



Resumen

La depresión infantil es un trastorno que afecta a niños de todas las edades; puede ser causado por diversos acontecimientos como problemas familiares, por relaciones exteriores y con el individuo mismo, también se caracteriza por actitudes y reacciones diversas como la hiperactividad, aislamiento, pérdida de apetito e inestabilidad emocional, entre otras. En la actualidad se han establecido formas de detectarla mediante la observación de patrones de comportamiento y la actitud en los niños, logrando buscar formas de tratar este trastorno tanto a nivel farmacológico como a nivel psicoterapéutico. Los niños/as son más sensibles a las problemáticas o obstáculos que se les presenta a esto se debe la necesidad del respaldo y acompañamiento especialmente por sus padres; a esta vulnerabilidad se debe atacar a lo largo de la vida de los niños/as con un respaldo adecuado pues al brindarle buenas bases al niño/a, el niño/a va a saber expresarse y va a aprender cómo enfrentar las diversas situaciones que lo acojan.

PALABRAS CLAVES: Depresión infantil, tristeza, suicidio, cognición, test DSM-IV



Abstract

Childhood depression is a disorder that affects children of any age; it can be caused by various circumstances such as family problems, external factors, and the individual. The disorder is characterized by different behaviors and reactions: hyperactivity, isolation, loss of appetite, and emotional instability amongst others. Currently, it is possible to detect depression through the observation of behavioral patterns and the attitude of children in order to treat it using pharmacological and therapeutic treatments. Children are more sensitive at the moment of facing problems and obstacles, for which reason they need their parents' support and help. This vulnerability must be dealt with throughout the children's lives with adequate support in order to give them a solid base that will help them to express themselves and learn how to face different situations they may go through.



ÍNDICE DE CONTENIDOS

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 1 |
| Abstract | 2 |
| INTRODUCCIÓN | 10 |
| CAPITULO I: DEPRESION INFANTIL | 12 |
| 1.1. Concepto General de la Depresión Infantil | 13 |
| 1.2. Descripción Clínica de la Depresión Infantil | 16 |
| 1.3. Etiología de la Depresión Infantil | 16 |
| 1.4. Características en función de la edad | 21 |
| Conclusiones | 23 |
| CAPITULO II: INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL | 25 |
| 2.1. Evaluación | 25 |
| 2.2. Entrevista | 28 |
| 2.3. Observación | 30 |
| 2.4. Informes familiares e institucionales | 32 |
| 2.5. Pruebas y reactivos psicológicos | 32 |
| 2.6. Registros fisiológicos, biológicos | 37 |
| Conclusiones | 38 |
| CAPITULO III: TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL | |
| 3.1. Abordaje de la Depresión Infantil | 39 |
| 3.2. Características generales del tratamiento de la Depresión Infantil | 40 |
| 3.2.1. Tratamiento farmacológico | 40 |
| 3.2.2. Psicoterapia | 44 |
| 3.3. Intervención Cognitivo Conductual: Como modelo de tratamiento | 45 |
| 3.3.1. Modelos de rol positivos | 46 |
| 3.3.2. Desarrollar la autoestima de un niño/a | 46 |
| 3.3.3. Desarrollo de la autoeficacia | 46 |
| 3.3.4. Relaciones de apoyo | 46 |
| 3.4. Técnicas Conductuales | 47 |
| 3.5. Técnicas Cognitivas | 51 |
| Conclusiones | 56 |
| Recomendaciones | 57 |



| | |
|--------------|----|
| Bibliografía | 59 |
| Anexos | 60 |



UNIVERSIDAD DE CUENCA

FACULTAD DE PSICOLOGIA

PSICOLOGIA EN EDUCACION TEMPRANA

**“ESTUDIO DE LA DEPRESIÓN INFANTIL EN LOS NIÑOS DE
PRE-ESCOLAR”**

**TESINA PREVIA A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
CON LA ESPECIALIDAD EN
EDUCACIÓN TEMPRANA.**

AUTORAS: DIANA CARRILLO AVILA

EUGENIA MUÑOZ PEZANTEZ

DIRECTORA: MSTR. JOHANNA ELIZABETH ORTEGA JARAMILLO.

CUENCA – ECUADOR

2010



Dedicatoria:

Este trabajo va dedicado a mis padres quienes siempre han sido ejemplo de responsabilidad, sacrificio y trabajo; a mis hermanos, mi esposo y demás familiares que supieron apoyarme ante toda circunstancia para seguir adelante.

Diana



Dedicatoria:

A mis padres queridos, quienes siempre me dieron la oportunidad de superarme como persona y como profesional, que con invaluable sensibilidad, paciencia, sacrificio y trabajo me apoyaron y motivaron para culminar mis estudios y alcanzar plenamente mi meta deseada; a mis hermanos, sobrinas, cuñados, mi esposo y demás familiares que supieron apoyarme en toda circunstancia alentándome para seguir adelante

Eugenia



Agradecimiento:

Agradecemos a Dios por habernos dado la oportunidad de culminar con el presente trabajo, a nuestros padres y familiares quienes nos han apoyado en todo momento, a los docentes de esta facultad por sus sabios y valiosos conocimientos que nos han proporcionado y en especial expresamos nuestro sincero agradecimiento a la Mstr. Johana Ortega por habernos asesorado y colaborado en la elaboración de este trabajo.



Todas las opiniones vertidas en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de las autoras.

FIRMAS DE RESPONSABILIDAD

.....

.....

010521462-1

030202481-5



INTRODUCCIÓN

Antiguamente solo se hablaba de depresión en los adultos, hoy gracias a los estudios realizados sabemos que este trastorno se presenta también en los niños por lo cual creemos que nosotras como futuras Psicólogas en Educación Temprana debemos realizar un abordaje teórico sobre este tema, el mismo que sirva de información tanto a los docentes como a los padres para que se pueda detectar a tiempo y sugerir algunas recomendaciones que conlleven a un tratamiento oportuno ya que es un problema que afecta tanto a la familia, a la escuela, a la comunidad y a la sociedad en general.

La depresión infantil es un trastorno que nos afecta a todos pues es nuestro deber como personas de valores velar por el bienestar de los niños/as que serán el futuro de nuestra sociedad, los niños/as requieren de toda la atención posible pues ellos van creciendo con dudas por ciertos acontecimientos o condiciones en sus vidas y si en estos casos no tienen el respaldo adecuado pueden crear malos conceptos o irse por actos no favorables para su salud. Los niños/as necesitan del apoyo y compañía incondicional de sus padres pues para un niño/a no hay nada más importante que su núcleo familiar.

Las características principales de la depresión infantil son un estado de tristeza o irritabilidad, desinterés o ausencia de placer en actividades agradables, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, disminución de la capacidad para pensar y concentrarse, indecisión, fatiga, sentimiento de inutilidad o de culpa y pensamiento o ideas de muerte. Hay múltiples causas que pueden explicar la depresión infantil. Algunas son socioambientales: un ambiente con pocos reforzadores, rechazo o disminución significativa de reforzadores (una muerte súbita de los padres o un cambio de poder adquisitivo en la familia), aislamiento o, en casos extremos, malos tratos. Una causa posible es el abandono, falta de control, desesperanza, desmotivación; otra muy frecuente es la distorsión de la forma de pensar. Los sentimientos de tristeza dependen, más que de los sucesos en sí, de la interpretación que se hace de ellos. Es el caso de niños/as que incurren en errores lógicos, sacan conclusiones sin



información suficiente, hacen inferencias arbitrarias por prestar atención a detalles irrelevantes, sacan conclusiones a partir de hechos sin importancia, tienen un pensamiento dicotómico (sin matices: las cosas están bien o mal, son blancas o negras). Estos esquemas cognitivos inadecuados les llevan a la tríada de la depresión: visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro.

Finalmente, también hay que tener en cuenta los factores biológicos. Se sabe que la tasa de depresión es mayor entre los niños/as cuyos padres o familiares han presentado este tipo de trastorno. Pero, a veces, no se encuentran razones, y lo que ocurre es que el niño es psicológicamente vulnerable. En cualquier caso, el niño/a sufre mucho y hay que actuar y no esperar, porque la depresión no desaparece por sí sola.



CAPITULO I

1. DEPRESIÓN INFANTIL

Introducción

La depresión infantil ha comenzado a ser un problema creciente en las sociedades, además de producir infelicidad severa a muchos niños/as, supone una fuente de preocupación y pérdidas desde un punto de vista social y comunitario. Este hecho es tan difícil de entender y aceptar que durante mucho tiempo se ha negado la existencia de la depresión en los niños/as; sin embargo se ha comprobado lo contrario, la depresión infantil existe, y tiene síntomas comunes a la depresión de los adultos, aunque posee otras peculiaridades, que la hacen diferente en su manifestación de acuerdo a la edad en la que se presentan. Es de vital importancia que tanto los padres, como los maestros conozcan y se informen sobre este trastorno, ya que en la actualidad los problemas que se derivan de la depresión infantil son cada vez más grandes y afectan a todas las áreas del conocimiento y de la personalidad del niño/a.

1.1 Concepto General de la Depresión Infantil

De acuerdo con su etimología la palabra depresión proviene del latín depressus, que significa "abatido", "derribado" es un trastorno emocional que se presenta como un estado de abatimiento e infelicidad que puede ser transitorio o permanente. (Wikipedia, 2008)

La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza vital y profunda, mayor en intensidad y duración que envuelve al niño/a hasta afectar todas sus esferas de relación consigo mismo y con los demás, presentando sentimientos de desesperación y desaliento; siendo el eje principal de la depresión infantil, la tristeza. La depresión infantil no existía, que la infancia era una época de felicidad y alegría permanente, que la tristeza y la preocupación de quienes se encontraban en la niñez, eran totalmente pasajeras; sin embargo, en el mundo real existen niños/as deprimidos que están llenos de preocupaciones, incluso más que un adulto, puesto que su desarrollo cognitivo no le permite encontrar explicaciones racionales a gran



parte de las cosas que le ocurren, además de preocuparse no sólo por los problemas reales, sino también por los imaginarios; esto puede generarle un sentimiento de inseguridad y conducir a emociones negativas y por lo tanto a la depresión infantil. (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana pág. 221)

1.2 Descripción clínica de la Depresión infantil

Las depresiones infantiles forman parte del núcleo medular de la psicopatología infantil.

Los síntomas de un episodio de depresión infantil suelen desarrollarse lentamente a lo largo de días o semanas y, por su cantidad, intensidad y duración, incide en el desarrollo normal de los niños/as; El niño/a encuentra más dificultades que en el adulto a la hora de comunicarse y de expresar sus sentimientos, es por ello que los padres deben tener presente que la depresión infantil no es igual en todos los niños/as y que es posible que ciertos comportamientos de su hijo que parecen depresivos en realidad pertenezcan a su real manera de ser y no constituyan un mal en absoluto. Es así como el padre debe conocer bien a su hijo antes de decir que tiene depresión infantil por más síntomas que tenga su hijo de éste trastorno. La duración de los episodios de depresión infantil son muy variables, a veces pueden desencadenarse rápidamente, precipitados por un acontecimiento grave; sin embargo para poder hablar de depresión infantil debemos tener en cuenta que tanto los padres, los profesores ,etc., tienen que conocer bien al niño/a y saber que es realmente normal en su comportamiento, no hay que apresurarse a sacar conclusiones; sus síntomas varían de acuerdo a la personalidad y a la etapa de desarrollo en la que se encuentra.

Según la descripción del DSM-IV hemos clasificado la sintomatología en cuatro núcleos:

- Manifestaciones Afectivas:

La tristeza es el síntoma por excelencia de la depresión infantil. Esta tristeza se manifiesta por sentimientos de abatimiento, pesadumbre, infelicidad incluso irritabilidad.



- Estado de ánimo ansioso o vacío en forma persistente.
- Llanto excesivo, llora con facilidad.
- Es incapaz de disfrutar las cosas que antes sí disfrutaba, pérdida de interés por actividades usuales.
- Mostrar enojo hacia los padres y profesores.
- Desesperanza, desmotivación.
- Sentimientos de inutilidad o de culpas excesivas o inapropiadas.
- Alta sensibilidad al fracaso y al rechazo.
- Sentimiento de apatía y de insensibilidad.
- Tendencia constante a descalificarse.
- Irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad.
- Pesimismo e indiferencia.
- Baja autoestima.
- Sentimientos de desesperanza.
- Autocrítica en exceso.
- Pesimismo e indiferencia.
- Sentimientos de incompetencia.
- Sentimiento de no ser querido.
- Manifestaciones Intelectuales y Cognitivas
 - Es frecuente que la sensopercepción se encuentre disminuida. En el aspecto cognitivo se aprecia que su cognición, sus pensamientos, están distorsionados; se altera la capacidad de comprensión y de atención.
 - Aburrimiento persistente.
 - Concentración deficiente e indecisión.
 - Deterioro en los estudios y ausencias frecuentes de la escuela.
 - Bajo rendimiento académico.
 - Trastornos de atención.
 - Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad
 - Problemas de aprendizaje
 - Presenta menos energía o concentración
 - Anhedonia (pérdida del placer).
 - Episodios de pérdida de la memoria.



Pensamientos distorsionados, parece haberse alterado la capacidad de comprensión.

No se involucra en los juegos, ni en las actividades del aula.

Pensamiento suicida.

Visión negativa del mundo, de otros y de sí mismo.

○ Manifestaciones Somáticas

Se puede dar una pérdida de sueño o una hipersomnía.

Actuaciones autodestructivas.

Alteración notoria en los patrones de comer.

Síntomas físicos persistentes que no responden al tratamiento médico, como dolores de cabeza, trastornos digestivos, y otros dolores (de cabeza, de espalda, náuseas, vómitos, estreñimiento, micción dolorosa, visión borrosa, dolor de estómago).

Temores exagerados y reacciones fisiológicas ante el temor.

Pérdida de apetito, peso o ambos o por el contrario comen más de la cuenta y aumenta de peso.

Cambios importantes en los hábitos.

Pérdida de la energía, letargo persistente, fatiga y agitación.

Se cansan sin motivo y su actividad desciende a pasos agigantados.

Somnolencia diurna excesiva.

○ Manifestaciones Conductuales

Aislamiento social.

Problemas para relacionarse acrecentados.

Ataques de rabia u hostilidad persistente

Sucede con cierta frecuencia que se porta mal en la casa y en la escuela sin que nadie se dé cuenta de que están sufriendo de depresión porque eventualmente no parecen estar tristes.

Conductas de inadaptación, que se manifiestan a través de agresividad y/o aislamiento.

Pensamientos o expresiones suicidas o actuaciones autodestructivas.



Se comporta de una manera agresiva, se irrita o sensibiliza frente a pequeñas frustraciones, montando rabietas o berrinches con más facilidad.

Aislamiento del contacto con la realidad.

Tendencia a recluirse en la propia habitación.

Demuestra poco interés por las cosas, da la impresión que posee escasa capacidad para el placer.

Retraimiento.

Llora con facilidad.

Comunicación pobre.

Se aleja de sus amigos y de la familia.

Actuaciones autodestructivas.

Irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad.

Perdida de intereses o placer a pasatiempos que antes se disfrutaban.

Descenso de la actividad, la eficiencia y la productividad.

Malas costumbres.

Descuido en su aseo y presentación personal.

Disforia e ideación suicida.

Comportamiento inadecuado (incumplimiento de toques de queda, actitud desafiante poco común)

Patrón de comportamiento exageradamente irresponsable.

1.3 Etiología

La depresión infantil es una realidad que no debemos ignorar, debemos aprender a reconocer los factores que pueden llevar a un niño/a a la depresión infantil. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad a teorías biológicas y teorías psicológicas, y, dentro de ésta considerar factores familiares y socioculturales que combinados dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. La aparición de un acontecimiento o evento estresante puede favorecer la existencia de pensamientos depresores, sobre todo en la edad preescolar en la que el niño/a es mucho más sensible a situaciones problemáticas; las malas relaciones son fuente específica de iniciación a la



depresión infantil; los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño/a, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil.

A lo largo de la historia diferentes teorías han tratado de dar explicación a la depresión infantil. Podemos agruparlas en dos grandes bloques:

1.- Teorías biológicas: Se ha demostrado que la bioquímica del cerebro juega un papel significativo en los trastornos depresivos; por una disfunción del sistema neuroendócrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos). Se explican la aparición de la depresión infantil por genes que tienen un papel en la producción en el desarreglo en la producción de los elementos bioquímicos, que están en la base de la explicación biológica de la depresión. La herencia de un sistema neuroendocrino defectuoso sería la explicación biológica de la aparición de la depresión infantil, esta idea se ha consolidado por el hecho de que tener antecedentes familiares depresivos es un riesgo importantísimo de aparición de la depresión infantil. En el caso de los niños/as esto se sabe que es así, pero es muy difícil determinar qué es lo que realmente está transmitido como una base genética o lo que está funcionando como un ambiente depresivo en el niño/a. Una madre no sólo transmite genes, sino también un cierto ambiente de falta de refuerzos, de acontecimientos negativos, de no actividad, y eso también puede ser interpretado como causa de la depresión infantil no exclusivamente biológica. Existe un mayor riesgo de padecer de depresión clínica cuando hay una historia familiar de la enfermedad, lo que indica que se puede haber heredado una predisposición biológica. (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 233, 234)

2.-Teorías psicológicas: Las teorías psicológicas se refieren a episodios anteriores, repertorios básicos de conducta, comorbilidad y personalidad. En la teoría psicológica podemos distinguir tres corrientes:



2.1 Conductual: En la psicología conductista la causa de la depresión infantil es la ausencia de refuerzos: Para ésta escuela, la depresión infantil se produce estrictamente por ésta causa. La vida tiene una serie de actividades que producen contento, y si esas actividades no se llevan a cabo u otros no producen sentimientos positivos sobre nosotros, entonces aparece la depresión infantil, también influye que haya en el entorno acontecimientos negativos que no solamente no producen refuerzos, sino que producen disgustos, y éstos serían acumulativamente una explicación para la aparición de la depresión infantil.

2.2 Cognitiva: El modelo cognitivo propuesto por Beck, Rush, Emery y Shaw (1983) señala que la depresión infantil está producida por estilos particulares del pensamiento que incluyen una visión negativa acerca de sí mismo, del mundo y del futuro. Estos estilos son el producto de experiencias negativas tempranas del niño/a que han generado esquemas cognitivos inadecuados relacionados con las predicciones sobre la incontrolabilidad de los acontecimientos negativos. Estos esquemas son patrones relativamente estables y se activan con las semejanzas en situaciones estimulares dando lugar a la triada cognitiva, es decir, la visión negativa sobre sí mismo (baja autoestima), la interpretación de sus experiencias en forma negativa (atribuciones) y su visión pesimista sobre el futuro (desesperanza), la cual provoca los nocivos efectos motivacionales, la inhibición y apatía y el afecto negativo características de la depresión.(Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág.232, 234)

Para este tipo de especialistas, la depresión infantil no se produce por lo que sucede fuera, porque se dan pocos refuerzos o escasa gratificación o muchos acontecimientos negativos, sino que se produce por lo que pasa dentro: por lo que el sujeto piensa o imagina, por lo que dice o valora.

Existe una correlación entre las cogniciones negativas, estilo atribucional negativo, falta de control, deficientes resolución de problemas y depresión.



Con frecuencia, los niños/as aprenden de sus padres estilos cognitivos desajustados. Es característico en ellos creer que los acontecimientos positivos se deben a factores externos mientras que los negativos ocurren a causa de factores internos. Lógicamente éste estilo atribucional negativo les conduce a la desesperanza, a la indefensión y por tanto a un estado de ánimo disfórico.

Se señala que en los esquemas y pensamientos del depresivo se encuentran contenidos una serie de errores cognitivos, que facilitan la adopción automática de sus supuestos. (Jiménez 1997 citado por, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, Manual de Psicología Clínica Infantil, pág. 233). Tales errores son:

- Inferencia arbitraria: Adopción de conclusiones en ausencia de evidencia de apoyo.
- Abstracción selectiva: Focalización en detalles fuera del contexto e ignorar elementos relevantes de la situación.
- Sobregeneralización: Elaboración de conclusiones generales a partir de hechos aislados.
- Maximización y minimización: Exageración o minimización de la significación o magnitud de un acontecimiento.
- Personalización: Atribución a sí mismo de fenómenos externos sin base objetiva para ello.
- Pensamiento dicotómico: Interpretación de experiencias de acuerdo a categorías absolutas opuestas (bueno/malo, todo/nada, etc.)

Influencia de factores familiares y socioculturales en la depresión infantil

- *Factores Familiares*: La familia es el entorno más inmediato del niño/a, su microcosmos y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño/a desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos, motivaciones. Constituye un ambiente



especialmente importante, tanto por las influencias que tiene en el comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ella se configura. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño/a que los ayude a enfrentar el mundo exterior sin miedos ni inseguridades, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la depresión infantil; cualquier conflicto que se dé en la familia puede afectar directamente al niño/a. Las malas relaciones de los padres entre sí o entre los padres e hijos correlacionan con casi todas las perturbaciones infantiles: depresión infantil. La depresión infantil no es una excepción, en éste caso, la divergencia entre los padres con respecto a las pautas de crianza como la alimentación, higiene, los malos tratos y estilos educativos adquiere una especial importancia, la existencia de problemas dentro del seno familiar es uno de los desencadenantes más potentes del trastorno depresivo infantil.

- *Factores socioculturales:* El desarrollo social del niño/a promueve su adaptación y su ajuste emocional. La incompetencia social es una de las características de los sujetos deprimidos, por éste motivo la buena interacción con personas cercanas a él se ha convertido en uno de los indicadores de la regularidad infantil. Los problemas del entorno familiar cuanto más graves son (económicos, alcoholismo, conductas delincuentes,) mayor es el riesgo que corre el niño/a, ya que la dinámica de la vida familiar se ve gravemente afectada.

En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño/a y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de una depresión infantil. El ambiente escolar es de particular interés en un cuadro depresivo, el rendimiento escolar puede ser síntoma o bien puede ser motivo, para presentar un cuadro depresivo.



La escuela marca el primer compromiso y responsabilidad del niño/a en su vida y ante la sociedad; de hecho un niño/a deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico, allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

1.4 Características en función de la edad.

Durante años se consideró que el trastorno de la depresión, no era propio de niños/as; sin embargo, se ha observado que incluso en los primeros meses de vida puede presentarse la depresión infantil.

A partir del momento en que se acepta la depresión en la infancia, hay un marcado énfasis en la necesidad de adoptar una perspectiva evolutiva que permita discriminar alguna especificidad sintomática en diversos momentos del ciclo de la vida.

Las limitaciones cognitivas y afectivas y de lenguaje impiden al niño/a comprender la noción de futuro, anticipar las consecuencias de su conducta, o incluso, mantener cambios en el estado de ánimo más allá de lapsos cortos de tiempo.

No es un tópico fácil de enfrentar, porque a algunos adultos les parece inconcebible que en la etapa infantil, estos se sientan acongojados y tristes, sin ánimo de vivir, siento que se considera a los niños los más felices porque no tienen responsabilidades, ni problemas graves. El fracaso escolar y la depresión están a menudo muy relacionados. El bajo rendimiento escolar pudiera ser la expresión de un desinterés por participar; el rechazo escolar se refiere a una incapacidad o una negativa bastante dramática por parte del niño/a a asistir a clase, aferrarse al hogar, ansiedad por separación, preocupación por la muerte. El niño/a y la familia describen frecuentemente el miedo al maestro, ansiedad por los rendimientos escolares y el rechazo de sus compañeros.



Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión infantil, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos.

En términos generales se pueden señalar las siguientes características de la depresión infantil en función de la edad: (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 226, 227)

- Desde bebés hasta la edad preescolar: La depresión infantil, suelen presentar llanto permanente, decaimiento, pasividad, disminución del peso corporal, mayor propensión a presentar procesos de tipo infeccioso, retraso en el desarrollo psicomotor, inexpresividad en mirada y rostro, inmovilidad y rechazo al contacto. Su depresión por síntomas casi exclusivamente psicossomáticos: enuresis (hacer pipí en la cama), onicofagia (comerse las uñas), manipulación genital, miedos nocturnos, llanto, y puede desarrollarse en tres fases de la conducta; primero, una etapa de protesta, que corresponde a una ansiedad de separación (de la madre); un periodo de desesperación, en caso de que la separación con la madre se fortalezca con expresiones de pena y de duelo; y, un estado de separación, en el que se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma. Pueden, incluso, que se apeguen desesperadamente a quien se ocupa de ellos o que dejen de comunicarse. La depresión en estos niños/as está casi siempre conectada con el cambio o pérdida de la persona responsable de su cuidado, o cuando quien les cuida no es capaz de responder a sus necesidades.
- Preescolares: La depresión infantil en este rango de edad se evidencia a menudo por la falta de sonrisa, la apatía hacia el juego y la falta de implicación en cualquier tipo de actividad. Se irritan o lloran con facilidad, agreden, y pueden realizar actividades destructivas hacia objetos, personas y hacia ellos mismos. Hay quejas físicas constantes como dolores de cabeza y abdominales u otras molestias gastrointestinales. También se evidencia disminución en la capacidad y expresividad



verbal. Puede darse adicionalmente el rechazo a la escuela o síntomas de desagrado notorio hacia ésta. Dificultad para separarse de sus padres y dificultad para adaptarse al centro educativo. Muchas veces está conectado a algún acontecimiento familiar, como el nacimiento de un hermano. Es importante evaluar el contexto familiar puesto que la depresión en estas edades a menudo se asocia a maltrato intrafamiliar.

Conclusiones

Asumir que un niño tiene depresión puede resultar muy difícil para los padres, esta enfermedad no distingue edades, y puede ocurrir en cualquier momento de la vida, llega ser preocupante porque la mayoría de personas no conoce en qué consiste realmente y puede llevar a cuestionamientos, al paciente y a la familia.

El niño deprimido se muestra distinto del que pasa por una fase de mal humor. También es distinta la naturaleza de impacto y la actitud que provoca en los padres. Resulta en primeras instancias difícil conocer el motivo de la depresión, ya que puede resultar algo confuso detectarlo, e incluso se suele ignorarlo. Su mirada apagada y la expresión de su rostro abatido no desaparecen: ese estado es doloroso de soportar para los padres. Será de ayuda para el niño fijarse que estos se hacen cargo de su situación y que lo aceptan con todo el dolor interior que experimenta.

Las depresiones pasajeras son comunes en la experiencia de vida interior de todo niño, pero si se muestra constantemente deprimido puede estar mostrando que algún conflicto ve obstaculizada su elaboración.

Tanto el hogar como el centro escolar, deben tener siempre al niño bajo observación, ya que a través de esto podremos prevenir e intervenir precozmente el problema. La experiencia de vida de los niños es más sensible ya que están en un proceso de desarrollo y cambio continuo.



La influencia que ejercen los padres sobre sus hijos es un factor decisivo en la personalidad de los pequeños.

Los maestros se encuentran frente a niños/as anhelantes de afecto y protección, niños que quizás quieran encontrar en sus maestros el afecto que muchas veces en su casa les niegan, entonces son los encargados de ayudarles, comprenderles, apoyarles, y guiarles para que crezcan como personas seguras en un mundo tan cambiante como el nuestro.



CAPITULO 2

2. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL

Introducción

La evaluación clínica del comportamiento depresivo en los niños/as pre-escolares se ha creado a partir de la evaluación de la población adulta, heredando los mismos problemas y limitaciones, incluso desde diferentes marcos teóricos se ha considerado al niño/a como sujeto a los mismos principios que el adulto. Dentro del proceso de evaluación de los niños/as éste se rige por los mismos principios, métodos y procesos que la evaluación del adulto, sin embargo tiene unas características propias que deben ser consideradas a la hora de conducir dicho proceso.

Al referirnos a la evaluación de los niños/as resulta indispensable, enfatizar la importancia de considerar no sólo las características del cuadro psicopatológico (multi-modal, multi-causal y poli-mórfico), sino también, en especial, las características del sujeto de la evaluación que es el niño/a, es por ello que debemos entender al niño/a con depresión para formular e implementar las estrategias eficaces de intervención que respondan a las necesidades específicas del caso. Como tal ha de ser sensible a los procesos evolutivos usando procedimientos variados que abarquen los diferentes componentes del cuadro con sus particularidades expresivas de acuerdo con el momento evolutivo en el que se encuentre.

2.1 Evaluación

El proceso de evaluación psicológica consiste en obtener información relevante, fiable y válida del niño/a y de otras personas que se relacionan con él. La primera recogida de datos se efectuará en todo el entorno del niño/a, padres y resto de familia que son los informadores más idóneos cuando se trata de recabar información sobre el comienzo e intensidad del problema, maestros que son los que valoran los problemas de conducta en el contexto escolar, el niño/a es conceptuado como un mal informador respecto a los



cambios en su comportamiento, pero en cambio sería el informador idóneo en problemas relativos a la personalidad, amigos o compañeros de clase serían los informadores idóneos de los problemas de socialización aunque su nivel de discriminación de la cualidad de los mismos es relativa así como de otras personas que puedan relacionarse con el niño/a. Los adultos (padres, profesores, médicos,) son, en muchas ocasiones, los interesados en solucionar el problema de comportamiento del niño/a. Este hecho explica la baja motivación del niño/a a colaborar en el proceso de evaluación y/o de intervención y conlleva a que el evaluador muestre en su repertorio determinadas habilidades para favorecer la cooperación del niño/a. El evaluador infantil ha de mostrar las siguientes habilidades y conocimientos: a) conocer las pautas básicas del desarrollo infantil; b) conocer los factores socioculturales y expectativas educativas, demandas y criterios de la familia y del contexto escolar; c) tener habilidades específicas (lúdicas, comunicación, temas infantiles), para favorecer la implicación del niño/a en la evaluación; d) tener habilidades para el manejo de perturbaciones; y e) tener habilidades para crear un ambiente cordial que facilite la adherencia de los adultos a la evaluación. En general las pruebas psicológicas se aplican de manera responsable, no obstante, no siempre se presenta agudos matices contrastantes, responsables o irresponsables. El verdadero reto de la evaluación competente consiste en determinar las fronteras de la práctica ética y profesional. (Evaluación Psicológica: Historia, principios y aplicaciones, Gregory Robert, pág. 686)

Además de todas las cuestiones consideradas a la hora de evaluar los problemas de comportamiento infantil deben tenerse en cuenta distintos aspectos relativos a la ética del profesional evaluador. En este sentido es fundamental mantener la confidencialidad de la información, reducir el uso de etiquetas diagnósticas dados los efectos iatrogénicos asociados a las mismas, pedir el consentimiento y cooperación del sujeto evaluado; evitar el uso de procedimientos que amenacen la integridad del niño/a y hacer un uso adecuado de los datos obtenidos de la evaluación. . Los profesionales tienen la obligación primordial de proteger la confidencialidad de la información,



incluyendo los resultados de una prueba que puedan obtener de sus clientes en el curso de la consulta. Dicha información puede comunicarse de manera ética a otras personas sólo después que el cliente o su representante legal dan su consentimiento sin ambigüedades en general por escrito. (Evaluación Psicológica: Historia, principios y aplicaciones, Gregory Robert, pág. 691)

Los instrumentos de evaluación de la depresión infantil se derivan de lo que pretenden medir. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas con diferente grado de estructuración, inventarios, escalas, cuestionarios auto informes (auto o hetero aplicados), test pictórico, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta se hace observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

La evaluación de los aspectos biológicos de la depresión infantil se lleva a cabo con análisis y pruebas objetivas de los elementos físicos que se han mostrado relacionados con ella. Así tenemos pruebas de carácter endócrino, como la determinación de los niveles de cortisol y la hormona de crecimiento. Pruebas como el electroencefalograma EEG (sobre todo durante el sueño) y el electromiograma EMG (relacionado con la musculatura facial implicada en la expresividad).

La evaluación cognitivo conductual hace uso de los sistemas de clasificación psiquiátricos u otras estrategias como la de la “conducta clave” frente al uso de los análisis funcionales; evalúa el triple sistema de respuesta en lugar de entender la conducta como un todo producto de la interacción entre el organismo y su ambiente; usa de forma desproporcionada procedimientos indirectos (cuestionarios, escalas...) más que directos (observación); incluye constructos teóricos intra psíquicos como responsables de la conducta en pérdida de las influencias ambientales; sobrevalora las evaluaciones estructurales de la conducta frente a las funcionales y está más interesada por las garantías psicometrías del instrumento y la integración de enfoques teóricos distintos, más que por las evaluación funcional de la conducta. Los terapeutas cognitivos conductuales no necesitan utilizar herramientas formales de



evaluación en su práctica clínica. Por lo común, estos terapeutas vigilan la estructura del problema de manera informal de una sesión a otra. Los pensamientos irracionales y distorsionados ponen en duda a medida que surgen en la terapia. Al final el autoinforme de mejoría de parte del cliente puede constituir el principal índice de éxito terapéutico. (Evaluación Psicológica: Historia, principios y aplicaciones, Gregory Robert, pág. 651)

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo del niño/a, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional, la edad que es un indicador que junto al tipo de problemas su frecuencia de aparición e intensidad nos permite considerar un comportamiento como patológico o analizar los factores de riesgo asociados a su aparición, y el carácter interiorizado de la conducta deprimida. El proceso de evaluación comprende aspectos siempre variables y el resultado dependerá de muchos factores diferentes, comenzando con la razón por la que se emprendió la evaluación, entre ellas las pruebas psicológicas, también dependen los objetivos particulares, personas y circunstancias implicadas, al igual que otras variables únicas de la situación particular. (Cohen Ronald Jay y Swerdlink Mark E, Pruebas y Evaluación Psicológicas, pág.6)

2.2 Entrevista

Existe un importante consenso a la hora de seleccionar las entrevistas como estrategias de evaluación son de gran utilidad porque, además de su pertinencia, es una gran herramienta que nos permite diagnosticar, éstas varían de acuerdo con el grupo de edad al que van dirigidas y según su formato pueden variar en su grado de estructuración y especificidad: desde las generales como las estructuradas hasta las específicas como la semi-estructurada o poco estructuradas. Son muy utilizadas ya que tiene la ventaja adicional de favorecer la comunicación directa con el niño/a, la aclaración de las dudas que puedan surgir con su aplicación, la homogenización de los datos y la flexibilidad hasta verificar la comprensión por parte de los entrevistados. La mayor parte de ellas se fundamentan en alguno de los sistemas diagnósticos y en líneas generales, ofrecen una guía para preguntar y registrar la información



obtenida lo que permite establecer un diagnóstico. Estas entrevistas requieren de entrenamiento para su utilización y deben ser empleadas por especialistas.

La entrevista empezará con los padres, surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño/a deprimido como de la familia; sin embargo las escalas de evaluación están diseñadas para que las conteste el paciente pero también para que las rellenen personas significativas de la vida del niño/a. Estas pueden tener limitaciones especiales cuando se administran a los niños/as más pequeños dadas las variables lingüísticas y cognitivas, además muchos niños/as se muestran inaccesibles cuando se le hacen preguntas relativas a cuestiones personales, porque sencillamente se niegan a cualquier información personal o la ocultan. Esta situación puede llegar a empeorarse si el entrevistador no crea un *rapport* adecuado con el niño/a o por el contrario crea una relación tan cálida que el niño/a responde para agradar al evaluador. Hay síntomas que tendrán más validez de lo que nos diga el niño/a que de lo que digan los padres. El entrevistador debe comprobar el grado de acuerdo entre el niño/a y los padres. Si las razones del desacuerdo no son evidentes, es útil enfrentar al niño/a con el informe de los padres y preguntarle porque cree que han respondido de forma diferente. Si persiste el desacuerdo clarificarlo juntos. Lo mejor sería que se maneje una entrevista semi-estructurada, si es poco o mucho corremos el riesgo de perder información, pero al margen del tipo de entrevista que se vaya a utilizar es importante que desde el primer contacto se establezca una adecuada relación terapéutica con los padres para que ofrezcan información confidencial y personal sobre sus relaciones familiares. Los padres durante la entrevista pueden exagerar o minimizar los problemas de comportamiento de su hijo dependiendo de cómo perciban la gravedad y el grado de control sobre los problemas de comportamiento del niño/a. Durante la entrevista inicial es fundamental determinar cuáles son las expectativas y las creencias de los padres sobre el desarrollo y comportamiento problema del niño/a, así como la influencia de los mismos en la relación familiar. Estos aspectos se deberían tratar y discutir con ellos de una manera clara y natural. Se defiende que el entrevistador adopte



una posición de colaboración más que de superioridad, haciendo uso de un lenguaje comprensible, libre de tecnicismos.

El evaluador al momento de la entrevista debe tener en consideración los siguientes puntos:

- 1) Descripción del trastorno infantil consultado a dos niveles: global, a través de entrevistas abiertas, y parámetros de la respuesta, las consecuencias reforzantes y las relaciones de contingencia;
- 2) Funcionamiento global del niño/a (rutina semanal), repertorio social y académico, tendencias personales (reacciones ante situaciones de frustración, espera, autocontrol, etc.) y motivacionales, estado biológico general y funcionamiento intelectual. Esta información puede recabarse a través de entrevistas.
- 3) Historia de los comportamientos y manifestaciones problemáticas en el niño/a (tristeza, inhibición, irritabilidad), es decir, datos de los déficit o excesos comportamentales (momento y forma de su detección, por quién, etc.). Estos datos se obtendrán mediante entrevista más o menos estructuradas en función de los recursos y del tiempo disponible.
- 4) Información relativa a las creencias, actitudes y reacciones de los padres, profesores y otras personas implicadas directamente en el comportamiento problema del niño/a. Esta información se recabaría a través de entrevista y se complementarían con registros de observación.
- 5) Información acerca de las condiciones físico-contextuales del niño/a (condiciones de hábitat, aspectos sociodemográficos, recursos disponibles en la familia, etc.)

2.3 Observación

La observación ha sido el método tradicional por excelencia de la evaluación conductual, al menos en sus primeras etapas. El registro preciso de conductas específicas y la toma de decisiones en base a los datos registrados, más que sobre la base de impresiones subjetivas, ha sido una de las mayores contribuciones al análisis de conducta. Dado que los problemas infantiles



ocurren en distintas situaciones, la observación sería la técnica por excelencia para recoger de modo directo no sólo los comportamientos objeto de interés sino las condiciones en las que ocurren. En este sentido mediante la observación se pueden recoger distintos elementos que son fundamentales para realizar el análisis funcional de la conducta problema y generar a partir de estas informaciones las hipótesis oportunas de cara a la planificación del tratamiento. Así mediante la observación se recogen datos sobre las condiciones o eventos disponibles (antecedentes y contexto), los distintos parámetros de la respuesta, las relaciones de contingencia, etc. Asimismo, el registro de observación se puede llevar a cabo en un contexto estructurado (clínico o de laboratorio) o bien en un contexto más abierto, como las distintas situaciones que se pueden presentar en el hogar y en el aula.

- a. Elaborar sistemas de observación que encierren conductas específicas (aislamiento, problemas para relacionarse irritabilidad, enojo, preocupación, agitación y ansiedad, etc.) donde se defina claramente la conducta a registrar, los parámetros, situaciones y momentos;
- b. Seleccionar un número limitado de conductas en el niño/a (ataques de rabia u hostilidad, aislamiento del contacto con la realidad, se aleja de sus amigos y de la familia, etc.) para facilitar la observación;
- c. Usar un número de categorías conductuales reducido, descriptivas y excluyentes;
- d. Invertir cierto tiempo para permitir la adaptación del niño/a a las condiciones de observación y;
- e. Evitar los sesgos del observador, procurando que no tenga información sobre los objetivos del estudio y recibiendo entrenamiento previo en la aplicación del registro.

Dado que muchas de las características del cuadro depresivo son conductas manifiestas, es posible realizar observaciones por otras personas diferentes y por el mismo niño/a. Estas observaciones puedan dar cuenta, por ejemplo, de la distancia de interacciones sociales, de la actividad motora, de los cambios en



los patrones de ingesta y sueño, expresiones faciales más frecuentes y de la conducta de aislamiento. Cuando es el niño/a el que observa a sí mismo, debe recoger la información mediante los autorregistros mencionados en el apartado anterior. Los datos de la auto observación realizada por el niño se contrastan con los datos derivados de la observación realizada por otras personas como los padres o los maestros, debido a que se pueden dar los casos en lo que las observaciones de esas otras personas contradigan lo que ha anotado el niño en su auto registró en el momento por diversas razones. Se suele pedir a los padres que observen como duerme su hijo o como come; al profesor se le solicita que observe si participa en clase; y a sus amigos, si juega con ellos. (Méndez 1998, citado por Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, Manual de Psicología Clínica Infantil)

Los formatos pueden ser diseñados de acuerdo con el interés evaluativo del terapeuta y/o a las condiciones particulares del caso. Cabe poner el relieve la importancia de elaborar códigos de observación claramente diferenciables y de instruir a los observadores en manera óptima de utilizar los registros para lograr información útil y fiable.

2.4 Informes familiares e institucionales

Estos informes son instrumentos para ser utilizados con otras personas que complementan la evaluación de la depresión del niño/a. Estos dan cuenta de varios de los síntomas. Entre estos informes se encuentra:

- Ficha Clínica. (Anexo 1)
- Historia Psicológica. (Anexo 2)

2.5 Pruebas y reactivos psicológicos.

Son instrumentos cuyo objetivo es realizar un registro de los sentimientos e ideas recientes, así como hacer un repaso, más o menos exhaustivo, sobre las distintas áreas/dimensiones que pueden estar afectadas: afectiva, conductual



y/o fisiológica, que son aplicados a los padres, maestros o al propio niño/a o a otros adultos que conozcan al niño/a. Cada uno de ellos responde a formatos distintos. Los cuestionarios están constituidos por ítems en forma de preguntas (abiertas o cerradas) a las que el sujeto debe responder; desde esta perspectiva se conceptualiza el comportamiento inadecuado o perturbador como un continuo, en el que se clasifican los distintos problemas de comportamiento en función de su intensidad. Los criterios para una buena prueba incluirán instrucciones claras para su aplicación, calificación e interpretación. Es una ventaja si una prueba ofrece economía en el tiempo que se llevaría aplicarla, calificarla e interpretarla. Sobre todo, una buena prueba parecería ser aquella que mide lo que pretende medir. Los resultados del procedimiento de evaluación conducen a una mejora en la calidad de vida de quien responde la prueba. (Cohen Ronald Jay y Swerdlink Mark E, Pruebas y Evaluación Psicológicas, pág.38)

Los cuestionarios de evaluación de la depresión infantil tienen diferentes utilidades: cuantificar la intensidad de la sintomatología, establecimiento de áreas conductuales problemáticas, detección de cambios sintomatológicos (monitorización de síntomas), realizar cribado e incluso, cualificar el tipo de trastorno.

Entre estos podemos encontrar:

- Test de Roberto. (Anexo 3)
- Test de Ellis. Creencias Irracionales (Anexo 4)
- Test de la Figura Humana. (Anexo 5)
- Test de Familia. (Anexo 6)
- Test TREC. (Anexo 7)
- ❖ Autoinformes

“Los autoinformes para la depresión infantil evalúan, básicamente, la gravedad de los síntomas depresivos proporcionando información útil sobre el humor



deprimido experimentado por los niños/as. Es importante, sin embargo, anotar que la puntuación de las escalas no es equivalente al diagnóstico, que requiere un procedimiento más amplio que involucre diversas fuentes de información diferentes métodos.

En los autoinformes es de vital importancia el reconocimiento exacto de las demandas de la tarea, pues se requiere que encajen con los desarrollos cognitivos y las capacidades lectora y comunicativa del niño/a. Cuando se utilizan con los menores, se recomienda leer los ítems al niño/a para evitar confusiones que pueden darse por sus restricciones en el área de habilidad lectora. Además, hay que recordar que, en ocasiones, los cuestionarios, inicialmente diseñados para los adultos, contienen preguntas afirmaciones o vocabulario que no resultan fáciles de entender.” (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 237)

❖ Autorregistro

Se utilizan, principal aunque no exclusivamente, con el propósito de evaluar cambios durante la fase de intervención propiamente dicha. Un ejemplo de ellos serían los autorregistros de actividades placenteras ampliamente documentados en la terapia cognitiva de la depresión de Beck que obtienen información a nivel de la frecuencia y duración de las actividades agradables llevadas a cabo, el grado de satisfacción obtenido durante su ejecución y el estado de ánimo concomitante. A los anteriores se añade los autorregistro para el análisis funcional, ABC (antecedente, conducta, consecuencia), o EORCC (estímulo-organismo-respuesta-contingencia-consecuencia).

Estos autorregistros facilitan detectar las relaciones estimulares (antecedentes-consecuentes) que están vinculadas a pensamientos y afectos / emociones de la naturaleza depresiva y permiten generar una visión global de las relaciones que se establecen entre el niño y su contexto (Mendez y Cols, 2001 citado por Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, Manual de Psicología Clínica Infantil, pág. 240)

Diferentes tipos de autorregistros (Méndez, 1998 citado por Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, Manual de Psicología Clínica Infantil pág. 240) son:



- a) Autorregistro básico: Se trata de dividir una hoja en tres columnas: en la primera se recogen las situaciones antecedentes; en la segunda, la conducta del niño/a y, en la tercera, se recogen las consecuencias. Este tipo de autorregistro se suele utilizar al principio de la evaluación para disponer de más información sobre el problema.
- b) Autorregistro de actividades: En la depresión infantil, se da un bajo nivel de actividad, lo que incrementa el aburrimiento y la desgana. Las instrucciones que se dan son que, cada vez que el niño/a realice una actividad placentera que se indica, debe escribir en la casilla que corresponde el número de veces que realizó la actividad y el nivel de agrado asociado de 0 a 1 siendo 0 (no me lo pase bien) y 1 (me lo pase bien).
- c) Autorregistro de pensamientos: Según el modelo cognitivo, los pensamientos negativos constituyen el desencadenante de la depresión, en este tipo de Auto riesgo se le pide al niño/a que, cada vez que experimente emociones negativas las registre en la casilla de la derecha. A continuación se le indica que se escribe en la casilla anterior que es lo que estaba pasando en ese momento y, por último, que apunte en su casilla correspondiente cual fue la situación que le hizo sentir mal y pensar negativamente
- d) Autorregistros narrativos: Este tipo de auto riesgos implican que los niños/as escriban redacciones sobre cómo se sienten. Se les puede pedir, por ejemplo, que escriban un diario o cartas al psicólogo. Este tipo de Auto riesgo no es estructurado y está indicado para niños/as mayores a los que les gusta expresarse abiertamente sobre lo que les ocurre. Los autorregistros estructurados recogen información relevante y precisa. El psicólogo puede utilizar ambos tipos de auto riesgos para obtener la mayor cantidad posible de información, de manera que, al principio, se utilizan auto registros más concretos conforme el psicólogo va conociendo el caso.

❖ Modelo Cognitivo de Beck



Obtiene información a nivel de la frecuencia y duración de las actividades agradables llevadas a cabo, el grado de satisfacción obtenido durante su ejecución y el estado de ánimo con el que se relaciona. Cubre básicamente aspectos cognitivos, las alteraciones surgen en aquellos individuos que poseen una visión deformada de la realidad. Esta visión errónea se basa en unos presupuestos que impregnan y condicionan su percepción de la realidad. Estas personas poseen unos esquemas distorsionados de la realidad que fácilmente se activan ante sucesos estresantes. Esos esquemas al orientar y canalizar la percepción de la realidad generan lo que se llama la triada cognitiva y producen emociones indeseables. La causa de las depresiones son las ideas, pensamientos y creencias específicas que los depresivos tienen sobre el mundo y sobre sí mismos. Éste Modelamiento es un procedimiento que se usa de una manera frecuente. El terapeuta verbaliza en voz alta sus pensamientos al confrontar un problema o situación en la cual pueda presentar. (Anexos 8, 9, 10)

❖ DSM-IV

El sistema DSM-IV establece el diagnóstico en base a cinco ejes, con objeto de incorporar distintos puntos de vista en el diagnóstico de un trastorno. En el eje I contiene diversas preguntas relativas a la descripción del motivo de consulta y el lugar en que se producen las manifestaciones del niño/a (casa, centro educativo, con compañeros), en este eje se agrupa los trastornos de inicio en la infancia. El eje II contempla los trastornos de la personalidad y problemas de aprendizaje. En el eje III se incluyen diagnósticos y tratamientos a enfermedades que haya tenido o actualmente esté recibiendo el niño/a. El eje IV evalúa el estrés psico-social información sobre estresores como el abuso y abandono infantil, y otros estresores en general (clima familiar, problemas económicos, problemas familiares y extra familiares, etc.). El eje V valora el nivel de adaptación en el último año como relación familiar, responsabilidades del niño/a en el hogar, relación y rendimiento escolar, relación con sus compañeros, etc.



Las preguntas deberán estar formuladas en un lenguaje sencillo con un formato de estructura corto, a fin de favorecer la comprensión de las preguntas y la cooperación del niño/a, familiares, educadora y demás informantes. (APA 1994, citado por Molina Moreno Antonio pág. 27)

2.6 Registros fisiológicos, biológicos.

Este tipo de evaluaciones que son complementarias a las otras medidas descritas y que además, proporcionan información sobre correlatos biológicos del trastorno.

La evaluación del funcionamiento neuroendócrino ha sido la más utilizada con los niños/as, en ella, se evalúa la hipersecreción de cortisol en el plasma sanguíneo, que muestra concentraciones altas y valores pico, de la depresión infantil. En la actualidad se intenta también determinar la variabilidad de la hormona de crecimiento en respuesta a una hipoglucemia inducida por insulina, que en adultos con depresión endógena ha demostrado una hiposecreción.

Ocasionalmente se han empleado los registros electros fisiológicos para la evaluación del sueño de los pacientes deprimidos. Se han concentrado en la duración del sueño REM, en la duración del tiempo y del sueño en la intermitencia de los despertantes, asumiendo que estos se ven alterados en personas con depresión. Los hallazgos experimentales son contradictorios o poco concluyentes. Estas medidas han sido asumidas por extensión de los hallazgos sobre los marcadores biológicos en pacientes adultos deprimidos y, en el caso de la depresión infantil, necesitan mayor investigación. La limitación en su uso también puede ser debida a las dificultades para su realización con los menores. (Manual de Psicología Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 242, 243)



Conclusiones

Podemos decir que el proceso de evaluación de la depresión infantil en relación con la de los adultos tiene un grado de complejidad mayor. Destacaríamos; La carencia de autonomía del niño/a (incluso para interpretarse como necesitado de ayuda) hace que sean los padres, maestros u otros profesionales quienes valoran la necesidad de intervención; y por otro lado, el acelerado proceso evolutivo, es decir, los cambios fisiológicos, cognitivos y conductuales que acontecen a esta edad, nos obliga a prestar una especial atención a las condiciones familiares, escolares y sociales en las que el niño/a se desarrolla.

A la hora de conducir una evaluación infantil, se preserva ante la selección de aquellos instrumentos que proporcionen al profesional una adecuada información y en la que desde el primer momento se debe valorar quienes van a participar en la evaluación, qué instrumentos se van a utilizar y cómo se va a llevar a cabo, teniendo en cuenta las características psicológicas de los padres y a las condiciones (tiempo, personal, etc.) en las que se produce la demanda.

La aplicación de instrumentos para evaluar la depresión infantil, no implica que haya que hacer uso de multiplicidad de ellos. Es importante tener en cuenta las necesidades del caso y la posibilidad de obtener información válida y fiable que permita la formulación de un plan de intervención eficaz.



CAPITULO 3

3. TRATAMIENTO DE LA DEPRESION INFANTIL

Introducción

El tratamiento de la depresión en la infancia debe ser integral, y abarcar todas aquellas intervenciones psicoterapéuticas, farmacológicas y/o psicosociales que puedan mejorar el bienestar y capacidad funcional. En la depresión infantil los profesionales reconocen sus consecuencias tomando en cuenta diferentes aspectos: manifestaciones anímicas, conductuales, cognitivas y fisiológicas. También, consideran que el cuadro tiene repercusiones en las áreas: escolar y socio-afectiva del niño/a. Asocian además, el cuadro depresivo infantil a otras problemáticas, tales como abuso, maltrato, trastornos de aprendizaje y de conducta.

El diagnóstico y el tratamiento son dos elementos indispensables para poder ayudar y equilibrar la salud de los niños/as, los padres y los maestros son un factor muy importante en detectar este tipo de enfermedades pues son quienes interactúan más tiempo con los niños/as.

3.1. Abordaje del tratamiento de la depresión infantil

La terapia empleada para el tratamiento de la depresión infantil es similar a las utilizadas con los adultos, aunque las estrategias a seguir han de adaptarse a la edad, motivaciones e intereses del niño/a. Ha de tenerse en cuenta la capacidad restringida de los niños/as para razonar y para manejar conceptos abstractos. En la actualidad se encuentran programas multimodales que vinculan las áreas del funcionamiento del niño/a más afectadas, así como las influencias más relevantes, familiares y contextuales, que, de una u otra manera, operan como etiologías y de mantenimiento de la depresión infantil.

En cuando a las señales y los síntomas de depresión infantil que son persistentes y más severos, se debe buscar la ayuda profesional de un psicólogo o psiquiatra; existen medicamentos antidepresivos y ansiolíticos que ayudan en el tratamiento de la depresión infantil grave. Algunos tratamientos



psicológicos efectivos incluyen las terapias conductuales y las terapias cognitivas conductuales. Los programas que combinan medicamentos y psicoterapia son frecuentemente empleados en el tratamiento contra la depresión infantil. La psicoterapia sin medicación es efectiva en algunos casos con formas leves de depresión infantil y los antidepresivos suelen recetarse en casos de depresión infantil moderada o severa.

3.2. Características generales de tratamiento

El tratamiento de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño/a, en base a: su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención.

Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño/a (familiar, social y escolar).

La selección del tratamiento dependerá del resultado de la evaluación. Existe una gran variedad de medicamentos antidepresivos y psicoterapias que se pueden utilizar para tratar los trastornos depresivos infantiles. La mayoría de los pacientes obtienen un resultado óptimo con un tratamiento combinado de medicamentos para obtener un alivio relativamente rápido de los síntomas, y psicoterapia para aprender a enfrentar mejor los problemas de la vida. El psiquiatra puede recetar medicamentos y recomendar la terapia psicológica idónea para cada sujeto, dependiendo del diagnóstico del paciente y de la severidad de los síntomas.

3.2.1 Tratamiento farmacológico

El tratamiento puede ser farmacológico (dependiendo de la gravedad del trastorno). La depresión infantil parece estar asociada a la existencia de niveles bajos de determinadas sustancias a nivel cerebral tales como la serotonina, la noradrenalina o la dopamina. Por ello, los fármacos antidepresivos actúan intentando aumentar alguna de estas sustancias en el cerebro a través de distintos mecanismos de acción; a la hora de seleccionar



un fármaco antidepresivo hay que tener en cuenta algunos factores como son: la experiencia conocida de un episodio anteriormente tratado, el perfil de efectos secundarios propio de cada medicamento y la posibilidad de interacción con otros medicamentos que pueden estar tomando. Además se debe tomar en cuenta factores tales como la edad de la persona, el patrón de síntoma específico, y la personalidad que influyen en la efectividad del tratamiento farmacológico. (Psicología Fundamentos y Aplicaciones, Worchel Stephen y Shebilske Wayne, 1998, pág. 581)

Dentro del tratamiento farmacológico, aunque hay diferentes fármacos, el más usado es el Inhibidor Selectivo de la Recaptación de Serotonina (ISRS), que consiste, simplificando, en la reducción de la velocidad a la que la serotonina se inactiva, por lo que está más tiempo activa, compensando su déficit, típico en la depresión infantil. Si es necesaria la medicación, el trabajo terapéutico se hará conjuntamente con el médico de cabecera y / o psiquiatra. Además siempre habrá que descartar causas orgánicas, como infecciones, enfermedades neurológicas, endócrinas, medicamentos que pueden producir síntomas parecidos a la depresión infantil, y otras situaciones como alteraciones en los electrolitos, anemia, lupus. Algunas pueden ser la fuente de la depresión infantil y otras, simplemente tener una sintomatología muy parecida. (Psicología Fundamentos y Aplicaciones, Worchel Stephen y Shebilske Wayne, 1998)

Es necesario conocer que todos los fármacos antidepresivos tienen un período entre que se inicia su toma y comienza la respuesta antidepresiva, tiempo que se denomina latencia de respuesta, y que puede variar entre dos y cuatro semanas.

El paciente, en este período, además de no notar importante mejoría, percibirá los efectos secundarios posibles de la medicación, lo cual añade frustración y desconfianza hacía la eficacia del tratamiento. Se debe ser paciente y esperar la mejoría de la depresión infantil dentro de este plazo de tiempo. Si es posible observar, en ocasiones, una cierta mejoría a los pocos días de iniciar la toma del medicamento, pero este efecto que no es antidepresivo, posiblemente se



deba a cierta acción sedativa o inductora del sueño que mejora aspectos que suelen presentarse asociados a la depresión infantil como es la ansiedad o el insomnio. Por tanto, sólo se considerará ineficaz un medicamento antidepresivo cuando haya sido probado durante 4 a 6 semanas a dosis adecuadas y con buen cumplimiento. En caso de ineficacia el planteamiento será sustituir el medicamento por otro, habitualmente de distinto grupo de acción antidepresiva, o bien la combinación de dos fármacos antidepresivos de mecanismo de acción complementario. Al sustituir un fármaco, en ocasiones es necesario dejar pasar unos días de eliminación antes de iniciar el nuevo tratamiento a fin de evitar interacciones entre ambos. “Debido a los defectos que producen los medicamentos y a las preocupaciones de los pacientes, los profesionales han encontrado que es útil realizar programas terapéuticos que incluyan visitas regulares al principio del tratamiento, mayores esfuerzos por educar a los pacientes acerca de los medicamentos y la continua observación del cumplimiento del tratamiento.” (Psicología de la Anormalidad, Halguin Richard P y Whitbourne Susan Krauss, 2004 pág. 331)

Fundamentalmente existen dos grandes grupos de fármacos antidepresivos:

1) Antidepresivos tricíclicos: Fueron de los primeros antidepresivos en aparecer. Presentan una elevada eficacia aunque por su potencial de producir efectos secundarios como sedación, sequedad de boca, estreñimiento, temblores, hipotensión, etc.

Se recomienda iniciarlos a dosis bajas e ir aumentando en función de la tolerancia del paciente y del efecto antidepresivo, hasta conseguir la dosis que equilibre la mayor eficacia posible con los menores efectos secundarios. Se tienden a utilizar en casos graves de depresión infantil.

2) Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y/o noradrenalina: Se ha extendido mucho su uso por tener un mecanismo de acción más selectivo, son fármacos con un perfil de efectos secundarios mejor tolerados (nauseas, agitación y boca seca) que los clásicos fármacos tricíclicos y por lo tanto pueden empezar a tomarse a las dosis normalmente efectivas; éstos además se distinguen de los tricíclicos por su selectividad y no bloquean los múltiples



receptores. Al poder indicarse desde el primer día a dosis terapéuticas es posible que necesiten menor tiempo de inicio de la acción antidepressiva. (Psicología de la Anormalidad, Halguin Richard P y Whitbourne Susan Krauss, 2004 pág. 331)

Los antidepressivos que se usan en tratamientos infantiles son la imipramina, la clomipramina y la maprotilina (llamados antidepressivos cíclicos, a causa de la forma de su molécula). Es conveniente iniciar el tratamiento con dosis relativamente bajas (1 mg/kg de peso y día), para instaurar en un plazo corto, de 5 a 10 días, las dosis terapéuticas.

La medicación con antidepressivos cíclicos debe instaurarse en forma gradual, llegando a las dosis terapéuticas en unos 6-10 días. Debe prevenirse a la familia acerca de los siguientes puntos:

1. Los primeros días hay efectos secundarios anti-colinérgicos que irán minimizándose a lo largo del tratamiento en casi todos los casos.
2. Si los primeros días aparece somnolencia, se interpreta como signo de buen pronóstico (los antidepressivos no dan somnolencia ni sedación en personas no depresivas).
3. El efecto terapéutico suele tardar entre 2-3 semanas.

En 2-3 semanas debemos notar los primeros signos de mejoría, se atenúan los signos y síntomas que habían sido la expresión del trastorno depresivo infantil. En 6 semanas debemos llegar a una mejoría clara, pero aún inestable (con días de empeoramiento y/o altibajos). Hacia las 12 semanas deberíamos obtener una mejoría estable. En caso de no ser así, sería necesario rehacer la estrategia:

- a. Si no hay respuesta alguna: Cambiar y reiniciar el proceso.
- b. Si la respuesta terapéutica es parcialmente favorable: Controlar niveles plasmáticos para reajustar la dosis. Aumentar dosis. Combinar dos o más fármacos.



Una vez instaurada la mejoría, es conveniente mantener dosis terapéuticas durante un plazo de 6-18 meses, para bajarlas luego en el plazo de uno a dos meses más. Es prudente evitar la coincidencia del cese del tratamiento con los períodos de mayor riesgo (situaciones de pérdida afectiva, etc.) (Psicología Fundamentos y Aplicaciones, Worchel Stephen y Shebilske Wayne, 1998)

3.2.2. Psicoterapia

En la depresión infantil se producen una serie de pensamientos automáticos de carácter negativo ante distintas situaciones, haciendo que el niño/a se sienta inútil, humillado, culpable, inferior; si sucede algo malo ellos son los culpables de lo que está ocurriendo, asumiendo toda la responsabilidad. En cambio, si ocurre algo en lo que ellos están implicados, siempre se restarán méritos, aludiendo a la suerte, a que cualquiera lo hubiera hecho igual o mejor, etc.

La psicoterapia puede involucrar al niño/a individualmente, a un grupo o a la familia. En el caso de niños/as, el jugar, el dibujar, además del hablar, son formas importantes para compartir sentimientos y resolver problemas. Como parte de la evaluación inicial, el terapeuta realizará un psicodiagnóstico, y determinará la necesidad de tratamiento. Esta decisión estará basada en factores tales como los problemas actuales que presenta el niño/a, su historial, nivel de desarrollo, habilidad para cooperar con el tratamiento y qué tipo de intervención es más compatible con el motivo de consulta. Como parte del tratamiento se realiza orientación a padres, y a docentes. A su vez, en algunas situaciones se requiere la combinación de la psicoterapia con otras disciplinas tales como psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional, neurología, psiquiatría etc. La relación que se desarrolla entre el terapeuta y el paciente es muy importante, ya que el niño/a debe de sentirse cómodo, seguro y comprendido, expresando así sus pensamientos y emociones y usando la terapia de manera eficaz.

La psicoterapia ayuda a los niños/as de varias maneras, ya que además de recibir apoyo emocional, les ayuda a resolver conflictos con otras personas, entender emociones y problemas, adquirir habilidades sociales, expresar



estados de ánimo, comprender y modificar comportamientos disfuncionales, resolver inseguridades, etc. De esta manera, la duración del tratamiento depende de la complejidad y gravedad del diagnóstico. El tratamiento entrena al niño/a a detectar esas ideas distorsionadas; después, a discutirlos, y finalmente, a reemplazarlas por otras más adaptativas. A su vez, se maneja autoestima; técnicas para solucionar problemas; fomento de habilidades sociales, ya que muchas veces las relaciones con los demás se han deteriorado; relajación para rebajar y controlar la ansiedad, que suele acompañar a la depresión infantil; técnicas para controlar pensamientos recurrentes negativos que hacen mucho daño. Al niño/a se le va a enseñar a reconocer emociones ajenas y propias y su asociación a determinadas situaciones. Se le reforzará los comportamientos adecuados.

Las terapias psicológicas más utilizadas son:

3.3. Intervención cognitivo-conductual: Como modelo de tratamiento.

La intervención cognitivo-conductual de la depresión infantil pretende conseguir en el niño/a tres cambios terapéuticos fundamentales:

- Que el niño/a aprenda a valorar sus sentimientos
- Que sustituya sus comportamientos generadores de emociones negativas por conductas más adecuadas,
- Que modifique sus pensamientos distorsionados y sus patrones erróneos de razonar.

La terapia Cognitivo-Conductual se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica. La diferencia que hay con los terapeutas conductuales tradicionales es que éstos se concentran en la modificación del comportamiento externo y, los terapeutas cognitivos se centran en cambiar el modo en que piensan las personas, se trata de reestructurar el sistema de



creencias de una persona para llegar a un conjunto de perspectivas mas realistas, lógicas y racionales. (Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana, Feldman Robert S, 1998, pág. 473)

Entre las técnicas de intervención Cognitivo-Conductual nombraremos las siguientes:

3.3.1. *Modelos de rol positivos*: Si el niño/a ve que sus familiares, sus personas de referencia, son alegres y tienen una instalación adaptativa en el mundo, copian esos modelos. El niño/a imita. Hasta bien entrados los 4 años, los niños tienen un sistema de aprendizaje donde prima sobre todos los demás la imitación. Por lo tanto, es muy importante el modelo a copiar que cada adulto ofrece al niño/a.

3.3.2. *Desarrollar la autoestima de un niño/a*: Consiste en hacerle seguro de sí mismo, no criticarle en exceso. Todos los niños/as hacen cosas mal, a todos los niños/as hay que corregirles; pero una cosa es decirle a un niño/a "haz esto de esta manera" y otra es "eres un desastre, no haces nada bien". Hay maneras de crítica que son constructivas, y otras que son destructivas, y uno debe saber que la crítica tiene como meta mejorar la ejecución del niño/a.

3.3.3. *Desarrollo de la autoeficacia*: Una persona debe saber resolver problemas, saber aceptar los retos que tiene, (cada persona, cada niño/a los tiene). Cuando un niño/a experimenta un problema, se debe saber que para él eso es un problema y que tiene realmente importancia.

3.3.4. *Relaciones de apoyo*: Que le pueden dar sus personas de referencia, como pueden ser sus amigos, o sus maestros.

Todas estas actividades van encaminadas en cierta medida a encontrar que el niño/a tenga, por razones de comodidad afectiva, buenas relaciones con los demás y habilidades para interaccionar con el mundo circundante, como puede ser la autoeficacia, una seguridad interna, la estabilidad afectiva y otra es una seguridad externa, que es cómo manejar el mundo. Si nosotros somos capaces



de brindar al niño/a estos instrumentos o facilitarle su adquisición, en cierta medida estamos haciendo una prevención de la depresión infantil.

3.4. Técnicas conductuales

Es la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, etc. Las técnicas conductuales se utilizan para modificar la conducta del niño/a tanto las consideradas causales como algunas adicionales que pueden complejizar el cuadro sintomático y agregar dificultades a las ya presentes. Como cualquier programa de modificación de conducta, requieren una planificación detallada e individualista acorde a los resultados obtenidos en el proceso de evaluación. Entre las de mayor utilización, se pueden mencionar las programaciones de actividades agradables, la programación de refuerzos contingentes y los programas de entrenamiento en habilidades sociales y asertividad.

- *Programas de actividades agradables*

Para realizar un programa de estas características con los niños, hay que tener en cuenta su edad, los recursos económicos de la familia y su tiempo disponible, las ofertas del entorno social y escolar y las oportunidades aprovechables en el grupo de compañeros y amigos que constituyen el mundo social del niño. Además debemos utilizar como fuente de información al niño, los padres, compañeros y maestros.

También podemos usar escalas de refuerzos que pueden ser registros de cada uno de los sujetos que proporcionan información sobre el niño deprimido o registros de conducta en donde se anotan las actividades recomendadas y aquellas que efectivamente el niño lleva a cabo. (Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana pág. 245)

- *Reforzamiento contingente*

Es importante incrementar la frecuencia de reforzamiento positivo que el niño/a recibe por la emisión de sus comportamientos adecuados, sean estos



relacionados o no con la depresión infantil. Así se determina reforzamientos contingentes materiales o sociales, que han de proporcionarse cada vez que se emiten los comportamientos previamente determinados.

Esta estrategia apunta también a la mejora del estado de ánimo deprimido a través del efecto en el proceso motivacional. (Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 246)

- *Programas de entrenamiento en habilidades sociales*

Como ya hemos visto, los problemas de socialización están directamente relacionados con la depresión, por ello el incremento de las habilidades sociales en los niños es una estrategia fundamental para tratar este trastorno.

Las habilidades sociales hacen referencia a un repertorio de conductas verbales y no verbales por medio de las cuales los niños-as influyen en las respuestas de otros individuos (padres, hermanos, iguales, profesores, etc.) en el contexto interpersonal. Este repertorio actúa como un mecanismo a través de los cuales los niños inciden en su medio ambiente obteniendo, suprimiendo o evitando consecuencias deseadas y no deseadas en la esfera social.

La siguiente lista de sugerencias puede ayudar con una modificación conductual:

1) *Autoestima baja y tendencia a criticarse a sí mismo*: Elogiar al niño/a frecuentemente con sinceridad; acentúe lo positivo; de una manera comprensiva, ponga en tela de juicio las críticas de su niño/a hacia sí mismo, y señalar sus pensamientos negativos cuando ocurran.

2) *Culpabilidad*: Ayudar al niño/a a distinguir entre los acontecimientos que él puede controlar y los que están fuera de su alcance: ayudarlo a que comience a hablar positivamente de sí mismo; estimular la restitución, de ser necesario.

3) *Estabilidad familiar*: Mantener una rutina y disminuya los cambios en asuntos familiares; comentar acerca de los cambios con anticipación para reducir las preocupaciones.



- 4) *Desesperación e impotencia*: Pedir a su niño/a que hable de sus sentimientos y que resalte sus pensamientos placenteros de 3 a 4 veces al día, para que éstos vayan aumentando en un período de 4 a 6 semanas.
- 5) *Pérdida de interés y tristeza*: Preparar una actividad interesante al día; planificar acontecimientos especiales; comente temas agradables.
- 6) *Apetito y problemas de peso*: No obligarlo a comer; preparar sus comidas favoritas; hacer que la hora de comer sea placentera.
- 7) *Dificultades para dormir*: Mantener un horario constante para dormir; participar en actividades relajantes como leer o escuchar música suave; terminar el día con una nota positiva.
- 8) *Agitación e inquietud*: Cambiar las actividades que causan agitación; enseñarle al niño técnicas de relajación; un masaje puede ayudar; estimular el ejercicio y la recreación.
- 9) *Temores excesivos*: Reducir las situaciones que causan ansiedad e incertidumbre; apoyarlo y tranquilizarlo; la planificación puede reducir la incertidumbre.
- 10) *Comportamiento agresivo e ira*: Rechazar la conducta destructiva de una manera amable pero firme; darle validez a sus emociones y estimular al niño/a a expresar sus sentimientos de ira apropiadamente; no reaccionar con ira; ser consistente en sus respuestas a la conducta inadecuada.
- 11) *Dificultad para pensar y para concentrarse*: Animar al niño/a a participar en juegos, actividades, charlas familiares; trabajar con los maestros y los psicólogos escolares para promover el aprendizaje.
- 12) *Pensamientos suicidas*: Estar alerta a las señales de suicidio; buscar ayuda profesional inmediatamente.
- 13) *Si la depresión persiste*: Consultar con un médico para que le haga un examen; pida ser derivado ó referido al psicólogo escolar, al psicólogo clínico o



a un psiquiatra. (Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 246, 247)

Los niños/as con depresión se quejan de que se sienten tristes o están malhumorados todo el día y por todo. Esta afirmación es exagerada y, por tanto, falsa. Por ello, tenemos que enseñar al niño/a que:

- a) Existen distintas emociones, unas positivas como la alegría y otras desagradables como la ansiedad.
- b) Existen diferentes situaciones que provocan diferentes emociones.
- c) La intensidad de la emoción varía dependiendo de la situación.

Para conseguir estos objetivos, se necesita, por una parte identificar las emociones y las situaciones desencadenantes, y por otro, evaluar la intensidad de la respuesta emocional.

Para realizar un buen programa de entrenamiento que permita al niño/a identificar las emociones es importante:

- Adaptar los ejercicios al nivel del desarrollo infantil
- Personalizar el procedimiento
- Seleccionar acontecimientos de la vida del niño/a
- Flexibilizar la duración del tratamiento
- Ponerse en el lugar del niño/a

El tratamiento de la depresión en niños estará basado en los siguientes pilares:

- Aumento de las actividades agradables:

Si el desinterés es muy marcado en el niño/a, si presenta problemas para decidir qué actividades le gustaría hacer. Se debe ayudar proporcionándoles listas de actividades o haciéndoles recordar qué cosas le gustaba hacer antes de encontrarse deprimidos. Se debe alabar y premiar el que se decida a hacer una actividad agradable.



- Reconocimiento del estado emocional:

Capacidad de reconocimiento de las emociones, observación de antecedentes y consecuentes, identificación de lo que se piensa durante la activación emocional y cambio de ideas por otras más adaptadas.

- Mejora de las habilidades sociales:

Manejo de la comunicación no verbal como el contacto ocular, la posición corporal, el saludo, realizar invitaciones, llamadas telefónicas, elegir temas posibles de conversación, hacer elogios, recibir elogios con naturalidad, pedir favores, hacer invitaciones. Lo ideal sería que estas habilidades se enseñasen en grupo mediante la explicación de la conducta, la presentación de un modelo y la reproducción de dicha conducta por parte del niño/a y el correspondiente *feed-back* del terapeuta para corregir errores y alabar los progresos. (Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 246)

- Relajación:

En principio no tendría por qué actuar sobre la depresión infantil, pero su eficacia se puede deber a la alta comorbilidad entre depresión y ansiedad.

3.5. Técnicas cognitivas

Las técnicas cognitivas son un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado. Se basa en la teoría de que los afectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de procesar la información (todos los estímulos provenientes tanto del mundo externo como del mundo interno) y dar significado a los hechos. Dicho de otra manera, lo que pensamos acerca del mundo, de los demás y de nosotros mismos, condiciona nuestros estados de ánimo y nuestra conducta.

La acción de la psicoterapia cognitiva trata a la vez de sustituir los pensamientos negativos sobre el yo, el ambiente y el futuro por imágenes agradables y de modificar los razonamientos distorsionados. Por ello, el



psicoterapeuta cognitivo se centra en aportar una información realista y bien elaborada y en adiestrar al enfermo para no aceptar los pensamientos automáticos depresivos y reemplazar los razonamientos equivocados por interpretaciones realistas.

A medida que el niño/a se va recuperando de sus síntomas, a causa sobre todo de que la acción del medicamento va tomando plena marcha, lo que suele ocurrir entre las primeras tres y seis semanas, la psicoterapia toma una mayor efectividad y cambia un tanto de orientación, al encontrarse con un enfermo ya más propicio para colaborar en sí mismo y en las conexiones con el exterior. La psicoterapia cognitiva, al remitir los síntomas depresivos y reanudarse la apertura al exterior, deja paso paulatinamente a la técnica centrada en la vertiente externa del individuo, basándose en la psicoterapia interpersonal. Las entrevistas terapeuta/niño/a se orientan a partir de ese momento hacia dos objetivos: primero, el de fomentar la capacidad de aceptarse a sí mismo y elaborar una autoestima suficiente; segundo, el de fomentar la capacidad de aceptar a los demás, corregir las relaciones conflictivas y estimular la capacidad para establecer y mantener relaciones interpersonales adecuadas.

El uso de esta técnica tiene como principal función cambiar la idea negativa que el sujeto deprimido tiene de sí mismo y del mundo, y puede considerarse como una combinación de la teoría cognitiva de Beck (1976), la terapia racional emotiva de Ellis (1962) y el entrenamiento en auto-instrucciones de Meichenbaum (1997).

Se ha comprobado que tanto los adultos como los niños/as deprimidos tienen una tendencia a atender selectivamente a los acontecimientos negativos y de ese modo contemplan el entorno desde una perspectiva desesperanzada. Presentan distorsiones o errores cognitivos como la sobregeneralización, maximización y minimización, predicción negativa, etc.) Por ello, la terapia cognitiva intentará ayudar al sujeto a identificar y cambiar las ideas erróneas, de forma que el niño/a sea capaz de resolver los problemas que considera imposible de solucionar.



❖ Manejo del proceso cognitivo

- No hacer de caja de resonancia es decir evitar lo que estimule determinados sentimientos (disminuir expresiones de consuelo al mínimo y preferente reemplazarlas por otras ayudas que no sean contraproducentes).
- Desviar la atención en lo posible de los hechos perturbadores (distraer al niño/a con juegos, paseos, reunión con amiguitos o familiares, TV, etc.).

Se trata ante todo de corregir las erróneas cogniciones (ideas, informaciones y actitudes) del niño/a sobre sí mismo. La depresión infantil se autoalimenta en tanto es fuente de pensamiento y actitudes del todo negativas en torno al yo, al vínculo con el mundo exterior ya lo que deparará el futuro. El enfermo se automortifica así en las tres vías: la escasa satisfacción de sí mismo, la subestimación de los refuerzos positivos recibidos del exterior y la convicción de un futuro cerrado.

Este tipo de procedimientos va dirigida al cambio de todos los elementos de tipo cognitivo, atribuciones, sesgos, distorsiones, ideas irracionales, relacionados con la depresión infantil.

- *Reestructuración cognitiva.*

Tiene por objetivo modificar los pensamientos disfuncionales depresivos que aparecen como consecuencia de errores en el procesamiento de la información y que están asociados a emociones y conductas desadaptativas. Dicha modificación se logra mediante la evaluación de la evidencia para el pensamiento, la consideración de alternativas de interpretación y el pensar sobre lo que podría realmente pasar si ocurre un evento indeseable.

Los procedimientos se usan a lo largo de todo el tratamiento y se requieren algunas sesiones iniciales para enseñar al niño/a tanto a detectar sus propios pensamientos disfuncionales como la manera de usar el mismo, de manera independiente, los procedimientos de reestructuración.

A través de la reestructuración cognitiva se le enseña al niño/a la relación pensamiento – emociones, y a su vez a detectar los pensamientos negativos y



cambiarlos por otros más funcionales que le hagan sentir emociones adaptativas. (Manual de Psicología Clínica Infantil, Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, pág. 246, 247)

- *Modelamiento cognitivo.*

Es un procedimiento que se usa de manera frecuente. El terapeuta verbaliza en voz alta sus pensamientos al confrontar un problema o situación en el cual pueda presentar pensamientos relevantes y eficaces para la solución de la misma. El objetivo es que el niño/a pueda poner en práctica lo aprendido cuando se enfrente a situaciones similares.

Se realizan ensayos de conducta para que el niño/a lleve a la práctica el procedimiento y se asignan actividades para llevar a cabo fuera de la sesión terapéutica. Se elige situaciones en el que el niño/a normalmente presenta pensamientos que impidan una ejecución adecuada o conlleva malestar emocional significativo por los pensamientos incapacitantes.

- *Autoinstrucciones.*

El entrenamiento en autoinstrucciones diseñado por Meichenbaum (1987) es utilizado para ayudar a los niños/as depresivos a interiorizar autodeclaraciones que guíen su pensamiento y su conducta a formas más adecuadas y eficaces. Se busca también que haya una secuencia de resolución de problemas, así como el afrontamiento de pensamientos y emociones que puedan generar estados afectivos negativos e interferir en las soluciones adecuadas.

El entrenamiento en autoinstrucciones se lleva a cabo para que el niño/a, ante una situación problemática, se diga así mismo frases positivas que le ayuden a afrontar mejor dicha situación. En la primera fase, el terapeuta hace el modelo afrontando una situación que es estresante o problemática para el niño/a, después es el niño/a el que enfrenta la situación siguiendo las instrucciones del terapeuta, luego el niño/a afronta la situación diciéndose las autoinstrucciones en voz baja, y por último el niño/a afronta la situación diciéndose las instrucciones para sí mismo, sin verbalizarlas. (Olivares, Méndez y Lozano, 1999, citado por Bermúdez Ma. Paz, Bermúdez Ana, Manual de Psicología Clínica Infantil



Conclusiones

El tratamiento del trastorno de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño/a, en base a: funcionamiento cognitivo, su maduración y su capacidad de mantener la atención. El tratamiento para la depresión infantil puede ser farmacológico (dependiendo de la gravedad del trastorno) y psicológico; terapia hablada u otras estrategias que deben involucrar de una manera activa a los padres y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familias, social, escolar).

El tratamiento entrena al niño/a o adolescente a detectar ideas distorsionadas, a discutirlos, y a reemplazarlos por otras más adaptativas; se trabaja mejoramiento del autoestima; técnicas para solucionar problemas; fomento de habilidades sociales; relajación para rebajar y controlar la ansiedad, que suele acompañar a la depresión; técnicas para controlar pensamientos recurrentes negativos. Al niño/a se le educa a reconocer emociones ajenas y propias y su asociación a determinadas situaciones, y se le reforzarán los comportamientos adecuados que éste tenga.



Conclusiones Generales

A modo de conclusión puede destacarse la importancia que los padres de familia, educadores y demás adultos deben prestar al estado emocional de los niños y de posibles conductas como las que se han descrito que podrían estar indicando depresión.

El tratamiento y la prevención de las depresiones infantiles resultan esperanzadores en la medida en que los factores situacionales son por lo común de gran importancia en esta perturbación y con frecuencia susceptibles de un manejo apropiado; habrá que realizar diagnósticos de la situación en forma conjunta con las escuelas o en el ámbito de las mismas. Es de suma prioridad detectar precozmente indicadores de patología de niños contando con la familia para identificar situaciones de riesgo; es imprescindible la colaboración entre distintos sectores: salud y familia e institución educativa.

Un niño deprimido cuanto antes reciba tratamiento mucho mejor (así también disminuye la probabilidad de que el caso sea más severo o de un estado crónico en el futuro). Además el adulto deberá estar anuente a participar de lleno en el proceso e involucrarse, la observación y la capacidad de asombro en los padres sobre el comportamiento de sus hijos en la crianza de estos mismos es muy valiosa ya que podría prevenir posibles casos de depresión y de algún otro trastorno. Nada mejor para un niño que el ver a sus propios padres alegres, tranquilos y en paz con su propia vida.

Es necesario contar con una visión integradora y posibilitar el trabajo integrado entre la escuela, la familia y los profesionales de la salud para realizar detección de problemáticas actuales en torno a la depresión en niños.



Recomendaciones:

Una de las maneras de prevenir la Depresión Infantil es ayudar a los niños/as, a programar actividades agradables en los cuales les podemos enseñar a compartir con sus amigos, demás familiares y personas. Podríamos ayudarlos tomando en cuenta sus logros; hay que potenciarles pasatiempos, como son, inscribirlos en alguna academia, que despierte interés por la lectura, la música, las manualidades, etc. La Depresión Infantil proviene previamente de los padres a los hijos/as porque en ellos se pueden ver actitudes las cuales se pueden copiar fácilmente por eso, es importante utilizar un adecuado lenguaje. Los padres son los que ayudan al niño/a a construir su auto concepto, el mismo que puede ser constructivo o destructivo. No se debe ocultar los sentimientos, es mejor expresarlos utilizando un lenguaje sencillo, para que el niño/a vea que lo que siente es común a otros. Estar atento por si el niño/a tiene estrés. Es necesario evaluar las actividades diarias del niño/a. Pregúntese si el niño/a no está haciendo demasiadas cosas; si no está sobrecargado de actividades; estar pendiente sobre el tipo de comida que más le gusta, si duerme toda la noche, si necesita de nuevas actividades y rutinas; buscar asesoramiento de profesionales en el caso de que el niño empiece a aislarse, comportarse mal, o a hacer comentarios negativos sobre él mismo. No hay nada mejor para la salud de un niño/a que sentirse bien acompañado en sus diferentes cambios y en los diferentes sucesos que se le presenten.

Para el bienestar de los niños/as no hay nada más importante que recibir la atención necesaria por parte de la gente que los rodea en su entorno ya sea en su hogar, escuela y/o familia, la depresión infantil es un acontecimiento algo incomprensible pues un niño/a con un buen acompañamiento por parte de sus padres no tendría porque presentar este trastorno pero por desgracia no todos los niños/as pueden disfrutar de ese respaldo total por parte de sus padres a esto se podría decir que se debe la existencia de la depresión infantil, Procuremos estar enterados diariamente de cómo son tratados los niños/as en la escuela, cuáles son los problemas y conflictos que tengan en cuanto a rendimiento y a la relación que establezcan con sus profesores, compañeros, etc. Las depresiones son relativamente frecuentes en la edad escolar, aunque



en bastantes ocasiones no se diagnostican correctamente y de forma precoz, lo que sería deseable para poder instaurar un tratamiento adecuado.



BIBLIOGRAFÍA:

- BRACHETTI DE ARCO, Evelyn (2002): ¿Cómo ayudo al chico que amo? Guayaquil: Poligrafica C.A.
- FARRE MARTI, Joseph María (2007): Enciclopedia de la Psicología. Vol. 1. España: Editorial Océano.
- FARRE MARTI, Joseph María: Enciclopedia de la Psicología. Vol. 2 Trastornos del desarrollo. España: Editorial Océano.
- GONZALES GARZA, Ana María (1997): El niño y su mundo, 5ta Edición, México: Editorial trillas.
- LEYTON COSTA, Marco Antonio (2006): Inteligencia Emocional, 3era Edición Quito – Ecuador.
- MESTRE, José Miguel (2004): Procesos psicológicos básicos, España: Mc Graw – Hill Interamericana.
- PALMERO CANTERO, Francese (2005): Psicología de la personalidad, México: Mc Graw – Hill Interamericana.
- PALMERO, Francese (2002): Psicología de la motivación y la emoción. España: Mc Graw – Hill Interamericana.
- WORCHEL, Stephen y SHEBILSKA, Wayne (2001): Psicología fundamentos y aplicaciones, 5ta Edición, España: Prentica Hall.



ANEXOS

Anexo 1

FICHA CLINICA

fecha de inicio

1.

Datos de filiación:

Nombre Fecha/Nacimiento..... Edad: años meses

Nombre del Padre Edad..... E. Civil.....

Nombre de la Madre Edad.....E.

Civil.....

2..... Motivo de consulta:

3..... Antecedentes familiares:

Enfermedades hereditarias familiares o de los padres.....

Enfermedades congénitas que presenten hasta la cuarta generación (bisabuelo, abuelo, tíos, hermanos)

4. Antecedentes obstétricos:

¿Tiene más hijos aparte del niño? SI NO Cuantos Edades

Edad de embarazo

¿Ha tenido abortos? SI NO Cuando

Síntomas.....

Causas

Completo.....

Incompleto

¿Cuando se diagnosticó que usted estuvo embarazada?

¿Estuvo planificado o esperado el nacimiento de su hijo? SI NO

Cómo.....



¿En el momento de la concepción estuvo usted bajo efecto de alcohol, drogas o enfermo? a) SI NO b) SI NO c) SI NO

¿Qué síntomas tuvo usted en su embarazo?

¿En está periodo de gestación estuvo con sufrimientos, problemas, estable o inestable? a) "b) c) d)

Presento usted algún sangrado durante este período? SI NO

Cuál fue su causa

¿Cómo fue su alimentación en el periodo de gestación?

Normal (todo) hemesis (gradívica)

¿Tuvo control ginecológico durante su periodo de gestación?

¿Cuántos se lo realizo? Cada qué tiempo

¿Cuántas semanas o meses duró su embarazo?

4.1 NACIMIENTO O ASPECTOS PERINATALES

¿Cómo fue la presentación de su niño?

Su parto fue normal? SI NO Su parto fue cesárea? SI NO

Si fue cesárea por que

Tiempo que demoró el trabajo del parto

¿Necesito el niño de incubadoras? SI NO Porque

¿Donde nació el niño? Casa Hospital Clínica

¿Tuvo atención médica? SI NO

¿Lo vió después del nacimiento? SI NO ¿De qué color estaba?

¿Cuando nació el niño usted escucho llorar en seguida o se demoro? A) B)

¿Cuántos minutos?

¿Cuánto pesó el niño? ¿Cuanto midió?

¿Sabe usted cuánto tuvo de perímetro cefálico?



- ¿Presento el Reflejo de succión? SI NO
- ¿Se alimenta con leche materna, de fórmula o mixta? A) B) C)
- ¿Hasta cuándo tomó mamadera?
- ¿Cómo se lo retiro?
- Estira o flexiona las piernas
- Reacción de los padres frente al parto y frente al niño

***Desarrollo Motor:**

-A qué edad Gateó: _____

-Conquista de la marcha: _____

***Desarrollo del lenguaje:**

-Tiene un vocabulario acorde a su edad y ambiente:

*Nivel de escolaridad: _____

5. Genograma Familiar

| Nombre | Edad | Parentesco | Tipo de relación | Nivel de educación |
|--------|------|------------|------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

6. Aplicación de test y Resultados:

7. Diagnóstico:

8. Recomendaciones:



Anexo 2

HISTORIA PSICOLÓGICA

1.- DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombres: _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad: _____ años _____ meses _____

Nivel de escolaridad: _____

Motivo de consulta: _____

2.- ANAMNESIS FAMILIAR.

Nombre del padre _____

Edad _____

Ocupación: _____

Profesión: _____

Nombre de la madre: _____

Edad: _____

Ocupación: _____

Profesión: _____

La familia biológica está conformada por las siguientes personas:

| Nombre | Edad | Parentesco | Tipo de relación | Nivel de educación |
|--------|------|------------|------------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |



Describe la relación como es con sus padres o apoderados:

Son muy severos o rígidos con el niño:

A cuál de los padres es más apegado o se lleva mejor:

Le brindan suficiente cariño y protección:

Describe la relación con sus hermanos (su ubicación)

Como es su comportamiento en casa:

Describe sus sentimientos y actitud frente a su realidad familiar:

En los familiares de sus padres ha habido casos de alteración mental R.M. u otra enfermedad:

Ha observado algún problema o conducta especial en sus hermanos:

Está de acuerdo con las condiciones de vida de su hogar:

Problemas socio-familiares: Existen problemas:

Problemas migratorios: _____

Problemas de alcoholismo _____

Problemas de Drogadicción: _____

Conflictos Familiares:

Situación Económica:

Mala

Buena

Regular



3.- ANAMNESIS PERSONAL

a) Historia del desarrollo.

El embarazo:

-Estado civil de la madre durante el embarazo: _____

-Embarazo planificado o no deseado: _____

-Enfermedades durante el embarazo: _____

-Tipo de parto: _____

-Complicaciones durante el nacimiento: _____

- Periodo de gestación: _____ meses

Lactancia: _____ si _____ no _____ edad

Destete: _____ años _____ meses

Forma de alimentación:

A qué edad controló sus esfínteres: _____

Desarrollo Motor:

-A qué edad Gateó: _____

-Conquista de la marcha: _____

Desarrollo del lenguaje:

*Tiene un vocabulario acorde a su edad y ambiente:

*Tiene un buen nivel de expresión:

Verbal: _____ Escrita: _____

Desarrollo Socio Afectivo:

-Es una persona que demuestra afecto: _____

-Tiene facilidad para relaciones sociales: _____

-Es una persona que trabaja en equipo o solo: _____

-Es capaz de expresar sus sentimientos: _____



-Es capaz de expresar sus emociones: _____

b) Aspectos físicos y de Salud:

Vacunas recibidas: _____

Enfermedades antiguas _____

Enfermedades actuales _____

Informe Dental: _____

Acuidad Visual y Auditiva: _____

¿Ha tenido traumatismos craneales con inconsciencia?

Estado de salud actual: _____

-Trastornos de sueño: _____

-Trastornos da alimentación: _____

-Enfermedades crónicas (renales, cardiacas)

-Medicación permanente o a largo plazo _____

-Traumatismos severos: _____

c) Actividad escolar.

Su ingreso al jardín como fue y a qué edad:

Problemas escolares:

En cuantas escuelas estuvo:

Relación con los compañeros:

En la escuela es triste o alegre:

Sus trabajos los realiza solo o en grupo:

Como fue su estado emocional en la escuela:

d) Conducta social.

Le preocupa demasiado los problemas de los demás:

Tiende a hacerles grandes a los problemas:

Cuando tiene problemas con los demás se controla:

Se siente inferior frente a los demás

Algunas veces ha tomado cosas de otras personas:



OTROS RASGOS DE LA PERSONALIDAD

Siente temor a algo: _____

Se irrita con facilidad: _____

Ha visto fantasmas u seres extraños: _____

Escucha voces o ruidos extraños: _____

Llora con facilidad: _____

Sufre de insomnio Desarrollo Motor:

-A qué edad Gateó: _____

-Conquista de la marcha: _____

Desarrollo del lenguaje:

*Tiene un vocabulario acorde a su edad y ambiente:

Sueña con frecuencia cosas desagradables:

Olvida las cosas con facilidad: _____

Trastornos de alimentación: _____

Últimamente se orina en la cama: _____

Resuelve problemas violentamente _____

Se arrepiente o se a culpable de su comportamiento: _____

Se ve triste o melancólico: _____

Tiene miedo de quedarse solo, al abandono: _____

Necesidad excesiva de atención adulta: _____

Solitario y aislado: _____

Preocupación por el futuro: _____

Ausencia excesiva en la escuela:

Miedo al daño físico, a ser golpeado: _____

Es avergonzado: _____

Ansiedad constante:

Come las uñas _____

Malestar abdominal _____



Dolores de cabeza _____

Que hace en los tiempos libres:

Ve la televisión:

Cuanto tiempo diariamente: _____

En compañía de: _____

-Pasatiempo favorito: _____

- ¿Suele mover en exceso manos y pies? _____

-Corre, salta en situaciones en las que resulta inadecuado hacerlo _____

-Parece estar siempre en marcha, como si tuviera un motor

-A menudo habla excesivamente _____

-Da respuestas precipitadas, antes de que las preguntas se acaben _____

-Puede tener dificultades para aguardar su turno en cualquier situación

- Suele entrometerse o entorpecer los asuntos de los demás

- Toca cosas que no deben, hace payasadas

Observaciones del profesor: _____

Observaciones y aplicaciones: _____



Anexo 3

ROBERTO

INSTRUCCIONES:

“Conozco a un niño que se llama Roberto y quiero saber si tú puedes adivinar qué clase de niño es y porque actúa en la manera en que lo hace. Dime lo primero que se te ocurra”

1. Roberto un juega con los otros niños. ¿Por qué?
2. El profesor de Roberto quiso hablar con él después de clase. ¿Por qué?
3. Roberto se despierta en medio de la noche. ¿Por qué?
4. Cuando el papa de Roberto llega tarde en la noche. ¿Qué pasa?
5. Roberto tuvo un sueño, anoche. ¿Qué soñó?
6. Roberto trajo ayer la libreta de notas. ¿Qué paso?
7. Roberto llegó a la casa llorando el otro día. ¿Por qué?
8. Roberto hizo rabiar a su mamá el otro día. ¿Por qué?
9. Roberto se fue a su pieza. ¿Por qué?
10. Roberto sienten que lo tratan mal a veces. ¿Por qué?
11. Roberto le tiene mucho miedo a algo. ¿A qué?
12. La mamá de Roberto está muy enojada por algo. ¿Por qué?
13. Ayer paso algo malo. ¿Que fue?
14. Hay algo que a Roberto no le gusta de su papá. ¿Qué es?
15. Roberto piensa que su papá y su mamá no le quieren. ¿Por qué?
16. Roberto no quiere ir hoy a la escuela. ¿Por qué?
17. Hay algo de su profesora que a Roberto no le gusta mucho. ¿Qué es, por qué?
18. A veces Roberto se enoja en la escuela. ¿Por qué?
19. A veces Roberto no quiere hacer lo que mamá le dice. ¿Por qué?, ¿Qué pasa entonces?
20. Roberto desearía ser grande. ¿Por qué?
21. A veces Roberto pelea con su hermano. ¿Por qué? ¿Qué pasa entonces?
22. A Roberto no le gusta un niño de su clase. ¿Por qué?
23. A veces Roberto se pone nervioso en la escuela. ¿Por qué?



24. Un día Roberto y su mamá tuvieron una gran pelea. ¿Por qué?
25. Un día Roberto se fue de la casa. ¿Por qué?
26. A Roberto le desagrada algo de su profesora. ¿Por qué?
27. A veces Roberto se siente muy triste. ¿Por qué?
28. Roberto casi siempre quiere estar solo. ¿Por qué?
29. Una vez Roberto quiso correr lejos de su casa. ¿Por qué?
30. A Roberto no le gusta que le llamen adelante en clases. ¿Por qué?
31. Cuantos años crees tú que tiene Roberto
32. Si Roberto pudiera hacer lo que él quisiera. ¿Qué crees tú que haría?
33. Qué es lo que Roberto desea más que nada en el mundo.
34. Si Roberto tuviera poderes mágicos y pudiera cambiar a sus padres, ¿Cómo los cambiaría?
35. Si Roberto pudiera convertirse en un animal, ¿Qué animal crees que le gustaría ser? ¿Por qué? ¿Y el que nunca le gustaría ser? ¿Por qué?



Anexo 4

CREENCIAS IRRACIONALES - A. ELLIS

(Extracto The Essence of Rational Emotive Behavior Therapy de Albert Ellis, Ph D. 1994).

1. Existe una tremenda necesidad en los adultos de ser amados por otros significativos en prácticamente cualquier actividad.
2. Ciertos actos son feos o perversos, por lo que los demás deben rechazar a las personas que los cometen.
3. Es horrible cuando las cosas no son como nos gustaría que fueran.
4. La miseria humana está causada invariablemente por factores externos y se nos impone por gente y eventos extraños a nosotros.
5. Si algo es o podría ser peligroso o aterrador, deberíamos estar tremendamente obsesionados y desaforados con ello.
6. Es más fácil eludir que enfrentar las dificultades de la vida y las responsabilidades personales.
7. Necesitamos de forma absoluta otra cosa más grande o más fuerte que nosotros en la que apoyarnos.
8. Siempre debemos ser absolutamente competentes, inteligentes y ambiciosos en todos los aspectos.
9. Si algo nos afectó considerablemente, permanecerá haciéndolo durante toda nuestra vida.
10. Debemos tener un control preciso y perfecto sobre las cosas.
11. La felicidad humana puede lograrse a través de la inercia y la inactividad.
12. No tenemos control sobre nuestras emociones y que no podemos evitar sentirnos alterados con respecto a las cosas de la vida.



Anexo 5

TEST DE LA FIGURA HUMANA

Es un test que indica signos o indicadores emocionales del niño; estos van acorde a la edad y maduración se reflejan sus ansiedades, preocupaciones y actitudes. La figura humana debe cumplir con tres ítems: el primero incluye referentes de calidad de la DFH, segundo de los ítems se compone de detalles especiales que no se dan habitualmente en los DFH; y el tercer grupo corresponde a las omisiones de ítems que serian esperables en un determinado nivel de edad.

El dibujo de la figura humana, es un Test de personalidad gráfico, y se sujeta a los requisitos de todo Test proyectivo.

Es un Test de fácil aplicación, ejecución e interpretación.

Material: Una mesa, una o dos hojas de papel (bond) tamaño oficio, un lápiz con borrador y de regular suavidad, de mina negra.

Instrucción: (En plano horizontal).- "Dibuja una persona", una que tu desees, es más conveniente porque obliga al niño a fijar su atención directamente en su imagen, esto facilitará la proyección de sus tendencias y vivencias personales. Terminado el dibujo se realizará la entrevista, en la cual se pide al niño explicar lo que hizo.



Anexo 6

EL TEST DE LA FAMILIA

(LOUIS CORMAN)

FUNDAMENTOS DE LA PRUEBA: Conocemos que en los primeros años de vida del sujeto, se originan una serie de conflictos, que/ de no ser atendidos y comprendidos oportunamente, repercuten y perduran a través de todo su desenvolvimiento.

Sabemos por otro lado que estos primeros años, los vive en el seno del hogar y de no existir un ambiente propicio se convierte en fuente generadora de problemas.

Para descubrir los diferentes conflictos que tiene el niño, es necesario procurar que revele sus sentimientos más íntimos y la forma como vive las relaciones con las demás personas, de manera inconsciente. Para que el niño revele sus sentimientos es necesario que se exprese libremente y para esto el dibujo es un gran medio.

Al dibujar una familia especialmente, el niño proyecta al exterior tendencias reprimidas en el inconsciente, para de esta manera dar a conocer los verdaderos sentimientos dirigidos a sus familiares.

"Dibuja tu familia con esta instrucción el niño puede llegar a dibujar en forma por demás objetiva, respetando el orden de edad, estatura, caracteres, etc., de cada uno.

El dibujo de una familia, es un Test de personalidad gráfico, y se sujeta a los requisitos de todo Test proyectivo.

Es un Test de fácil aplicación, ejecución e interpretación.

Material: Una mesa, una o dos hojas de papel (bond) tamaño oficio, un lápiz con borrador y de regular suavidad, de mina negra.

Instrucción: (En plano horizontal).- "Dibuja una familia", una familia que tu imagines, es más conveniente porque obliga al niño a fijar su atención directamente en su familia, esto facilitará la proyección de sus tendencias y vivencias personales frente al medio familiar. Terminado el dibujo se realizará la entrevista, en la cual se pide al niño explicar lo que hizo, referirse a los personajes definiendo su función, su sexo, su edad y sus relaciones mutuas. Luego se pedirá al sujeto que exprese sus preferencias o sus aversiones con respecto a los diferentes personajes dibujados, se pedirá además que se identifique, es decir cuál de los personajes dibujados quisiera ser él, de esta manera se entenderá mejor que es lo que quiere decir con el dibujo.



Anexo 7

TREC

A) Situación activadora:

B) Consecuencia emocional y/o conductual:

| C) Creencia Irracional que me conducen a la consecuencia e. y/o c. | D) Discusiones para cada Creencia Irracional (CI). | E) Creencias Racionales (CR) que remplazan las CI. |
|--|--|--|
| | | |
| | | |
| | | |

F) Sentimientos y conductas experimentadas después de llegar a mis CR:



Anexo 8

PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS - A. BECK

(Distorciones Cognitivas)

| | SI | NO |
|---|----|----|
| FILTRAJE/ABSTRACCIÓN SELECTIVA | | |
| POLARIZACIÓN | | |
| SOBREGENERALIZACIÓN | | |
| INFERENCIA ARBITRARIA/ INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO | | |
| ViSIÓN CATASTRÓFICA | | |
| PERSONALIZACIÓN | | |
| FALACIA DE CONTROL | | |
| FALACIA DE JUSTICIA | | |
| FALACIA DE CAMBIO | | |
| RAZONAMIENTO EMOCIONAL | | |
| ETIQUETACIÓN | | |
| CULPABILIDAD | | |
| DEBERÍAS ' | | |
| FALACIA DE RAZÓN | | |
| FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA | | |



Anexo 9

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

NOMBRE:

N°.

TERAPEUTA:

FECHA:

EVALUACION:

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido DURANTE ESTA ULTIMA SEMANA, INCLUIDO EN DIA DE HOY. Rodee con un círculo el número que está a la izquierda de la afirmación que haya elegido. Si dentro de un mismo grupo hay más de una afirmación que considere aplicable a su caso, marque también. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección.

1. 0. No me siento triste.
 1. Me siento triste
 2. Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
 3. Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2. 0. No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
 1. Me siento desanimado respecto al futuro.
 2. Siento que no tengo que esperar nada.
 3. Siento que el futuro es desesperanzado y que las cosas no van a mejorar.

3. 0. No me siento fracasado.
 1. Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
 2. Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
 3. Me siento una persona totalmente fracasada.



4.
 0. Las cosas me satisfacen tanto como antes.
 1. No disfruto de las cosas tanto como antes,
 2. Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
 3. Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.
 0. No me siento especialmente culpable.
 1. Me siento culpable en bastantes ocasiones.
 2. Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
 3. Me siento culpable constantemente.

6.
 0. Creo que no estoy siendo castigado.
 1. Siento que puedo ser castigado.
 2. Espero ser castigado.
 3. Siento que estoy siendo castigado.

7.
 0. No me siento descontento conmigo mismo.
 1. Estoy descontento conmigo mismo.
 2. Me avergüenzo de mi mismo.
 3. Me odio.

8.
 0. No me considero peor que cualquier otro.
 1. Me auto critico por mis debilidades o por mis errores.
 2. Continuamente me culpo por mis faltas.
 3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.
 0. No tengo ningún pensamiento de suicidio.
 1. A veces pienso en suicidarme, pero no lo haría.
 2. Desearía suicidarme.
 3. Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.
 0. No lloro más de lo que solía.
 1. Ahora lloro más que antes.



2. Lloro continuamente.
 3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo incluso aunque quiera.
11. 0. No estoy más irritado de lo normal en mí.
1. Me molesto e irrito más fácilmente que antes.
 2. Me siento irritado continuamente.
 3. No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.
12. 0. No he perdido el interés por los demás.
1. Estoy menos interesado en los demás que antes.
 2. He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
 3. He perdido todo interés por Los demás.
13. 0. Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
1. Evito tomar decisiones más que antes.
 2. Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
 3. Ya me es imposible tomar decisiones.
14. 0. No creo tener peor aspecto que antes.
1. Estoy preocupado porque parezco mayor o poco atractivo.
 2. Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
 3. Creo que tengo un aspecto horrible.
15. 0. Trabajo igual que antes.
1. Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
 2. Tengo que obligarme mucho para hacer todo.
 3. No puedo hacer nada en absoluto.
16. 0. Duermo tan bien como siempre.
1. No duermo tan bien como antes.
 2. Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.



3. Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.
17. 0. No me siento más cansado de lo normal.
1. Me canso más fácilmente que antes.
2. Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
3. Estoy demasiado cansado par hacer nada.
18. 0. Mi apetito no ha disminuido.
1. No tengo tan buen apetito como antes.
2. Ahora tengo mucho menos apetito.
3. He perdido completamente el apetito.
19. 0. Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada
1. He perdido más de 2 kilos.
2. He perdido más de 4 kilos.
3. He perdido más de 7 kilos.

Puntuación

- Diagnóstico

| | |
|-------|----------------------------|
| 0-9 | Depresión ausente o mínima |
| 10-18 | Depresión leve. |
| 19-29 | Depresión moderada |
| 30-63 | Depresión grave |



Anexo 10

DISTORCIONES COGNITIVAS O PENSAMIENTOS AUTOMATICOS-BECK

| | |
|---|--|
| FILTRAJE / ABSTRACCION SELECTIVA | “No lo soporto”, Horroroso” |
| POLARIZACION | “Bueno - Malo” , Blanco - Negro” |
| SOBREGENERALIZACION | “Todo, ninguno, siempre, nunca...” |
| INFERENCIA ARBITRARIA/ INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO | “Me parece...” |
| VISION CATASTROFICA | “¿Y si ocurriera...?” |
| PERSONALIZACION | “Se refieren a mí”, “Compararse con otros” |
| FALACIA DE CONTROL | “No puedo hacer nada” “toda la responsabilidad es mía” |
| FALACIA DE JUSTICIA | “Él / Ella es injusto/a” |
| FALACIA DE CAMBIO | “Si él o la situación cambiara, entonces yo... entonces podría...” |
| RAZONAMIENTO EMOCIONAL | “Si me siento mal eso quiere decir que soy un bobo” |
| ETIQUETACION | “Soy / Es un X, y tan solo un X |
| CULPABILIDAD | “Por mi culpa”, Por su culpa” |
| DEBERIAS | “Yo debo, no debo, El/Ellos deben...” |
| FALACIA DE RAZON | “Tengo la razón y no me la dan” |
| FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA | “Aunque ahora sufra, luego cambiará |