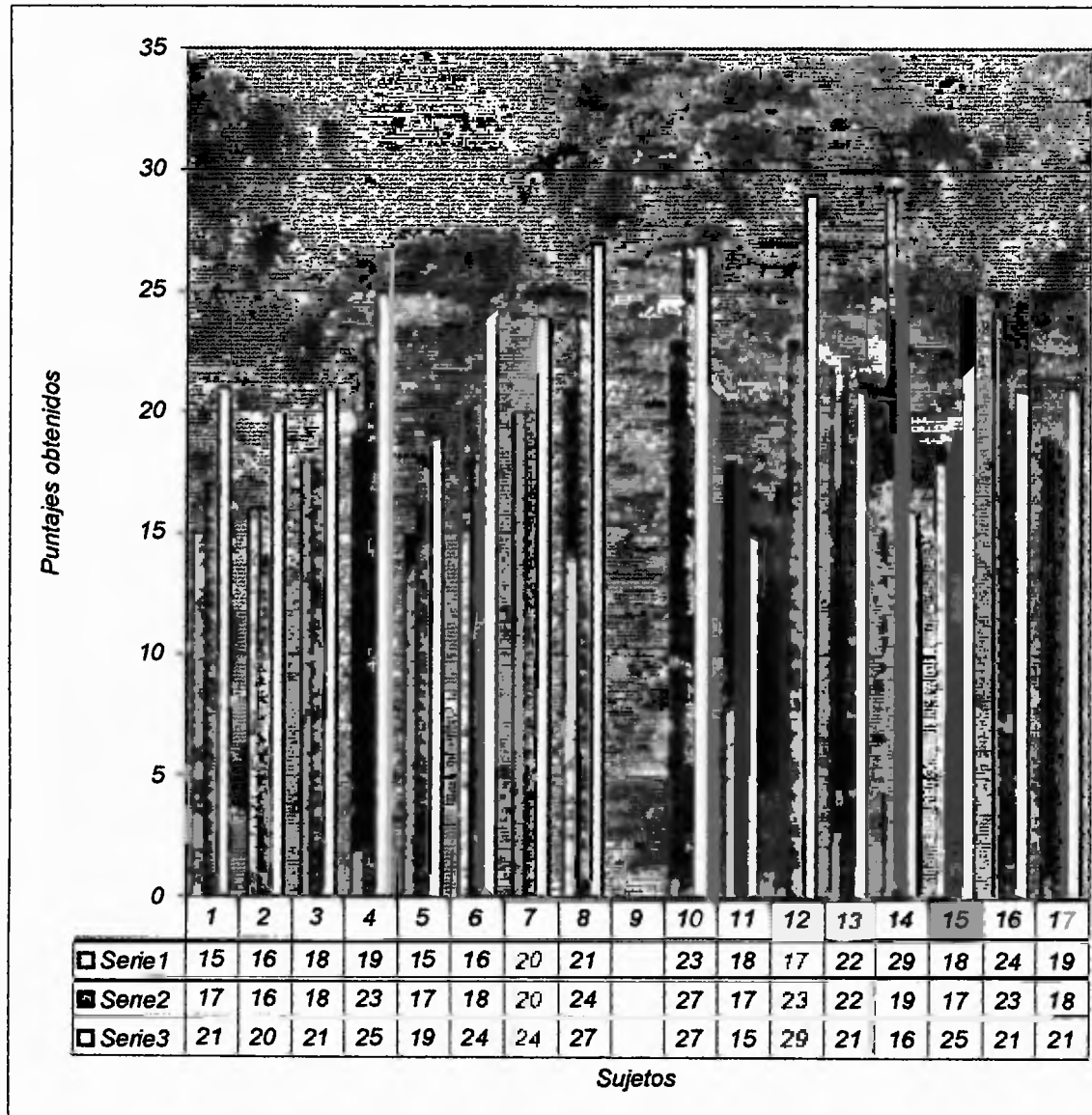
Gráfica No. 15
Mediciones del valor "Total Depresivo" (TD)
Grupo Experimental Vs. Grupo Control



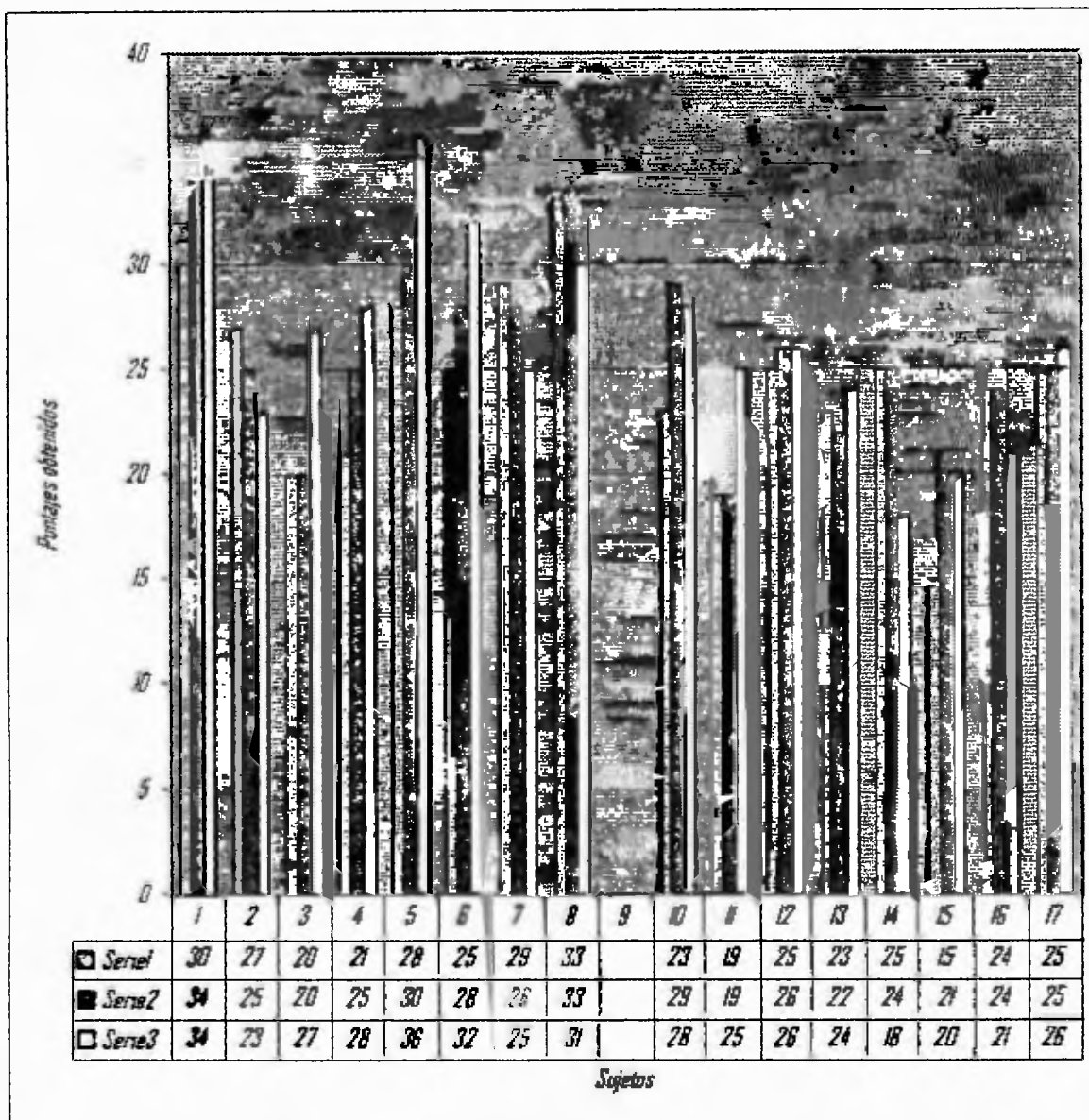
Gráfica No. 16
Mediciones de la variable "Respuesta Afectiva" (RA)
Grupo Experimental vs. Grupo Control



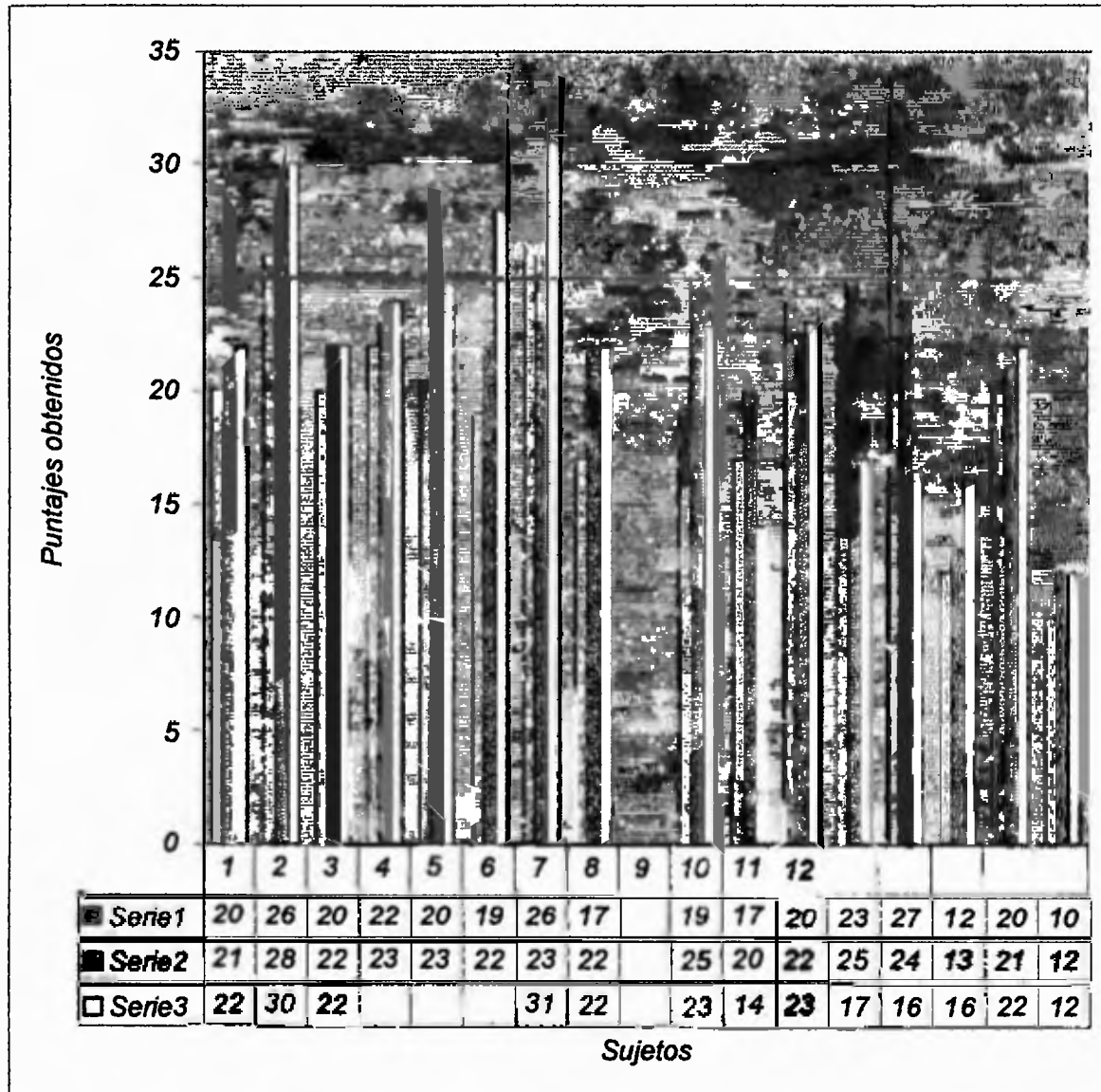
Gráfica No. 17
Mediciones de la variable "Problemas Sociales" (PS)
Grupo Experimental vs Grupo Control



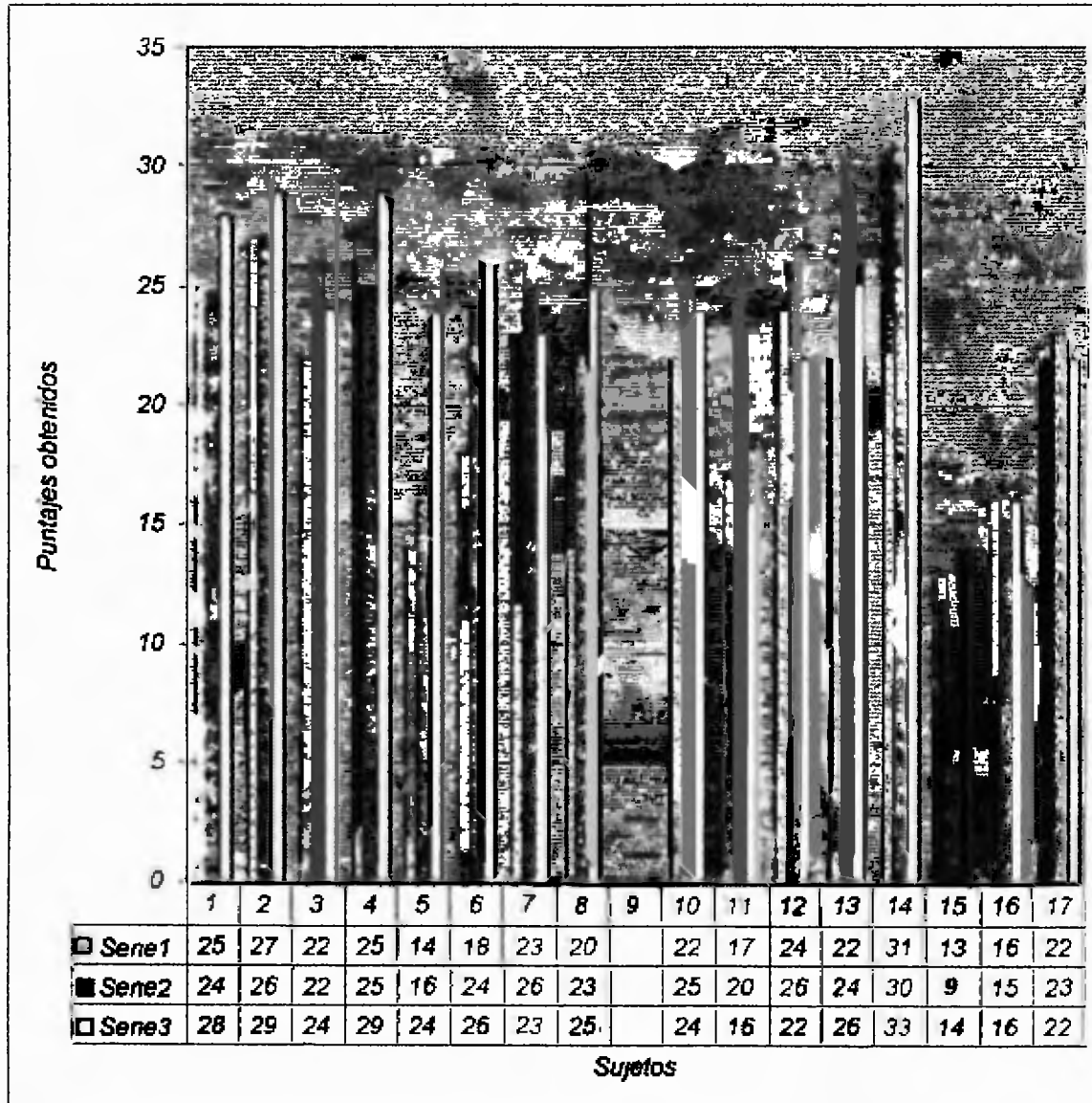
Gráfica 18
Mediciones de la variable "Auto Estima" (AE)
Grupo Experimental Vs Grupo Control



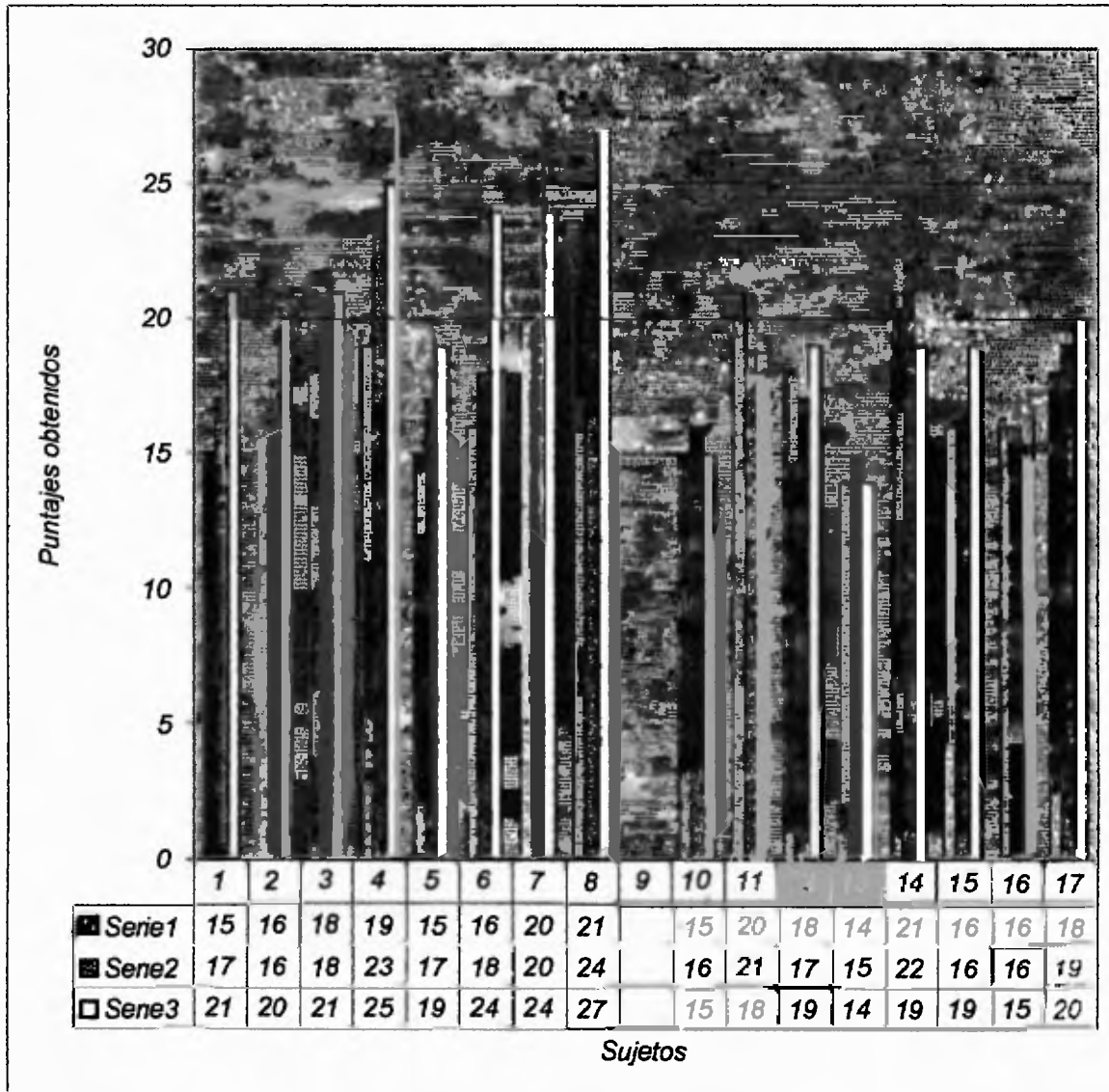
Gráfica No. 19
Mediciones de la variable "Preocupación por la Muerte y/o la Salud" (PM/S)
Grupo Experimental vs Grupo Control



Gráfica No. 20
Mediciones de la variable "Sentimientos de Culpa" (SC)
Grupo Experimental vs Grupo Control



**Gráfica No. 21,
Mediciones de la variable "Depresivos Varios" (DV)
Grupo experimental vs Grupo Control**



INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación entramos a la parte medular de esta investigación, analizar e interpretar los resultados obtenidos tanto por el grupo experimental como por el grupo control en las diferentes mediciones de las variables participantes y determinar si hay efecto de tratamiento al comparar los resultados de ambos grupos.

El cuadro resumen de resultados (Primer Cuadro), refleja la diversidad de los mismos en relación a los efectos del tratamiento; éstos se pueden resumir de la siguiente manera: El tratamiento fue efectivo en dos de las seis variables participantes, Respuesta Afectiva (RA) y Depresivos Varios (DV) y pareció tener poco o ningún efecto en las variables Problemas Sociales (PS), Auto-Estima (AE), Preocupación por la Muerte o la Salud (PM/S) y Sentimientos de Culpa (SC). Sin embargo el resultado Total Depresivo (TD), que es la sumatoria de los resultados de las seis variables refleja efectividad del tratamiento.

Teniendo en cuenta que la puntuación Total Depresivo (TD) es la suma de los puntajes obtenidos en las variables participantes en la investigación y que por tanto es en este puntaje donde se refleja el resultado global, se puede interpretar que la Terapia Cognitiva Conductual parece ser efectiva en el tratamiento de la depresión en niños.

La anterior interpretación, a la luz de los presentes resultados, se convierte en respuesta afirmativa a nuestro planteamiento básico y a nuestra hipótesis sobre la efectividad de este tipo de tratamiento en niños.

En lo sucesivo, entraremos a analizar los resultados del tratamiento en cada una de las variables tomando en cuenta los reactivos que componen la sub-escala y los componentes psicológicos de la variable en mención.

Iniciamos por la variable Respuesta Afectiva (RA) que alude al estado de humor de los sentimientos del niño, tales como sentimientos de tristeza en la escuela, deseos de estar muerto, deseos de llorar, sensación de que no vale la pena vivir y de desdicha cuando se está lejos de casa. La efectividad del tratamiento en esta variable se puede vincular a las sesiones de reestructuración cognitiva que constituyen cinco de las doce sesiones. La identificación de ideas irracionales, el debate de los pensamientos automáticos y las diferentes técnicas de reestructuración cognitiva pueden ser las responsables de estos resultados.

En segundo lugar, se observan resultados significativos que indican efectividad del tratamiento en la variable Depresivos Varios (DV).- Esta incluye una serie de reactivos que cuestiona al niño en sus pensamientos y conductas depresivas tales como creer que se sufre mucho en la vida, sentirse triste cuando alguien se disgusta con él, el no poder contener el llanto cuando se disgusta, el sentirse desdichado por tareas escolares, preocupación por la salud de sus padres, sueños con accidentes o muertes, sensación de frustración cuando no se logran las cosas esperadas y creer que no se llegará a ser nadie en la vida.

Tal como lo señala el marco teórico que sustenta esta investigación, la Terapia Cognitiva cumple su objetivo cuando logra cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. En vista de que se ha comprobado que tanto adultos como niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar de que tienen la capacidad para cambiar las cosas hacia algo mejor, es así que los niños contemplan el entorno, desde una perspectiva desesperanzada, Kazdin (1983)⁹⁵.

Según Beck (1984)⁹⁶, la meta de todas éstas técnicas es estimular el cambio de ideas, creencias, atribuciones, mediante una sustitución de las negativas por otras positivas de sí mismo, del mundo y del futuro.

Si se observó cambios en esta variable, probablemente es porque de alguna forma se cumplieron las metas genéricas de la terapia cognitiva.

Un resultado alentador en esta investigación es el observado en la variable Problemas Sociales (PS). El efecto del tratamiento fue estadísticamente significativo a lo interno del Grupo Experimental aunque al compararlo con el Grupo Control, la diferencia no fue significativa. Lo antes señalado puede ser un indicador de lo sensible que puede ser la variable en mención mediante el tratamiento.

Cuando escuchamos problemas sociales, existe el peligro de asociar el término con trastornos del comportamiento social. En esta investigación, la variable no mide este trastorno, más bien es la adaptación e interacción social,

⁹⁵ KAZDIN, A.E. (1983) Historia de la Modificación de la Conducta Bilbao. I Edición

⁹⁶ BECK, A T., (op. cit.)

aislamiento y soledad del niño. Esta variable cuestiona sobre el pensamiento que puede tener el niño de que nadie se preocupa por él, sensación de soledad en casa escuela y otros lugares, incapacidad de mostrar lo triste que se siente por dentro, sensación de inutilidad e incompreensión por parte de los demás.

El resultado alentador del que hicéramos mención, se puede deber precisamente a que las cogniciones del niño pueden ser sensibles a la reestructuración cognitiva, mediante la identificación de ideas irracionales, el debate de los pensamientos automáticos y las diferentes técnicas propias de este tipo de intervención.

Así como se le puede atribuir a las diversas técnicas de la reestructuración cognitiva, los cambios observados en las variables antes descritas, también es preciso interpretar qué factores pueden haber causado poco o ningún cambio en las variables restantes.

Si observamos la variable Auto-estima (AE), los resultados estadísticos indican ningún efecto del tratamiento. Esta variable, integrada por ocho reactivos que hacen alusión a los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su estima, cuestionan sobre la sensación de poca valía que puede experimentar el niño, lo descontento que puede estar consigo mismo, el auto rechazo y vergüenza por su aspecto o comportamiento, el sentimiento de odio experimentado hacia sí mismo, creer que es un niño malo o que no sirve para nada y que incluso no puede ser tan bueno como quiere ser.

El desarrollo y fortalecimiento de la autoestima ocupa una de las doce sesiones del tratamiento, dentro del módulo del desarrollo de la asertividad y

parece ser que no es suficiente cantidad de sesiones para operar cambios. El marco teórico nos señala dos aspectos relevantes sobre la autoestima: Un grupo de autores señala que la depresión es una de las conexiones más frecuentemente asociadas a una autoestima baja. Añaden que una prueba de esta conexión son las aparentes similitudes cognitivas entre niños deprimidos y la auto-estima baja: (Harter, 1993; Ellis y Harper 1977, Burns 1980 En: Mruck 1998)⁹⁷. Otro grupo de investigadores añade que la autoestima y la salud psicológica se relacionan con consecuencias psicológicas favorables en diversas situaciones psicológicas. Este vínculo entre autoestima y conducta incluye correlaciones entre autoestima y el alto funcionamiento del ego, el ajuste personal, el control interno, la probabilidad de resultados terapéuticos favorables, el ajuste positivo a grupo de iguales y la autonomía. Bernard (1989)⁹⁸

Si tomamos el aporte de ambos grupos de investigadores e interpretamos el resultado de esta variable podemos comprender que el poco efecto de tratamiento probablemente se deba a lo deteriorado de la autoestima en el grupo de niños participantes y con ello el resultado terapéutico desfavorable tal como lo señala el segundo grupo de investigadores. Se desprende, evidentemente, que una de las recomendaciones para futuros estudios, será profundizar en lo relativo a la autoestima en grupos de niños con características similares a los que participaron en esta investigación.

⁹⁷ MRUCK CHRIS. (op.cit)

⁹⁸ BEDNAR, R., WELLS, G., y PETERSON (1989) *Self-esteem: Paradoxes and innovations in clinical theory and practice*. Washington D.C. APA

Las preocupaciones por la muerte y/o la salud parecieron no variar o variar muy poco en el grupo de niños bajo tratamiento y al comparar este grupo con el control, no se observó diferencias. Esta subescala está integrada por siete reactivos que alude a los sueños y fantasías del niño en relación con su enfermedad y muerte, incluyendo: poca valía, sensación de cansancio, falta de deseo de hacer cosas, falta de energía por las mañanas, sensación de estar muerto por dentro y tendencia a automutilarse. Estos reactivos, por su naturaleza cognitiva cuestionan pensamientos, conductas e intenciones que son síntomas de la depresión y que parecen estar bien arraigados en las cogniciones del sujeto.

La poca efectividad del tratamiento en ésta y otras variables, parece coincidir con las conclusiones de algunos investigadores (Liddle y Spence 1990 En: Barrio (1997)⁹⁹ que no encuentran diferencias con este tipo de intervención entre el grupo experimental y el grupo control.

Otra variable que pareció poco sensible al tratamiento fue la que mide los Sentimientos de Culpa (SC). Esta variable está integrada por ocho reactivos que se refieren a la auto punición del niño, entre los que se incluye la sensación de dejar mal a sus padres, de sentir que se hace algo terrible en contra de ellos, que se les molesta mucho, que merece castigo por parte de éstos, que no los ama y escucha suficientemente, que no se merece lo que recibe de éstos, además de una sensación de enfermar a los padres con su comportamiento.

⁹⁹ BARRIO V M^º Del (op.cit)

Si hacemos un estudio detallado de los contenidos de las sesiones terapéuticas, se observará que la tendencia está orientada a la reestructuración cognitiva de los pensamientos, creencias e ideas que perturban al niño y a la adquisición de habilidades para mejorar la adaptación sobre todo con el grupo de iguales. La tendencia antes mencionada, hace poco énfasis a la reestructuración cognitiva en relación a las figuras paternas. Lo antes mencionado nos lleva necesariamente a hacer de esto una recomendación.

Por otro lado y en este mismo sentido, hay que considerar que los niños participantes en esta investigación forman parte de una población cuyas experiencias tempranas difíciles con sus padres los han llevado a ser protegidos por Aldeas Infantiles SOS. Estas relaciones parentales deficientes y en muchos casos patogénica durante la primera infancia, puede explicar la culpa experimentada por los niños expuestos a este tipo de relación durante sus primeros años y su instauración como procesos cognitivos arraigados en los pensamientos, ideas y sentimientos de los afectados.

La interpretación de estos resultados, variable por variable, nos ha llevado a una mayor comprensión de la Depresión en Niños y el análisis de los efectos del tratamiento desde la Terapia Cognitiva-Conductual. También nos lleva a confirmar que el tratamiento es efectivo considerado globalmente, sin embargo, en la sección de recomendaciones haremos observaciones relativas a la extensión del número de sesiones así como a la profundización de tópicos específicos.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Este estudio investigó el efecto de una intervención terapéutica para la depresión en niños, utilizando la terapia cognitiva-conductual. Los resultados son variados y apuntan hacia diversas conclusiones, que presentamos a continuación:

1. La terapia cognitiva conductual para el tratamiento de la depresión en niños parece tener buenos resultados. Lo anteriormente expresado se desprende de los hallazgos de esta investigación y del marco teórico que la sustenta.
2. La efectividad del tratamiento cognitivo-conductual para la depresión en niños encontrado en esta investigación, corrobora el aporte de algunos autores (Kazdin, French, Unis y otros 1983; Battle, 1987; Frías y Mestre, 1994 En: Barrio 1998), los cuales señalan que la efectividad del tratamiento se da en la medida en que se cumplan las metas genéricas de la terapia cognitiva entre las que se encuentran: que el niño logre identificar los pensamientos negativos y su relación con la depresión, que logre identificar los errores cognitivos y sustituir estos errores por

pensamientos adaptativos y que finalmente logre mejorar la auto-eficacia desarrollando habilidades relacionadas.

3. Tal como lo señala el marco teórico que sustenta esta investigación, la terapia cognitiva cumple su objetivo cuando logra cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo. En vista de que se ha comprobado que tanto adultos como niños deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos, a pesar de que tienen la capacidad para cambiar las cosas hacia algo mejor.
4. La meta de todas éstas técnicas es estimular el cambio de ideas, creencias, atribuciones, mediante una sustitución de las negativas por otras positivas de sí mismo, del mundo y del futuro.
5. Entre los cambios conductuales y cognitivos observados en los niños que formaron parte del grupo experimental se puede mencionar: mejor manejo de los diversos estados de humor tanto en casa como en la escuela, la aceptación y manejo de los sentimientos tales como deseos de llorar y tristeza y la autoaceptación de sus pensamientos e ideas sobre sí mismos y los demás.
6. Los cambios antes mencionados fueron observados de varias maneras, una de ellas fue a través del análisis de las respuestas dadas al Cuestionario de Depresión para Niños, en el que se evidenció cambios estadísticamente significativos entre las

diferentes mediciones a lo largo del proceso teraéutico. También algunas formas de comportamiento durante las sesiones, tales como mayor capacidad de expresar ideas, pensamientos y sentimientos así como mayor facilidad para defender sus puntos de vista de manera asertiva parecen formar parte de los efectos del tratamiento.

7. Normalmente la autoestima de los niños, como la de los adultos, se fragua a partir del juicio de los otros. La opinión que tenemos de nosotros mismos se basa en gran medida en lo que hemos oído o en lo que creemos que los otros piensan o dicen de nosotros. En este sentido la terapia cognitiva-conductual facilita la reestructuración de los pensamientos y sentimientos asociados a la autoestima mediante el debate de las creencias irracionales y la discusión de los pensamientos automáticos que se presentan en los niños. En esta investigación, la variable autoestima pareció no mejorar significativamente, este fenómeno puede explicarse por los intrincados factores que integran la autoestima y por ende, la necesidad de profundizar más sobre este tema en el proceso terapéutico.
8. Son diversas las áreas de disfunciones relacionadas con la depresión en niños, una de ellas es la presencia de una marcada incompetencia social. Los niños con fácil comunicación social encuentran apoyos y facilidades para la resolución de todo tipo de

problemas. El entrenamiento de habilidades sociales, que incluye habilidades de comunicación verbal y no verbal además de entrenamiento en asertividad parece ser fundamental en este tipo de técnica cognitivo-conductual.

9. Al inicio del proceso terapéutico, se observó en los niños participantes un déficit en la interacción social que a su vez fue reportado por los cuidadores en el cuestionario básico de depresión. Al final del tratamiento se observaron cambios en el estilo de participación, en la forma organizada de llevar la discusión de un tema específico, en la modulación del volumen de voz, el incremento del contacto visual y la expresión corporal en general.
10. La adaptabilidad social parece ser uno de los síntomas predominantes de la depresión en niños. En efecto observamos al inicio de las sesiones cierta tendencia al aislamiento, a la participación y a la falta de cooperación interactiva entre los niños participantes. Un rasgo predominante fue la poca motivación y la apatía a las actividades que requería expresión frente a los demás o de algunos sentimientos personales y la falta de interés en actividades que no implicaran cierto grado de entusiasmo y motivación. A medida que transcurrieron las sesiones terapéuticas, se observaron cambios paulatinos que permitieron una mejor interacción en el grupo terapéutico.

11. Se ha señalado repetidamente desde el marco del cognitivismo la correlación existente entre cogniciones negativas, estilo atributivo negativo, falta de control, deficiente resolución de problemas y depresión. Con frecuencia, los niños aprenden de sus padres estilos cognitivos desajustados, oyendo a éstos hacer atribuciones negativas, críticas e inadecuado manejo de los sentimientos. La terapia cognitiva-conductual para la depresión en niños incluye técnicas de autocontrol y de resolución de problemas. Aunque los cambios no fueron estadísticamente significativos entre el grupo experimental y el grupo control en la variable adaptación social, es de esperar que los niños participantes hayan incorporado los principios básicos de éstas sesiones y de algún modo les permita aplicarlos en su vida cotidiana.
12. El abuso infantil puede ser considerado como uno de los factores que mas perturban a los niños. Hay muchas razones para considerarlo así, puesto que se ha demostrado que los padres abusadores son en una alta proporción personas que han sido abusadas, y que generalmente son psíquicamente enfermas o consumidores de droga. Las secuelas que esta conducta paterna puede producir en los niños son variadas, pero una de las más habituales es la depresión. Si observamos el anexo N° 9 podemos constatar los diferentes factores de riesgo a los que fueron

expuestos los niños participantes en este estudio durante su infancia y niñez.

- 13.** Las historias de los niños que formaron parte de esta investigación incluyen la experiencia de múltiples factores de riesgo para la depresión, entre los que se incluye: Separación o muerte de uno o ambos padres, enfermedades prolongadas de los padres o del niño que incluye hospitalizaciones prolongadas, cambios frecuentes de cuidadores, rupturas de vínculos afectivos recientes, fracaso escolar y un fracaso en la vinculación con amigos y pares, entre otros. Lo anterior nos lleva necesariamente a plantear programas de intervención con una mayor cantidad de sesiones, que permitan al niño deprimido desarrollar mayor confianza en el grupo de apoyo terapéutico y con ello transformar parte de sus cogniciones.
- 14.** El apoyo familiar en todas sus formas se perfila como uno de los elementos más eficaces en la prevención de todo tipo de problemas en la infancia y la niñez y por supuesto también de la depresión. Lo anterior nos lleva a concluir, que en futuras intervenciones, hay que incorporar necesariamente el trabajo con los padres o cuidadores de los niños participantes.
- 15.** Variables como la autoestima, adaptación social, sentimientos de culpa y preocupaciones por la muerte o la salud parecen estar estrechamente vinculadas a estabilidad emocional del niño. La

ausencia o presencia en exceso de ellas se puede considerar desencadenante principal de la depresión. La terapia cognitiva conductual va encaminada a restaurar la estabilidad de estas variables mediante la interacción con niños de la misma edad mediante un programa estructurado específicamente sesión por sesión referentes a estos puntos.

16. Finalmente podemos concluir que para un mayor efecto de este tratamiento cognitivo conductual, se requiere ampliar el número de las sesiones, sobre todo las enfocadas hacia temas como la autoestima, sentimientos de culpa y preocupaciones por la muerte y la salud, que parecieron no registrar cambios significativos como efecto del tratamiento.

RECOMENDACIONES

RECOMENDACIONES

Después de todo lo expuesto, a través de los hallazgos obtenidos en este estudio y en relación a estudios sobre este tema, se puede afirmar lo siguiente:

Cuando se trata de niños con depresión y que provienen de poblaciones con historias similares a los que participaron en este estudio vale la pena hacer una redistribución de las sesiones para incluir al menos 3 sesiones de autoestima y una más de resolución de conflictos. De este modo se puede esperar que algunas variables relativas a estos aspectos puedan sufrir mayores efectos.

Se recomienda la necesidad de diseñar tratamientos diferenciales que permitan corroborar la eficacia de este tipo de tratamiento, precisamente en variables en las cuales no pareció haber efectos estadísticamente significativos.

A pesar del énfasis dado a las terapias cognitivas, centradas en la modificación del pensamiento del sujeto, en el caso de los niños, es una constante la colaboración y participación de los padres en dichas terapias. También es frecuente la inclusión de los padres como sujetos de terapia cuando hay la presencia de depresión, crítica excesiva, modificación de su conducta para que actúen como modelos.

¿Cuál fue la distorsión cognitiva número 5 de Ana Luisa? _____

¿Qué hago Yo cuando tengo esta distorsión cognitiva número 5? _____

¿Cuál fue la distorsión cognitiva número 6 de Ana Luisa? _____

¿Qué hago Yo cuando tengo esta distorsión cognitiva número 6? _____

Quinta Sesión Módulo de Reestructuración Cognitiva

I Tema: EL ABC de la reestructuración cognitiva

GUIA PARA EL TERAPEUTA:

Según, Ellis A, (1987). para ilustrar estos principios básicos, el terapeuta puede empezar preguntando a los niños una cuestión: pedir al más joven que piense acerca de por qué los niños de características similares reaccionan de formas tan diferente ante la misma situación. Si una situación, un acontecimiento, o un suceso causa nuestras emociones, entonces deberían tener el mismo sentimiento en la misma situación. Un ejemplo concreto sería: si nieva, algunos jóvenes son felices, otros están enfadados, y otros se asustan. "Por qué", se pregunta al niño, "¿dónde está la diferencia?". Algunos proponen la respuesta de que deben estar pensando o imaginando cosas diferentes. Otra forma de ilustrar este principio es descubrir cómo nuestros sentimientos acerca de algo o alguien pueden cambiar si nuestros pensamientos cambian. Los niños pueden requerir muchas experiencias e ilustraciones concretas antes de que ellos se apoderen de los factores esenciales de los ABC. (Ellis A, 1987).

PAUSA PARA PREGUNTAS Y RESPUESTAS

GUIA PARA EL TERAPEUTA:

Al enseñar la base del modelo ABC a niños, a menudo es útil usar un gráfico para ilustrar la relación entre los sucesos activadores, los pensamientos (auto-conversación), y las consecuencias. Frecuentemente se utiliza un gráfico de "sucesos pensamientos-sentimientos-conductas" para enseñar el insight básico. Se explica que cuando (1) algo te sucede, (2) piensas lo que sucedió, (3) los pensamientos te llevan a un sentimiento, y (4) el sentimiento afectará a cómo reaccionas. La secuencia se presenta así: ¿Qué sucedió? ¿Qué fue lo que pensaste? ¿Qué fue lo que sentiste? ¿Qué hiciste? (Ellis A, 1987).

GUIA PARA EL TERAPEUTA:

El modelo de Ellis para la reestructuración cognitiva sigue la secuencia fácilmente recordable de ABCDE, que describe tanto el proceso de pensamiento disfuncional como un modelo para remediarlo. A continuación se presenta el paradigma y una explicación detallada:

- A- Acontecimiento Activador
- B- Sistema de Creencias
 - Ci- Creencia Irracional
 - Cr- Creencia Racional
- C-Consecuencias

- C- Discusión
- D- Discusión
- E- Efecto
 - Ea- Efectos Afectivos
 - Ecc-Efectos Conductuales
 - Ecg-Efectos Cognitivos

El acontecimiento activador (A) es la situación (incluyendo fantasías o recuerdos) que inicialmente se piensa como una causa de los estados emocionales negativos o desagradables.

El sistema de creencias (B) es el acontecimiento mediador que liga el acontecimiento activador con las consecuencias.

El sistema de creencias racionales, son aquellas cogniciones que sustituyen las creencias irracionales como resultado de completar con éxito un ejercicio de reestructuración cognitiva.

La consecuencia (C) es el estado emocional comúnmente considerado causado por el acontecimiento activador pero que realmente resulta de la combinación de A+B.

La discusión (D) es utilizada para el proceso de desafiar la lógica o racionalidad del sistema de creencias irracionales. Los miembros del grupo aprenden a cuestionar los fundamentos lógicos de sus creencias irracionales.

Sexta Sesión

Módulo de Asertividad

1 Tema: Introducción a la Asertividad

TERAPEUTA:

El comportamiento agresivo es descrito como la negación de los sentimientos y derechos del otro, culpando a los otros, insultando y haciendo comportamientos que dañan a esa persona y tienden a producir una actitud defensiva de esta persona.

El comportamiento no asertivo es descrito como no defender los derechos propios y no expresar los sentimientos de uno mismo.

El comportamiento asertivo se caracteriza por no violentar ni los derechos de uno mismo ni el derecho de los demás. Consiste en expresar los sentimientos y preferencias propios de una manera directa, honesta y adecuada. El comportamiento asertivo muestra respeto hacia los sentimientos de otras personas y facilita la comunicación.

TERAPEUTA:

Vamos a repasar lo que sucede con Ana Luisa y cómo practica la asertividad.

Antes Ana Luisa estaba muy disgustada con sus primos porque le decían negra y fea, ella había intentado muchas formas de mejorar el trato con sus primos y se dio cuenta que tenía que defenderse de forma mas asertiva. Fue entonces cuando decidió no disgustarse mas con ellos, no corretearlos, insultarlos o ponerse a llorar. Ana Luisa empezó a pedir respeto, a hacerle ver a sus primos que ella era una niña con mucho valor como persona y que por ser de otro color, otra raza, por ser pobre o por no vivir con sus padres valía menos que ellos. Sus primos empezaron a comprenderla sobretodo porque ella no fue grosera con ellos, muy por el contrario, se sintieron respetados por Ana Luisa, se dieron cuenta que ella tenía razón y que la estaban molestando por algo que no era importante. Ana Luisa empezó a ser más feliz porque se aceptaba más a ella misma, se podía defender de los otros poniendo el respeto y el valor de cada persona como lo mas importante. Eso es ser asertivo.

TAREA: PARA CASA

1. ¿Qué es el comportamiento agresivo? _____

2. ¿Qué es el comportamiento no asertivo? _____

3. ¿Cómo se caracteriza el comportamiento asertivo? _____

4. ¿Cómo estaba Ana Luisa antes? _____

5. ¿Qué decidió Ana Luisa después? _____

6. ¿Qué empezó a hacer Ana Luisa? _____

7. ¿Qué empezaron a hacer los primos? _____

8. ¿Cómo se sintió Ana Luisa después? _____

8. Haga una historia de un niño que le haya sucedido lo mismo que Ana Luisa

_____ ¿Qué
 he hecho cuando me pasa lo de Ana Luisa? _____

INDICACIONES PARA EL TERAPEUTA:

El entrenamiento en asertividad, puede describirse a los participantes como otro método para disminuir la ansiedad y la depresión. Habitualmente, el comportamiento asertivo es escaso en personas con depresión y en muchas ocasiones es un antídoto efectivo para estas emociones o al menos una buena forma de prevenirlas. Los niños deprimidos se creen incapaces e inapropiados, y esto les genera una gran inseguridad que les lleva a ceder terreno y a sentirse cada vez menos firmes y capaces.

La meta de todo entrenamiento en asertividad es enseñar al niño a defenderse sin recurrir a la agresión ni a la huida. La estrategia más utilizada aquí para el incremento de la asertividad es la representación de situaciones (*role-playing*)

Se pueden proporcionar ejemplos de niños que se sienten deprimidos a consecuencia de no haber expresado sus sentimientos o no haber perseguido activamente sus metas en la vida. Ejercer un papel activo, incrementando los comportamientos asertivos, puede aliviar un estado de ánimo depresivo.

Séptima Sesión

Módulo de Asertividad

Tema: Entrenamiento de Habilidades Sociales

El otro componente de la asertividad, es el nivel actual de competencias necesario para actuar convenientemente de manera asertiva. La mayoría de los casos los comportamientos asertivos incluyen: (1) contacto visual, (2) expresión facial, (3) gestos y postura corporal, (4) tono, inflexión y volumen de la voz, (5) tiempo y (6) contenido. Estos componentes de la asertividad se definen así:

- **Contacto Visual:** El contacto visual es extremadamente importante para transmitir una imagen asertiva. La ausencia del contacto visual puede transmitir mensajes indeseados como: "estoy muy nervioso" o "no creo lo que estoy diciendo".
- **Tono de voz:** Incluso el mensaje más asertivo puede perderse si se transmite en un tono de voz demasiado bajo. Esto da la impresión de seguridad o temor. Por otro lado, un mensaje que se transmite en un tono de voz demasiado alto puede distraer al receptor y ponerse a la defensiva.
- **Postura:** Una posición adecuadamente asertiva puede variar de una situación a otra. Como regla general se debe intentar mantener el cuerpo erguido en una postura que no se a rígida (connotando tensión), ni demasiado relajado (con lo cual podría parecer poco respetuoso o no serio).
- **Expresión facial:** Un problema común que puede diluir el mensaje asertivo de una persona es que la expresión de su rostro no sea congruente con lo que esté diciendo. Por ejemplo sonreír mientras se afirma "eso me pone furioso", transmite al oyente un mensaje confuso y no revela el mensaje deseado.
- **Tiempo:** La afirmación asertiva mejor construida puede ser desaprovechada si se presenta en un momento inadecuado. El objetivo entonces es entrenar a los niños a dirigir sus peticiones en el momento adecuado para así ser más asertivos.
- **Contenido:** Todos los comportamientos asertivos adecuados mencionados pueden verse arruinados si el contenido del mensaje suena acusador y agresivo o indeciso, temerosos y pasivo. El contenido ideal de

una afirmación asertiva es preciso, descriptivo y directo.

ACTIVIDAD DURANTE LA SESION

TERAPEUTA:

"En esta tarea integraremos los elementos necesarios para ser niños asertivos y hábilmente sociales"

La metodología será mediante dramatización de situaciones específicas en las cuales debemos presentar habilidades sociales tales como: contacto visual, postura corporal, gestos adecuados, utilizar las manos para lo que queremos decir, además de los elementos de asertividad que son decir las cosas en el momento adecuado, sin violar los derechos de los otros y de uno mismo y sin que se sienta que el mensaje agresivo.

Presentamos 5 dramas que se deben desarrollar:

1. Un niña quiere organizar una liga interna de deporte (bolibol, futbol, beisbol, etc.) y solicita a los demás su cooperación.
2. Una niña quiere resolver un problema que tiene con otras niñas en la escuela, le pide cooperación a los otros y opiniones de cómo resolver esta situación.
3. Una niña está disgustada con la tía que la cuida y quiere expresarle sus sentimientos y no sabe cómo. Las otras niñas y niños deberán darle opiniones de cómo hacerlo sin herir y utilizando las habilidades sociales y asertividad.
4. Ha ocurrido un problema en la casa en relación a unos alimentos que se comieron de la nevera. El moderador será el papá y culpará a los niños y niñas, ellos se defenderán siendo sin agresividad y mostrando respeto.
5. En esta situación los niños quieren despedir a una prima que se va para una otro país. En esta ocasión expresarán sus sentimientos a la niña que se va, demostrando amor cariño y alegría porque va a superarse a buenas escuelas a donde va. La niña que se despide también expresará lo que siente por su partida y le dirá a sus compañeras que las quiere mucho.

Observaciones: _____

Octava Sesión Módulo de Asertividad

Tema: Autoestima

La principal actividad de esta sesión consiste en trabajar sobre las trampas del sentido común, que nos alejan a nuestro sentido de merecimiento. Estas trampas son procesos muy poderosos. Nos ayudan a experimentarnos como menos merecedores de lo que realmente somos y a atravesar las situaciones vitales como si fuéramos genuinamente inmerecedores, por lo tanto nos atrapan en nuestra propia historia. No nos referimos a esos momentos en que realmente afrontamos retos vitales y fracasamos en los mismos.

La técnica terapéutica denominada "Fortalecer el Merecimiento", que es la primera fase de esta sesión y suele ser una técnica muy agradable, ya que va destinada a ayudar al niño a ponerse en contacto con sus cualidades positivas (merecedoras) y a hacerlo en un entorno colaborador donde los otros niños pueden afirmarlo.

METODOLOGÍA:

Se le pide a los niños participantes que completen una lista preelaborada que señala como título "Mis cualidades positivas". Que escriban de 8 a 10 cualidades o atributos positivos de sí mismos.

La segunda parte del ejercicio está destinado a reforzar la lista. El modo de hacerlo consiste simplemente en leer la lista por la mañana y por la noche. Además, se observa que cuando los individuos leen esta lista en voz alta ante sus compañeros, esto puede producir un dramático efecto reforzante en sí mismo.

OBSERVACIONES PARA EL TERAPEUTA:

Algunas veces los niños se sienten incapaces de completar tal listado y se pueden negar. Esto puede ocurrir por dos razones. Por una parte, los niños tienden a buscar logros o características significativas: la mayoría de nosotros tendríamos dificultad para encontrar una cantidad de estos. Así es importante comentar en el grupo que hay muchas pequeñas cosas que pasamos por alto y sin embargo también son indicadores de merecimiento, como ser un buen hermano, ser un buen estudiante. Por otra parte, la auto-estima baja puede interferir con la capacidad del niño para percibir o identificar aspectos de competencia o merecimiento de sí mismos. Por lo tanto, puede ser útil ofrecer algunos ejemplos realistas y darles el tiempo necesario para completar la lista, aunque ocasionalmente algunos de ellos no logren completarla.

La lectura de la lista de cualidades positivas puede ser un momento de auto-estima importante. Habitualmente se empieza por decirles que es correcto manifestar aspectos positivos de uno mismo y esto pone el grupo en marcha. Hay que asegurarse que todos tengan la oportunidad. Se puede esperar que algunos niños lloren al comprobar que disponen de algunas cualidades positivas, identificables y reales que parecen haber sido ignoradas u olvidadas.

Una ganancia extra de esta técnica es que el resto del grupo observa la importancia de este momento y responde con algún comentario como "siempre he visto eso en ti", o aplauden espontáneamente. Estos pueden ser momentos muy conmovedores y fortalecen ciertamente la auto-estima. Además de lo anteriormente expuesto, el grupo parece desarrollar un alto grado de identidad de grupo.

Formato de la sesión "Fortalecer el Merecimiento "

A. Listado de Características positivas: (Sappington, 1989)

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

B. Comentario en grupo (lectura en voz alta)

Novena Sesión

Modulo de Resolución de Conflictos

Tema: Resolución de conflictos

Este nuevo módulo, está diseñado para estudiar aquellas áreas de la vida del paciente que continúan generándole problemas. El módulo está dirigido a ayudar al niño a colocar sus problemas en perspectiva proporcionándole un medio para resolver sus dilemas actuales y futuros.

El módulo de resolución de problemas va a utilizar las áreas de competencias precedentes para desarrollar estrategias dirigidas a resolver los desafíos y obstáculos que impidan una vida afectiva.

GUIA PARA EL TERAPEUTA:

La resolución de problemas intenta proporcionar una estructura para la consideración y el abordaje formal de aquellos problemas que no se pueden resolver fácilmente. Dentro del contexto terapéutico de grupo, se pide a los niños participantes que usen diferentes recursos para crear soluciones alternativas a los problemas de cada uno de los miembros del grupo. Sank L. & Shaffer C. (1984).

Es importante señalar que este entrenamiento en resolución de conflictos, está diseñado para estudiar aquellas áreas de vida que continúan generándole problemas al niño en su relación con otros. Este entrenamiento está dirigido a: (1) ayudar al niño a colocar sus problemas en perspectiva (2) proporcionarle al niño un medio de resolver sus dilemas actuales y futuros.

La presencia continuada de problemas persistentes no resueltos proporciona de por sí malestar y puede desembocar en dificultades psicológicas perturbadoras como trastornos del humor.

Los niños a menudo se angustian, o se sienten infelices, porque no tienen las habilidades para manejar una situación. Si alguien les molesta, pueden no saber otra forma de manejar la situación que pelearse. A muchos niños les gustaría tener más amigos pero no saben cómo conseguirlos. Estas retiradas sociales de los niños pueden o no causarles niveles debilitantes de ansiedad interpersonal que les provenga de encontrarse con otros. La terapia incluye evaluar los déficits en las habilidades prácticas de los niños que pueden estar teniendo que ver y creando alguna angustia en él y en los demás.

Cuando los problemas emocionales acompañan a los prácticos, la resolución de los problemas prácticos puede funcionar como una forma de

debate conductual. Por ejemplo, un niño podría decirse, "Nunca seré capaz de acabar todos mis deberes; estoy desesperado", y se siente deprimido.

Enseñándole habilidades prácticas para pensar cómo organizarse mejor y ser más eficiente y forzándola a esforzarse realmente acabará sus deberes, sus recientemente adquiridas habilidades conductuales proporcionan evidencia para rechazar la creencia contraproducente y llegar a reducir el estrés emocional.

Al enseñar habilidades prácticas, se busca proporcionar instrucciones tanto sobre cómo pensar acerca de un problema práctico así como la forma de ir resolviéndolo. (DiGiuseppe y Bernard, 1983; Waters, 1982) han llegado a un formato de resolver problemas prácticos que puede emplearse fácilmente, incluso con niños muy pequeños, e incluye los siguientes pasos (Waters, 1982):

Identificación del problema: Este primer paso requiere que el niño repase los antecedentes del problema: su historia, su recurrencia y los intentos de resolución anteriores. El niño con la ayuda del grupo define el problema con precisión, tomando en cuenta cualquier factor de complicación.

Formulación de metas: el niño tiene que aprender a responder a la siguiente pregunta: ¿qué significaría la resolución de este problema?

Genera tantas soluciones alternativas como puedas: Tras el reconocimiento del objetivo general, se le pide al paciente que realice una "lluvia de ideas", generando tantas alternativas al problema como le sea posible. Esto se hace de una manera no crítica sin formular juicios de valor, haciendo especial énfasis sobre la cantidad y la construcción de las alternativas sugeridas.

Retrocede y evalúa cada solución alternativa: En esta oportunidad se entrena al niño a evaluar las alternativas pensando tanto en las consecuencias positivas como negativas y se eliminan las soluciones absurdas.

5. Toma decisiones: en base a las evaluaciones realizadas en los pasos anterior se le enseña al participante a decidir que alternativa o alternativas tienen mayor probabilidad de resolver el problema. Sank L. & Shaffer C. (1984), (DiGiuseppe y Bernard, 1983; Waters, 1982)

La forma principal en que terapia lleva a cabo las metas en la etapa final de la terapia es a través de las tareas. Una vez que el joven cliente acepta la posibilidad y deseabilidad de cambiar, el terapeuta tiene la suficiente fuerza de "pedir" que el cliente "haga una o dos cosas entre

las sesiones encaminadas a poner en práctica lo aprendido". (Waters, 1982):

Décima Sesión

Modulo de Resolución de Conflictos

Tema: Guía Práctica de Resolución de Problemas

INFORMACIÓN PARA EL TERAPEUTA:

Esta sesión se centra en la relación entre auto-estima y competencia. La meta es fortalecer esta dimensión de la auto-estima ayudando a los participantes a incrementar su capacidad para manejar retos vitales con mayor efectividad. El instrumento simple más poderoso para este fin es probablemente la técnica de resolución de conflictos. Después de todo, tal capacidad debería aumentar el número de oportunidades de éxito en situaciones muy variadas y ayudar a crear más casos de éxito.

Podríamos considerar que este aspecto del programa es existencial, porque su finalidad específica es incrementar nuestra capacidad para manejar los retos de la vida desde los rutinarios hasta los heroicos, que son parte de la vida y que se sabe se encuentran en el núcleo de la auto-estima como fenómeno vital.

Como se comentaba en la ficha de introducción de este módulo, aplicaremos el programa de entrenamiento elaborado por D'Zurilla y Goldfried, cuyo trabajo fue adaptado por Pope et al. (1988) para aplicar a poblaciones infantiles. Se ha escogido este método porque es teóricamente razonable, compatible con nuestra teoría fenomenológica, razonablemente bien investigado y relativamente simple. Se ha demostrado útil para trabajar tanto con niños como con adultos.

Se inicia introduciendo la resolución de problemas mediante el procedimiento de la sesión anterior. Se diseña para familiarizar a los participantes con el proceso de una forma similar a la empleada con las distorsiones cognitivas. Se presenta cada paso del proceso de un modo preciso y claro y se subraya que la resolución de problemas es una destreza conductual compleja cuyo aprendizaje requiere tiempo y práctica.

Se le menciona a los niños los pasos y después se les escribe en la pizarra. El terapeuta puede mencionar un problema de su vida personal que no sea excesivamente personal ni complejo y se elabora mediante el proceso paso a paso: se identifica el problema, se define y se describe cómo se ha llegado a reconocerlo.

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS

Basado en D'Zurilla & Goffried (1971), modificado de Pope, A., McHale, S., Craighead, E. (1988), Mruk Chns en Autoes-estima, Investigación y Práctica (1995)

TERAPEUTA:

Teoría sobre la Resolución de Problemas:

Ideas básicas

- a. Sentimientos = nos permiten saber que un problema debe ser resuelto.
- b. Pensamientos = Nos ayudan a entender mejor el problema.
- c. Conductas = Nos permiten resolver el problema.

2. Pasos de la Resolución de conflictos

- a. Reconocer la existencia de un problema
- b. Para y pensar
- c. Seleccionar una meta
- d. Pensar en las posibles soluciones
- e. Pensar en las posibles consecuencias
- f. Seleccionar la mejor solución, la más realista
- g. Elaborar un plan de acción detallado.

Hoja de Resolución de Problemas

<u>Pasos:</u>	<u>Procedimiento</u>
1. ¿hay un problema?	Buscar señales emocionales
2. Parar y pensar	Preguntar en qué consiste
3. Decidir una meta:	Preguntar qué es lo que quiero
4. Pensar en soluciones	Sugerir todas las soluciones que se nos ocurran
a. _____	
b. _____	
c. _____	
d. _____	
5. Pensar en las consecuencias	¿Qué pasaría si...?
a. _____	
b. _____	
c. _____	
d. _____	
6. Seleccionar la mejor	¿Cuál puedo aceptar mejor?

a. _____

7. Establecer un plan Qué hacer paso a paso

- a. _____
 b. _____
 c. _____
 d. _____

8. Aprender Práctica, mucha práctica

TERAPEUTA:

Practicaremos algunos conflictos a los que nos enfrentamos diariamente y que requieren la aplicación de la técnica de resolución de conflictos. Se plantearán algunas alternativas a algunos problemas y los participantes evaluarán si está correcto o no.

Problema: Estoy triste porque creo que sacaré malas notas para este bimestre:

- a) me pondré a llorar
- b) no saldré más de la casa
- c) me diré a mi mismo que soy un fracasado
- d) no tengo derecho a nada
- e) pensaré que no me ha ido bien pero no es que soy un fracasado.

Problema: El director está disgustado conmigo y no se que hacer.

- a) ahora me alejaré de ir a la oficina para que no me vea
- b) tengo deseos de matarlo
- c) ojalá se choque en el carro
- d) pueda ser que le pase algo a sus hijos
- e) el director es un hombre muy malo y por eso le tengo odio

Problema: Mi tía se la pasa reclamando que no hago las cosas bien y eso me pone muy disgustada.

- a) mi tía es una mujer mala
- b) quisiera que se muriera ahora mismo
- c) yo debo ser una chica mala cuando la tía se la pasa regañándome
- d) voy a intentar hablar con mi tía

Problema: Los niños me andan molestando y poniéndome sobrenombres

- a) todos esos niños que me molestan son unos infelices y desgraciados.
- b) si pudiera los mataría a todos
- c) creo que yo soy la niña más infeliz que pueda existir porque a mí es que más molestan.
- d) en verdad yo soy una niña fea.
- e) creo que me molestan porque son mis compañeros y ellos saben también que tengo cosas buenas porque también lo han dicho.

Décima Primera sesión
Modulo de Resolución de Conflictos

Tema: Identificación de Problemas

TERAPEUTA:

En realidad, la técnica de resolución de conflictos es bastante fácil de enseñar y relativamente fácil de aplicar a las situaciones adecuadas. El mayor desafío es hacer que los miembros del grupo reconozcan en que problemas resulta adecuado aplicar esta técnica, y reconozcan personalmente lo valiosa que esta técnica es para ellos.

Resulta curioso señalar que el método que ha demostrado ser más útil para conseguir que los pacientes aprendan cuando deben aplicar la estrategia de resolución de problemas, ha sido precisamente una variación de la técnica de resolución de problemas

Reiteramos que para una adecuada resolución de conflictos, debemos recordar que hay que seguir varios pasos: Identificar el problema, ponerse metas de que se quiere lograr, buscar alternativas y evaluar las alternativas.

Ahora veamos como podríamos resolver los siguientes problemas:

1. Llegar temprano a la escuela. _____

2. Cómo hacer dinero en tiempo libre. _____

3. Como conseguir que me dejen ir al cine. _____

4. Cómo hacer para que alguna persona que está enojada conmigo se reconcilie. _____

5. Cómo hacer que todos los niños cuiden y limpien su cuarto. _____

6. Cómo lograr mejores notas para este bimestre. _____

7. Cómo conseguir que no me regañen tanto _____

Décima Segunda Sesión Integración de todo"

Tema: Integrando todo

GUIA PARA EL TERAPEUTA:

La sesión # 12 está diseñada para proporcionar a los participantes una comprensión de cómo se combina juntos los 3 módulos, complementándose unos con otros, y cómo su utilización puede llevar a una mayor sensación de eficacia y auto-control. Esta sesión requiere que los niños participantes recuerden sus objetivos originales, que evalúe de nuevo sus áreas al cabo de las 12 sesiones. Al volver la vista hacia cómo eran y los objetivos que se habían fijado, los miembros del grupo tienen la oportunidad de contemplar, con una perspectiva mejor y con mejores competencias, como tal vez han estado infravalorando su grado de incapacidad y situando sus miras a un nivel muy bajo.

Los miembros del grupo son requeridos para describir de nuevo sus problemas y metas presentes, actualizando su descripción a la luz del progreso efectuado. Los problemas que aún perduren son discutidos desde una perspectiva estratégica: como pueden utilizar las nuevas competencias para la eliminación de sus problemas.

Por último, también se proporciona a los miembros del grupo la oportunidad potencialmente amenazante pero extremadamente valiosa de dar refuerzo personal.

Hay que señalar que es ésta la última sesión de grupo y muchos niños del grupo contemplan esta sesión como la última oportunidad de estar juntos y darse unos a otros buenos deseos. También se presenta esta sesión como la oportunidad de dar y recibir feedback constructivo acerca de los progresos efectuados y oportunidades futuras de crecimiento.

En esta sesión que es la de cierre, integraremos los elementos de reestructuración cognitiva, entrenamiento de habilidades sociales, asertividad y resolución de conflictos.

Dramatización de situaciones:

1. El Director se dirige a una de las niñas y le explica sobre la necesidad de cambiarla de Escuela y de casa porque se ha comportado mal últimamente. El Director se torna agresivo ante la niña y ella trata de ser asertiva utilizando las formas adecuadas de manejar la situación.

Repasar con cada uno de los niños participantes.

2. Un gran problema ha ocurrido y están acusando a una de las niñas. El problema es que es que están diciendo que está embarazada y eso no es cierto. Todos los otros niños están molestos con ella. La niña trata de defenderse pidiendo respeto, comprensión y explicando el problema que ha ocurrido.
3. Todos los niños están acusando al director de que es un agresivo, poco asertivo y que no sirve para nada y que además es un mal padre, mal director y que le cae mal a todos. El director aclara las situaciones de manera asertiva.
4. Vamos a celebrar una gran fiesta y queremos que nos salga lo mejor posible, para esto queremos la colaboración de cada uno y que de forma asertiva expongan la forma en la que van a colaborar.

ANEXO No. 8

Este anexo contiene la información de las generales de cada sujeto tanto del grupo experimental como del grupo control. Contiene además los resultados del **Cuestionario Básico de Depresión en Niños**, de la (*American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998*) respondido por la madre encargada de los niños y subsiguientemente el resultado de las diferentes mediciones según la escala de Depresión para Niños (CDS).

SUJETO # 1 GRUPO EXPERIMENTAL

Nombre	C N
Edad	10 años
Fecha de Nacimiento	21 de marzo de 1990
Nombre de la madre	C. G
Nombre del Padre	G. M
Procedencia	Tribunal Tutelar de Menores
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil de Panamá
Fecha de Ingreso	30 de diciembre de 1991
Escuela	Octavio Méndez Pereira
Grado que cursa	IV Grado
Caso Social	Maltrato
Antecedentes personales y familiares	<p>C. N. Fue abandonada en conjunto a su hermana H K por su madre, en casa de la abuela de las niñas. La madre de esta menor dejó en casa de la abuela, las menores, so-pretecto de ir a comprar comida. La madre de estas menores, observaba conductas inadecuadas tales como drogadicción, prostitución y negligencia para con sus hijas. Ambas niñas, presentaban un alto grado de desnutrición, por lo que se hizo necesario ingresarlas a Nutre Hogar hasta que mejoraran su condición física y estuvieran fuera de riesgo. Su abuela, de escasos recursos económicos, se negó hacerse cargo de las menores, aduciendo alcoholismo y conducta difícil por parte de su esposo, lo que vendría a empeorar la ya deteriorada estabilidad emocional de las menores.</p> <p>Se desconocen mayores datos sobre las generales de los progenitores. Desde su ingreso en Aldea Infantil SOS. Ambas niñas han observado conductas agradables. En lo particular, los reportes conductuales de C.N la señalan como una niña hiperactiva, inquieta, que le cuesta lograr concentración en un solo tipo de tareas.</p>
Atenciones Psicológicas previas	Sí
Diagnóstico psicológico	Déficit de atención con hiperactividad ✓
Atención Psiquiátrica previa	Sí
Uso de medicamentos	Metilfenidato (ritalina) 10 mg/día

Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid

CUESTIONARIO BASICO DE DEPRESION EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	SI
6	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	NO
8	Parece con falta de cariño	NO
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	NO
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	NO
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15	Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	NO
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	NO
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		12
PORCENTAJE DEPRESIVO		46 %

Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (CDS)

(1) muy de acuerdo, (2) de acuerdo, (3) no estoy seguro, (4) en desacuerdo, (5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	3	4
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	3	3
4	A menudo creo que valgo poco	4	4	4
5	Prendo muchas veces que dejo mal a mis padres	1	3	3
6	Me despierto a menudo durante la noche	2	2	4
7	Creo que se sufre mucho en la vida	1	2	3
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	3	4
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	4	4	5
10	A veces me gustaría estar ya muerto	3	4	3
11	Me siento sólo muchas veces	3	5	5
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	3	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	3	3	4
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	4	4	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	2	2	3
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	3	4
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	4	3
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	4	4	5
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	3	4
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	3	4	4
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	3	4	3
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	4	4	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	3	3	3
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	3	4	3
25	Me divierto con las cosas que hago	3	4	4
26	Frecuentemente me siento triste	2	3	4
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	1	2
28	A menudo me odio a mí mismo	2	4	4
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	2	2	3
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	2	2
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	1	1	2
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	3	4
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	2	3
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	4	5
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	1	2
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	4	5	5
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	2	3
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	3	4
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	3	3	3
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	3	5	5

41	Soy una persona muy feliz	3	2	1
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	3	5	5
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	1	2	3
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	4	5	5
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	5	3	2
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	3	4
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	2	2	3
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	3	5	4
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	3	2	5
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	5	5
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	1	1
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	5	3	3
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	4	1	2
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	2	4
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	1	1	2
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	3	4
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	3	5
58	Creo que mi vida es desdichada	5	2	2
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	1	2	3
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	5	4	4
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	5	5	5
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	1	2
63	Tengo muchos amigos	2	3	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	3	4
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	2	4
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	1	2

*Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
Escala Cuestionario de Depresión para niños
Diseño del cuadro: el autor de la investigación. Lic. Isaías Madrid*

SUJETO # 2
GRUPO EXPERIMENTAL

Nombre	C S
Edad	9 años
Fecha y lugar de Nacimiento	Cabo verde. Calidonia 2° de Dic 1987
Nombre de la madre	O. C.
Nombre del Padre	---
Procedencia	Tribunal Tutelar de Menores
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil S.O S. Panamá
Fecha de Ingreso	20 de Diciembre de 1987
Escuela	Escuela República de Ecuador
Grado que cursa	VI año
Caso Social	Maltrato y riesgo Social
Antecedentes personales y familiares	<p>Proveniente de una familia numerosa, de 8 hermanos en donde el mayor tiene 18 años. Su hogar, totalmente disfuncional en donde la denuncia de uso de drogas fue uno de los motivos que obligó la intervención de las autoridades. Las primeras visitas de las autoridades revelaron escenas de consumo y tráfico de drogas. Las denuncias hacían alusión a desnutrición en los niños de esa gran familia, lo cual fue corroborada por los trabajadores sociales estatales.</p> <p>Víctima de violencia intrafamiliar, los hermanos la castigaban, además hay reportes de consumo de alcohol por parte de la madre y consumo de "piedra" por parte del padre. Según consta en informes, el padre consumía drogas en su hogar en presencia de los menores. La madre y los hermanos, a fin de evitar que los niños se expusieran a éstas escenas, abandonaron la casa.</p> <p>La alternativa que se presentaba es que se fueran al interior, a Penonomé donde la abuela de la niña.</p> <p>Posterior a las investigaciones, la niña, pasa a la protección del Hogar San José Malambo en conjunto tres hermanos más Permanecen en ese lugar por más de una semana y es cuando la Juez Primera Seccional, pide a Aldeas Infantiles SOS, cupo para el grupo de hermanitos</p> <p>Desde entonces, han permanecido en Aldeas Infantiles SOS, los cuatro hermanos, en la misma casa bajo los cuidados del personal</p>
Atenciones Psicológicas previas	Solo de tipo evaluativas
Atención psiquiátrica previa	No
Diagnóstico psicológico	No

*Fuente Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid*

CUESTIONARIO BASICO DE DEPRESION EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERISTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	SI
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	NO
6	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	NO
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	SI
10	Da constantes muestras de aburrimiento	NO
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	SI
15	Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	SI
23	Parece Irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	NO
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		19
PORCENTAJE DEPRESIVO		73%

*Fuente Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)*

Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isafas Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS CDS

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	3	3	2
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	2	1
4	A menudo creo que valgo poco	4	2	2
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	2	3	4
6	Me despierto a menudo durante la noche	2	2	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	2	3	1
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	4	2	1
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	3	1
10	A veces me gustaría estar ya muerto	3	3	4
11	Me siento sólo muchas veces	3	3	3
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	4	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	4	4	3
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	3	3	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	3	1	3
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	3	4
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	5	5
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	4	3	4
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	3	3
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	3	4	4
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	4	4	3
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	4	4	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	3	3	3
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	3	4
25	Me divierto con las cosas que hago	2	3	5
26	Frecuentemente me siento triste	2	2	2
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	2	2
28	A menudo me odio a mí mismo	2	2	2
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	3	2
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	2	2
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	1	2
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	1	2	3
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	2	3	4
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	2	3	3
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	2	1	2
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	4	3	3
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	3	4	4
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	3	4
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	1	1	2
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2	3	4

41	Soy una persona muy feliz	2	4	5
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	3	3	3
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	1	1	5
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	4	3	3
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	3	5	4
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	5	3	4
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	1	2	3
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	3	5
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	2	5	5
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	1	2	2
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	2	4
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	3	2	3
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	5	5
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	4	5
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	1	4
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	4	5
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	4	4
58	Creo que mi vida es desdichada	3	2	5
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	1	2	2
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	4	5	5
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	3	4	3
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	2	1
63	Tengo muchos amigos	2	3	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	2	4	5
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	3	4	5
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	2	1

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
Escala Cuastonano da Depresión para niños

Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isafas Madrid

SUJETO # 3
GRUPO EXPERIMENTAL

Nombre	G. L.
Edad	10 años
Fecha de Nacimiento	21 Marzo de 1990
Nombre de la madre	Sofía Gutierrez Lopez
Nombre del Padre	Se desconoce
Procedencia	Hogar del Niño (Cruz Roja), Tribunal Tutelar de Menores
Lugar actual de Residencia	Aldeas Infantiles S.O.S. Panamá
Fecha de Ingreso	30 de Diciembre de 1991
Escuela (1999)	República de Japón
Grado que cursa	IV Grado
Caso Social	Abandono
Historia Clínica	G. L. de generales descritas previamente, fue dado en calidad de custodia a Aldeas Infantiles SOS por parte del Tribunal Tutelar de Menores en donde había permanecido por situación social de abandono. Según se desprende de su historia. G.L. permaneció durante los primeros meses después de su nacimiento en la Cruz Roja Nacional, en donde se le brindaban los cuidados básicos. Su alimentación consistía en pure de papa, que era lo único que el niño prefería y por tanto tuvo una carencia en alimentación balanceada, evento que lo llevó a desarrollar una desnutrición que parece todavía dejar su huella. El motivo por el que fue admitido en Aldeas Infantiles S.O.S. se debió principalmente a extremo deterioro de la personalidad de su madre debido al consumo de drogas, el padre se negaba a reconocerlo y los familiares no podían responsabilizarse de los cuidados del menor. Una vez ingresado en Aldeas SOS hay reportes que lo señalaban como un niño tierno, cariñoso y que gozaba de mucha simpatía por su comportamiento. Según consta en su expediente, en evaluaciones realizadas a 1 año de edad, era un niño cariñoso, juguetón, despierto e inteligente
Evaluaciones psicológicas previas	Según consta en su expediente, en evaluaciones realizadas a un año de edad, era un niño cariñoso, juguetón, despierto e inteligente (no hay diagnóstico) La 1ª evaluación psicológica formal fue noviembre de 1999
Diagnóstico psicológico Noviembre de 1998	Déficit atencional, retraso en el desarrollo físico y motor, rasgos de depresión y ansiedad, problemas ambientales y psicosociales, problemas de adaptación.
Uso de medicamentos	Metilfenidato (ritalina) 10 mg/día ✓

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3.	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	NO
4	Poca autoestima	SI
5.	Rasgos de inutilidad	SI
6.	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	NO
8.	Parece con falta de cariño	NO
9.	Tiende a autoculparse	SI
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12.	Parece faltar de energía	NO
13	Parece descontento	NO
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	SI
15	Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	NO
22.	Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23	Parece Irritable	NO
24	Tiene explosiones de mal humor	NO
25.	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	NO
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		7
PORCENTAJE DEPRESIVO		39%

Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (CDS)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	4	4
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	3	1
4	A menudo creo que valgo poco	1	2	2
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	1	3	3
6	Me despierto a menudo durante la noche	3	2	2
7	Creo que se sufre mucho en la vida	3	4	2
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	3	4
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	3	3
10	A veces me gustaría estar ya muerto	3	3	4
11	Me siento sólo muchas veces	3	3	3
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	4	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	4	4	3
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	4	4	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	3	1	3
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	3	4
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	1	2	3
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	4	3	4
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	3	3
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	3	4	4
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	4	4	3
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	4	4	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	3	3	3
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	3	4
25	Me divierto con las cosas que hago	1	2	3
26	Frecuentemente me siento triste	2	2	2
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	2	2
28	A menudo me odio a mí mismo	2	2	2
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	3	2
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	2	2
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	1	2
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	3	4
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	2	3
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	2	3	3
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	2	1	2
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	4	3	3
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	3	4	4
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	3	4
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	1	1	2
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2	3	4

41	Soy una persona muy feliz	1	2	3
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	3	4	4
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	2	3
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	5	3	5
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	5	3	3
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	3	3
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	1	2	3
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	3	4
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	1	2	3
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	5	5
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	1	4
52.	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	4	1	2
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	4	3	3
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	2	2
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	1	4
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	3	4
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	1	2	3
58	Creo que mi vida es desdichada	5	5	5
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	2	2	2
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	1	3	5
61.	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	1	2	5
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	2	1
63	Tengo muchos amigos	2	3	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	2	3
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	5	5
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	2	1

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid

SUJETO # 4
GRUPO EXPERIMENTAL

Nombre	M. E.
Sexo	Femenino
Edad	11 años
Fecha de Nacimiento	22 de Febrero de 1989
Nombre de la madre	M. M.C.M.
Nombre del Padre	J.N.M.
Procedencia	Tribunal Tutelar de Menores
Lugar actual de Residencia	Aldeas Infantiles SOS
Fecha de Ingreso	23 de Junio de 1995
Escuela	República de Japón
Grado que cursa	V grado
Antecedentes personales y familiares.	<p>E. M. en conjunto con 2 hermanos fueron abandonados por sus padres. La madre tiene problemas de adicción. Según se desprende de declaraciones en el expediente, E. M. a los tres años de edad vivía con su abuela y era víctima de malos tratos por parte del esposo de la abuela el cual le pegaba a la niña cuando esta se encontraba jugando con sus hermanitas, además de la constante exposición a palabras soeces. También consta en el expediente testimonio de vecinos que veían llegar a la abuela a altas horas de la noche con la niña. Un vecino se mostraba preocupado por la situación de la niña y denunció ante las autoridades esta situación.</p> <p>Ante la situación de abuso, a la que fue expuesta, el Juez de menores dictó la sentencia que permitía su ingreso a Aldeas Infantiles SOS. Según consta en su expediente, ha mantenido una buena salud física desde infante. Su rendimiento académico ha sido regular desde kinder hasta la actualidad.</p>
Atenciones Psicológicas previas	Sólo evaluación psicológica el 10 de junio de 1994, a los 6 años de edad.
Diagnóstico Psicológico	Inmadurez de ejecución que se consideraban indicadores de lesiones cerebrales mínimas. Denotó agresividad latente y un nivel de inteligencia promedio.
Atención psiquiátrica previa	No hay

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	NO
6	Denota desamparo	NO
7	Desesperanza	NO
8	Parece con falta de cariño	NO
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	NO
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15	Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	NO
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	NO
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		9
PORCENTAJE DEPRESIVO		39%

*Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)		I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	1	2	3
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	3	4	4
4	A menudo creo que valgo poco	2	2	3
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	5	3	5
6	Me despierto a menudo durante la noche	5	3	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	3	3	3
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	1	2	3
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	3	4
10	A veces me gustaría estar ya muerto	1	2	3
11	Me siento sólo muchas veces	2	5	5
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	2	1	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	4	1	2
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	4	3	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	2	2	2
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	1	4
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	3	4
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	1	2	3
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	5	5	5
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	2	2
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	1	3	5
22	A veces tengo que ir a casa de mis padres	1	2	5
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	1	2	1
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	3	4
25	Me divierto con las cosas que hago	1	2	3
26	Frecuentemente me siento triste	2	5	5
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	1	2	1
28	A menudo me odio a mí mismo	2	3	4
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	2	4	4
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	3	1
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	1	2	2
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	1	3	3
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	3	2	2
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	4	2
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	2	3	4
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	2	3	3
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	3	3	4
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	3	3
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	3	4	4
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	4	4	3

41.	Soy una persona muy feliz	4	4	3
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	3	1	3
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	3	4
44.	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	1	2	3
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	4	3	4
46.	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	3	3
47.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	3	4	4
48.	Pienso que no es nada malo disgustarse	4	4	3
49.	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	4	4	3
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	3	3	3
51.	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	3	4
52.	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	1	2	3
53.	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	2	2
54.	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	2	2
55.	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	2	2
56.	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	3	3	2
57.	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	2	2
58.	Creo que mi vida es desdichada	2	1	2
59.	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	2	3	4
60.	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	1	2	3
61.	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	3	3
62.	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	2	1	2
63.	Tengo muchos amigos	4	3	3
64.	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	3	4	4
65.	Hay mucha gente que se preocupa por mí	3	3	4
66.	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	1	2

Fuente Datos obtenidos en diferentes mediciones
Escala Cuestionario de Depresión para niños
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isafas Madrid

**SUJETO # 5
GRUPO EXPERIMENTAL**

Nombre	N.Y.
Edad	11 años
Fecha de Nacimiento	13 de Julio de 1988
Nombre de la madre	D.N.G.
Nombre del Padre	-
Procedencia	Panamá
Lugar actual de Residencia	Aldeas SOS Panamá
Fecha de Ingreso	3 de Enero de 1997
Escuela	República de Ecuador
Grado que cursa	V grado
Caso Social	Orfandad
Antecedentes familiares Personales y	<p>Según consta en su expediente, la madre de N.Y. falleció en 1997 a consecuencia de una infección generalizada en el cuerpo, (tuberculosis, riñones, hongos en la boca y sopecha de SIDA. Esta Sra. tuvo un total de 12 hijos con diferentes cónyuges. ocho de ellos tomaron diversos destinos antes de la muerte de su madre y cuatro quedaron totalmente desprotegidos, por lo que el Tribunal Tutelar de Menores entregó en custodia a Aldeas Infantiles SOS Panamá , De los cuatro menores, N.Y. es la menor.</p> <p>Desde su ingreso a Aldeas Infantiles SOS, N.Y. ha observado un comportamiento dentro de lo regular y su aprovechamiento académico está dentro del término medio, y en algunos bimestres ha sido destacada como brillante. En ocasiones se torna irritable, le grita a los demás y es sensible al llanto.</p>
Atenciones Psicológicas previas	No hay
Atención psiquiátrica previa	No hay
Diagnóstico psicológico	No hay

*Fuente Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	SI
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	NO
6	Denota desamparo	NO
7	Desesperanza	SI
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece falto de energía	SI
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15	Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	SI
23	Parece Irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		16
PORCENTAJE DEPRESIVO		61%

*Fuente Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isalás Madrid*

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)		I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	3	2	2
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	3	4	2
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	3	4
4	A menudo creo que valgo poco	2	3	3
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	3	3	4
6	Me despierto a menudo durante la noche	3	3	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	3	2	3
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	3	4
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	4	4
10	A veces me gustaría estar ya muerto	2	3	1
11	Me siento sólo muchas veces	1	2	2
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	1	3	3
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	3	2	2
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	3	4	2
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	2	3	4
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	3	3
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	3	3	4
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	3	3	3
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	4	4
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	4	4	3
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	4	4	3
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	3	1	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	3	4
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	1	2	3
25	Me divierto con las cosas que hago	4	3	4
26	Frecuentemente me siento triste	3	3	3
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	3	4	4
28	A menudo me odio a mí mismo	4	4	3
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	4	4	3
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	3	3	3
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	3	4
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	1	2	3
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	2	2	2
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	2	2	2
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	2	2	2
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	3	3	2
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	2	2
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	2	1	2
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	2	3	4
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	1	2	3

41	Soy una persona muy feliz	2	3	3
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	2	1	2
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	4	3	3
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	3	4	4
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	3	3	4
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	1	1	2
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	2	3	4
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	3	3
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	3	3	4
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	3	3	3
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	3	2
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	2	3	4
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	4	4
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	3	1
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	1	2	2
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	1	3	3
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	3	2	2
58	Creo que mi vida es desdichada	3	4	2
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	2	3	4
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	2	3	3
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	3	3	4
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	3	3	3
63	Tengo muchos amigos	2	4	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	2	3	1
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	1	2	2
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	3	3	5

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isalás Madrid

**SUJETO # 6
GRUPO EXPERIMENTAL**

Nombre	N.D.
Edad	11 años
Fecha de Nacimiento	9 de Sep. de 1989
Nombre de la madre	D. N. G.
Nombre del Padre	--
Procedencia	Panamá
Lugar actual de Residencia	Aldeas SOS Panamá
Fecha de Ingreso	3 de Enero de 1997
Escuela	José Agustín Arango
Grado que cursa	V grado
Caso Social	Orfandad
Antecedentes personales y familiares	<p>N.D. es hermana de N.G. (sujeto que antecede) por lo que la Historia Familiar es la misma. Según consta en su expediente, la madre de N. D. falleció en 1997 a consecuencia de una infección generalizada en el cuerpo, (tuberculosis, ñones, hongos en la boca y sospecha de SIDA.</p> <p>Esta Sra. tuvo un total de 12 hijos con diferentes cónyuges. 8 de ellos tomaron diversos destinos antes de la muerte de su madre y 4 quedaron totalmente desprotegidos, por lo que el Tribunal Tutelar de Menores entregó en custodia a Aldeas Infantiles SOS Panamá, de éstos cuatro hermanos residentes en Aldeas SOS, N.D. es la penúltima</p> <p>N.D. tiene un comportamiento bastante adecuado, sin embargo en ocasiones se torna irritable, con explosiones de mal humor, deterioro en los estudios. Su aprovechamiento académico ha sido un tanto deficiente. Ha oscilado entre el 2.5 y el 3.5 en su historial académico. El comportamiento y actitud en casa está reflejado en la prueba que continúa.</p>
Atenciones Psicológicas previas	No hay
Atención psiquiátrica previa	No hay
Diagnóstico psicológico	No hay

*Fuente Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3.	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	NO
4	Poca autoestima	NO
5	Rasgos de inutilidad	NO
6	Denota desamparo	NO
7	Desesperanza	NO
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	NO
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15.	Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22.	Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	NO
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		9
PORCENTAJE DEPRESIVO		39%

Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
 (Cuestionario elaborado por la American Academy
 of Child and Adolescent AACAP, 1998)
 Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaías Madnd

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

- (1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	4	4	5
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	3	4	3
4	A menudo creo que valgo poco	3	5	5
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	3	3	4
6	Me despierto a menudo durante la noche	3	3	4
7	Creo que se sufre mucho en la vida	4	4	3
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	2	3
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	3	4
10	A veces me gustaría estar ya muerto	2	4	3
11	Me siento sólo muchas veces	4	4	5
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	3	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	3	4	4
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	3	4	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	4	4	3
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	3	3	3
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	3	4	3
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	3	4	4
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	2	3	4
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	1	2
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	2	4	4
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	2	2	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	2	2
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	1	1	2
25	Me divierto con las cosas que hago	2	3	4
26	Frecuentemente me siento triste	1	2	3
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	3	4	5
28	A menudo me odio a mí mismo	1	1	2
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	4	5	5
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	2	3
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	3	3	4
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	3	3	3
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	3	5	5
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	2	1
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	3	5	5
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	1	2	3
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	1	2
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	4	3	3
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	3	4	4
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	3	3	4

	1	2	3
41. Soy una persona muy triste	1	1	2
42. Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	2	3	4
43. Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	1	2	3
44. A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	3	4	4
45. Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	2	2	3
46. Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	5	3	5
47. A veces sueño que tengo un accidente o me muero	5	3	3
48. Pienso que no es nada malo disgustarse	3	3	3
49. Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	1	2	3
50. Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	3	4
51. A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	1	2	3
52. Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	2	5	5
53. A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	1	4
54. A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	4	1	2
55. Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	4	3	3
56. Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	2	2
57. Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	1	4
58. Creo que mi vida es desdichada	2	3	4
59. Cuando estoy fuera de casa me siento triste	1	2	3
60. La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	5	5	5
61. A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	2	2
62. Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	3	5
63. Tengo muchos amigos	1	2	5
64. Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	2	1
65. Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	3	4
66. A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	2	3

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid

**SUJETO # 7
GRUPO EXPERIMENTAL**

Nombre	R. L.
Fecha y lugar de Nacimiento	14 de Junio de 1988, Provincia de Darién, Yavisa
Edad cumplida	11 años 6 meses.
Nombre de la madre biológica	M. B. R.
Nombre del padre biológico	Desconocido
Procedencia	Darién
Lugar actual de Residencia	Aldeas Infantiles SOS Panamá
Fecha de Ingreso	6 de Junio de 1993
Escuela	Escuela República de Ecuador
Grado que cursa	VI Grado
Caso Social	Negligencia en la Infancia
Antecedentes personales y familiares	<p>Según consta en su expediente, Lisbeth proviene de una familia con muchas disfuncionalidades. En el informe social, hay constancia de que gran parte de su familia tiene problemas de alcoholismo, de uso de drogas ilícitas y presencia de enfermedades psiquiátricas.</p> <p>Se presume conducta de consumo de drogas por parte de la madre, y no se descarta la posibilidad de que haya consumido las mismas en pleno período gestacional de L.R, y sabemos que esto puede ser causal de una serie de conductas ulteriores el desarrollo del niño.</p> <p>Antecedentes prenatales, perinatales y postnatales se desconocen al igual que sus primeros años de vida.</p>
Diagnóstico psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad tipo combinado • Problemas académicos • Problemas relacionados con el abuso o negligencia en Infancia. • Sus antecedentes de problemas relativos al grupo primario de apoyo, ambiente social y de vivienda.
Atenciones Psicológicas previas	Sólo evaluación
Atención psiquiátrica previa	No hay

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente.
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas propias	SI
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	SI
6	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	SI
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	SI
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece faltar de energía	SI
13	Parece descontento	SI
14	Parece con entumecimiento psicomotor	NO
15	Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	NO
22	Habla de o trata de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		20
PORCENTAJE DEPRESIVO		76%

Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	3	4	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	2	3
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	5	3	5
4	A menudo creo que valgo poco	5	3	3
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	3	3	3
6	Me despierto a menudo durante la noche	1	2	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	2	3	4
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	1	2	3
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	4	3	3
10	A veces me gustaría estar ya muerto	3	4	4
11	Me siento sólo muchas veces	3	3	4
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	1	1	2
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	2	3	4
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	1	2	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	3	4	4
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	2	3
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	5	3	5
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	5	3	3
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	3	3
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	1	2	3
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	2	3	4
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	1	2	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	5	5
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	1	4
25	Me divierto con las cosas que hago	4	1	2
26	Frecuentemente me siento triste	4	3	3
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	2	2
28	A menudo me odio a mí mismo	2	1	4
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	2	3	4
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	1	2	3
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	5	5	5
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	2	2
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	3	5
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	1	2	5
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	2	1
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	2	3	4
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	1	2	3
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	2	5	5
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	1	2	3
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2	3	4

41	Soy una persona muy feliz	1	2	3
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	4	3	3
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	3	4	4
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	3	3	4
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	1	1	2
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	2	3	4
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	1	2	3
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	3	4	4
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	2	2	3
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	5	3	5
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	5	3	3
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	3	3	3
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	5	5
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	1	2	3
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	3	4
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	1	2	3
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	4	3	3
58	Creo que mi vida es desdichada	3	4	4
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	3	3	4
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	1	1	2
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	3	4
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	2	3
63	Tengo muchos amigos	3	4	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	2	2	3
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	5	3	5
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	3	3	4

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación Lic. Isaias Madrid

SUJETO # 8
GRUPO EXPERIMENTAL

Nombre Abreviado	S. V.
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	30 de Julio de 1988.
Edad cumplida	11 años
Nombre de la madre biológica	J.B.
Nombre del Padre biológico	Desconocido
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	18 de Julio de 1988
Escuela actual	12 años
Grado que cursa	IV grado
Caso Social	Negligencia en la infancia
Antecedentes personales y familiares	<p>Según consta en su expediente, S.V. es el mayor de cuatro hermanos Ingresó a Aldeas Infantiles SOS Panamá por abandono y negligencia en la infancia en conjunto con sus tres hermanos. Según se observa en el expediente del menor, su madre no tiene paradero fijo y la única dirección que se tenía era una casa descuidada e inhabitable en la ciudad de Colón.</p> <p>No hay información adicional sobre S.V. de su nacimiento, crecimiento evolución o sobre sus padres</p> <p>Hay constancia de múltiples visitas de la madre a los menores durante la estadía de éstos en el Tribunal Tutelar de Menores.</p> <p>Desde su estancia en Aldeas Infantiles SOS, los hermanos han observado adecuada conducta y aprovechamiento escolar regular incluyendo a S.V.</p>
Atenciones Psicológicas previas	Evaluaciones psicológicas de rutina
Diagnóstico psicológico	No existe
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS...

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	NO
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	SI
6	Denota desamparo	NO
7	Desesperanza	NO
8	Parece con falta de cariño	NO
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece faltarle energía	SI
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	SI
15	Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	NO
22	Habla de o trata de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	NO
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	NO
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		8
PORCENTAJE DEPRESIVO		34%

*Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)*

Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isalás Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

- (1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)		I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	4	4	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	5	5
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	1	2	3
4	A menudo creo que valgo poco	2	3	4
5	Pienso muchas veces que debo mal a mis padres	1	2	3
6	Me despierto a menudo durante la noche	4	3	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	3	4	4
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	3	3	4
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	1	1	2
10	A veces me gustaría estar ya muerto	2	3	4
11	Me siento sólo muchas veces	1	2	3
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	4	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	2	2	3
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	5	3	5
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	4	5	5
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	2	3
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	3	3	4
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	3	3	3
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	5	5
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	3	2	1
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	3	5	5
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	1	2	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	1	2
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	4	3	3
25	Me divierto con las cosas que hago	3	4	4
26	Frecuentemente me siento triste	3	3	4
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	1	1	2
28	A menudo me odio a mí mismo	2	3	4
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	1	2	3
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	3	4	4
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	2	3
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	5	3	5
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	5	3	3
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	3	3
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	2	3
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	2	3	4
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	1	2	3
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	2	5	5
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	2	1	4
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	4	1	2

41.	Soy una persona muy feliz	4	3	3
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	2	2	2
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	1	4
44.	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	2	2	3
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	5	3	5
46.	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	4	5	5
47.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	2	2	3
48.	Pienso que no es nada malo disgustarse	3	3	4
49.	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	3	3	3
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	3	5	5
51.	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	3	2	1
52.	Cuando falló en la escuela pienso que no sirvo para nada	2	2	2
53.	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	2	2
54.	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	3	3	2
55.	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	2	2
56.	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	1	2
57.	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	3	4
58.	Creo que mi vida es desdichada	1	2	3
59.	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	2	3	3
60.	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	2	1	2
61.	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	4	3	3
62.	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	3	4	4
63.	Tengo muchos amigos	3	3	4
64.	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	1	2
65.	Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	3	4
66.	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	2	3	3

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isafas Madrid

**SUJETO # 1
GRUPO CONTROL**

Nombre	F. R
Fecha y lugar de nacimiento	1 de Enero de 1988, Valle de Urraca, san Miguelito
Edad cumplida	12 años
Nombre de la madre biológica	C.F.
Nombre del Padre biológico	A.M.
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	27 de Octubre de 1995
Escuela actual	Escuela República de Japón
Grado que cursa	V grado
Caso Social	Abandono y maltrato
Antecedentes personales y familiares	<p>El menor estuvo por espacio de un año en la Casa Hogar, del Tribunal Tutelar de Menores, por su condición de abandono que fue objeto por parte de su madre, la cual lo envió para Panamá con un amigo del padre, porque éste lo mandó a buscar y después lo maltrataba y lo sumió en completa negligencia. Debido a los múltiples traumas, ingresó al Hospital del niño con un alto grado de desnutrición.</p> <p>Hay reportes de violencia intrafamiliar, experimentada por todos los miembros, además de condiciones de hacinamiento. Del hospital del Niño, paso al Tribunal Tutelar de Menores y a los 7 años ingresó a Aldeas Infantiles SOS y desde entonces se le está dando la protección requerida. Sobre sus familiares, se desconoce su actual paradero. Su aprovechamiento académico ha sido deficiente, ha estado obteniendo notas alrededor del 30, lo que indica un pobre aprovechamiento.</p>
Atenciones Psicológicas previas	Evaluaciones psicológicas de rutina
Diagnóstico psicológico	No existe
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	NO
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	SI
6	Denota desamparo	NO
7	Desesperanza	NO
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	SI
15	Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	NO
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		13
PORCENTAJE DEPRESIVO		50%

*Fuente Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)*

Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaías Madnd

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	1	2	3
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	3	3
4.	A menudo creo que valgo poco	2	1	2
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	4	3	3
6.	Me despierto a menudo durante la noche.	3	4	4
7	Creo que se sufre mucho en la vida	3	3	4
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	1	1	2
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	3	4
10	A veces me gustaría estar ya muerto	4	3	3
11	Me siento sólo muchas veces	3	4	4
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	2	2	2
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	2	2	2
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	3	3	2
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	2	2	2
16.	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	1	2
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	3	4
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	1	2	3
19.	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	2	3	3
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	1	2
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	4	3	3
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	3	4	4
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	3	3	4
24.	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	1	1	2
25.	Me divierto con las cosas que hago	2	3	4
26	Frecuentemente me siento triste	2	3	3
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	3	3	4
28	A menudo me odio a mí mismo	3	3	3
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	2	3	4
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	3	4
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	4	4
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	3	1
33.	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	2	2
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	1	3	3
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	3	2	2
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	3	4	2
37.	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	3	4
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	2	3	3
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	3	3	4
40.	Creo que mis padres están orgullosos de mí	4	3	3

41	Soy una persona muy feliz	3	4	4
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	2	1	2
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	4	3	3
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	3	4	4
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	3	3	4
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	1	1	2
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	2	3	4
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	4	5
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	3	3	3
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	1	1	5
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	4	3	3
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	3	5	4
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	5	3	4
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	1	2	3
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer cosas que quiero	2	3	5
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	5	5
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	1	2	2
58	Creo que mi vida es desdichada	2	2	4
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	3	2	3
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	2	5	5
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	4	5
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	2	1	4
63	Tengo muchos amigos	2	4	5
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	2	2	4
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	3	2	3
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	2	5	5

**SUJETO # 2
GRUPO CONTROL**

Nombre Abreviado	H K
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	5 de Nov. de 1986,
Edad cumplida	12 años 10 meses
Nombre de la madre biológica	G. M.C.Q.
Nombre del Padre biológico	A H
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	30 de Diciembre de 1991
Escuela actual	VI Grado
Grado que cursa	Octavio Méndez Pereira
Caso Social	Abandono y negligencia
Antecedentes personales y familiares	<p>K. H fue abandonada en conjunto a su hermana N C. por su madre, en casa de la abuela de las niñas. La madre de esta menor dejó en casa de la abuela, las menores, so-pretecto de ir a comprar comida. La madre de estas menores, observaba conductas inadecuadas tales como drogadicción, prostitución y negligencia para con sus hijas. Ambas niñas, presentaban un alto grado de desnutrición, por lo que se hizo necesario ingresarlas a Nutre Hogar hasta que mejoraran su condición física y estuvieran fuera de riesgo. Su abuela, de escasos recursos económicos, se negó hacerse cargo de las menores, aduciendo alcoholismo y conducta difícil por parte de su esposo, lo que vendría a empeorar la ya deteriorada estabilidad emocional de las menores.</p> <p>Se desconocen mayores datos sobre las generales de los progenitores. Desde su ingreso en Aldea Infantil SOS. Ambas niñas han observado conductas agradables. En lo particular, los reportes conductuales de K H son buenos, desde la fecha de ingreso.</p>
Atenciones Psicológicas previas	No
Diagnóstico psicológico	No
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaiás Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1. Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2. Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3. Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	NO
4. Poca autoestima	NO
5. Rasgos de inutilidad	NO
6. Denota desamparo	SI
7. Desesperanza	NO
8. Parece con falta de cariño	SI
9. Tiende a autoculparse	NO
10. Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11. Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12. Parece falto de energía	NO
13. Parece descontento	SI
14. Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15. Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16. Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17. Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18. Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19. Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20. Parece con concentración pobre	NO
21. Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22. Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23. Parece Irritable	NO
24. Tiene explosiones de mal humor	NO
25. Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26. Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	NO
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS	8
PORCENTAJE DEPRESIVO	34%

Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isalás Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	3	4	4
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	2	3
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	3	5
4	A menudo creo que valgo poco	3	3	3
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	4	3	3
6	Me despierto a menudo durante la noche	3	2	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	2	3	4
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	4	2	3
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	3	3	3
10	A veces me gustaría estar ya muerto	3	4	4
11	Me siento sólo muchas veces	1	3	4
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	2	1	2
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	2	3	4
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	3	2	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	1	4	4
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	4	2	3
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	3	3	5
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	5	3	3
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	1	3	3
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	2	3
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	2	3	4
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	1	2	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	5	5
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	3	1	4
25	Me divierto con las cosas que hago	2	1	2
26	Frecuentemente me siento triste	2	3	3
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	3	4
28	A menudo me odio a mí mismo	4	2	3
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	3	3
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	3	4	4
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	1	3	4
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	1	2
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	2	3	4
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	2	3
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	4	4
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	4	2	3
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	3	3	5
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	5	3	3
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	1	3	3
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2	2	3

41	Soy una persona muy feliz	2	3	4
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	1	2	3
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	5	5
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	3	3	4
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	3	3	3
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	5	5
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	3	2	1
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	3	5	5
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	1	2	3
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	1	2
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	4	3	3
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	3	4	4
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	3	3	4
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	1	1	2
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	3	4
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	1	2	3
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	3	4	4
58	Creo que mi vida es desdichada	2	2	3
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	5	3	5
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	5	3	3
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	3	3	3
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	2	3
63	Tengo muchos amigos	2	3	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	2	3
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	5	5
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	2	1	4

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación Lic. Isaias Madrid

**SUJETO # 3
GRUPO CONTROL**

Nombre	H.D.
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	9 de Mayo de 1989, Hospital Santo Tomás
Edad cumplida	10 años 8 meses
Nombre de la madre biológica	T D
Nombre del Padre biológico	Pedro Hidalgo
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	23 de Abril de 1992
Escuela actual	Octavio méndez Pereira
Grado que cursa	III Grado
Caso Social	Orfandad materna, Padre privado de libertad y familiares en condiciones precarias
Antecedentes personales y familiares	<p>Los datos que reposan en el expediente indican que mediante una solicitud del Fiscal Primero Superior del Primer Distrito Judicial, se investigó la situación social de la menor DH, encontrándose una condición general precaria, sin ingresos familiares, inexistencia de servicios públicos básicos además de una marcada desnutrición en la niña, componen básicamente el informe social.</p> <p>Se reportan hallazgos físicos que señalan una extrema negligencia con los cuidados básicos a la menor (total descuido de vestimenta y aseo personal) cuando apenas contaba con 2 años de edad. Con el padre sindicado de Homicidio, por el homicidio de su esposa, la madre de la menor, las carencias eran extremas.</p> <p>Después del proceso legal respectivo, la menor ingresa a Aldeas Infantiles SOS a los 3 años de edad, donde ha observado una conducta dentro de lo normal.</p>
Atenciones Psicológicas previas	Evaluaciones múltiples en las que se señala inhibición, rigidez, ansiedad, bajo nivel de tolerancia a la frustración, bloqueo, represión, posible lesión cerebral.
Diagnóstico psicológico	Trastornos del aprendizaje
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic Isaías Madnd*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	SI
6	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	SI
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	NO
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	NO
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15	Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	NO
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23	Parece irritable	NO
24	Tiene explosiones de mal humor	NO
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		13
PORCENTAJE DEPRESIVO		50%

Fuente Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS
(por M. Tisher y M. Lang)

- (1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)		I Medición	II Medición	III Medición
1.	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	5	5
2.	Muchas veces me siento triste en la escuela	1	2	3
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	3	1	2
4.	A menudo creo que valgo poco	2	3	3
5.	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	5	4	4
6.	Me despierto a menudo durante la noche	3	3	4
7.	Creo que se sufre mucho en la vida	3	3	3
8.	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	3	5	5
9.	Siempre creo que el día siguiente será mejor	3		
10.	A veces me gustaría estar ya muerto	3	5	5
11.	Me siento sólo muchas veces	1	2	3
12.	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	2	1	2
13.	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	4	3	3
14.	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	3	4	4
15.	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	3	3	4
16.	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	1	1	2
17.	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	3	4
18.	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	1	2	3
19.	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	4	4
20.	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	2	3
21.	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	5	3	5
22.	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	5	3	3
23.	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	3	3	3
24.	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	1	2	3
25.	Me divierto con las cosas que hago	2	3	4
26.	Frecuentemente me siento triste	1	2	3
27.	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	5	5
28.	A menudo me odio a mi mismo	2	1	4
29.	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	4	4	5
30.	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	3	3	4
31.	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	3	4	4
32.	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	3	4	3
33.	Casi siempre la paso bien en la escuela	4	4	3
34.	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	3	3
35.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	3	4	3
36.	A menudo me avergüenzo de mí mismo	3	4	4
37.	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	3	4
38.	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	2	1	2
39.	A menudo la salud de mis padres me preocupa	2	4	4
40.	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2		3

41.	Soy una persona muy feliz	2	2	2
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	1	1	2
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	3	4
44.	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	1	2	3
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	3	4	5
46.	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	1	1	2
47.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	4	5	5
48.	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	2	3
49.	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	3	3	4
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	3	3	3
51.	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	1	2	3
52.	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	2	3	4
53.	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	1	2	3
54.	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	5	5
55.	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	1	4
56.	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	4	4	5
57.	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	3	3	4
58.	Creo que mi vida es desdichada	3	4	4
59.	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	3	4	3
60.	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	2	1	2
61.	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	2	2
62.	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	2	1	2
63.	Tengo muchos amigos	2	3	4
64.	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	2	3
65.	Hay mucha gente que se preocupa por mí	3	4	3
66.	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	2	1	2

Fuente Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isafas Madrid

**SUJETO # 4
GRUPO CONTROL**

Nombre Abreviado	R. J.
Fecha y lugar de nacimiento	17 de Mayo de 1987
Edad cumplida	12 años 6 meses
Nombre de la madre biológica	RC
Nombre del Padre biológico	Desconocido
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	18 de Julio de 1988
Escuela actual	Escuela República de Ecuador
Grado que cursa	VI año
Caso Social	Riesgo Social
Antecedentes personales y familiares	<p>R J En conjunto con dos hermanos más, ingresan a Casa Hogar SOS Colón por solicitud de la Juesa Primera Según consta en las investigaciones, R J En conjunto con sus hermanos, son menores abandonadas por su madre, que vivían en condiciones precarias con el padre, quien no trabajaba Las niñas para esta fecha iban a la escuela y en su lugar deambulaban por las calles pidiendo dinero y comida También hay reportes de adicción paterna. El padre trabajaba y por un accidente perdió el empleo A raíz de la pérdida del empleo se incrementó la problemática familiar y es en ese momento que la madre decide abandonar el hogar, dejando en la negligencia a las niñas con su padre.</p> <p>Las niñas, empiezan a andar despeinadas, sucias, con las ropas rotas y delcalzas Las hermanas de R J señalaban las diversas formas de maltrato al que eran expuestas</p> <p>El padre, según consta en el expediente, experimenta depresión y en una ocasión se intentó suicidar frente a sus hijos.</p> <p>Durante su estadía en Casa Hogar Colón, se tramita la guarda crianza y finalmente Aldeas Infantiles Panamá le ofrece la guarda crianza</p> <p>Desde su estadía en su nueva residencia, R.J ha observado una conducta adaptada, aunque con las quejas comunes de los niños, relativas a la productividad y adaptación escolar</p>
Atenciones Psicológicas previas	No
Diagnóstico psicológico	No
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1. Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2. Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	SI
3. Tristeza persistente. lloriqueo o llanto persistente	SI
4. Poca autoestima	SI
5. Rasgos de inutilidad	SI
6. Denota desamparo	SI
7. Desesperanza	SI
8. Parece con falta de cariño	SI
9. Tiende a autoculparse	NO
10. Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11. Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12. Parece falta de energía	SI
13. Parece descontento	SI
14. Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15. Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16. Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17. Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18. Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19. Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20. Parece con concentración pobre	SI
21. Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22. Habla de o tratar de escaparse de la casa	SI
23. Parece irritable	NO
24. Tiene explosiones de mal humor	NO
25. Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26. Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS	20
PORCENTAJE DEPRESIVO	76%

Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS CDS
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos de la Escala de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1.	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	1	2	3
2.	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	3	3
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	1	2
4.	A menudo creo que valgo poco	2	2	2
5.	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	2	1	2
6.	Me despierto a menudo durante la noche	2	3	4
7.	Creo que se sufre mucho en la vida	1	2	3
8.	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	3	3
9.	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	1	2
10.	A veces me gustaría estar ya muerto	4	3	3
11.	Me siento sólo muchas veces	3	4	4
12.	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	3	4
13.	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	1	1	2
14.	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	2	3	4
15.	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	2	3	3
16.	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	3	3	4
17.	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	3	3	3
18.	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar			
19.	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	2	3	4
20.	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	4	4
21.	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	2	3	1
22.	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	1	2	2
23.	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	1	3	3
24.	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	3	2	2
25.	Me divierto con las cosas que hago	3	4	2
26.	Frecuentemente me siento triste	2	3	4
27.	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	3	3
28.	A menudo me odio a mí mismo	3	3	4
29.	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	3	3
30.	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	4	4
31.	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	3	1
32.	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	1	2	2
33.	Casi siempre la paso bien en la escuela	3	3	5
34.	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	2	3	4
35.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	2	3
36.	A menudo me avergüenzo de mí mismo	3	4	5
37.	Muchas veces me siento muerto por dentro	1	1	2
38.	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	4	5	5
39.	A menudo la salud de mis padres me preocupa	2	2	3
40.	Creo que mis padres están orgullosos de mí	3	3	4

41.	Soy una persona muy feliz	3	3	3
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	1	2	3
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	3	4
44.	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	1	2	3
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	2	5	5
46.	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	2	1	4
47.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	4	4	5
48.	Pienso que no es nada malo disgustarse	3	3	4
49.	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	3	4	4
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	3	4	3
51.	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	1	2
52.	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	2	2	2
53.	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	1	2
54.	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	1	1	2
55.	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	4	5	5
56.	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	2	3
57.	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	3	3	4
58.	Creo que mi vida es desdichada	3	3	3
59.	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	1	2	3
60.	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	2	3	4
61.	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	1	2	3
62.	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	2	5	5
63.	Tengo muchos amigos	2	1	4
64.	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	4	4	5
65.	Hay mucha gente que se preocupa por mí	3	3	4
66.	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	3	1	1

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación Lic. Isaías Madrid

**SUJETO # 5
GRUPO CONTROL**

Nombre Abreviado	L.M
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	21 de Septiembre de 1989
Edad cumplida	10 años 6 meses
Nombre de la madre biológica	I. B
Nombre del Padre biológico	R M
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	8 de Abril de 1994
Escuela actual	Escuela República de Japón
Grado que cursa	IV grado
Caso Social	Negligencia en la Infancia
Antecedentes personales y familiares	<p>Según se desprende de su expediente y de las resoluciones legales, el menor proviene de un hogar de larga historia disfuncional, donde los roles y deberes de paternidad no se cumplen. El padre, dedicado a la buhonería, no le dio seguimiento al caso de sus hijos y los descuidó, tampoco siguió las alternativas que se le brindaron para la protección de los menores. El padre se ausentaba de la casa y no quería aceptar ayuda de sus familiares. Según consta en expediente, el padre daba la apariencia de consumir drogas, andaba sucio y empeñaba cualquier artículo de valor al que tuviera alcance.</p> <p>La madre, según consta en expediente es farmacodependiente con un alto consumo de drogas y alcohol además de padecer de estado mental alterado. Maltrata a sus hijos cuando tiene acceso a ellos. No ha cumplido nunca como madre y la conocen como una mujer agresiva y de muy malas relaciones.</p> <p>El padre buscó la forma de que los menores ingresaran al Tutelar quien acudió y mantuvo a los menores en custodia hasta demostrar que los menores están en riesgo social y abandono.</p> <p>Las autoridades estatales mediante el Tribunal Tutelar de Menores le suspendieron la Patria Potestad a ambos padres y autorizaron el ingreso de los 4 menores a Aldeas Infantiles SOS Panamá otorgándoles la Guarda, Crianza y Educación de los mismos.</p> <p>Desde el 8 de Abril de 1994, los 4 hermanos han sido protegidos en sus necesidades físicas y emocionales entre ellos B.M.</p>
Atenciones Psicológicas previas	No
Diagnóstico psicológico	No
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	SI
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	
6	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	SI
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	SI
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12	Parece falto de energía	NO
13	Parece descontento	SI
14	Parece con enlentecimiento psicomotor	NO
15	Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20	Parece con concentración pobre	SI
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22	Habla de o tratar de escaparse de la casa	SI
23	Parece Irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		22
PORCENTAJE DEPRESIVO		84%

Fuente Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
 (Cuestionario elaborado por la American Academy
 of Child and Adolescent AACAP, 1998)
 Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic Isafas Madrid

**RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS CDS
(por M. Tisher y M. Lang)**

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos del Cuestionario de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	4	3	3
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	3	4	4
3	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	2	2
4	A menudo creo que valgo poco	3	3	4
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	1	1	2
6	Me despierto a menudo durante la noche	2	3	4
7	Creo que se sufre mucho en la vida	4	3	3
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	3	4	4
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	2	2
10	A veces me gustaría estar ya muerto	2	2	2
11	Me siento sólo muchas veces	3	3	2
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	2	2	2
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	2	1	2
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	2	3	4
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	1	2	3
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	3	3
17	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	1	2
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	4	3	3
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	4	4
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	3	3	4
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	1	1	2
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	2	3	4
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	3	3
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	3	3	4
25	Me divierto con las cosas que hago	3	3	3
26	Frecuentemente me siento triste	2	3	4
27	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	3	4
28	A menudo me odio a mí mismo	2	4	4
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	2	3	1
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	1	2	2
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	1	3	3
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	5	5
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	2	3
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	2	3	4
35	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	2	3
36	A menudo me avergüenzo de mí mismo	4	3	3
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	3	4	4
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	3	4
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	1	1	2
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2	3	4

41	Soy una persona muy feliz	1	2	3
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	3	4	4
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	2	3
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	5	3	5
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	5	3	3
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	3	3
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	2	5	5
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	1	2	3
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	2	3	4
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	1	2	3
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	4	3	3
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	3	4	4
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	3	3	4
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	1	1	2
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	3	4
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	1	2	3
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	3	4	4
58	Creo que mi vida es desdichada	2	2	3
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	5	3	5
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	3	4	4
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	2	3
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	5	3	5
63	Tengo muchos amigos	5	3	3
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	3	3	3
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	5	5
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	2	3

*Fuente Datos obtenidos en diferentes mediciones
Escala Cuestionario de Depresión para niños
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid*

**SUJETO # 6
GRUPO CONTROL**

Nombre Abreviado	S.I.
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	Desconocida
Edad cumplida	11 años
Nombre de la madre biológica	Desconocida
Nombre del Padre biológico	Desconocido
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	17 de Mayo de 1997
Escuela actual	Octavio Méndez Pereira
Grado que cursa	IV Grado
Caso Social	Negligencia y riesgo social
Antecedentes personales y familiares	<p>El caso ingresó el 13 de Mayo de 1994 por la Policía Nacional por estar deambulando la madre y sus dos menores por la calle en el sector de Cerro Batea, San Miguelito y porque había serias sospechas de maltrato y por reincidencia en andar deambulando</p> <p>Según consta en el expediente del niño, fueron expuestos a maltrato por parte de un padrastro que vivió con la madre durante un período.</p> <p>Las evaluaciones a la madre indicaban estados mentales alterados, con ideación psicótica lo que le hacía incapaz de mantener la guarda crianza, motivo por el que el Tribunal Tutelar mantiene bajo protección a los dos menores. La madre no recuerda datos de los niños como tampoco nombre de parientes que puedan responsabilizarse. Reitera estados de hospitalización en el Hospital Psiquiátrico.</p> <p>La visita domiciliar reveló la pobreza extrema y la escasez de satisfacción de las necesidades básicas más fundamentales. Posteriormente no se tuvo información sobre el paradero de la madre.</p>
Atenciones Psicológicas previas	No
Diagnóstico psicológico	No
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1. Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2. Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3. Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	NO
4. Poca autoestima	SI
5. Rasgos de inutilidad	NO
6. Denota desamparo	SI
7. Desesperanza	NO
8. Parece con falta de cariño	NO
9. Tiende a autoculparse	NO
10. Da constantes muestras de aburrimento	SI
11. Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12. Parece faltar de energía	SI
13. Parece descontento	SI
14. Parece con enlentecimiento psicomotor	SI
15. Expresa preocupaciones por la muerte	NO
16. Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17. Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	NO
18. Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	NO
19. Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20. Parece con concentración pobre	SI
21. Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	NO
22. Habla de o tratar de escaparse de la casa	NO
23. Parece irritable	SI
24. Tiene explosiones de mal humor	SI
25. Presenta aislamiento social, comunicación pobre	NO
26. Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS	11
PORCENTAJE DEPRESIVO	42%

*Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isalás Madrid*

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos del Cuestionario de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1.	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	3
2	Muchas veces me siento triste en la escuela	3	3	4
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	3	3	3
4	A menudo creo que valgo poco	3	4	4
5	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	4	4	3
6	Me despierto a menudo durante la noche	4	4	3
7	Creo que se sufre mucho en la vida	3	1	3
8	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	3	4
9	Siempre creo que el día siguiente será mejor	1	2	3
10	A veces me gustaría estar ya muerto	4	3	4
11	Me siento sólo muchas veces	3	3	3
12	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	4	4
13	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	4	4	3
14	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	4	4	3
15	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	3	3	3
16	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	2	3	4
17.	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	1	2	3
18	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	2	2	2
19	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	2	2	2
20	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	2	2	2
21	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	3	3	2
22	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	2	2	3
23	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	2	1	2
24	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	3	4
25	Me divierto con las cosas que hago	1	2	3
26	Frecuentemente me siento triste	3	3	3
27.	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	2	1	2
28	A menudo me odio a mí mismo	1	3	3
29	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	4	4
30	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	3	3	4
31	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	1	1	2
32	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusta con él	2	3	4
33	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	2	3
34	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	3	4	4
35.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	1	1	3
36.	A menudo me avergüenzo de mí mismo	4	5	5
37	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	2	3
38	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	3	4
39	A menudo la salud de mis padres me preocupa	3	3	3
40	Creo que mis padres están orgullosos de mí	1	2	3

41	Soy una persona muy feliz	2	3	4
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	1	2	3
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	2	5	6
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	2	1	4
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	4	4	5
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	3	4
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	3	4	4
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	3	4	3
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	2	1	2
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	2	2
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	1	2
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	1	1	2
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	2	2	2
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	2	1	2
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	2	3	4
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	1	2	3
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	3	3
58	Creo que mi vida es desdichada	2	1	2
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	4	3	3
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	3	4	4
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	3	3	4
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	1	1	2
63	Tengo muchos amigos	2	3	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	2	3
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	3	4	4
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	1	1	2

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación Lic. Isaías Madrid

**SUJETO # 7
GRUPO CONTROL**

Nombre Abreviado	S. F
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	9 de Diciembre de 1986
Edad cumplida	12 años 6 meses
Nombre de la madre biológica	M. I.
Nombre del Padre biológico	S.F.J.
Lugar actual de Residencia	Aldea Infantil SOS
Fecha de Ingreso	17 de Enero de 1994
Escuela actual	Francisco Anas paredes
Grado que cursa	VI Grado
Caso Social	Abandono y Negligencia en la Infancia
Antecedentes personales y familiares	<p>En el expediente perteneciente a este menor, reposan declaraciones del padre, en donde reconoce que tiene nueve hijos con la Sra M.I., cinco varones y cuatro mujeres. La Sra madre, abandonó el hogar durante vanos meses, dejando a todos los menores a cuidados del padre, el cual no tenía ningún control, por la condición de alcoholismo. El padre, dedicado a la venta de buhoneras en casas de citas dejaba a los niños sólo. Se conoció también que dos de sus hijos dormían fuera de la casa en un lote en construcción y que practicaban el robo</p> <p>El 14 de Julio de 1992, los cuatro menores pidieron por sí mismos ingresar al Tribunal Tutelar de Menores, el cual los acoge observando la completa negligencia en la que estaban sumidos los menores y por ser responsabilidad del estado protegerlos.</p> <p>La Juez del Tribunal le otorga a Aldeas Infantiles SOS Panamá la Guarda Crianza y Educación de los menores en riesgo social, después de una larga estancia en este centro</p> <p>Desde esa época, los Cuatro menores conviven en la misma residencia en esta organización.</p> <p>S.F. ha mantenido una conducta de regular comportamiento. Se han tenido quejas de la escuela, de agresión a otros niños y de otras formas inadecuadas de comportamiento. Sin embargo parece mejorar poco a poco y adaptarse lentamente al proceso de crecimiento y desarrollo del proyecto SOS.</p>
Atenciones Psicológicas previas	Si
Diagnóstico psicológico	Déficit atencional, trastorno disocial y negativismo desafiante.
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente: Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaías Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS
(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS....

1	Pérdida de interés en sus actividades favoritas	NO
2	Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	NO
3	Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4	Poca autoestima	SI
5	Rasgos de inutilidad	SI
6	Denota desamparo	SI
7	Desesperanza	SI
8	Parece con falta de cariño	SI
9	Tiende a autoculparse	SI
10	Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11	Muestra alejamiento hacia los demás	NO
12	Parece faltarle energía	NO
13	Parece descontento	SI
14	Parece con entumecimiento psicomotor	SI
15	Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16	Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	NO
17	Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18	Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19	Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	NO
20	Parece con concentración pobre	NO
21	Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22	Habla de o trata de escaparse de la casa	SI
23	Parece irritable	SI
24	Tiene explosiones de mal humor	SI
25	Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26	Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	NO
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS		18
PORCENTAJE DEPRESIVO		69%

*Fuente: Datos obtenidos por reporte de la madre encargada del niño
(Cuestionario elaborado por la American Academy
of Child and Adolescent AACAP, 1998)
Diseño del cuadro: el autor de la investigación Lic. Isaias Madrid*

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS CDS
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

	Reactivos del Cuestionario de Depresión para niños (CDS)	I Medición	II Medición	III Medición
1.	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	1	1	2
2.	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	3	4
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	2	3	3
4.	A menudo creo que valgo poco	3	3	4
5.	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	3	3	3
6.	Me despierto a menudo durante la noche	2	3	4
7.	Creo que se sufre mucho en la vida	2	3	4
8.	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	2	4	4
9.	Siempre creo que el día siguiente será mejor	2	3	1
10.	A veces me gustaría estar ya muerto	1	2	2
11.	Me siento sólo muchas veces	1	3	3
12.	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	3	2	2
13.	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	3	4	2
14.	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	2	3	4
15.	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	2	3	3
16.	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	3	3	4
17.	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	4	3	3
18.	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	3	4	4
19.	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	2	1	2
20.	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	4	3	3
21.	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	3	4	4
22.	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	3	3	4
23.	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	1	1	2
24.	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	3	4
25.	Me divierto con las cosas que hago	2	4	5
26.	Frecuentemente me siento triste	3	3	3
27.	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	1	1	5
28.	A menudo me odio a mí mismo	4	3	3
29.	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	5	4
30.	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	5	3	4
31.	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	1	2	3
32.	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	3	5
33.	Casi siempre la paso bien en la escuela	2	5	5
34.	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	1	2	2
35.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	2	2	4
36.	A menudo me avergüenzo de mí mismo	3	3	3
37.	Muchas veces me siento muerto por dentro	2	3	4
38.	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	2	3	4
39.	A menudo la salud de mis padres me preocupa	2	4	4
40.	Creo que mis padres están orgullosos de mí	2	3	1

41	Soy una persona muy feliz	1	2	2
42	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	1	3	3
43	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	3	2	2
44	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	3	4	2
45	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	2	3	4
46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	3	3	4
47	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	3	3	3
48	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	3	4
49	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	2	3	4
50	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	4	4
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	2	3	1
52	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	1	2	2
53	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	1	3	3
54	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	3	2	2
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	3	4	2
56	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	3	4
57	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	2	3	3
58	Creo que mi vida es desdichada	3	3	4
59	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	4	3	3
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	3	4	4
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	1	2
62	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	4	3	3
63	Tengo muchos amigos	3	4	4
64	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	3	3	4
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	1	1	2
66	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	2	3	4

Fuente Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid

**SUJETO # 8
GRUPO CONTROL**

Nombre Abreviado	S.K.
Fecha y lugar de nacimiento Nacimiento	Calidonia, Panamá 22 de Diciembre de 1986
Edad cumplida	12 años 6 meses
Nombre de la madre biológica	S.P.
Nombre del Padre biológico	A.C.
Fecha de Ingreso	25 de Julio de 1989
Escuela actual	Ricardo Miró
Grado que cursa	1 año
Caso Social	Abandono y negligencia
Antecedentes personales y familiares	<p>Desde enero de 1987, el Tribunal Tutelar de Menores, conoció sobre el caso de los hermanos a través de denuncias hechas en la Corregiduría de Santa Ana. Una visita domiciliaria reveló que la situación encontrada fue de pobreza y abandono en cuanto a los niños, faltos de higiene y de alimentación y se recomendó que se les incorporara a una institución de protección. Posteriormente fueron hospitalizados 2 de los hermanos por Síndrome Diarreico y Desnutrición de 1er. y 2do. Grado y posteriormente trasladados al Hogar el Carmen de la Cruz roja para una mejor atención.</p> <p>Después de un tiempo volvieron con sus padres, los cuales repiten la negligencia con sus hijos y es finalmente el Tutelar el que los recoge y los protege.</p> <p>Los vecinos de éstos niños consideraron una buena decisión el que los niños pasaran a cargo del Tribunal Tutelar de Menores ya que estaban en riesgo social y deambulando por la calle y por el descuido en que los padres dejaban a los menores.</p> <p>Posterior a estos sucesos, los niños entraron y salieron reiteradamente del tutelar, los padres fueron detenidos y acusados de abandono a los menores, ellos negaron los cargos y se culpaban de los hechos uno al otro.</p> <p>Otro informe señala que la madre del menor lleva una conducta reprochable, bebedora y dedicada a la prostitución y el padre también presenta desajustes ya que permite la prostitución de su esposa para mantener el hogar.</p> <p>Después de éstas historias y sucesos, los niños pasaron a Guarda- Crianza y Educación de Aldeas Infantiles SOS, donde han permanecido desde entonces.</p> <p>El joven S. K. ha mantenido una conducta difícil desde su ingreso en aldeas, manifestándose un desaprovechamiento escolar y un comportamiento conductual difícil.</p>
Atenciones Psicológicas previas	No
Diagnóstico psicológico	No
Atención psiquiátrica previa	No
Uso de medicamentos psiquiátricos	No

*Fuente Datos obtenidos de la historia clínica del niño y del expediente
Diseño del cuadro el autor de la investigación, Lic. Isafas Madrid*

CUESTIONARIO BÁSICO DE DEPRESIÓN EN NIÑOS

(American Academy of Child and Adolescent AACAP, 1998)

Favor responder con un "SI" o un "NO" a las siguientes preguntas sobre el comportamiento observado en el niño durante las últimas semanas, incluyendo el día de hoy.

¿HA OBSERVADO USTED EN EL NIÑO LAS SIGUIENTES CARÁCTERÍSTICAS....

1. Pérdida de interés en sus actividades favoritas	SI
2. Poca habilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas	SI
3. Tristeza persistente, lloriqueo o llanto persistente	SI
4. Poca autoestima	SI
5. Rasgos de inutilidad	SI
6. Denota desamparo	SI
7. Desesperanza	SI
8. Parece con falta de cariño	SI
9. Tiende a autoculparse	SI
10. Da constantes muestras de aburrimiento	SI
11. Muestra alejamiento hacia los demás	SI
12. Parece falta de energía	SI
13. Parece descontento	SI
14. Parece con enlentecimiento psicomotor	SI
15. Expresa preocupaciones por la muerte	SI
16. Expresa pensamientos suicidas o autodestructivos	SI
17. Denota sentimientos de pérdida (real o imaginaria)	SI
18. Se queja frecuentemente de enfermedades físicas, tales como dolor de cabeza o de estómago	SI
19. Tiene ausencias frecuentes de la escuela y deterioro en los estudios	SI
20. Parece con concentración pobre	SI
21. Presenta cambios notables en los patrones de comer y de dormir	SI
22. Habla de o tratar de escaparse de la casa	SI
23. Parece irritable	SI
24. Tiene explosiones de mal humor	SI
25. Presenta aislamiento social, comunicación pobre	SI
26. Muestra sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso	SI
TOTAL RESPUESTAS AFIRMATIVAS	26
PORCENTAJE DEPRESIVO	100%

RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN PARA NIÑOS (CDS)
(por M. Tisher y M. Lang)

(1) Muy de acuerdo, (2) de acuerdo (3) no estoy seguro (4) en desacuerdo
(5) muy en desacuerdo

1.	Me siento alegre la mayor parte del tiempo	2	3	4
2.	Muchas veces me siento triste en la escuela	2	2	3
3.	A menudo pienso que nadie se preocupa por mí	3	3	4
4.	A menudo creo que valgo poco	3	3	3
5.	Pienso muchas veces que dejo mal a mis padres	1	2	3
6.	Me despierto a menudo durante la noche	1	2	2
7.	Creo que se sufre mucho en la vida	1	3	3
8.	Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago	3	3	3
9.	Siempre creo que el día siguiente será mejor	1	3	4
10.	A veces me gustaría estar ya muerto	2	3	4
11.	Me siento sólo muchas veces	2	4	4
12.	Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo	2	3	1
13.	Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco	1	2	2
14.	A veces creo que mis padres hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he dicho algo terrible	1	3	3
15.	Me pongo triste cuando alguien se disgusta conmigo	3	2	2
16.	Muchas veces mi padres me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas	3	4	2
17.	Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en la escuela	2	3	4
18.	Estando en la escuela, muchas veces me dan ganas de llorar	2	2	3
19.	A menudo soy incapaz de mostrar lo triste que me siento por dentro	3	3	4
20.	Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento	3	3	3
21.	La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada	1	2	3
22.	A veces temo que lo que hago pueda molestar o disgustar a mis padres	2	3	4
23.	Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando	1	2	3
24.	En mi familia todos nos divertimos mucho juntos	2	5	5
25.	Me divierto con las cosas que hago	2	1	4
26.	Frecuentemente me siento triste	4	4	5
27.	Muchas veces me siento solo y como perdido en la escuela	3	3	4
28.	A menudo me odio a mí mismo	3	4	4
29.	Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas	3	4	3
30.	Frecuentemente pienso que merezco ser castigado	2	1	2
31.	A menudo me siento desdichado por causa de mis tareas escolares	2	2	2
32.	Cuando alguien se disgusta conmigo yo me disgusto con él	2	1	2
33.	Casi siempre la paso bien en la escuela	1	1	2
34.	A veces pienso que no vale la pena vivir esta vida	2	2	2
35.	La mayoría del tiempo creo que nadie me comprende	2	1	2
36.	A menudo me avergüenzo de mí mismo	2	3	4
37.	Muchas veces me siento muerto por dentro	1	2	3
38.	A veces estoy preocupado porque no amo a mis padres como debiera	3	4	4
39.	A menudo la salud de mis padres me preocupa	3	3	4
40.	Creo que mis padres están orgullosos de mí	1	1	2
41.	Soy una persona muy feliz	2	3	4
42.	Cuando estoy fuera de casa me siento muy desdichado	1	2	3
43.	Nadie sabe lo triste que me siento por dentro	3	4	4
44.	A veces me pregunto si en el fondo soy un niño muy malo	2	2	3
45.	Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo	5	3	5

46	Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco	5	3	3
47.	A veces sueño que tengo un accidente o me muero	3	3	3
48.	Pienso que no es nada malo disgustarse	2	5	5
49.	Creo que tengo buena presencia y soy atractivo	1	2	3
50.	Algunas veces no sé por qué me dan ganas de llorar	2	3	4
51	A menudo pienso que no soy de utilidad para nadie	1	2	3
52.	Cuando fallo en la escuela pienso que no sirvo para nada	4	3	3
53.	A menudo imagino que me hago heridas o que me muero	3	4	4
54.	A veces creo que hago cosas que enferman a mis padres	3	3	4
55	Muchas veces me siento mal porque no consigo hacer las cosas que quiero	1	1	2
56.	Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche	2	3	4
57.	Me salen bien casi todas las cosas que intento hacer	4	4	5
58	Creo que mi vida es desdichada	3	3	4
59.	Cuando estoy fuera de casa me siento triste	3	4	4
60	La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser	3	4	3
61	A veces me siento mal porque no amo y escucho a mis padres como se lo merecen	2	1	2
62.	Pienso a menudo que no voy a llegar a ser nadie en la vida	2	2	2
63	Tengo muchos amigos	2	1	2
64.	Utilizo mi tiempo haciendo con mis padres cosas muy interesantes	1	1	2
65	Hay mucha gente que se preocupa por mí	2	2	2
66.	A veces creo que dentro de mí hay dos fuerzas que me empujan en distintas direcciones	2	1	2

Fuente: Datos obtenidos en diferentes mediciones
 Escala: Cuestionario de Depresión para niños
 Diseño del cuadro: el autor de la investigación, Lic. Isaias Madrid