



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA**

**EL ABANDONO DE UNO DE LOS PADRES COMO  
DESENCADENANTE DE LA DEPRESIÓN INFANTIL**

**TESIS**

**PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**SALINAS FARFÁN ELVIRA PATRICIA**

**DIRECTORA DE TESIS:**

**HILDA . S. TORRES CASTRO**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## **DEDICATORIAS**

### **A MIS HERMANOS: JULIETA, GEO, ALFONSO, CELIA, IRMA, JORGE, BENJA GUILLE,**

Por estar siempre a mi lado en este camino y llevar a cabo esta meta

### **A MIS SOBRINOS:**

#### **LIZ, ALMA, JAVIS, JAQUÍ, MIRIAM, MIGUE, IRVING.**

Por apoyarme en esta ardua tarea

¡Gracias!

### **A MIS PADRES:**

Por ser fuente de inspiración, pero sobre todo por darme la vida y poder llegar hasta aquí.

¡Gracias a Díos!

### **TOÑO:**

Gracias por estar a mi lado, por tu apoyo incondicional, amor y comprensión.

¡Por fin lo logramos!

### **A MIS CUÑADOS:**

#### **TERE, MARTÍN**

### **A CONCEPCIÓN :**

Por darme palabras de aliento y apoyarme en esta etapa de mi vida

¡ Nunca es demasiado tarde!

### **A LOS MAESTROS:**

#### **ALBERTO MIRANDA, RICARDO MEZA, JUAN MARTÍNEZ, ARTURO MANRIQUE, HILDA TORRES, DOLORES CÁRDENAS, REBECA, BLANCA SALAZAR.**

Por su paciencia, enseñanza, dedicación, tiempo, esfuerzo, pero principalmente por esa generosidad y humildad de enseñar. ¡ Les aprecio!

#### **A: HILDE, NORMA.**

Por su apoyo moral y el ideal que algún día lo lograríamos

### **A LAS FAMILIAS:**

#### **MEMO Y YOLANDA, MARU Y MARTÍN.**

Por sus consejos y sabiduría.

## ÍNDICE

Resumen.....	5
Introducción.....	6-8
Marco teórico.....	9

### CAPÍTULO 1 EL PARADIGMA COGNITIVO

1.1 Paradigma cognitivo.....	9-15
1.2 El procesamiento de información.....	15-17
1.3 La función cognitiva.....	17-21
1.4 Antecedentes de la terapia cognitiva.....	21-24
1.5 Aron Beck y la terapia cognitiva.....	24-25
1.6 El modelo cognitivo de Beck .....	25-26
1.7 Distorsión cognitiva.....	27-29
1.8 Detección de pensamientos automáticos.....	29
1.9 Manejo de los supuestos personales.....	30-31
1.9.1 Técnicas conductuales.....	31
1.9.2 Semejanzas y diferencias entre la terapia de Ellis y Beck.....	31-34

### CAPÍTULO 2 DEPRESIÓN

2.1 Que es depresión.....	35-36
2.2 Que no es la depresión.....	36-38
2.3 Algunas definiciones de depresión.....	38-39
2.4 La depresión desde Arón Beck.....	40-42
2.5 Técnicas cognitivas.....	42-44
2.6 Algunos tipos de depresión.....	44-48
2.7 Factores determinantes de la depresión.....	48-51
2.8 Síntomas.....	51-52

### CAPÍTULO 3 LA DEPRESIÓN INFANTIL

3.1 Antecedentes.....	53-54
3.2 Como se manifiesta la depresión infantil.....	54-55
3.3 Cuadro clínico de la depresión infantil.....	55-57
3.4 Terapias cognitivas y medicamentos antidepresivos.....	57-59
3.5 Síntomas.....	59-62

## **CAPÍTULO 4 EL MATRIMONIO Y LA FAMILIA**

<b>4.1 El matrimonio.....</b>	<b>63</b>
<b>4.2 Vínculo padres-hijos.....</b>	<b>64</b>
<b>4.3 El origen de la familia.....</b>	<b>64</b>
<b>4.4 La familia.....</b>	<b>65</b>
<b>4.5 Tipos de familia.....</b>	<b>66-67</b>
<b>4.6 Divorcio.....</b>	<b>67-68</b>
<b>4.7 Tipos de madres.....</b>	<b>68-70</b>
<b>4.8 Tipos de padres.....</b>	<b>70-71</b>
<b>4.9 Consecuencias psicológicas.....</b>	<b>71-74</b>
<b>4.10 Pérdidas tempranas.....</b>	<b>74-79</b>

## **CAPÍTULO 5 METODOLOGÍA**

<b>5.1 Planteamiento del problema.....</b>	<b>80</b>
<b>5.2 Hipótesis.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3 Variables.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.1 Clasificación de variables.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.2 Variable dependiente: La depresión.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.3 Variable independiente: Se medirá a través de dos tratamientos.....</b>	<b>80</b>
<b>5.3.4 Criterios de inclusión.....</b>	<b>81</b>
<b>5.3.5 Muestra.....</b>	<b>81</b>
<b>5.3.6 Diseño.....</b>	<b>81</b>
<b>5.4 Instrumento.....</b>	<b>81-83</b>
<b>5.4.1 Confiabilidad y validez.....</b>	<b>84</b>
<b>5.4.2 Resultados.....</b>	<b>84-90</b>
<b>5.4.3 Análisis y discusión de los resultados.....</b>	<b>90-94</b>
<b>5.4.4 Conclusiones.....</b>	<b>94-95</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>96-101</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>102-121</b>

## Resumen

La depresión es un fenómeno frecuente que afecta diferentes áreas de la vida de quién la padece y que puede presentarse desde la infancia. Entre los síntomas que se presentan son la anorexia, insomnio, pesadillas, aislamiento entre otros. Estas conductas se expresan mediante el llanto, tristeza de su rostro, enojo, fatiga; etc. La propia desvalorización se manifiesta de la siguiente manera: "No puedo", "No se", dentro de sus actividades de juego. Recordando este problema que interviene en su comportamiento y aprendizajes de la vida del niño. Por esto el estudio fue investigar si la ausencia de una de las figuras materna/ paterna es causa propicia de la depresión infantil en niños entre los 10 años y 12 años de edad. Las variables se clasificaron en independiente se medirá a través de dos tratamientos. 1) con el abandono de una de las 2 figuras paternas; 2) sin el abandono de una de las dos figuras paternas y dependiente (depresión). La muestra quedó constituida por 150 niños de los cuales 75 han sido abandonados por el padre ó madre y 75 no han sufrido abandono. Se les solicitó su cooperación voluntaria para responder a un cuestionario sobre depresión. El diseño que se utilizó fue correlacional de dos muestras. Se aplicó un análisis de frecuencias, una correlación de Pearson y un análisis de varianza (ANOVA). Los análisis se realizaron a través de una aproximación e interpretación del modelo de Beck (1967) y las respuestas del cuestionario de depresión para niños. En general los resultados fueron muy significativos ya que permitieron que la hipótesis de investigación se aceptara.

## INTRODUCCIÓN

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que es común en casi todas las personas en algún momento de su vida, además es un fenómeno que se está incrementando y tiene especial importancia en el aumento que se observa en la infancia y adolescencia. Existen aproximadamente 17 millones de niños y niñas entre 4 y 16 años en los países latinoamericanos que padecen depresión (Thomsón,2004).

Hoy en día es frecuente escuchar de niños y adolescentes que cometieron suicidio y presentan problemas serios de conducta y agresividad con repercusiones sociales de importancia. Todo esto nos refleja la necesidad de diagnósticos oportunos e intervenciones tempranas en la salud mental del individuo.

El manejo farmacológico de la depresión puede cambiar significativamente la evolución natural de este padecimiento, sin embargo el diagnóstico oportuno suele verse retrasado por la falta de información, ayuda profesional para las personas de todos los niveles y que se enfrentan ante esta situación que va más allá del sufrimiento en silencio que afecta a los familiares y los llena de tristeza, desesperanza, impotencia, dolor y en ocasiones la muerte del depresivo.

Según el CONAPO (2004 citado por Castellanos,2005) el suicidio juvenil ocupa la tercera causa de muerte de este sector de la población sólo por debajo de los accidentes automovilísticos y homicidios, principalmente a causa de la depresión. Las entidades de mayor incidencia de suicidios a nivel nacional son el D.F, Yucatán, Campeche, Tabasco y Jalisco. Y a pesar de que el suicidio ha aumentado peligrosamente, las instituciones de salud en México no cuentan actualmente con programas integrales para atender este fenómeno social. Probablemente, una de las razones es la depresión.

El Instituto de Geografía e Informática comenta que las causas del suicidio se deben a disgustos familiares, de índole amoroso, pero el 98% muere por trastornos mentales (como la depresión, esquizofrenia trastorno bipolar entre otros)Esta enfermedad provoca consecuencias negativas en el comportamiento del sujeto; por ejemplo hay bajo rendimiento escolar, irritabilidad, quejas somáticas encopresis, apatía, tristeza.

Con el fin de explicar de manera teórica y práctica la depresión, se propone el modelo de Beck, (1967) .Que define a la depresión de acuerdo a la tríada cognitiva que es el conjunto de creencias y actitudes negativas sobre uno mismo, su mundo y futuro. Es decir que el individuo se considera feo, enfermo y de poco valor, con una baja autoestima, con repercusiones fuertes en sus relaciones sociales y de desempeño en distintos ámbitos.

Interpreta sus experiencias de forma negativa, ve el mundo amenazante, hostil y con múltiples obstáculos y de frustración. Tiene una visión pesimista acerca del futuro y el sujeto no hace proyectos de largo alcance.

La teoría de los esquemas, una de las estructuras del modelo cognitivo, ayuda al sujeto a explicar el porque de esos eventos dolorosos que se le presentan en situaciones estresantes provocando esa emoción negativa, ya que el contenido de los pensamientos tiene un marcado tinte pesimista y desagradable, en ocasiones las ideas irracionales ó distorsiones cognitivas alcanzan un carácter delirante de ideas de culpa, de pérdida, de negación, de ruina, de enfermedad. Asimismo se presentan ideas recurrentes de muerte y suicidio. Estos pensamientos van desde un deseo hasta planes de cómo llegar a lograr la muerte, puesto que los pensamientos van desde la desesperanza y el desamparo hasta la infelicidad.

Estas distorsiones negativas se presentan de diferentes formas: la persona piensa o adelanta conclusiones sin dar ningún sustento valido a la evidencia misma. También tiende a anticipar la repetición de un acontecimiento ó experiencia. Sobreestima los eventos negativos y subestima los positivos, etc.

De acuerdo a ( Nikos,1999) En lo referente a las clasificaciones de las depresiones existe 3 de acuerdo a la gravedad y síntomas:

Leve. Solo 4 síntomas (de los necesarios de la depresión mayor y ésta se define como la presencia de 3 ó más (episodios)( suceso enlazado con otros síntomas) hay incapacidad Laboral, Social etc.

Moderada. Se basa en 5 ó 6 en síntomas, hay incapacidad leve y grave.

Grave. Presentan la mayoría de los síntomas ( al menos 7 ) hay severa incapacidad.

Sin embargo, la depresión tiene varios factores que la provocan, tales como: biológicos, genéticos, hormonales y psicosociales; hoy en día sabemos que se relacionan con los neurotransmisores del cerebro (sustancias químicas que originan cambios eléctricos ó químicos en los impulsos nerviosos de la sinapsis).Entre estos neurotransmisores tenemos la serotonina ( es una catecolamina que esta presente en las neuronas y realiza funciones de neurotransmisor),dopamina (precursora de la adrenalina y ésta a su vez estimula el sistema nervioso central).

El propósito de esta investigación es mostrar ¿si hay relación entre la depresión infantil y la ausencia de uno de los padres?. Para ello se propone retomar el modelo de Beck (1967) para explicar que elementos interfieren en la depresión y posteriormente, la aplicación de un cuestionario Lang y Tisher (1978) que permitirá valorar si la depresión existe o no en niños de 10 a 12 años.

Todo esto ampliara el conocimiento practico y teórico de ésta enfermedad de la depresión, que sin lugar a duda afecta a un elevado número de personas hoy en día. Como el grado e intensidad de esta dolencia son muy variados al igual, que las causas que la producen .Y así hacer una evaluación pertinente en los niños y que estos pequeños no sufran sin que nadie los escuche y no hallen salidas falsas a sus problemas. Puesto que varias de las personas que llegan a suicidarse y no saben que hacer. Hay una salida para ellos y sus familias. Estas salidas son el tratamiento con los antidepresivos junto con el manejo terapéutico. El manejo farmacológico puede cambiar significativamente la evolución natural de este padecimiento, de allí la importancia del abordaje oportuno y el tratamiento. El diagnóstico oportuno y el tratamiento temprano permiten identificar los síntomas de la depresión y así buscar ayuda en los hospitales de salud ó clínicas incorporadas a diferentes instituciones gubernamentales, sin embargo, generalmente suelen verse retrasados por falta de información en la población. Tal desinformación no sólo ocurre en la población sino en los profesionales de la salud ya que, suelen estar poco informados ó actualizados en el diagnóstico y manejo de ésta enfermedad ,situación que evita la reincorporación del paciente, reduciendo y modificando las probabilidades de recurrencia en corto ó mediano plazo.

Finalmente los resultados que se observan es que se afectan todas las esferas de la personalidad (afectivas, sociales, de autoestima, preocupación por la muerte-salud, tienen muchos sentimientos de culpabilidad, sus emociones se disparan en las dos caras de la moneda están contentos pero después están tristes). Existen algunos síntomas como inseguridad, problemas con la alimentación, de sueño, problemas somáticos y de aprendizaje entre otros. Lo anterior podía ser abordado desde la perspectiva cognitiva.

# CAPITULO 1

## EL PARADIGMA COGNITIVO

El conocimiento y los significados personales de la experiencia humana son construidos por la mente. Esta construcción mental de la experiencia del mundo real de los objetos y hechos cambiantes y la lógica subyacente son los que determinan la enfermedad mental.

E. Kant (1781 citado por Beck,1976).

Hoy en día este proceso de información computacional ha abierto las puertas a la ciencia y tecnología del mundo. Científicos consideran que este aspecto es el futuro del siglo XXI. Con el paradigma cognitivo se descubrió que el proceso cognoscitivo es un sistema activo que no se limita a transmitir información, sino que la codifica, transforma y recombina. Es por eso que el cerebro humano es el diseño computacional más complejo, cuenta con procesos cognitivos como percepción, aprendizaje, memoria.

Se presentaran los antecedentes del paradigma cognitivo como aspecto central en la explicación de la depresión a través de un modelo cognitivo. Los seres humanos construimos representaciones mentales del mundo a partir de la percepción y aprendizaje; la memoria retiene y evoca ese conocimiento, es decir, la memoria toma esa información, la guarda, organiza, le da un significado y la recupera cuando necesita recordar algo. Es por eso que se tomara en cuenta el modelo cognitivo de Aron Beck (1967) de la depresión ya que la conducta de un individuo esta mediada por el modo de estructurar su mundo y creencias positivas ó negativas, ante la percepción de los acontecimientos situacionales, que desencadenan pensamientos automáticos dando como resultado un problema mental como la depresión.

### 1.1 Paradigma cognitivo

En 1930 se consolidó el conductismo como una parte de la ciencia. En la década de los 50 fue sustituido por la teoría del procesamiento de información que hizo posible el estudio de los procesos mentales que fueron marginados por el conductismo Pozo(1987, en Klingler y Vadillo,1999).

A mediados de la década de los 50 hay un abandono de los supuestos asociacionistas y una aceptación de los procesos mentales como objeto de estudio. A finales de los 50 se afirma un nuevo paradigma llamado conductista. Todo daba a entender que la Psicología por fin había encontrado su identidad y por tanto su objetividad se declara como "la ciencia de la conducta".Sin embargo los mismos defensores del sistema comenzaron a reconocer limitaciones del conductismo, especialmente el conductismo radical. Una limitación era la interpretación mecanicista de la conducta en términos de estímulo -respuesta. Otra fue el

reduccionismo ya que concebían a la conducta como una realidad puramente externa y susceptible, de cuantificación y control, pero despojada de toda riqueza significativa ( De Vega,1992).

Miller (1956 citado por De Vega, 1992) y sus colaboradores elaboraron una analogía mente ordenador que ofrecía un programa para la nueva Psicología y en el que se manejaban conceptos como: “imagen mental” y “planes, estrategias”, etc.

Kuhn (1962 citado en De Vega, 1992) desarrolló un análisis más completo del progreso de la ciencia, es decir del desarrollo científico en este análisis propone que la ciencia pasa por periodos evolutivos ó crisis, que se presentan cuando ya no es posible resolver los nuevos problemas a los que se enfrenta el paradigma. Así, el conductismo como paradigma dominante, se enfrentó a problemas que no pudo resolver, por lo que sobrevino una crisis en la que emerge el paradigma cognitivo.

Para Crespo (1977) en la Psicología al igual que en otras disciplinas científicas, hablar de sustitución de programas ó enfoques teóricos parece habitual, pues a juicio de los historiadores ha constituido la norma de nuestros procesos cognitivos como disciplina científica. Hay 4 momentos paradigmáticos.

- 1) El paradigma mentalista. Donde el objeto de estudio de la Psicología debía ser la mente estudiada introspectivamente es decir a través de los sentidos e imaginación y analizar sus elementos constituyentes (orientación estructuralista) y el funcionamiento de la misma, maneja hábitos, emociones es decir que se centra en su valor, utilidad, funcionalidad (orientación funcionalista).
- 2) El paradigma conductista. Este introduce un método en la ciencia con el objeto de cuantificar el comportamiento y predecir la conducta como observable en los organismos, sustituye el análisis de la conciencia por el de la conducta. Watson define a la conducta como eventos manifiestos y observables, es decir, lo que el organismo haga ó diga es una manifestación observable. Con el neoconductismo supone dos supuestos: a) la Psicología debe efectuar un control y predicción de la conducta; b) debe asimilar el reflejo condicionado entendiendo que frente a la simple fisiología se adopta un punto, donde la preocupación sea la respuesta global emitida por el organismo como un todo ante su medio. Por último amplía el paradigma de la siguiente manera: introduce factores motivacionales para explicar el comportamiento y admite que la conducta se base en metas y fines.
- 3) Se da una transición de los principios asociacionistas del conductismo a los principios racionalista del paradigma cognitivo de la Psicología. Regresa al estudio de la mente frente al paradigma de la analogía a un programa llamado ordenador, cuya actividad es el procesamiento de información.
- 4) Surge el paradigma conexionista. Que entiende que la mente es una actividad de procesamiento de información. Sin embargo hay un abandono de la concepción racional propuesta por el paradigma el cognitivo (fundamentada en la metáfora del ordenador) hay una regresión a los principios asociacionistas en la explicación de la mente y se elaboran teorías hipotético-deductivas.

El paradigma cognitivo supuso dos principios explicativos. El paso del conductismo al cognitivismo, que se basa en la transición de acontecimientos dentro y fuera de la persona. Entre los cuales tenemos dentro de la psicología la teoría de Hebb, crítica de Lashley y el modelo asociativo lineal E-R. Por fuera de la psicología, el desarrollo de la inteligencia artificial y cibernética, la metáfora del ordenador (Turing y Winer), la aplicación de la teoría de la información de Shannon y el trabajo de Broadbente y la psicolingüística racional de Chomsky (Crespo,1977).

En lo que se refiere a la teoría de Donald Hebb ( 1949 en Crespo,1977) pone de manifiesto la importancia que adquieren los procesos centrales del sistema nervioso ya que actúan estructuras mediadoras de la conducta.

Con Leahey (1991) se crítica al modelo estímulo- respuesta, puesto que la conducta humana se caracteriza por ser compleja y por eso debe ser estudiada con principios diferentes basados en una organización de naturaleza jerárquica y no cómo meramente secuencial ó lineal.

Para Leahey (1991) el S.N no responde pasivamente a la estimulación exterior, sino que funciona de manera activa y jerárquica mediatizando a los más variados y complejos funcionamientos.

Desde fuera de la Psicología tenemos el surgimiento de la Psicología Cognitiva denominada “ metáfora del ordenador”, está proviene de la inteligencia artificial y cibernética.

Turing (1936 en Crespo,1977), supuso que el funcionamiento de la mente humana era análogo a la de una computadora que codifica, almacena, recupera y manipula la información.

Posteriormente, Wiener (1948 citado en Crespo, 1977) introduce el término de retroalimentación (feedback ) para referirse a los mecanismos de autorregulación y control presentes en diversos sistemas ( máquinas y organismos vivos, incluido el ser humano) surgiendo así la cibernética ó estudio de los sistemas de control. El paralelismo de Turing y Wiener entre las máquinas y el ser humano comenzó a tomar forma en el surgimiento de los primeros ordenadores digitales, lo que conduciría a la denominada “ analogía ó metáfora entre el ordenador y mente humana, ya que era capaz de procesar la información, es decir codificarla, almacenarla, transformarla y recuperarla de forma análoga a lo que sucedía en un ordenador.

Otro aspecto fue el desarrollo de la teoría de la información por Shannon (1948 en De Vega,1992). Su idea fue explicar el paso de la información a través de un canal específico y determinar matemáticamente la función de transferencia input- output, es decir, la entrada y salida de la información y un canal donde el ruido distorsionaba la información. También utilizó el bit como medida de información en los ordenadores digitales y un byte ( que es una

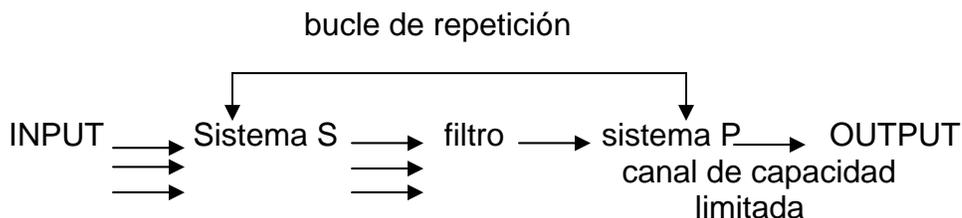
medida de cantidad de información que utiliza un computador para representar caracteres alfanuméricos).

El trabajo de Broadbent (1958 por De Vega, 1992) consistió en elaborar uno de los primeros modelos de la atención, percepción y memoria. Considera al ser humano como un procesador activo de información, utiliza por primera vez los diagramas de flujo empleados para la inteligencia artificial, estudió los controladores aéreos y observó que a pesar de que existía una sobrecarga informativa en las pantallas de radar, el operador humano era capaz de seleccionar exclusivamente la información relevante. Este hecho hizo pensar entonces que se debía aplicar un filtraje de información, de tal manera que fuese percibida, atendida y mantenida en la memoria ya que era importante y necesario para ejecutar la tarea. Entonces propuso en su modelo tres estructuras: a) el sistema S ;b) el filtro selectivo ;c) el canal de capacidad limitada ó sistema P.

El sistema S actúa como una memoria que retiene la información durante unos cinco segundos, transcurriendo este tiempo, la información que no es seleccionada por no ser relevante cae y se pierde. Aquella otra información seleccionada por el filtro, es enviada al canal de capacidad limitada ó sistema P. De hecho, la información que se encuentra en este sistema P, es precisamente la que está siendo atendida en un momento determinado. En la altura del filtro, la información llega en paralelo (flechas en paralelo) con posterioridad al filtro ésta se procesa de forma serial ó secuencial, es decir por un solo canal informativo a la vez (una sola flecha).

Hay otro proceso que es representado por la flecha que va desde el canal de capacidad limitada ( sistema P) hasta el almacén de memoria ó (sistema S).Esta flecha representa el denominado “bucle de repetición” y su finalidad es muy sencilla. La información no seleccionada en el sistema S decae transcurridos unos segundos, de ahí que para evitar esta pérdida de información y siempre que no se requiera de una respuesta inmediata, el material puede pasar al sistema P y ser devuelto de nuevo mediante el bucle al sistema S, pudiéndose repetir este proceso para evitar la pérdida de la información.

### MODELO DEL PROCESO DE INFORMACIÓN SEGÚN BROADBENT 1958 POR DE VEGA 1992



La psicolingüística de Chomsky (1957 en Crespo,1977) critica los modelos asociativos del conductismo, basados en gramáticas de estados finitos, proponiendo la existencia de una

gramática generativa que posibilitará al hablante a producir todas las frases posibles de una lengua, sin necesidad de acudir a mecanismos complejos. Todas estas aportaciones llevaron a que el nuevo paradigma cobrara fuerza y comenzaran a surgir una serie de trabajos en la Psicología Cognitiva.

Por consiguiente en lo que se refiere a la Ciencia Cognitiva se dice que surgió a partir de una reunión entre amigos en 1956, en el Instituto Tecnológico de Masachuset, con autores como: Chomsky, Simón, Newell y Miller; ellos organizaron un simposio referente a la ciencia de la informática. Sus representantes concluyeron que era necesario una ciencia de la mente. La introducción del programa de computo teórico lógico proporciono el eslabón teórico entre la psicología y la computación, a partir de esto se desarrolló una rama de la psicología que permitió el estudio de los procesos mentales en base a un modelo de metáfora computacional (Klingler y Vadillo,1997).

Según García y Moya, (1993) la Ciencia Cognitiva es una disciplina que surge con el interés de conocer la cognición humana y así mejorar el aprendizaje y las habilidades mentales; desarrolla aparatos inteligentes para aumentar las capacidades intelectuales.

García y Moya, (1993) dice que desde la Segunda Guerra Mundial, científicos de diferentes campos han orientado sus investigaciones sobre el estudio de la mente humana. Los lingüísticas se han enfrentado al problema de cómo adquieren los niños las habilidades propias del lenguaje. Los científicos de la computación han intentado copiar la actividad cerebral para emularla a través de máquinas inteligentes de computación. Los etólogos quieren conocer las raíces innatas del comportamiento social. Dentro de la neurofisiología, ha despertado el interés de descubrir la función de algunos centros neuronales y su relación con procesos perceptuales complejos como el habla, pensamiento, memoria, etc. Los antropólogos han examinado la estructura conceptual de las prácticas culturales y la evolución del cerebro, el desarrollo del sistema esquelético muscular y los vínculos sexuales entre otros factores determinantes. Los neurólogos han investigado la relación entre la lesión cerebral y déficit como la afasia, la agnosia y otras formas de patología mental.

La Ciencia Cognitiva es un empeño contemporáneo de base empírica por responder a interrogantes epistemológicos antiguos, en particular los vínculos con la naturaleza del conocimiento, sus elementos constituyentes, sus funciones, evolución y la mente.

Garner (1987 citado en García y Moya 1993) menciona cinco características fundamentales para definir la Ciencia Cognitiva: a) creer que es legítimo y necesario utilizar el nivel de la representación a través de símbolos, reglas, imágenes, etc. Los fines de la ciencia cognitiva deben describirse en función de símbolos, esquemas, imágenes, ideas y otras formas de representación mental. Es por eso que los científicos cognitivos aceptan que los procesos mentales están representados en el sistema nervioso central, aunque no existe consenso sobre la importancia que debe darse a su estudio ;b) la utilización de la computadora, actúa como una prueba de existencia; si una computadora es capaz de razonar, persigue metas, revisa y corrige sus fines y transforma la información, etc. Con mayor razón los seres humanos son sujetos a tales operaciones. Por ejemplo la ciencia de la inteligencia artificial es la disciplina central de la Ciencia Cognitiva, aunque sus seguidores consideran un error concebir los organismos vivos como un sistema de procesamiento de información. Los

neurocientíficos consideran que el estudio del cerebro no necesita de estudios computacionales; c) la Ciencia Cognitiva da mayor importancia a los aspectos de lógica formal en detrimento de los aspectos afectivos y motivacionales. Sin embargo, muchos científicos de la conducta están de acuerdo en afirmar que estos aspectos son esenciales a la experiencia humana y pueden aplicarse científicamente ;d) aunque la Ciencia Cognitiva puede llegar a ser algún día una ciencia unificada, todos coinciden en la importancia de la interdisciplinariedad en el momento actual. Se están obteniendo excelentes resultados de la interacción de distintas disciplinas como son : la filosofía, la Psicología, la lingüística, la inteligencia artificial, la antropología, la neurociencia.

La Psicología Cognitiva como parte de la Ciencia Cognitiva, es equiparable con el modelo ó metáfora del proceso de la información y por tanto, representa ó incorpora un nuevo paradigma. Así, la Psicología Cognitiva tuvo una rápida evolución, que permitió ocupar un espacio importante dentro del ámbito psicológico. La evolución de esta se fue institucionalizando progresivamente y fue aportando enfoques como el proceso de información humano relacionado con el flujo de información (García y Moya ,1993).

La corriente cognitiva ha tratado de llenar los vacíos dejados por el conductismo tales como: ampliando el concepto de conducta y la ha sustituido por el de comportamiento. Recuperando numerosas zonas de estudio rechazadas por el conductismo; que sin embargo son científicamente legítimas y posibles. Ha tratado de corregir el desplazamiento de lo habitual situado en el centro de la conducta del propio sujeto, sobre todo el cambio de conducta no a factores ambientales externos al sujeto, sino a complejos mecanismos internos que tienen que ver con la decisión personal (De Vega,1992).

De Vega (1984 en Crespo,1977) dice que el objeto de la Psicología Cognitiva es el estudio de la mente, ya que es como un sistema funcionalmente análogo a un ordenador, cuya misión es la de procesar información. En el ser humano esta información se da mediante hechos, eventos, objetos. Todo esto lo almacena en la memoria en forma de representaciones mentales. Es por eso que la Psicología Cognitiva utiliza símbolos para describir el conocimiento almacenado en las representaciones mentales.

De Vega (1992) define la Psicología Cognitiva en términos de metáforas computacionales. Es decir que la mente es un sistema que no se limita a transmitir información, sino que la codifica, almacena, transforma, en suma, procesa información. Es por eso que somos considerados como máquinas que procesamos y almacenamos información.

La teoría cognitiva centra su atención en la importancia de como ve y piensa el individuo acerca del mundo, ya que esto se relaciona con lo que uno hace, piensa y siente. (Vidales,1996).

Así mismo la ciencia de la mente, la inteligencia, el pensamiento exige una base amplia de conocimientos de distintos campos, ya que la cognición humana se basa en un contexto sociocultural amplio.

Para comprobar lo anterior, Bruner (1985 en Leahey,1991) estudió, a partir de la epistemología genética, que la personalidad forma parte de la percepción del mundo y la gente resuelve problemas complejos. Llegó a la conclusión que sin el aprendizaje que se adquiere en el desarrollo infantil no habría conocimiento en el niño, aspecto que conduce a una desadaptación al medio.

Neisser (1976 en Leahey,1991) dijo que el desarrollo de la Psicología Cognitiva no fue tan productiva, ya que el procesamiento de información tenía que ser estudiado mas ampliamente.

Por otra parte, Leahey (1991) menciona que la computadora tiene un soporte físico *hardware* que incluye (memoria, unidad central ) y un soporte lógico *software* que abarca los aspectos funcionales del sistema ( lenguaje de programación que se basa el logaritmos y programas)

Para Herbert Simón (1957 citado por Leahey 1991) las teorías psicológicas serian preescritas por los programas computacionales. Una computadora sería el campeón de ajedrez. Y que una computadora digital descubriera un teorema matemático, en 1985 las maquinas serían capaces de hacer cualquier trabajo, que un hombre pudiera hacer a partir de la información.

## **1.2 El procesamiento de la información.**

Este término proviene de las ciencias de la información que incluyen el manejo de los ordenadores, análisis de sistemas y teoría matemática de la comunicación. Este concepto implica como la percepción y la cognición actúan entre sí para el proceso de la información (Vallejo,2002).

Klingler y Vadillo (1999) dice que la teoría del procesamiento de información viene de la lógica formal y de la teoría de la información. Algunos científicos como Alan Turing, John von Neumann, Claude Shannon en 1940 tenían la idea de que la computadora era solamente una máquina que manipulaba números. Estos investigadores insistieron en que esta máquina tenía una inteligencia general con reglas análogas a procesos de pensamiento.

Hoy en día este modelo de procesamiento computacional ha abierto las puertas a otras ciencias interdisciplinarias de la psicología. Este proceso de información es un área que incluye todos los procesos que afectan la transformación de los *inputs* sensoriales incluyendo cómo son almacenados, seleccionados, resumidos, recuperados, eliminados, elaborados y bloqueados los campos de la sensación, percepción cognición, resolución de problemas, imaginación memoria y aprendizaje; diferencias ó alteraciones en el proceso de información están siendo estudiados en diversos trastornos mentales (esquizofrenia, trastornos del humor, postraumático, autismo y déficit de atención) (Vallejo,2002).

Este proceso de información en el sistema nervioso organiza con precisión el conjunto de actividades encaminadas a conseguir un objeto determinado. En vez de actuar de forma flexible, frente al comportamiento rígido y mecánico de la máquina. Se asume que la mente humana trabaja con estructuras simbólicas que representan el contenido de nuestros pensamientos. Estas representaciones simbólicas ayudan a ver con más claridad nuestros pensamientos que se almacenan codifican y transforman en nuestra memoria.

Se mencionan algunos modelos importantes que dieron algunos autores al surgimiento de este proceso de información, pero antes se dice que este procesamiento en el ser humano surge a partir de la construcción de los modelos conceptuales referentes al funcionamiento de esas representaciones mentales (Klingler y Vadillo, 1999).

La teoría de la comunicación de Shannon (1948, citado por De Vega, 1992) formula una serie de leyes matemáticas para explicar el flujo de información a través de un canal, dispositivo que recibe una entrada (input) de información externa y genera una salida (output). A estos dos tipos de información las domina información transmitida. El sistema nervioso puede considerarse como un canal biológico que transmite información, de hecho los conceptos y ecuaciones matemáticas se utilizaron para describir la mente. Un canal de información es un dispositivo que sirve de simple sustrato físico a la información. La mente es un sistema activo, que no se limita a transmitir información, sino que la codifica, almacena, transforma ó recombina ; en suma procesa información.

Por el otro lado el modelo lingüístico de Chomsky (1972 citado por De Vega, 1992) dice que las expresiones gramaticales no se generan como cadenas asociativas lineales. Por eso, propone la gramática transformacional que comprende una serie de reglas generativas y de transformación. El lenguaje se puede estudiar como un dispositivo de competencia, que incluye un conjunto de reglas de reestructuración de símbolos, capaz de generar todas las frases gramaticales del lenguaje natural.

Mahoney (1974 citado por De Vega, 1992) dice que el modelo del proceso de información cuenta con características como : la atención ( selectividad asimilativa de estímulos) codificación ( representación simbólica de la información) almacenamiento (retención de información) y recuperación (utilización de la información almacenada). Y cuenta con tres estructuras cognitivas: receptor sensorial ( recibe información interna y externa) una memoria a corto plazo( ofrece una retención a corto plazo de información seleccionada) y una memoria a largo plazo que ( ofrece una retención permanente de la información).

Por otra parte, el modelo conexionista dice que el cerebro humano, es el diseño computacional más complejo, ya que ha llevado a los científicos a construir sistemas neuronales, llamados redes que intervienen en el estudio de la neuropsicología y proceso de transmisión de información.

Beltran (1988) dice que el cerebro tiene 100 mil millones de neuronas y cada una de las cuales tienen la posibilidad de hacer 50 mil conexiones cuando se detecta algún significado.

Castañeda (1992) comenta que el proceso de información, es un proceso en el cuál se da un intercambio de señales ( comunicación) entre elementos o unidades, que forman redes neuronales muy densas en el sistema nervioso. Por consiguiente el procesamiento de

información es el diseño computacional más complejo, debido a sus mecanismos que se relacionan con la capacidad de pensar, recordar, aprender y solucionar problemas.

Otro aspecto principal del modelo conexionista es que el sistema cognitivo lo concibe como una red de unidades de procesamiento mutuamente interconectadas, de forma tal que una unidad puede establecer una conexión excitatoria ó inhibitoria con otra unidad. La presencia de algún acontecimiento del medio puede modificar el nivel de activación de una unidad ó unidades, estableciéndose así nuevas conexiones que ocasionarán un nuevo estado de activación global de la red (Crespo,1977).

Así mismo este proceso de información se da mediante el cambio de señales que forman las redes neuronales, que a su vez tienen una gran versatilidad funcional ,ya que cuenta con conexiones sinápticas y procesos bioquímicos que transmiten señales.

### **1.3 La función cognitiva.**

Según Davini, (1978) la función cognitiva nos ayuda a ordenar, organizar y estructurar los datos del medio que permiten adaptarnos a cualquier situación que se nos presente. Así mismo, nuestra conducta ó acciones se modifican, como búsqueda de equilibrio. Muchas de nuestras conductas tienen su origen en situaciones vividas en la infancia y sin embargo no recordamos, o mejor dicho creemos haberlas olvidado, pero están presentes en nuestra vida. Esta inteligencia de los seres humanos se vale de otros medios de conocimiento tales como:

- 1) La senso-motricidad. Que es una estimulación que llega del exterior a través de los órganos de los sentidos.
- 2) La memoria. Esta nos permite independizarnos del presente y remontarnos a experiencias pasadas; nos posibilita la aplicación de lo aprendido anteriormente en situaciones actuales.
- 3) La imaginación. Nos ayuda a representar interiormente lo que se percibe elaborando una imagen y cambiar distintos elementos para elaborar una imagen.
- 4) La inteligencia. Agrupa a los objetos según sus características, los relaciona con otros y los integra en un sistema mediante símbolos que permiten independizarse del dato concreto, para manejarse a través de ideas. Sobre esta base construimos teorías sobre la realidad, formulamos hipótesis y trabajamos científicamente.
- 5) La sensación es un fenómeno psíquico más simple y nos informa que ocurre dentro y fuera de nosotros.
- 6) El pensamiento. Facultad de pensar, es decir, formar, ordenar, relacionar en la mente ideas y conceptos.
- 7) Percepción. Contacto con la situación presente.

Es importante tomar en cuenta los diferentes órganos sensoriales ya que ellos varían en cantidad ( fuerza o energía con que se presentan) y se clasifican en débiles e intensos, cualidad, de acuerdo a sus características; y en tono afectivo, tales como sensaciones gratas y las que producen dolor.

Tipos de Sensaciones:

- \* Visuales. Varían en luminosidad y pureza , ya que hay colores más luminosos que otros.
- \* Auditivas. Son los ruidos y sonidos, los primeros se presentan más confusos y los segundos mas claros ,se diferencian en tono y altura
- \* Olfativas y gustativas. A veces no percibimos el sabor de los alimentos por estar resfriados. Otras veces el oler una comida nos parece agradables ó desagradables.
- \* Táctiles. Cuyo órgano es la piel, nos permite sentir, al tocar un objeto, su textura. También características térmicas ( frío, tibio etc).Los órganos de nuestro cuerpo están cubiertos por tejido epitelial.
- \* Kinestésicas. Comprende las sensaciones de movimientos, tensión peso y fuerza, es decir, sensaciones internas musculares de nuestro cuerpo que nos ayudan a que tengamos conciencia de que dormimos y movernos.
- \* Cinestésicas. Nos informan del estado interno de nuestro organismo (hambre,sed,respirar,malestar,etc) (Vidales,1996).

Los procesos cognitivos son una actividad que el organismo organiza para extraer del medio ambiente la información que necesita; es decir la reconstrucción de ella (Beltran,1988).

- a) La percepción es un elemento primordial, es el contacto con la situación presente, a su vez se divide en etapas:
- *Input* o entrada estimular. Para que se produzca la extracción de información.
  - El medio tiene que ponerse en contacto a través de los estímulos que transmiten los mensajes, con los órganos de los sentidos.
  - La información física transmitida por los estímulos no es utilizable por el organismo, sino que debe ser transformada. A esta transformación de la información física en mensajes informativos ó impulsos nerviosos se le da el nombre de transducción sensorial.

- Una vez transformados los mensajes físicos en impulsos nerviosos, éstos se envían a los centros superiores del cerebro (trasmisión y proyección cerebral) donde son recibidos, seleccionados ó decodificados e interpretados antes de dar la respuesta.
  - Por último, en la respuesta ó experiencia perceptual se revela al mundo como una realidad estructurada, estable y significativa para el sujeto.
- b) Lenguaje es un sistema generalizado de símbolos y reglas compartidas por todos los miembros de la comunidad que lo habla. Todos los lenguajes tienen una característica esencial común a todos ellos, que les une a pesar de las diferencias. Estas características parecen ser más importantes.
- Productividad. Los seres humanos son capaces de generar sonidos que no han sido escuchados ni pronunciados anteriormente. El lenguaje es creativo, ya que somos capaces de producir y comprender un número infinito de palabras incluyendo las nunca pronunciadas. Es un sistema abierto, a diferencia de las vocalizaciones de los animales, que tienden a formar un sistema cerrado con un repertorio fijo y limitado.
  - Dualidad de estructura. Todos los lenguajes humanos están organizados, al menos, en dos niveles. Por ejemplo, podemos analizar una frase como una secuencia de palabras, cada una de las cuales tiene significado. La frase “nosotros fuimos al campo” puede ser descrita como una secuencia de cuatro palabras; pero también puede ser descrita cada palabra como una secuencia de sonidos- unidades fonológicas que no tienen significado de y en sí mismas. Esta es la razón por la que el lenguaje es productivo, pues con un conjunto de sonidos no significativos, el número de combinaciones posibles es tan grande que se puede formar un número ilimitado de palabras.
  - Referencia simbólica arbitraria. La mayor parte de las relaciones entre las cosas y las palabras son arbitrarias. Por ejemplo, la relación entre la palabra mesa y el objeto mesa es puramente arbitrario, ya que podía haber sido llamada de cualquier otra manera. La asignación arbitraria del significado junto con la dualidad de la estructura, contribuye a la productividad del lenguaje (Beltran,1988).
  - Desplazamiento. Los hombres podemos hablar de objetos ó sucesos remotos tanto en espacio como en el tiempo distinto.
  - Transmisión cultural. El lenguaje se trasmite a lo largo de las generalizaciones a través de los procesos de enseñanza y del aprendizaje.

Así mismo el lenguaje logra movilizar las redes de ideas de pensamientos, reflexiones. Construye sistemas de relaciones abstractas. Es el vínculo trasmisor de ideas entre los hombres que permiten evocar objetos interiormente.

Lenneberg (1971 citado por Beltrán,1998) señala que el lenguaje es la manifestación de tendencias cognitivas de la especie y es una consecuencia de las peculiaridades biológicas que hacen posible un tipo de conocimiento humano.

c) La Inteligencia se construye progresivamente a través del desarrollo evolutivo, dicha construcción tiene características de un constante equilibrio en las relaciones entre el sujeto y el mundo. Hay dos tipos de inteligencia: una práctica y otra abstracta. La primera abarca la resolución de problemas cotidianos, en la que entra en juego el eficaz manejo del cuerpo la adaptación de los movimientos y acciones de las formas de los objetos. La segunda agrupa mentalmente a los objetos según sus características y propiedades y clases para establecer una red de relaciones entre dichas clases de objetos. Establece hipótesis, leyes y teorías (Davini,1978).

Según Vidales (1996) la inteligencia agrupa a los objetos y características, los relaciona con otros datos y los integra en un sistema. No sólo sistematiza los objetos presentes sino que elabora símbolos ó una red de símbolos.

d) La Imaginación es una actividad representativa, función mental de reproducción de imágenes interiores que pueden estar presentes en los procesos afectivos o motivacionales. La combinación de las imágenes responderá a mecanismos afectivos conscientes e inconscientes a la actividad estructural de la inteligencia. Nos posibilita el representarnos interiormente lo que hemos percibido elaborando una imagen mental y aun cambiar distintos elementos para elaborar una nueva imagen (Davini,1978).

e) Memoria. La memoria permite estructurar la conducta para asegurar la mejor adaptación de las cambiantes situaciones del medio ambiente. La memoria no es una función limitada al campo de las imágenes mentales sino una propiedad de todo organismo vivo se --- manifiesta en el campo biológico y psicológico y social en los vegetales, animales y en -- el hombre (Davini,1978).

También la memoria nos permite independizarnos del presente y remontarnos a experiencias pasadas ( Vidales,1996).

En la memoria intervienen tres fases: aprendizaje, conservación, actualización En el primero abarca los comportamientos motores como hablar, correr, trepar, andar, etc. Aprender significa adquirir nuevas formas de conducta o modificar conductas ya existentes. La conservación, una vez que se aprende algo, se conserva, se retiene, aunque no aparece actualizado en la conducta, el aprendizaje anterior está presente de modo latente. Los aprendizajes anteriores no están constantemente presentes en nuestra conciencia; sólo se actualizan cuando los necesitamos. De lo contrario, no podríamos realizar nada. Nuestra conciencia estaría abrumada por los contenidos aprendidos y no podríamos concentrarnos en ninguna otra acción. Mientras no lo necesitamos, las experiencias anteriores se conservan de manera latente. La actualización, se refiere a que mientras no necesitemos de ciertas conductas, los aprendizajes o experiencias referidas a ellas, permanecen en el inconscientes, latentes. Pero cuando son necesarias se pueden actualizar (Davini,1978).

El paradigma cognitivo explica cómo la información que procesamos, codificamos, almacenamos, transformamos y recuperamos de forma análoga a un ordenador distingue un soporte físico hardware y un programa software.

Es decir que este intercambio de experiencias vividas en nuestro pensamiento pueden afectar nuestras emociones y sino las conducimos adecuadamente nos traerá problemas cognitivos, es por eso que la terapia cognitiva nos ayuda a aclarar ese pensamiento que nos llevan a la felicidad ó infelicidad.

## **1.4 Antecedentes de la terapia cognitiva : Arón Beck**

Los orígenes más remotos de la terapia cognitiva provienen de la filosofía estoica (350 a. c al 180 d. c), la filosofía oriental budista y taoísta (Ruíz y Cano,1995).

La filosofía estoica se fundó por el griego Zenón, el cual consideraba indispensable la ciencia para dirigir la vida a través del ejercicio de la virtud. La filosofía estoica, era el bien supremo, pues su práctica llevaba a la felicidad, y para alcanzar esta meta debían de gobernarse los estados emocionales extremos (las pasiones) a través del autodominio. Estas consideraciones fueron defendidas por la ética estoica griega (Zenón de Citio, Crispo y Epicteto) y la romana (Marco Aurelio, Séneca y Cicerón).Epicteto fue quién más desarrolló la idea de cómo se producían las pasiones y de cómo se dominaban. En su obra "Enchiridon" afirma que los hombres se perturban más por la visión u opinión que tienen de los acontecimientos que por estos mismos; idea que reproduce. Ellis (1990, veintiun siglos después citado por Ruiz y Cano,1995).

Buda, allá por 566<sup>a</sup>.C dice que el dominio del sufrimiento físico y emocional a través del dominio de las pasiones humanas lleva a un estado de insensibilidad e indeterminación total, el Nirvana (desnudez, extinción).El budismo afirma que la realidad es construida por el pensamiento, por los juicios valorativos, que pueden ser pasionales y generar sufrimiento. Los empiristas del siglo XVII (Hume, Locke, F Bacon) resaltan que las emociones derivan de las asociaciones de ideas, y que para lograr un nuevo conocimiento hay que librarse de los prejuicios, es decir de conceptos erróneos preestablecidos (Ruíz y Cano,1995 ).

En los siglos XVIII y XIX dentro de la corriente idealista se resalta el papel de la cognición (significados, pensamientos) (Ruiz y Cano,1995).

Kant, en su "Crítica de la razón pura" (1781), describe la naturaleza del conocimiento, no como una capacidad innata (idea defendida por Descartes) ni como un simple producto de las asociaciones sensoriales (como defendían los empiristas ingleses), sino como un proceso de construcción personal.( Ruíz y Cano,1995)

Él reúne los dos aspectos anteriores en una nueva síntesis que intenta resolver los problemas creados a la explicación de la génesis del conocimiento. Argumenta que el conocimiento y los significados personales de la experiencia humana son construidos por la mente humana. Según Walsh (1968), Kant introduce el concepto de esquema cognitivo como una construcción mental de la experiencia que refleja al mismo tiempo el mundo real

de los objetos y hechos siempre cambiantes y la lógica subyacente de las categorías que la mente impone a la experiencia. Incluso llega a describir la enfermedad mental como el resultado de no educar el “sentido privado” de los significados racionales compartidos socialmente. Sin embargo Vaihinger, 1993, quién desarrolló la idea de la realidad construida por los esquemas, se guía por las metas y guiones ficticios (construcciones simbólicas personales), que tienen por finalidad asegurar la vida humana. Todas estas ideas tendrán una influencia decisiva sobre Alfred Adler, y a través de este, la futura y posterior psicoterapia cognitiva.

En el siglo XX la corriente fenomenológica y la existencial descartaron el papel de la experiencia subjetiva en el conocimiento y la existencia, resaltando el papel de la conciencia y los actos conscientes (Ruíz y Cano, 1995).

Por otro lado B. Russell destaca en su obra “La conquista de la felicidad” (1930) el papel de las creencias adquiridas en la primera infancia que se hacen inconscientes y a veces perturban a las personas en su vida más adulta como exigencias irracionales, y pueden ser sustituidas por creencias más racionales, ayudando así al individuo a alcanzar sus metas (Ruíz y Cano, 1995).

Gasset en su obra “Ideas y Creencias” (1940 citado en Ruíz y Cano 1995) desarrolla el tema del hombre, como instalado en ideas y creencias en unas circunstancias históricas, desarrollando a través de ellas una perspectiva personal de sus circunstancias y viéndose esa perspectiva afectada por esas circunstancias.

Por otro lado los autores siguientes nos aportan sus conocimientos sobre la Psicología Cognitiva y los elementos necesarios que intervinieron en esta ciencia.

Adler (1987 citado en Ruíz y Cano 1995), propone sus puntos teóricos de la conducta dice que toda conducta tiene un propósito, una situación, una creencia, una conducta (respuesta) regida por un patrón supra-ordenado de organización de la experiencia, constituido en la infancia. Es el resultado de nuestras percepciones subjetivas. Esta Psicología Adleriana es una Psicología cognitiva por su relevancia de los significados, propósitos, creencias y metas personales. Es por eso, que la persona es un organismo unificado cuya experiencia y conducta está organizada por metas. Las metas de la conducta proporcionan su significado. Emplea términos como opinión, idea de ficción y esquema aperceptivo para referirse a ideas inconscientes aprendidas en la infancia en una determinada atmósfera, constituida en las etapas preverbales del desarrollo y junto con las opiniones secundarias (creencias adquiridas en la etapa de socialización y verbal del desarrollo) guían la conducta de todo individuo. Cuando las opiniones primarias (esquemas aperceptivos) no son modulados por adecuadas opiniones secundarias en el proceso de socialización, debido a fallos en la crianza y relación con los adultos, el individuo se ve evocado a imponer y perseguir sus metas inconscientes de modo rígido y asocial, produciendo psicopatología. Esta concepción fue recogida 30 años después por el neopsicoanálisis ( Ruíz y Cano, 1995).

Chomsky (1956 en Ruiz y Cano, 1995) da un giro radical a los planteamientos de la gramática generativa, ya que desarrolla la idea de que el lenguaje humano posee un potencial creativo, que le permite a partir de unos elementos lingüísticos finitos, producir y

entender un número ilimitado de oraciones. También dice que el ser humano posee un sistema innato de reglas de lenguaje.

Luria (1962-1973) estudia la génesis de las funciones psíquicas superiores. Sus bases son: a) las funciones psíquicas superiores (cognitivas) se desarrollan a partir del contexto social, b) el lenguaje proviene del medio social, permite conectar sectores funcionales del cerebro previamente independientes y con su integración genera sistemas funcionales nuevas, c) la relevancia de las conexiones entre corteza cerebral y sistema límbico en los procesos emocionales y cognitivos (Ruíz y Cano, 1995).

Piaget (1896-1980) estudió el desarrollo cognitivo del pensamiento y la inteligencia. Dice que el individuo organiza su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos a través de la asimilación y acomodación. La terapia consiste en revisar los constructos que se han convertido en disfuncionales y ayudarlo a formular nuevos constructos más funcionales (Ruíz y Cano, 1995).

La Psicología cognitiva se basa en esquemas para observar y clasificar la información. Gracias al influjo de la teoría de información de la comunicación, general de sistemas y sobre todo el desarrollo del ordenador, la Psicología general se hace cognitiva. Concibe al ser humano como constructor activo de su experiencia "un procesador activo de información". Características de este modelo: la conducta humana está medida por el procesamiento de la información del sistema cognitivo humano. Entre el proceso se distinguen (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras del sistema cognitivo (Ruíz y Cano, 1995).

Así mismo gracias al influjo de la teoría de la información y la teoría de la comunicación, la teoría de sistemas y sobre todo el desarrollo de los ordenadores, la Psicología general se hace cognitiva. Es por consiguiente que el ser humano es concebido no como un mero reactor a los estímulos ambientales sino, como un constructor activo de su experiencia (un procesador activo de la información).

Mahoney (1974 en Ruiz y Cano, 1995) propone 4 características en los procesos cognitivos:

1.- La conducta humana está medida por el proceso de información del sistema cognitivo humano.

2.- Se distinguen procesos (Operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (Características permanentes del sistema cognitivo).

3.- Se proponen 4 categorías generales de los procesos cognitivos como son: Atención (selectividad asimilativa de los estímulos) Codificación (representación simbólica de la información) almacenamiento (retención de la información) y recuperación (utilización de la información almacenada).

4.- Se destacan tres estructuras cognitivas: receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo( que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo(que ofrece una retención permanente de la información).

Es decir que estos procesos cognitivos influyen en la terapia cognitiva de Beck (1967) ya que nosotros procesamos, codificamos, almacenamos y transformamos y recuperamos de forma análoga a un ordenador hardware y software. Se compara con el de Mahoney (1974 citado por Ruiz y Cano 1995) con un receptor sensorial y una memoria a largo y corto plazo y finalmente retenemos la información.

## **1.5 Aarón Beck y la terapia Cognitiva**

En 1956 Beck trabajo como clínico investigador psicoanalista. Su interés era reunir evidencia experimental de que en las depresiones encontraría elementos de una “hostilidad vuelta contra sí mismo”. Los resultados obtenidos no confirmaron esa hipótesis. Esto lo llevó a cuestionar la teoría psicoanalítica de la depresión y finalmente toda la estructura del psicoanálisis.

Los datos obtenidos apuntaban a que los depresivos “seleccionaban” focalmente su visión de sus problemas presentándolos como muy negativos. Esto unido a los análisis de los pacientes con la técnica psicoanalítica habitual y escasos resultados por tan alto costo, le hicieron abandonar el campo psicoanalítico. Su interés se centró desde entonces en los aspectos cognitivos de la psicopatología y la psicoterapia.

El desarrollo de la terapia cognitiva se inicia a principio de la década de los sesenta, en la universidad de Pensylvania, como una psicoterapia para la depresión breve y orientada al paciente (Ruíz y Cano,1995).

En 1967 publicó “la depresión “ que puede considerarse como primera obra en la que expone su modelo cognitivo de la psicopatología y de la psicoterapia. Años después publica “la terapia cognitiva y los trastornos emocionales” (1976), donde extiende su enfoque terapéutico a otros trastornos emocionales. Pero su obra, “terapia cognitiva de la depresión” (1979), alcanza su máxima difusión y reconocimiento en el ámbito clínico. En esta obra expone la naturaleza cognitiva del trastorno depresivo. También la forma prototípica de estructurar un caso en terapia cognitiva, así como descripciones detalladas de las técnicas de tratamiento (Beck,S; 2000).

En 1988 Beck desarrolla su modelo de los trastornos de ansiedad; por ejemplo: “desordenes por ansiedad y fobias”: una perspectiva cognitiva. Hay otros desordenes diversos, como por ejemplo, esquizofrenia (Perris,1988);obsesión-compulsión (Kouskis, 1988), trastornos de la personalidad (Freedman, 1988); trastornos alimenticios (Mc Pherson, 1988) y trastornos de pareja (Beck, 1988).

El modelo de Beck concidía con el concepto de distorsiones cognitivas e ideas irracionales propuesta por Albert Ellis, en 1956. La sede central de esta corriente que durante muchos años fue el centro de terapia cognitiva de la Universidad de Pensylvania en Philadelphia, actualmente es el Beck Institute for Cognitive Therapy and Research en Bala (zona suburbana de Philadelphia, en el estado de Pensylvania, USA), fundado en 1994 por Aaron T. Beck; su actual presidente y dirigente es su hija Judith S Beck (Obst,1990)

## 1.6 El modelo cognitivo de Beck

Las personas no son, simplemente receptores de los estímulos ambientales sino, que constituyen activamente su realidad, mediante el proceso de información.

El modelo cognitivo postula que las emociones y conductas de las personas están influidas por su percepción de los eventos. No es la situación por sí misma la que determina lo que una persona siente sino, más bien la forma en que ella interpreta la situación (Beck, S.2000).

Es por eso, que la cognición es mediadora entre los estímulos y las respuestas cognitivas, emotivas ó conductuales. Ya que hay una activación en los esquemas (Formas de percibir la realidad que incluyen creencias y emociones) que la favorecen. El contenido de los esquemas están siempre constituidos por la Tríada Cognitiva que es la visión negativa de sí mismo, el mundo y futuro. Por consiguiente la modificación del procesamiento cognitivo de la información ( sistemas de atribución, creencias ,esquemas) es central en el proceso de cambio (Beck,1964).

### Cognición

La palabra cognición deriva del termino latino que implica pensamiento, se refiere a la manera en que el ser humano elabora juicios y toma decisiones y como unos interpretan ó malinterpretan las acciones de otros. Esa revolución suministró un nuevo enfoque sobre la manera en que los hombres usan la mente para resolver problemas, para crearlos ó agravarlos. Nuestro modo de pensar determinan en gran medida si alcanzamos nuestros objetivos y disfrutamos de la vida ó si sobrevivimos, ya que si nuestro pensamiento es claro estaremos equipados claramente para alcanzar esas metas y tener un razonamiento más lógico .Pero si sucede lo contrario nos volvemos ciegos y sordos (Beck,1988).

También se refiere a la valoración de acontecimientos hechos por el individuo y a eventos temporales pasados, actuales o esperados. Los pensamientos e imágenes de los que podemos ser conscientes o no. En el sistema de cogniciones de las personas podemos diferenciar:



E = estímulo o situación.

P = el sistema y procesamiento cognitivo ( pensamientos).

R = respuesta ó reacción. Las reacciones pueden ser: emotivas, conductuales ó fisiológicas.

Ejemplo, cuando un niño se da cuenta de que sus padres se divorciarán (situación) , entonces el piensa por mi culpa (pensamientos), entonces reacciona así, mejor me voy de la casa.

Beck (1981), propone dos sistemas cognitivos, para diferenciar los procesos cognitivos (pensamientos del individuo):

Un sistema cognitivo maduro.

Hace referencia al proceso de información real, contiene procesos racionales y de resolución de problemas a base de contrastar las hipótesis o verificación.

Un sistema cognitivo primitivo.

Hace referencia a lo anteriormente expuesto bajo el epígrafe de supuestos personales. Esta organización cognitiva es la que predomina en los trastornos psicopatológicos.

El concepto de estructura cognitiva suele recibir otros nombres como el de esquema cognitivo y en el ámbito clínico el de supuestos personales (Beck, 1979).

Según a Ellis (1989 y 1990 citado por Obst,1990) con todos estos términos nos referimos a la estructura del pensamiento de cada persona, a los patrones cognitivos estables mediante los que conceptualizamos de forma ideosincrática nuestra experiencia. Se refiere a una organización conceptual abstracta de valores, creencias y metas personales, de las que podemos ser o no ser conscientes.

Los esquemas pueden permanecer “inactivos a lo largo del tiempo” y ante situaciones desencadenantes o precipitantes (de orden físico, biológico o social), se activan y actúan a través de situaciones concretas produciendo distorsiones cognitivas (procesamientos negativos que serian los contenidos de las distorsiones cognitivas)

La terapia cognitiva es un sistema de psicoterapia basado en una teoría de la Psicopatología que mantiene que la percepción y la estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conductas (Beck, 1976).

## 1.7 Distorsión cognitiva

Los errores en el procesamiento de información derivados de los esquemas cognitivos ó supuestos personales reciben el nombre de distorsión cognitiva Beck (1967-1979 en Ruiz y Cano,1995)).

La distorsión cognitiva se usa en situaciones personales e imaginarias, por ejemplo se le presenta al sujeto una lista de pensamientos típicos en esas situaciones ( depresión), se le pide que elija en esas situaciones imaginarias los pensamientos más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductuales y le preguntamos por qué ha seleccionado esos y no otros, sobre el autorregistro,le pedimos al sujeto que seleccione los más adaptativos en función de sus consecuencias emocionales y conductas. Si la elección ha sido adaptativa lo contrastamos con su pensamiento automático original y consecuencias emocionales y conductuales Esto es de gran importancia para programar tareas en casa. A la vez los pacientes tienden a cometer persistentes errores en su forma de pensar, y se observa un desvío negativo sistemático en la forma de procesar el conocimiento que padece en el trastorno psicológico.

Beck (1983), menciona una lista de estos errores del pensamiento o distorsiones cognitivas.

- a) *Deberes imperativos*: este género de distorsiones cognitivas o ideas irracionales, en el lenguaje de Ellis, consisten en la tendencia a auto-asignarse responsabilidades, papeles u obligaciones en forma idiosincrática, no realista. El sujeto se impone exigencias más allá de lo posible. Si los “debes” no se cumplen surgen los sentimientos de culpa y de minusvalía (Beck ,1983).
- b) *Inferencia arbitraria*: consiste en adelantar conclusiones sin darles sustento en evidencias o contra las evidencias mismas. Esta distorsión cognitiva puede adoptar dos formas:” la lectura de la mente” y “la predicción negativa”. La primera implica que, según el sujeto depresivo, los otros deben ser capaces de “adivinar” sus pensamientos o deseos. No trata de verificar si sus opiniones o creencias se apoyan en la realidad. El riesgo de este tipo de distorsiones radica en que se convierten en predicciones que con frecuencia se auto-cumplen. El paciente depresivo suele conseguir lo que teme.
- c) *Abstracción selectiva*: se refiere a la atención que se concede a un dato tomado fuera de su contexto. Se ignoran otros datos o características valiosas de dicho contexto o situación. Se juzga el todo por la parte ; lo que equivale a conceptualizar una experiencia compleja con información insuficiente. Por ejemplo el paciente depresivo con potencial suicida que abstrae en forma selectiva, tiende de forma obsesiva a pensar que será rechazado, pese a las evidencias en contra.
- d) *Generalización excesiva*: se trata de un patrón cognitivo en el que se elaboran reglas o conclusiones extraídas de hechos o situaciones aisladas y que se aplican indiscriminadamente a otras situaciones relacionadas o no. El depresivo tiende a anticipar la repetición de un acontecimiento o experiencia.

- e) *Maximización y minimización*: constituyen formas de distorsión en las que se evalúa erróneamente la magnitud o el significado real de un evento o situación. Se da una importancia mayúscula a hechos que, en su contexto, son triviales o se resta valor y significación a otro que sí la tienen. En los sujetos depresivos se observa la tendencia a sobreestimar los eventos negativos y subestimar los positivos.
- f) *Personalización*: consiste en la tendencia a auto-atribuirse acontecimientos externos y darles significación personal. Esta distorsión cognitiva, en su forma extrema, se observa en sujetos paranoicos.
- g) *Pensamiento absolutista o dicotómico*: responde a la tendencia a clasificar los eventos o experiencias en categorías mutuamente excluyentes: todo o nada, bueno o malo, santo o pecador. El sujeto depresivo sistemáticamente elige categorías negativas.

Por otro lado, Mckay (1981 en Ruiz y Cano,1995), dice que los pensamientos automáticos o palabras e imágenes que están en nuestra mente son relativos a las situaciones y presentan el nivel más superficial de las cogniciones. Estos pensamientos surgen de las creencias. Estas son ideas que son tomadas por las personas como verdades absolutas. Las creencias centrales o creencias nucleares son interpretaciones tan fundamentales y profundas que las personas no las expresan, ni aún así mismas, no tienen clara conciencia de ellas. Estas se desarrollan desde la infancia, consisten en definiciones, evaluaciones o interpretaciones de sí mismos, de las otras personas y de su mundo. Estas creencias nucleares representan el nivel mas profundo, fundamental, rígido y global de interpretar. Estos pensamientos tienen características generales:

- Son mensajes específicos.
- Son creídos a pesar de ser irracionales y no están basados en evidencia suficiente.
- Se viven como espontáneos o involuntarios, difíciles de controlar.
- Tienden a dramatizar en sus contenidos la experiencia.
- Suelen conllevar una visión de túnel: tendencia a producir una determinada percepción y valoración de los eventos. Por ejemplo, los individuos ansiosos se preocupan por la anticipación de peligros. Los individuos deprimidos se obsesionan con sus pérdidas.
- La gente crónicamente irritada se centra en la injusta e Inaceptable conducta de otros.

## 1.8 Detección De Pensamientos Automáticos

Los sujetos pueden tener miles de pensamientos por día, algunos disfuncionales y otros no, el terapeuta elige solamente uno o algunos pensamientos clave para evaluar en una sesión determinada.

Se utilizan situaciones (pasadas y presentes) dónde el sujeto experimenta un cambio de humor y se le enseña a generar sus interpretaciones (pensamientos automáticos) y conductas de esa situación ó evento.

Beck (1981) dice que para comprobar la validez de los pensamientos automáticos se debe partir de :

1) De la experiencia del sujeto, se hace una recolección de evidencias en pro y en contra de los pensamientos automáticos planteados como hipótesis, es decir, que son los pensamientos que tienen en ese momento de crisis ;.2) se comprueban las hipótesis que se hacen de esos pensamientos;3) se hacen preguntas para descubrir si esos errores son lógicos o no. Así mismo las hipótesis nos ayudan a formular claramente las cogniciones del paciente ya que este se siente culpable.

(Beck, S.2000) dice que la evaluación de los pensamientos automáticos se da mediante las siguientes opciones:

- Ocuparse del pensamiento automático.¿Cómo te hizo sentir
- Emocionalmente?.
- Indagar acerca de la situación asociada con el pensamiento automático ¿Cuéntame más acerca de la situación?.
- Explorar si es típico ese pensamiento automático.¿Con qué frecuencia tienes este tipo de pensamiento?.
- Identificar otros pensamientos e imágenes automáticos que suelen producirse en esa situación.¿Pasó por tu mente alguna otra cosa por ese momento?.
- Apelar a la resolución de problemas respecto de la situación asociada con el pensamiento automático.¿Piensa en algunas cosas que podrías hacer con respecto a esta situación?.
- Explorar la creencia que subyace en el pensamiento automático.¿Si esto fuera verdad, qué significaría para ti?.
- Pasar a otro tema.¿Esta bien?¿ Creo que he comprendido eso?

## 1.9 Manejo de supuestos personales.

Beck (1985) los usa en forma de preguntas para distinguir lo razonable de lo irrazonable.

- Preguntar si la pregunta le parece razonable, productividad ó de ayuda.
- Preguntar por la evidencia para mantenerla.
- Listar las ventajas e inconvenientes de mantener esa pregunta.
- Diseñar un experimento para comprobar la validez de la asunción; por ejemplo el método de preguntas automáticas. Que quiere decir con, ¿Por que razón piensa ó cree eso?, ¿Por qué es tan importante eso que piensa usted?.
- Cuestionamiento de evidencias: ¿Qué pruebas tiene para creer eso?.
- Reatribuir: ¿Pueden haber otras causas que expliquen ese suceso?
- ¿Ha pensado usted en la posibilidad de que influyera?
- Examen de opciones alternativas de interpretación: ¿Puede haber explicaciones distintas para ese suceso?, ¿Otras formas de verlos?. ¿Son posibles otras interpretaciones?, ¿Que otras cosas pensó ante ese suceso?, ¿Veamos las evidencias para cada interpretación y sus consecuencias?.
- Exámenes de consecuencias anticipadas: ¿A que le lleva pensar esto?, ¿ Es de alguna utilidad?.
- Comprobar los efectos: ¿Si ocurriera lo que teme?, ¿Sería tan horrible?, ¿Se podía hacer algo si ocurriese?.
- Examen de las ventajas y desventajas: ¿Que ventaja tiene mantener ese pensamiento?.
- Escalar un problema: ¿Podríamos acercarnos gradualmente a ese problema?, ¿Hacer jerarquías?.
- Cambio de imágenes ¿Podríamos afrontar esa situación, técnicas de inoculación de estrés?.
- Etiquetar la distorsión cognitiva: ¿De los errores cognitivos vistos?, ¿Que tipo de error sería este?, ¿Qué alternativa podríamos encontrar a ese error?.
- Asociación guiada para encontrar significados entre sí: ¿Y si eso fuera así, entonces que significaría para usted?.
- Distracción cognitiva: ¿Podríamos probar un método para desviar su atención?, ¿Uso de la relajación e imágenes incompatibles, recuerdos positivos etc.?.
- Auto instrucciones: ¿Podríamos cambiar ó probar su dialogo interno?, ¿Uso de autoinstrucciones?.
- Valorar las posibilidades de ocurrencia de un evento temido ¿ Qué posibilidades hay de que ocurra eso?, ¿Otras veces lo pensó?, ¿Y que ocurrió en realidad?.
- Prevención cognitiva: ¿Podríamos comprobar que sucede en realidad?, "¿Sí usted no actúa como piensa que debería, y ver así, si eso es tan grave como cree?. ¿Rol playing? , ¿Podemos presentar esa escena y ver qué pasos podríamos seguir, a modo de guía mental?.
- Uso de experimentos personales: ¿Podríamos comprobar esa idea, ideando una prueba a modo de experimento?, uso de técnicas conductuales
- Resolución de problemas: ¿Podríamos pensar en varias alternativas a ese problema, valorar cual podría ser más ventajoso, ponerlo en práctica y comprobar sus resultados?.

### 1.9.1 Técnicas conductuales

Beck (1985) propone las técnicas conductuales para que el paciente tenga una mayor actividad y facilite la evaluación del problema.

- Escala de dominio / placer. El paciente lleva un registro de las actividades que realiza a lo largo del día y va anotando para cada una de ellas el dominio que tiene en su ejecución y el placer que le proporciona.
- Asignación de tareas graduadas. Cuando el paciente tiene dificultades para ejecutar una conducta dada, el terapeuta elabora con el paciente una jerarquía de conducta intermedia hasta la conducta meta .
- Entrenamiento asertivo. Se utiliza para que el paciente aprenda a manejar su ansiedad e inhiba mediante la relajación muscular.
- Juego de roles. Se crean escenas que el paciente vivió y mediante el modelado y ensayo de otras conductas se van introduciendo alternativas para su puesta en práctica.
- Exposición en vivo. El paciente enfrenta de modo más o menos gradual hasta que desconfirma a las situaciones temidas sin evitar las expectativas atemorizantes y termina por habituarse a ellas.

### 1.9.2 Semejanzas y diferencias entre la terapia de Ellis y Beck.

Este apartado es de gran importancia para diferenciar entre esos dos modelos sus semejanzas y diferencias.

Semejanzas: hay una relación entre pensamiento- afecto- conducta.

- Hay una relación entre pensamiento afecto-conducta es decir que los dos están de acuerdo en que la forma en que el sujeto piensa de su situación afecta sus emociones y sentimientos, provocando en él diferentes conductas.
- Otra es que las cogniciones son el centro de los trastornos psicológicos y que eso a su vez necesita de un cambio terapéutico.

- El paciente necesita aprender habilidades cognitivas para mejorar su conducta y solucionar su problema.

Los dos manejan los pensamientos negativos, pero utilizan esquemas diferentes.( E-P-R-C), ( A-B-C-D-E-).

El primer esquema lo utiliza Beck y lo describe así :

E = Estímulo

P =Pensamientos automáticos ó alteraciones emocionales.

R =Respuesta

C = Consecuencia ó contingencia

Ejemplo: estímulo (levantarse por la mañana) pensamientos automático (no tengo ganas de levantarme, no quiero ir a la escuela)Respuesta(estoy triste, llanto) Consecuencia (culpa).

Todo esto se dio por el proceso de condicionamiento clásico E-R, después se le aumento otro factor que fue el de contingencias o consecuencias de esa respuesta según el paradigma de condicionamiento operante E-R-C-Por ultimo incluye el sistema de influencia reguladora que opera según los procesos cognitivos mediadores y así incluye un nuevo elemento en el paradigma anterior (E-O-R-C) (Vallejo,2002).

El siguiente esquema lo utiliza Ellis (1990 citado por Vallejo,2002) y lo describe así:

A =Situación o acontecimiento activador.

B =Creencia o flujo de pensamiento o auto-verbalizaciones producidos por la situación.

C =Consecuencias emociones, conductas resultado de B.

D =Disputa ,intervención terapéutica en la que se discute la lógica de esas creencias.

E = Es el resultado al que se llega al afrontar la situación mediante creencias más lógicas y adaptativas (Vallejo,2002).

Ejemplo. A(examen de fin de curso)B (voy a reprobare el examen, soy un tonto)C(mientras me calmo fumare un cigarro)D(aquí el terapeuta muestra al paciente cómo descubrir, debatir, discriminar sobre sus pensamientos irracionales y en su lugar sustituirlos por pensamientos asertivos) E (me calmare, si me tranquilizo y leo cuidadosamente el examen, mis resultados serán mejores).

## Diferencias Ellis (1989)

Ellis (1989 en Obst,1990)Terapia Racional Emotiva.

- Dice que las creencias disfuncionales se convierten rápidamente en el blanco terapéutico, es decir, que estas creencias son el punto central del problema terapéutico.
- Utiliza el método del debate racional para contrastar la validez de las creencias disfuncionales, es decir, estas creencias disfuncionales entre terapeuta y paciente sirven para reafirmar esas creencias racionales y las técnicas conductuales modifican la conducta del paciente.
- La tendencia innata a la irracionalidad y la baja tolerancia a la frustración aconseja centrarse en las creencias disfuncionales, es decir, que las creencias irracionales tienen una tendencia natural en el ser humano y a su vez una baja tolerancia a la frustración.
- Énfasis filosófico y humanista junto con el científico. Es decir que sus ideas las relaciona con la vida de la persona y los métodos como son: el manejo de las creencias irracionales y racionales.
- Relevancia de la autoconcepción frente a la auto-evaluación, es decir, hace una comparación de lo que piensa el paciente en ese momento del problema y después de la auto-evaluación del mismo.
- Conceptos de ansiedad del ego y ansiedad perturbadora. Hace una diferencia entre la ansiedad que siente el paciente y qué tanto esa ansiedad le perturba.
- Diferencia entre emociones apropiadas e inapropiadas. Esto lo relaciona con las creencias irracionales que le provocan al paciente; emociones placenteras o displacenteras.
- Trabaja las emociones perturbadoras en el sujeto y su base cognitiva, es decir, cómo el paciente ve su realidad en el momento de la situación y después.

BECK (1975 en Obst,1990)

- Beck trabaja las creencias disfuncionales como punto principal de las distorsiones cognitivas, es decir, que el individuo maneja sus creencias de acuerdo a lo que le rodea.
- Se utiliza el método de verificación de hipótesis en base a la evidencia real, para contrastar las creencias disfuncionales (con el apoyo de las técnicas conductuales), es decir, se analizan los supuestos de la evidencia o problema para ir contrarrestando las creencias disfuncionales y mejorando sus conductas.
- La dificultad en detectar las creencias disfuncionales reales del paciente y no las inducidas por el terapeuta aconsejan un método inicial centrado en las distorsiones cognitivas, para reunir datos sobre ellas. Es decir, se deben tener claras esas creencias disfuncionales reales centrándose en las distorsiones cognitivas, para así tener datos sobre el problema.

Finalmente, en este modelo cognitivo se ve con claridad el manejo de las valoraciones subjetivas e irreales de temor procedentes de creencias erróneas y patrones irracionales de pensamientos. Es decir, que las cogniciones se alteran y esto provoca expectativas negativas respecto al ambiente, desesperanza e incapacidad en el ser humano. Incluso, el pensamiento y personalidad se ven afectados.

Su concepción peyorativa de sí mismo, sus interpretaciones negativas de las experiencias propias y una visión pesimista del futuro, constituyen la tríada cognitiva básica del paciente depresivo. Esto queda reforzado por otros elementos cognitivos: pensamientos negativos automáticos, errores sistemáticos de la percepción y el procesamiento de información suposiciones disfuncionales en forma de esquemas o creencias centrales. Pero esto lo veremos en el siguiente capítulo

## CAPÍTULO 2

### DEPRESIÓN

La depresión ocupa el 4to. lugar entre las enfermedades más discapacitantes y para el 2020 será la segunda causa de morbilidad.

Ortíz,2006.

Hoy en día, prácticamente todos conocemos a alguien que atraviesa o ha atravesado por una depresión. Las estadísticas nos hablan de que este padecimiento afecta a 340 millones de ciudadanos en todo el planeta. Pero la depresión es algo que va más allá de las cifras, el sufrimiento en silencio de los pacientes y de sus familiares. La tristeza, la desesperanza, la impotencia y el dolor ha llegado a conocerse como el resfriado de los trastornos mentales(Ochoa,2003)

#### 2.1 ¿Qué es la depresión?

La palabra “Depresión” ha pasado a formar parte de nuestro lenguaje cotidiano. Expresiones como “pareces deprimido”, “he estado deprimido estos días”, muestran que el fenómeno depresivo se ha convertido en una de las psicopatologías más “populares”. Para entender a qué nos referimos cuando hablamos de depresión pongamos un ejemplo cuando se le pregunta a alguien sobre la palabra mueble; ¿Qué ocurre? Uno imagina una mesa, otro una silla, otro una cómoda, o una estantería...y quizás resulte difícil entender porqué a todos esos elementos con diferentes características y diferentes funciones les llamamos de una misma manera. Algo semejante ocurre con conceptos como “depresión”, conceptos tan generales que a veces resulta complicado encontrar similitudes entre dos casos concretos a los que se les aplica ese término. La frecuente identificación que se hace entre depresión y ánimo triste señala una posible característica común de los trastornos depresivos, ya que es la principal queja en los pacientes deprimidos. Pero existen casos en los que la persona manifiesta más bien irritabilidad (especialmente, niños y adolescentes) o es incapaz de tener algún sentimiento, problema conocido como *anhedonia* o disminución de la capacidad de disfrutar. Últimamente, los especialistas enfatizan que no son las emociones negativas las que caracterizan la depresión, si no la incapacidad para el placer (*anhedonia*) o ausencia frecuente de emociones positivas(Hernangómez,2000) .

El concepto de depresión como estado de ánimo “polarizado” en el lado negativo de las emociones se basa en el supuesto de que las emociones se colocan en un continuo con dos polos contrarios: positivos (alegría, entusiasmo) y negativos (tristeza, desánimo). Sin embargo, se ha comprobado que las emociones positivas y negativas son hasta cierto punto independientes, de manera que puede haber personas que experimenten muchas

emociones positivas y negativas, u otras no experimenten muchas emociones de ningún tipo, y precisamente estas últimas parecen ser bastante vulnerables a la depresión. De cualquier modo, lo más frecuente es que el ánimo triste y la *anhedonia* se dan simultáneamente como dos síntomas o alteraciones en el “núcleo” de la depresión.

De acuerdo al enfoque cognitivo, el estar sólo, triste o apático no es razón suficiente para diagnosticar una depresión: es necesario que la persona presente algunos otros síntomas o alteraciones como los que se mencionan a continuación:

- a) Anímicos (alteraciones en el estado de ánimo): abatimiento, pesadumbre, tristeza, infelicidad, desesperanza, en ocasiones irritabilidad.
- b) Motivacionales (alteraciones en la motivación): *anhedonia* (incapacidad de disfrutar), apatía, indiferencia.
- c) Cognitivos (alteraciones en los procesos y contenidos del pensamiento): valoración negativa de uno mismo ( baja autoestima, sentimientos de inutilidad o culpa), del entorno y del futuro; disminución de la capacidad para pensar, concentrarse o tomar decisiones; pensamientos repetidos de muerte o ideas de suicidio.
- d) Físicos (alteraciones en las funciones biológicas): cambios en el sueño y alimentación, fatiga o pérdida de energía, molestias corporales difusas, disminución de la actividad y del deseo sexual.
- e) Interpersonales (alteraciones en las relaciones con los demás): disminución del interés social, deterioro de las relaciones con los otros, aislamiento, en ocasiones excesiva dependencia de las personas más próximas.
- f) Conductuales (alteraciones en la conducta externa): reducción general de la actividad; enlentecimiento generalizado de los movimientos, del habla, de los gestos que en un extremo puede llegar al mutismo e inactividad casi total. Otras veces aparece lo contrario, una sensación de no poder parar.

## 2.2 ¿Qué no es depresión?

En ocasiones hablamos de depresión en nuestra vida cotidiana; sin embargo, sólo hacemos referencia a un humor triste o decaído. Esto se muestra en los siguientes casos :

Martha de 12 años, perdió a su papá hace 2 años, desde que la abandonó, “le ha cambiado el carácter”, está triste la mayor parte del tiempo, no puede dormir, se irrita ante cualquier comentario, come a todas horas. Piensa que nunca va a volver a ver a su papá y quiere saber porqué se fue, siente que es una niña aburrida y sin ningún interés para nadie, y que por eso sus amigos dejaron de llamarla por teléfono. El psicólogo que la trata le explico que pasaba por una depresión.

Antonio de 10 años vive con su mamá y su abuelita. Desde hace tiempo, ha dejado de hacer cosas, no hace más que dormir, ha perdido el apetito, se encuentra fatigado y no es capaz de concentrarse en nada. Su mamá le pregunta si esta triste por algo, pero él le dice que no; no sabe lo que le pasa, pero no lo motiva nada . El psiquiatra al que consulta le dice que es una depresión.

Inmaculada de 11 años dice haber perdido totalmente la capacidad de disfrutar de las cosas. Todo lo que antes le gustaba y le hacía reír ahora no consigue hacerla sentir mejor. Se despierta durante la noche, se siente lenta, por las mañanas se encuentra peor, y no hace más que darle vueltas a pequeños errores que cometió en el pasado sintiéndose muy culpable por ellos. El especialista que la trata dice que padece una depresión o melancolía.

Elena, de 11 años es una estudiante que ha suspendido el último examen para pasar año. El día en que vio las notas se echó a llorar, se encerró en su casa y no quiso hablar con sus compañeros, posteriormente les explicó que había estado unos días un poco deprimida, pero que ya se le “había pasado y había aprendido la lección”.

En el caso de Elena vemos cuando dice haber estado “un poco deprimida”, parece expresar que ha estado triste y decepcionada por lo sucedido. En Martha , Antonio e Inmaculada vemos otras alteraciones o síntomas (en la motivación, en la alimentación, el sueño...) y una intensidad y duración de esas alteraciones que provocan una interferencia importante en sus vidas. Así, aunque popularmente se ha generalizado el uso de la palabra “depresión” para referirse a la tristeza o la decepción, los especialistas estarían de acuerdo en afirmar que, a diferencia de los otros casos Elena no padece una depresión. En primer lugar, únicamente se entristece ante un fracaso; pero no presenta ninguna otra alteración en su vida, no piensa que sea una nulidad como persona, no tiene dificultades para concentrarse, comer y dormir bien. En segundo lugar, parece que la duración de su desánimo tras la decepción es normal (frente al caso de Martha, en el que parecen excesivos dos años de ánimo triste ante el abandono de su padre). En tercer lugar, la intensidad con que reacciona Elena no es excesiva (no piensa a raíz del suspenso que es un fracaso como estudiante, no pierde las ganas de hacer cosas).

No se debe confundir la depresión con las reacciones que normalmente se tienen ante acontecimientos negativos o estresantes. La tristeza o desánimo que sentimos al perder a un ser querido o ante un fracaso académico o laboral no tiene que ser necesariamente una depresión, a no ser que impliquen una intensidad o duración excesivas.

Es necesario diferenciar la depresión de otros tipos de malestar psicológico, como la ansiedad, que se confunde con ésta por presentarse frecuentemente a la vez. Frente a la sensación de pérdida de emociones positivas habituales en la depresión, la ansiedad y la angustia se relacionan con el temor, la preocupación e inseguridad producidos generalmente por el sentimiento de peligro o amenaza.

La depresión no debe confundirse tampoco con otros trastornos en los que el problema fundamental no es el ánimo triste o la incapacidad para disfrutar de las cosas, sino los problemas de sueño, de alimentación y sexuales.

En conclusión, son especialmente característicos de la depresión: el estado de ánimo triste y la *anhedonia* o incapacidad para disfrutar o sentir emociones positivas

La depresión no son: momentos de malestar cotidiano; estados de ánimo triste, transitorios con los que reaccionamos ante acontecimientos negativos; épocas de tristeza o “desgano” en las que podemos seguir llevando una vida normal”; ansiedad (temor, preocupación, inseguridad con síntomas físicos de ahogo, palpitaciones); otros trastornos mentales: trastornos del sueño (por ejemplo, insomnio), de la alimentación (por ejemplo, anorexia nerviosa), demencias, esquizofrenia en los que el problema fundamental no es el estado de ánimo o la *anhedonia*.

Las personas “normales” ¿Podemos entender la depresión desde nuestras variaciones de humor cotidianas? Aunque Elena no sufra un trastorno depresivo, ¿podría entender cómo se siente Martha, Antonio, Inmaculada? Son muchos los expertos que defienden que sí: cuando las personas sufrimos pérdidas, decepciones, fracasos o a veces sin una causa concreta, podemos en momentos de tristeza, sentir que “no nos entra la comida”, dormir peor, no tener ganas de hacer nada ni de hablar con nadie, incluso pensar en nosotros mismos como unos fracasados . Por supuesto, estas alteraciones no suelen durar mucho ni darse de modo que interfieran en toda nuestra vida, pero si son experiencias que podemos entender, incluso podríamos “graduar” las veces que nos hemos sentido así (en una ocasión, algo nos afectó mucho y nos sentimos muy mal; en otra, un poco menos).

Sin embargo, algunos pacientes deprimidos, como, en el caso de, Inmaculada, describen su tristeza como algo difícil de explicar, como algo que no se parece a las otras ocasiones en las que se han sentido tristes, algo “como si viniera de dentro”; en estas ocasiones no lo describen como algo más intenso o más duradero que otros momentos “tristes” sino como un sentimiento cualitativamente distinto, algo que no se puede comparar o que no se puede “graduar”.

### **2.3 Algunas definiciones de depresión**

La depresión es un padecimiento que altera la vida y afecta el humor, orientándolo hacia tristeza y dolor moral; caracterizado por trastornos afectivos, conductuales, intelectuales y somáticos ( Avellanosa , 1988).

(Belloch y Ramos,1995), señala: es un trastorno afectivo caracterizado por tristeza, tendencia al llanto, pérdida de energía, desilusión, desánimo, sentimientos de desvalorización, alteraciones del sueño, del apetito y del deseo sexual. Hay varias características que se presentan en la esfera afectiva y esto altera el estado de ánimo; así la depresión es una aflicción.

Calderón (1990), asevera que se trata de un problema médico que data de siglos, su estudio se ha incrementado en los últimos años y ha adquirido características que la sacan de su tradicional marco psiquiátrico para colocarla en el campo de la medicina general y la psicología; esta enfermedad es un problema de salud pública y suele causar grandes sufrimientos a quien lo padece. Tiene un efecto negativo en las relaciones interpersonales,

una fuerte influencia en la desvalorización de la propia personalidad (manifestada en sentimientos derrotistas) y un efecto bloqueador de necesidades biológicas como el hambre, sueño y apetito sexual y de impulsos básicos instintivos de conservación, gregario y maternal.

Por otro lado, Redlich y Freedman (1966, en Mendels, 1989) afirmaron que las depresiones son reacciones debidas a pérdidas y separaciones que acontecen precozmente en la vida del individuo y lo predisponen a una depresión en su vida adulta, depresión que puede salir a flote por un estímulo traumático de relativa menor importancia. De acuerdo con este modelo, la depresión es consecuencia de un sistema que se compone de un estímulo, de pensamientos y respuestas ó reacciones.

Beck (1967, en Polaino-Lorente, 1988) nos resalta que en la depresión es importante tener en cuenta la forma de pensar y una visión respecto de la vida como causa de la depresión enfatizando el concepto pesimista sobre uno mismo, sobre el ambiente y el futuro que caracteriza al depresivo; por eso es preciso corregir su forma de pensar, actuar y hacer ver las cosas como positivas. Esta es la definición que se retoma para la presente investigación.

En la depresión predomina la tristeza y las emociones se encuentran fuera de nuestro control. Por su parte, la tristeza es un tipo especial de dolor, que no es físico sino mental. Hasta ahora las emociones parecen ser sólo vivencias de estados internos ligados con el organismo propiamente dicho; por ejemplo, el dolor no es sólo una sensación y una percepción, es una advertencia, una señal que en el cuerpo se presenta como un cambio desfavorable que puede persistir o acentuarse a menos que el organismo elimine la fuente de dolor.

Las especies superiores y en especial los hombres tratan de eliminar la fuente de dolor mediante aptitudes intencionales que ponen en marcha las facultades regenerativas del organismo. Nuestras experiencias nos permiten distinguir desde una tristeza ligera hasta el abatimiento, angustia y el pesar profundo.

En algunos casos la psique no tolera más que un determinado monto de tristeza y el individuo parece funcionar mejor bajo la influencia de otros sentimientos negativos o positivos; por ejemplo, cuando un individuo se entera de la repentina muerte de una persona querida, experimenta conmoción y después tristeza que se denomina congoja, duelo o pesar. El individuo no puede hacerse a la idea de que la persona amada ya no vive. Muchos de sus pensamientos y acciones están directa o indirectamente ligados con ella y, por lo tanto, le provocan reacciones de dolor. Es decir que la persona entra en un estado depresivo, donde hay tristeza, cansancio, cambios en el sueño y alimentación, culpabilidad, baja autoestima devaluación de su persona. Finalmente al cabo de un tiempo parece aceptar la idea de que la persona amada ha muerto.

## 2.4 La depresión desde Aarón. T. Beck

Según Aarón T. Beck ( 1967 en Ruiz y Cano,1995) define la depresión como un conjunto de creencias y actitudes negativas sobre uno mismo, sobre el mundo y el futuro basado en interpretaciones distorsionadas de la experiencia.

Beck fue psicoanalítico y posteriormente cognitivo. En los comienzos de la década de los 50 observo que muchos de los pacientes depresivos reaccionaban negativamente a las intervenciones terapéuticas basadas en las hipótesis de la hostilidad vuelta hacia sí mismo y de la necesidad de sufrimiento.

En los años 60 se desarrolla esta terapia en la Universidad de Pensylvania que postula que las emociones y conductas de las personas son influidas por su percepción de los eventos. No es la situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino la forma en que ella interpreta la situación. (Barraza, 2001).

En 1977 esta terapia fue evaluada como eficaz en los trastornos de las depresiones mayores, de ansiedad, de pánico y de la alimentación. Actualmente es aplicada a otros trastornos como el obsesivo compulsivo, el estrés postraumático, de personalidad, y depresión recurrente.

A partir de ese momento la terapia fue exitosa en el amplio conjunto de los trastornos psiquiátricos. Los resultados que obtuvo de sus estudios empíricos apoyaron la idea de que los factores psicodinámicos específicos de la depresión se expresaban como necesidad de sufrimiento hacia ellos mismos. Estudios posteriores contradijeron esta hipótesis; tales inconsistencias lo condujeron a evaluar críticamente la teoría psicoanalítica de la depresión y toda la estructura del psicoanálisis. Así mismo los datos de esos estudios apuntaban hacia la idea de que los pacientes depresivos no tenían necesidad de sufrimiento alguno.

Las manipulaciones experimentales indicaron que el paciente depresivo podía evitar conductas que pudieran generar rechazo o desaprobación. Esto ayudo a reformular la psicopatología de la depresión, por lo que buscó otra explicación a través de los sueños de estos pacientes en donde se señalaban ideas de personas derrotadas y frustradas tras intentar alcanzar una meta importante. Observó que estas personas distorsionaban sistemáticamente sus experiencias en una dirección negativa de sí mismo, del mundo y de su futuro. Esta idea lo acercó a la perspectiva cognitiva alejándolo del psicoanálisis.

La tendencia cognitiva es un procedimiento activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas como la depresión, la ansiedad, las fobias, los problemas relacionados con el dolor, entre otros. Se basa en el supuesto de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. (Beck, 1983).

Sus cogniciones, eventos verbales o gráficos en su corriente de conciencia, se basan en actitudes o supuestos esquemas desarrollados a partir de experiencias anteriores.

Esta tendencia postula tres estructuras teóricas específicas para explicar el sustrato psicológico de la depresión:

1) La *tríada cognitiva* consiste en tres patrones:

- a) Visión negativa del paciente acerca de sí mismo: la persona se considera fea, enferma y de poco valor. Sus experiencias las atribuye a rasgos inherentes a su persona. Su baja autoestima auto-atribuida está ligada a esos defectos. Piensa que la ausencia de atributos le impide ser feliz.
- b) Interpreta sus experiencias negativamente: ve el mundo amenazante, hostil y con múltiples obstáculos. Interpreta sus relaciones con el medio físico y social en términos pesimistas y de frustración.
- c) Visión pesimista acerca del futuro: el sujeto no hace proyectos de largo alcance o, si los hace, anticipa obstáculos insuperables. Supone que sus penas actuales las sufrirá en el futuro.

2) La *teoría de los esquemas* ayuda a explicar por qué el paciente deprimido tiene actitudes que le hacen sufrir y son contraproducentes, constituyen la base para localizar, diferenciar y codificar el estímulo al que se enfrenta el individuo. Se les caracteriza como patrones cognitivos estables de naturaleza inconsciente. También es el medio utilizado para convertir los datos en cogniciones (entendidas como representaciones verbales gráficas o la capacidad de percibir, evaluar y de actuar de manera efectiva con el objeto de adaptarse a su ambiente). Evalúan, categorizan y dan significado a sus experiencias a través de un conjunto de esquemas.

Desde el punto de vista funcional, los esquemas surgen para explicar por qué el individuo depresivo mantiene reiteradamente actitudes auto-agresivas y contraproducentes, incluso contra las actitudes negativas que presenta. Es decir, existe una correlación entre el tipo de esquemas involucrados y la forma de estructurar la realidad; por ejemplo, en el momento que la depresión no presenta una coherencia entre sus ideas, lo primero que se le viene a la mente es auto-agredirse mediante cogniciones negativas de sí mismo (no valgo nada, me quiero morir, voy a cortarme las venas, me voy a envenenar, etc).

Desde el punto de vista genético y evolutivo los esquemas surgen como respuestas a ciertas experiencias negativas tempranas que constituyen la base para formar conceptos negativos de sí mismo, del mundo y de su futuro. Un esquema puede mantenerse inactivo por mucho tiempo y ser activado por estímulos específicos; en los trastornos psicopatológicos como la depresión, los eventos o circunstancias a los cuales se enfrenta el individuo son distorsionados por la intrusión de esquemas idiosincráticos inadecuados. Cuando estos se tornan más potentes, el individuo depresivo disminuye o pierde el control voluntario sobre sus procesos mentales y se vuelve incompetente para recurrir a esquemas adaptativos.

3) En lo que se refiere a *las distorsiones cognitivas*, plantea que los pacientes tienden a cometer errores persistentemente en su forma de pensar o son formas no válidas de razonamiento. Estas cogniciones erróneas pueden ser positivas y negativas (Freeman y Reinecker,1995).

## 2.5 Técnicas cognitivas

Permiten entrar en la organización cognitiva del paciente con problemas de depresión y suicidio (Barraza,2001).

Los pacientes aprenden técnicas de reestructuración cognitiva para corregir los pensamientos distorsionados negativos subyacentes a la depresión y establecen un tipo de pensamiento más lógico y adaptativo. Su objetivo es delimitar y poner a prueba las falsas creencias y los supuestos desadaptativos del paciente. Así, éste aprende a:

Controlar los pensamientos automáticos negativos por ejemplo, cuando una persona dice soy un inútil, no puedo aprender matemáticas

2) Identificar las relaciones entre cognición, afecto y conducta.

Así mismo con este ejemplo la cognición sería no puedo, soy un inútil , el afecto sería ¿por qué te dices así , si pasaste el último examen, la conducta sería tienes razón.

3) Examinar la evidencia a favor y en contra de sus pensamientos distorsionados.

Aquí sería boy a estudiar más ,no me boy a dar por vencido.

4) Sustituir esas cogniciones desviadas por interpretaciones más realistas.

Pasare mi examen de matemáticas

5) Identificar y modificar las falsas creencias que le predisponen a distorsionar sus experiencias. Pensaba de esa manera ,por que me sentía muy mal en ese momento.

En lo que se refiere a las técnicas conductuales, sirven para modificar la cognición a través de la liberación ó descarga de las emociones y conductas que le son inapropiadas para la persona depresiva. Por ejemplo, el paciente depresivo se ve atrapado en un círculo vicioso, su bajo nivel de actividad hace que se considere así mismo sin valor. A su vez esta etiqueta le produce desilusión y lo lleva a un estado de inmovilidad y le resulta difícil realizar funciones intelectuales (razonar, planificar actividades, solucionar problemas y socializarse con los demás).Es por eso que se deben aplicar técnicas sencillas, atractivas y no estresantes que tengan una meta y significado ó control de intereses definidos. Las técnicas pueden ser:

- 1) Preparar al paciente para su terapia, el objetivo es lograr que el paciente participe con el terapeuta en su tratamiento.
- 2) Se identifican sus pensamientos erróneos y su conducta inadecuada en una agenda de sesión.
- 3) Se realizan tareas en casa de acuerdo al diario de registros sobre sus pensamientos distorsionados, para que no ocurran posibles pensamientos recurrentes de suicidio ó desesperanza.

- 4) Se formulan y verifican hipótesis en base a las respuestas del paciente y preguntas específicas del terapeuta. Cuando la hipótesis se juzga razonable debe probarla con el paciente.
- 5) Aplicar el feedback (retroalimentación) juega un papel importante cuando los pacientes interpretan en forma distorsionada las afirmaciones y preguntas del terapeuta.
- 6) Resúmenes intercalados se realiza una síntesis que provoque feedback (retroalimentación) en el paciente, se le pide al paciente un resumen de lo que cree que le comunico el terapeuta.
- 7) Participación de personas significativas ya que pueden aportar datos significativos del paciente.

Todo esto se centra en la conducta observable del paciente, es decir que el terapeuta prescribe actividades dirigidas a un objetivo.

El objetivo es lograr un cambio en las actitudes negativas del paciente que produzcan una mejoría en su ejecución (Beck ,1983).

Es por eso que entre esta técnica se encuentra la teoría del aprendizaje social que postula que la depresión es el resultado de cambios procedentes de las interacciones ambientales ( Weissman ,2002).

Por aprendizaje se entiende que es un cambio permanente en la conducta del niño producido por la experiencia. Con esto nos da a entender que la depresión en el niño es provocada por cambios y experiencias que va teniendo en su ambiente social y familiar. En este medio, el ser humano, percibirá su medio ambiente y estructura de su pensamiento de forma positiva o negativa. Por ejemplo, la muerte de un padre interrumpe las interacciones positivas de esa fuente; una lesión puede impedir la participación de una actividad física agradable.

Por otro lado la asertividad puede dar como resultado frecuentes acontecimientos negativos. Por ejemplo, cuando una persona pide un favor y ésta consecutivamente lo hace, por no decir que no. En ésta situación, la persona que pide el favor se aprovecha de la situación.

Otra de las técnicas es la planificación de actividades positivas que ayudan a anticipar y evaluar los acontecimientos positivos de la situación a fin de sensibilizar el procesamiento de la información de situaciones futuras. Los pacientes se abstienen de llevar a cabo actividades positivas. Estos acontecimientos, son un modo de esquivar el problema depresivo, identificando en la persona las actividades que le eran agradables en el pasado; por ejemplo, pasear en bicicleta por el parque, jugar. Dado que el recuerdo del pasado se vincula con la depresión.

En lo que se refiere a la supervisión del estado de ánimo antes, durante y después del acontecimiento es importante tomar en cuenta, cambios en los sentimientos y emociones, ya que no todas las personas tienen esa sensibilidad de salir de ese padecimiento que es la depresión.

Otra técnica es la mejoría de las habilidades interpersonales que permite que los pacientes sean más abiertos socialmente, lo que genera en consecuencia sentimientos de dominio y afecto positivo, reduciendo así la depresión. La vida diaria implica interacciones sociales continuas, es normal que se generen estados de ánimo tanto positivos como negativos. Entonces con la teoría del aprendizaje social sostiene que los pacientes depresivos pueden tener déficit en las habilidades interpersonales que interfieren con su capacidad para obtener un refuerzo social positivo, que permita al paciente a ser más afectivos socialmente, ya que esto genera sentimientos de dominio y afecto positivo reduciendo la depresión.

El control de la ansiedad y la inquietud le provoca al depresivo tensión general y un exceso de activación emocional. Esto afecta en el niño, ya que ha sido criticado en la infancia por sus faltas y así han surgido sentimientos de culpa, miedo e inseguridad ante las relaciones sociales. Cualquier amenaza o crítica personal desfavorable reforzara los sentimientos negativos y de desadaptación e inseguridad. La ansiedad se presenta a partir de un acontecimiento traumático en el pasado y se debe a sentimientos de inseguridad e inferioridad.

El entrenamiento de la relajación muscular y el manejo de imágenes sirve para que los pacientes que experimentan ansiedad y tensión relajen los músculos respiración profunda y aprendan a manejar sus emociones de una manera más positiva. Puede utilizarse varias veces al día para reducir el exceso de activación de esa ansiedad.

## 2.6 Algunos tipos de depresión

De acuerdo a Ochoa 2003, la depresión se clasifica en :

**Depresión con síntomas melancólicos:** Es un cuadro depresivo grave en el que existe una pérdida de interés o placer en todos o en casi todas las actividades, o falta de reactividad a los estímulos habitualmente placenteros. Sus características son: la tristeza vital ó dolor de existir, culpabilidad excesiva ó inapropiada, la anhedonia completa ó incapacidad para experimentar placer con falta de reactividad a estímulos agradables es decir que la persona no logra sentirse mejor ni siquiera cuando sucede algo agradable, el despertar precoz (al menos 2 horas antes de lo habitual) la inhibición psicomotriz, anorexia ó pérdida de apetito y peso.

**Depresión con síntomas psicóticos:** conlleva a ideas delirantes que son creencias erróneas de las personas y tienen una convicción absoluta y es imposible de modificar con argumentos lógicos, suelen ser ideas imposibles o absurdas. Estas son congruentes en el estado depresivo del paciente. Un ejemplo de estas ideas es cuando alguien fallece ó esta enfermo el paciente piensa que tiene la culpa; y alucinaciones (son percepciones sin objeto, sin estímulo externo). Las más frecuentes son las alucinaciones auditivas, (por ejemplo oír voces que le culpan por sus defectos).

**Depresiones con síntomas atípicos:** sus síntomas son: la hiperfagia (aumento del apetito, de peso) hipersomnias ó aumento de las horas del sueño e hipersensibilidad al rechazo

interpersonal (de los demás hacia él) (por ejemplo, deterioro social y laboral, es decir no convive con la gente y no es constante en el trabajo)

**Depresión con síntomas catatónicos:** se caracteriza por inmovilidad, actividad motora excesiva y carente de propósito, negativismo extremo.

**Depresión enmascarada:** en ella la tristeza y el ánimo deprimido no son las manifestaciones más llamativas sino que predomina las preocupaciones somáticas o físicas frente a las psíquicas. Estos síntomas físicos psicossomático ocultan los síntomas emocionales( tristeza y anhedonia).

Estas quejas somáticas o físicas son síntomas inespecíficos y vagos sin que se demuestren lesiones tras los exámenes y exploraciones médicas. A su vez cuenta con quejas somáticas enmascaradas: dolores de cabeza, abdominales, alteración en la visión de los colores, gusto olfato, falta de aire, enuresis nocturna, encopresis, etc.

**Depresión secundaria:** se presenta en el trascurso de enfermedades médicas(neurológicas,cardíacas,endocrinológicas,metabólicas,reumáticas,cáncer,digestivos, alcohol,droga) se da en dos fases: aguda,.se caracteriza por amargura, desesperanza, pérdida de la autoestima y miedo a la muerte. Sub-agudo, predominan sentimientos de invalidez, debilidad, miedo, desmoralización.

**Depresión psicótica:** puede haber cambios de humor extremos (bipolaridad), el individuo se siente mejor por la mañana y va teniendo una sensación de pesadez a medida que transcurre la tarde, los síntomas emotivos varían de un individuo a otro. Puede estar demasiado deprimido para hacer algo que no sea llorar y cinco minutos después sentirse eufórico (efectos placenteros).

**Depresión endógena:** nace de dentro, esta forma de depresión no tiene causa evidente alguna, hay pérdida de la capacidad de memoria, y puede haber periodos de angustia.

Sturgeón (1981) sugiere la depresión reactiva: nace de una causa evidente, es una reacción sana ante una perdida personal. Por ejemplo la muerte de un ser querido, despido de un trabajo.

Prestón (1985) menciona la **depresión mayor o episodio depresivo:** esta se da en frecuencia, es un trastorno depresivo de al menos dos semanas en duración con intensidad importante. Sus síntomas son: incapacidad para disfrutar de las situaciones de la vida diaria que normalmente produce placer, tendencia crónica al pesimismo, perfeccionismo, tendencia excesiva a preocuparse por los demás, retraimiento en las relaciones sociales, alta competitividad laboral, elevado nivel de autoexigencia y autocrítica, baja autoestima, sentimientos de culpa, dificultad para expresar o reconocer sus afectos diferentes a las demás situaciones de discusiones y conflictos, personalidad rígida y obstinada.

Ferrer (1993) señala que **la depresión crónica:** se da cuando una reacción ante una experiencia negativa se prolonga más de lo que la experiencia parece pedir.

**Depresión obsesiva compulsivo:** asocia síntomas depresivos, como la idea de culpa, de ruina, de muerte, etc. Que aparecen de forma obsesiva o continua en la mente del paciente. Por ejemplo, es el caso de una mujer de 35 años, vivía con su pareja y 2 hijos, ya mayores. El esposo murió de un ataque al corazón, y ella creyó que era por los virus que había en el baño. Puesto que ella se obsesionaba por mantener limpia toda la casa. Agarraba cualquier objeto y se lavaba las manos como unas 20 veces al día (Prestón, 1995).

**Depresión maniaco depresivo:** tienen un estado de ánimo eufórico, exaltado irritable y suspicaz. Es hiperactivo (hay un aumento en su autoestima, con una visión positiva de sí mismo y del futuro, una respuesta afectiva exagerada ante estímulos habitual. Toda esta sensación de felicidad maravillosa y desbordante les va alejando de la realidad. El paciente puede sentirse irritado con los demás por no compartir su optimismo ó porque se le pongan límites a su conducta. Suele iniciar demasiadas actividades a la vez sin considerar las consecuencias de las reacciones que emprenden por qué se encuentran llenos de ideas nuevas y excitantes. Tienden a sobre-valorarse y tienen una sensación de claridad y agilidad mental, hay distracción y fuga de ideas, pasan de un tema a otro con facilidad, pero sin ninguna relación. Puede presentar delirios de grandeza, incongruentes, con el estado de ánimo cómo los de persecución, cree que los demás están conspirando contra él debido a que es alguien importante. Hace compras excesivas, negocios arriesgados, gastos extravagantes. En ocasiones puede dejar de lado las obligaciones familiares y laborales con un aumento en la actividad sexual y social, presenta conductas desinhibidas, promiscuas e impulsivas. La desinhibición puede ser física y verbal. Es frecuente el abuso de sustancias, alcohol, usa colores chillones y se arregla en exceso. Si la manía es grave hay mucha hiperactividad y puede descuidar su aspecto físico y dormir poco (Prestón, 1995).

**Depresión psicológica:** se presenta por un evento psicológico o emocional, hay reacciones emocionales a la pérdida ó decepción. Por ejemplo. El papá le dice a su hijo que mamá sufrió un accidente y en respuesta, el hijo se deprime. Existe un evento doloroso (el accidente de la madre). Sin embargo muchos de los disparadores situacionales de la depresión no son claros y definidos. Una prueba de esto es el caso del niño que vive en casa y experimenta un distanciamiento por parte de su madre, puesto que ella trabaja. Esto no es un evento repentino, pero de cualquier forma representa un abandono para el niño. Como ocurre con frecuencia, en estas situaciones el individuo estará consciente de que algo falta en su relación con su madre, y esto puede ser un disparador de la depresión en el niño. Entre los síntomas tenemos: tristeza y desesperación, escasa autoestima, apatía, falta de motivación, problemas interpersonales, sentimientos de culpa, pensamientos negativos, pensamientos suicidas (Ibid.1995).

**Depresión biológica:** se presenta como respuesta a algún tipo de situación física (fisiológica) que se produce en el organismo, la persona no entiende por que se siente mal, además de los síntomas psicológicos y emocionales existen una serie de síntomas físicos provocados por el mal funcionamiento de la química de los sistemas nervioso y hormona. Por ejemplo, Alfonso de 10 años, vive con sus padres, se le considera responsable, inteligente y es aceptado en su grupo social. El mes pasado sin ninguna razón aparente, empezó a sentir una serie de cambios, se sentía cansado, sin ganas de salir, no jugaba en la escuela, sus compañeros preguntaban qué tenía, sus padres se percataron que se despertaba durante las noches, no tenía apetito. Entonces fue al medico y le diagnosticaron

depresión biológica pura, por que surgió de la nada, no existen circunstancias de tensión identificables (Prestón, 1995).

**Depresión mixta (psicológica con síntomas biológicos).** Ésta se presenta por un disparador psicológico, en estos casos el individuo tiene ambos síntomas físicos y psicológicos. Tenemos el ejemplo de Tania de 14 años, que se entera que sus padres se separaron. Desde ese momento, ha tenido periodos de tristeza intensa, irritabilidad, no tiene ganas de ir a la escuela, se encierra en su cuarto, dice que no tiene ganas de vivir, tiene pensamientos negativos, estoy sola, lo mejor es partir, no quiero causar problemas a mis padres, todos estos síntomas son psicológicos y los biológicos son pérdida de energía, fatiga, anhedonia, sensibilidad emocional excesiva, cambios repentinos de humor. La reacción depresiva de Tania es de tipo mixto, está pasando por un evento doloroso y reacciones biológicas (Prestón,1995).

**Depresión endógena** se debe a un desequilibrio químico del sistema nervioso central. No suele tener relación con una causa externa evidente, sus síntomas son: incapacidad para concentrarse, angustia, pérdida de memoria, períodos de confusión, tristeza constante; entre los síntomas físicos se encuentran el dolor de estómago, diarrea ó estreñimiento, jaqueca, sensaciones opresivas en el cuello y pecho, sequedad de boca; en su estado de ánimo presenta, periodos de angustia , apatía frecuente y paranoia. Se siente peor por la mañana y mejor por la tarde. La tristeza es constante; hay somnolencia intensa al anochecer y al amanecer. El apetito puede disminuir u aumentar hay incapacidad para tomar decisiones. Se siente culpable, indigno, inferior, pobre, despreciado por todos. El suicidio es común, debe temerse y vigilarse, no suele fallar cuando lo intenta, es muy probable que se produzca cuando la enfermedad es prolongada o crónica. No tiene energía, le resulta difícil moverse (Sturgeón,1981).

**Depresión reactiva:** es causa de una muerte o pérdida de un ser querido, un fracaso personal o cualquier otra causa parecida. Hay tristeza constante y algunos períodos de angustia, ningún síntoma físico; dificultad en el dormir, no tiene apetito pero come si se le anima, disminuye el deseo sexual pero existe el interés. La capacidad de decidir no resulta afectada normalmente. El Suicidio, es raro, pero debe preverse (Sturgeón ,1981).

**Depresión tóxica:** es causa de las drogas u otras sustancias que puedan provocar una reacción negativa, infección vírica, otras sustancias externas. Los síntomas mentales varían según los casos, pueden aparecer alucinaciones, síntomas muy parecidos a los de la forma endógena, torpeza, letargia, cambios de humor. Síntomas físicos pocos, a menos que se trate de un efecto secundario de la sustancia tóxica. Hay cambios en su estado de ánimo, cambios de hiperactividad a un estado apagado y letárgico. Si la sustancia afecta al cerebro o al sistema nervioso tóxicamente, puede despertar muy deprimido. En caso contrario, puede despertar sintiéndose mejor, en la alimentación le es indiferente el conseguirla, pero la comerá si la tiene a la mano, puede haber obsesión por el sexo ó apatía. Hay síntomas de hiperactividad, demasiada apatía para tomar decisiones. El amor propio varía según los casos. El suicidio es raro, su energía varía según los casos (Sturgeón ,1981).

**Depresión psicótica:** es un trastorno mental, sus síntomas son: agotamiento excesivo, crisis nerviosa, presenta alucinaciones frecuentes, hipocondría, el estado de ánimo es

apático. La mayoría, optimistas por la mañana y deprimidos por la noche, hay cambios de letargia (estado de somnolencia enfermiza, profunda y prolongada, sin fiebre ni infección) intensos arrebatos de actividad, es decir que un día puede estar activo y otro día pasivo (Sturgeón ,1981).

**Depresión infanto-juvenil.** Se manifiesta de forma diferente en los adultos. Las características más frecuentes es la presencia de disforia (inquietud, malestar) ó irritabilidad en lugar de tristeza. Los niños no siempre dan la impresión de estar tristes.

Un adolescente se irrita, hay alteración en su conducta y disminución del rendimiento escolar. Pueden iniciar el consumo de alcohol ó drogas como salida a una situación de tristeza que le desborda.

**Depresión infantil:** Puede definirse como un situación afectiva mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de depresión mayor cuando los síntomas son mayores de 2 semanas; de trastorno distímico cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con los problemas de conducta, de allí el nombre de depresión enmascarada.

Del Barrio (1977 en Hernández,2002 señala que los expertos en el tema de la depresión infantil a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil : tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida de placer) llanto fácil, falta de sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima aislamiento social, cambios de sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida. Esta distinción puede ser utilizada como guía diagnóstica, pero en este espacio solo se menciona como un tipo más de depresión; en el siguiente capítulo se abordara con mayor detalle.

## 2.7 Factores determinantes de la depresión

En la actualidad no son claras las causas del inicio y persistencia de la depresión, pero lo que es evidente es que no se puede explicar por un solo factor, lo más usual es que intervienen varios al mismo tiempo.

De acuerdo a Ochoa (2003), los factores determinantes de la depresión son genéticos, biológicos, sociales y psicológicos, dentro de los cuales tenemos los siguientes:

### **GENÉTICOS:**

Las causas genéticas son de mayor importancia en las depresiones psicóticas, son aquellas donde hay alucinaciones e ideas delirantes. Estas son creencias erróneas de las que se

tiene una convicción absoluta. Por ejemplo, se tienen ideas de culpa, se cree responsable de algún fallecimiento de un familiar. Quizá se podría hablar de la posibilidad de heredar ó de presentar una vulnerabilidad en los cuadros depresivos, aunque también pueden influir factores ambientales.

El enfoque biológico sobre la depresión dice que hay ciertos cambios endocrinos que pueden originar la depresión. Existen diversos tratamientos como los antidepresivos tricíclicos, inhibidores de la MAO (monoaminooxidasa) que bloquean la retención de la serotonina, noradrenalina y dopamina, inhibidores selectivos de recaptación de serotonina y de norepinefrina. Se utiliza el litio y la terapia electroconvulsiva Stahl (1999 citado por Rangel y Ramos, 2002).

**Se dice que la depresión es mayor en mujeres que en hombres:** dentro de las mujeres existe mayor riesgo en el grupo de edad entre 18 a 44 años frente a las mayores de 65 años. Esta proporción es de dos a uno (dos mujeres deprimidas por cada hombre) no depende de factores como la raza, la cultura, la situación económica o del país donde se vive. Se ha visto la misma proporción en otros diez países del mundo (Ochoa, 2003).

Se está investigando si las características particulares de la mujer (factores biológicos reproductivos, hormonales, sociales, ciclos de vida, etc) pueden ser causa de esta mayor incidencia.

En edades de 11 a 13 años hay un aumento muy significativo de depresión en niñas. A los 15 años las niñas ya tienen una probabilidad dos veces mayor que los niños de su misma edad de presentar o haber presentado un episodio depresivo serio, debido a los factores de estrés que incluyen la formación de identidad del adolescente, por el desarrollo de la sexualidad, la separación del adolescente, de los padres, la primera toma de decisiones, cambios físicos, intelectuales y hormonales. Estos factores de estrés generalmente son diferentes para los varones y mujeres, ya que pueden estar relacionados con la mayor incidencia de la depresión.

Hay estudios que demuestran que las niñas tienen tasas de incidencia más altas de depresión, trastornos de ansiedad, trastornos de alimentación (Ochoa, 2003).

**El estrés puede contribuir a la depresión en la mujer:** a consecuencia de otros factores, como la responsabilidad del hogar, del trabajo fuera de casa, ser madre soltera, el cuidado de los hijos y de los padres.

No se entiende todavía de qué forma estos factores afectan de forma específica a la mujer. La incidencia de la depresión grave es mayor en pérdidas y divorcios.

Existe mayor riesgo si hay un padre, madre o hermano enfermo. Si el familiar es más lejano, el riesgo es menor. Ya que la familia quiere estimular al paciente para que supere, por voluntad propia, y lo culpan de no querer curar y de que no pone nada de su parte. Todo este estrés en la familia se expande al ver a su familiar que se encierra en su tristeza, hay desgano en sus actividades, falta de concentración y de energía, se aísla, etc.

## **BIOLÓGICOS:**

El descubrimiento de los neurotransmisores en el S.N.C han influido en las consecuencias del comportamiento normal y patológico. La noradrenalina, la serotonina, la dopamina, y la acetilcolina cumplen una serie de requisitos que hacen posible su funcionamiento.

Existen 2 hipótesis que explican la base biológica de la depresión:

1.- La hipótesis de la catecolaminérgica. Sostiene que en ciertas depresiones hay un déficit de catecolaminas ( en concreto, la noradrenalina en determinadas regiones cerebrales). Tal déficit, sin embargo, ni es constante en todos los tipos de depresión, ni en todos ellos aparecen con la misma intensidad. Schildkraut, (1978 citado en Polaino-Lorente, 1985). (Polaino-Lorente, 1985) dice que en la depresión y maníaco depresivo el metabolito de la noradrenalina llamado 3metoxi4hidroxifenilglicol (MHPG) se presenta con una en la orina. En el ácido homovanílico (HVA) metabolito de la dopamina (DA), se encuentra disminuida en el líquido cefalorraquídeo en los depresivos.

2.- Hipótesis de la serotoninérgica. Sostiene que en ciertos depresivos hay un decremento de los niveles funcionales de serotonina (5-HT) es un compuesto químico llamado 5-hidroxitriptófano en el cerebro. Sin embargo, la tasa de esta sustancia en el cerebro se incrementa por la acción de los antidepresivos. Es muy probable que los diferentes tipos de depresión deriven de posibles desequilibrios bioquímicos (Polaino-Lorente, 1985).

## **SOCIALES:**

Las pérdidas de los lazos de unión (desintegración del apoyo espiritual, la falta de vínculos con los vecinos, los migrantes afectan en forma importante el estado afectivo de muchas personas.

Calderón (1987), sostiene que los tres sistemas de apoyo social más importantes han sido la familia, la religión y la comunidad de vecinos. Sabemos que los lazos familiares se han debilitado en los últimos tiempos; y que muchas familias se reúnen sólo en ocasiones especiales, como bodas, bautizos, entierros; el divorcio se incrementa día a día y es habitual que los jóvenes traten de independizarse tan luego como tienen los medios que les permiten hacerlo.

La familia es de gran importancia para la unión de los hijos. Las actitudes de los padres (dependencia / dependencia sobreprotección/ rechazo). La calidad del tiempo dedicado; uso de premios/ castigos, etc, contribuyen a moldear el comportamiento de los hijos, el nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración, los estilos cognitivos que de una u otra forma están implicados en el hecho depresivo. Así la cohesión entre padres- hijos se ve afectada cuando hay una privación de vínculos (Polaino-Lorente, 1985).

Por otro lado, la comunidad vecinal va a depender de la forma como las personas se relacionan en su medio, puesto que constantemente en nuestra cultura la gente está muy acelerada en sus actividades y estrés. Por eso, se dice que el estrés provoca ansiedad y depresión.

Entre los católicos, su sistema de creencias y valores (esperanza y existencia de otra vida) se presenta con frecuencia, en términos de castigos, culpa, depresión. Pero falta mucho por investigar en este ámbito (Polaino- Lorente,1985).

## **PSICOLÓGICOS:**

(Calderón 1990) comenta que las causas psicológicas pueden intervenir en la génesis de cualquier tipo de depresión, pero son especialmente en la depresión neurótica. Como en casi todas las neurosis, los factores emocionales desempeñan un papel predominante, presentándose desde los primeros años de la vida, determinando rasgos de personalidad enraizados en el modo de ser del individuo, estos rasgos no son heredados, sino que se aprenden a través de la estrecha relación y dependencia con la familia. Entre estas causas tenemos:

- La pérdida de un empleo.
- La pérdida de un ser querido ó abandono de un ser querido.
- El cambio de trabajo o ciudad.
- El postparto.
- La jubilación.
- La viudez
- La pérdida de salud.
- Enfermedades con peligro de muerte.
- Enfermedades que originan incapacidad física.
- Enfermedades que determinan alteraciones estéticas.
- Enfermedades que afectan la auto-estima (impotencia).

## **2.8 Síntomas**

De acuerdo a Ochoa, 2003 los síntomas son:

- Aburrimiento, pérdida de ganas de hacer las cosas.
- Tristeza persistente, llanto que no cesa.
- Perdida de interés por las actividades que antes disfrutaba
- Aislamiento del resto de los niños, no participa en juegos.
- Pobre comunicación con los padres.
- Baja autoestima, sentimiento de culpa.
- Sensibilidad extrema hacia el rechazo, hacia el fracaso.
- Dificultad para relacionarse y para hacer amigos.
- Quejas inespecíficas, como dolores de estómago o de cabeza.
- Bajo rendimiento escolar, falta de concentración y de atención en el colegio.
- Cambios de los patrones de sueño, perdida de apetito.
- Pensamientos ó ideas de muerte ó de querer estar muertos.
- Querer escapar de casa ó haberlo intentado.

Para Nikos,(1999) los síntomas son:

- Perder interés en las cosas que antes disfrutaban.
- Sentirse tristes y decaídos emocionalmente.
- Estar cansados, sentirse inquietos, sentirse culpables.
- Sentir que no valen nada, en ocasiones aumenta o disminuye su apetito.
- Tener problemas para concentrarse y tomar decisiones.
- Tener pensamientos sobre la muerte o el suicidio.
- No poder dormir o dormir demasiado.
- Además se asocian otros síntomas de tipo físico como (dolor de cabeza, dolores generales de todas las partes del cuerpo, problemas digestivos o gástricos).

Finalmente estos dos autores plantean los síntomas de la depresión infantil. Nada mas que uno los llama a los dolores de cabeza, dolores abdominales, problemas digestivo quejas inespecíficas y otro síntomas físicos.

## CAPÍTULO 3

### LA DEPRESIÓN INFANTIL

La depresión es un fenómeno frecuentemente que afecta diferentes áreas de la vida de quién la padece y que puede presentarse desde la infancia.

Moreno y Ramos,1999.

La depresión que antes se diagnosticaba en personas adultas, ahora se hace en adolescentes y niños. Aproximadamente el 5% de los niños de la población en general padece depresión en algún momento (Nikos,1999).

La existencia de la enfermedad depresiva en el niño es reconocida actualmente. Estadísticas nacionales revelan que entre un 4 y 6% de la población infantil, ha desarrollado un grado de depresión que se refleja en un conjunto de síntomas. (Pauchard,2002)

#### 3.1 Antecedentes

Las referencias del contenido de lo que constituyen las depresiones infantiles son relativamente intensas y datan de hace muchos años. Es evidente que con el tiempo se ha modificado en buena parte la terminología, los aspectos que estaban en el primer plano han ido delimitando su propio concepto (Polaino-Lorente, 1988).

Se señalan 4 períodos en el estudio de las depresiones infantiles:

- 1) Período inicial en el que encontramos referencias al concepto de melancolía, que aunque principalmente referido a los adultos, hacía alguna alusión a la infancia. El texto más representativo es la melancolía, de Robert Burtón (1621). Otro término fue el de lipemanía. Hacia la mitad del siglo XIX aparecen 2 textos monográficos sobre psiquiatría infantil: una es la obra de Delasiauve y West. El primero fue *Lecons Sur la Manie Infantile* (1852) en dónde se hace referencia al tema a pesar de ser una obra no frecuente, citada en la bibliografía sobre la depresión. El segundo título de Charles West (1884) llamado *Alteraciones de la mente en la infancia* que lo divide en 3 secciones: terrores nocturnos, alteraciones de la mente, los trastornos de conducta y problemas emocionales.
- 2) Ya en el siglo XIX encontramos dos agrupamientos de mayor interés, de un lado, el representado por el inicio de textos de psiquiatría infantil ó de mono grafías sobre

patología mental infantil. Recordemos aquí las obras de Chales West en Gran Bretaña; de Emminghaus en Alemania, las de Delasiauve de Vida Pereira en España. Así mismo aparecen referencias acerca del tema concreto del suicidio infantil, relacionandolo con la depresión aunque no se descarta que este sea su único origen.

- 3) Éste período comprende la primera mitad de nuestro siglo. Aquí el termino depresión se va imponiendo a través de una literatura abundante, muy difícil de englobar en una visión genérica. Quizá pueda caracterizar a esta etapa la progresiva fijación del término “Depresión” desde la primera década del siglo XX, así como el interés en pedagogos y psicólogos.
- 4) Es más reciente, está representado por la consideración de las depresiones como un importante capítulo de la psiquiatría infantil. Se caracteriza por una abundante producción bibliográfica en la que se hacen análisis muy detallados de algunos aspectos de la enfermedad depresiva, especialmente a la epidemiología y técnicas de diagnóstico y a la intervención terapéutica.

Lo anterior ha llevado a modificaciones y precisiones incesantes que todavía hoy perduran en el concepto de depresión infantil. La actual etapa en la historia de la depresión infantil arranca en 1966, ya que se incluye por primera vez, el síndrome depresivo infantil entre las alteraciones mentales. En la etapa actual, lo que llama más la atención es la rápida evolución de lo que se entiende por depresión infantil, a ser aceptada como entidad sindrómica independiente (Kovacs y Beck (1977citado en Moreno y Ramos,1999).

En 1975 la depresión infantil fue aceptada por el National Institute of Mental Health como concepto y entidad psicopatológica. Hoy es un hecho que los niños pueden tener depresión,estadísticas nacionales revelan que entre un 4 y 6 % de la población infantil, ha desarrollado algún grado de depresión que se refleja en un conjunto de síntomas por su cantidad, intensidad y duración, incide en el desarrollo normal de los niños. Pero la aceptación de la existencia de la depresión infantil fue posible gracias al ascenso del paradigma cognitivo que permitió el estudio de los procesos interiorizados(Hernández,2002)

### **3.2 Como se manifiesta la depresión infantil**

El concepto de lo que entendemos por depresión infantil ha variado su sintomatología al menos en el adulto. La edad y nivel de desarrollo son aspectos importantes, buena parte de los niños deprimidos ya han adquirido un lenguaje, pero no en tal grado que pueda ser útil para enunciar con precisión lo que les sucede, aun no suele estar suficientemente desarrollada su capacidad de introspección por lo que en consecuencia no logra identificar ni

hacerse cargo de lo que les pasa. El niño no es capaz de formalizar lo que les sucede a diferencia de lo que acontece en el adulto, que tan frecuentemente habla a veces sin fundamento de estar deprimido.

Por otra parte la depresión infantil no se da en el vacío, sino en un contexto familiar, escolar, acontecimiento estresante, carácter autoritario de los padres, pérdidas ó abandonos, falta de contacto afectivo, depresión de alguno de los padres, divorcio; etc.

El modelo psicológico distingue 3 corrientes: a) El psicoanálisis, que cree que las depresiones se producen por la falta de autoestima, la muerte de un ser querido; b) Conductual, se produce por la falta de reforzamientos; c) El modelo cognitivo, dice que la familia constituye el ambiente, tanto por las influencias que tiene el comportamiento infantil, como por el conjunto de relaciones que en ellas se configuran; por lo que actuando como caja de resonancia cualquier pequeño conflicto que se suscite en su seno indicará un cambio en la conducta del niño. Por que se producen distorsiones cognitivas en sí mismo, el mundo que le envuelve y el futuro.

El modelo biológico dice que la depresión infantil se produce por efectos colaterales de los medicamentos, abuso crónico de alcohol y drogas, enfermedad física (Sida, Anemia, Asma, Infección crónica, Gripe, Estrés prolongado), cambios hormonales.

El modelo de desarrollo sostiene que la depresión puede surgir en cualquier momento del desarrollo infantil pero su sintomatología se dispersa en función de la edad del sujeto.

Gotzens y Montane (1987) dicen que la depresión infantil se reconoce porque intervienen factores físicos, el niño se siente inseguro y rechazado, pues su debilidad reduce el umbral de la tolerancia y hace que él sea más susceptible a las dificultades emocionales. Por otro lado las ideas de culpa, fracaso y la mala opinión de sí mismo se manifiesta por frases como: me he vuelto muy malo, soy nefasto para los demás, me he transformado en una carga inútil, no merezco que se ocupen de mí, ya que solo origino hostilidad y repulsión.

### **3.3 Cuadro clínico de la depresión infantil**

En la clínica es frecuente observar en el niño, al igual que en el adulto, manifestaciones de ansiedad en la depresión y síntomas.

Por un lado la ansiedad, es un estado emocional ó afectivo desagradable constante y latente acompañado hacia algo preciso o impreciso, pero sin embargo se siente como amenazador. El individuo se preocupa por su futuro, por los errores que ha cometido, por los problemas que cree que amenazan su futuro. Los síntomas ante esta situación de ansiedad son: dificultades para respirar, respiraciones excesivas, dolores de cabeza, palpitaciones, taquicardia, inseguridad, incapacidad para dormir. El sujeto está continuamente en acción, esto puede ser causa de un sentimiento vago de culpabilidad en su infancia ya que constantemente lucha para conseguir la aprobación de sus padres. También puede identificarse a través de los problemas del hogar. Es por eso que en la depresión existe

iniciativa baja, desanimo, pensamientos negativos de auto-desprecio, el niño no recibe satisfacción de su medio, ni en sus relaciones sociales, suele ser atribuido por padres y maestros a diferencias individuales. Algunos niños desarrollan sentimientos muy fuertes de depresión a causa de la pérdida de uno de los padres, problemas en la familia, por el divorcio, una disciplina excesiva (Gotzens y Montane,1987).

Hershberg (1982 en Jalenques y Lanchal,1994) evaluó la relación entre ansiedad y depresión con una muestra de 110 niños, de edad entre 7 a 17años.Se estableció un diagnóstico según los criterios del DSMIII, y el cuestionario de CDI de Kovacks (1981 citado por Jalenques y Lanchal1994) entre los síntomas que aparecieron con frecuencia fueron y tuvieron un tanto por ciento:

<b>Síntomas</b>	<b>Trastornos de ansiedad</b>	<b>Depresión</b>
Humor disfórico	21.4%	71.4
Débil autoestima	28.6%	75.0
Mediocres resultados escolares	50.0%	46.4
Anhedonía	14.3%	60.7
Aumento de peso	28.6%	39.3
Astenia	42.9%	60.7
Trastornos del sueño	57.1%	67.9
Quejas somáticas	71.4%	64.3
Ideas suicidas	28.6%	82.1
Desesperación	42.9%	64.3
Puntuación de depresión en la entrevista		
Media	1,9	3,9
Extremos	0,8-3,0	2,7-5,1
Puntuación en el Children´s Depression Inventory		
Media	10,6	21,7
Extremos	2,6-18,6	9,3-34,1
Niño considerado deprimido por uno de sus padres o ambos	21,6	50,0

Hershberg (1982 citado por Jalenques y Lanchal 1994).

Se concluyo que los niños que padecen depresión aducen con frecuencia síntomas ansiosos.

Puig-Antich y Rabinovich (1986 en Jalenques y Lanchal 1994) observaron síntomas de ansiedad en las preocupaciones somáticas, y los niños que se aislaban aparecían más ansiosos que los que presentaban en la entrevista a la vez síntomas depresivos y ansiosos de sus padres.

Norvell y Brophy (1985 en Jalenques y Lanchal 1994) confirman que en la practica clínica, las relaciones entre depresión, fobia escolar y angustia de separación han sido muy discutidas; hasta una época reciente, ciertos autores pudieron considerar la depresión como un trastorno subyacente en la fobia escolar, una depresión enmascarada.

Frommer (1967,1968 citado en Jalenques y Lanchal 1994) consideran al rechazo escolar como la expresión fóbica a la depresión. La tristeza y el llanto de estos niños, su impresión de no ser queridos y el deseo de muerte que experimentaban, le parecía traducida como una desesperación, pero debía ser considerada como una depresión fóbica.

Gittelman y Klein (1971, 1973,1980 en Jalenques y Lanchal 1994) demostraron que no había nada de eso diferenciando las fobias escolares de los síndromes depresivos del niño. Según ellos, estos niños están más a menudo desmoralizados que realmente deprimidos afectados por angustia de separación reconocen que sus reacciones son irracionales. Sus estados de ánimo son: infelicidad, desmoralización.

### **3.4 Terapia cognitiva y medicamentos antidepressivos:**

Existen 4 tipos de terapia que han demostrado ser de gran ayuda en el tratamiento de la depresión: el psiquiátrico con medicamentos; la psicoterapia, la terapia conductual y la terapia cognitiva.

Tanto los psiquiatras como los médicos generales están más preparados para tratar este padecimiento con un sin-número de nuevos medicamentos antidepressivos.

A la Psicoterapia se le conoce, también como terapia verbal. Con frecuencia puede resultar de gran ayuda en el tratamiento de la depresión. Este tipo de tratamiento es proporcionado por psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales y consejeros familiares. El factor importante es la relación cercana entre el paciente y terapeuta. También el individuo puede aprender muchas cosas sobre sí mismo así como descubrir algunos de sus patrones de conducta que, con frecuencia, lo hacen estar sobre expuesto a la depresión.

Terapia conductual, incluye una serie de procesamientos que pueden ayudarle a combatir la depresión sobre todo cuando ésta está ligada con circunstancias vitales específicas. Se utilizan técnicas procedentes de la psicoterapia ó la terapia cognoscitiva, pero su especialización los hace ahondar en técnicas como la terapia ocupacional; el entrenamiento de la asertividad, la desensibilización sistemática; registro y control de conductas, así como diversos sistemas de recompensa por cada paso que se da para reducir los sentimientos depresivos. Las metas y los métodos de estos profesionales están diseñados para lograr que el paciente depresivo se vuelva a poner en movimiento. Ya que los síntomas más importantes de la depresión puede ser la inhibición de sus actividades, quedarse en casa, evitar el contacto con otros, no participan en eventos sociales, ser incapaz de terminar tareas cotidianas y no poder hacer nada sólo para divertirse.

La terapia cognitiva. Esta puede ser proporcionada por un psicoterapeuta, ya sea en terapia individual como grupal, o puede ser utilizada como un procedimiento de auto ayuda, esta forma de tratamiento ha obtenido gran popularidad por dos razones: una porque funciona, en un estudio llevado a cabo durante 6 años por el Instituto Nacional de Salud Mental en los Estados Unidos de Norteamérica, resultó que la terapia cognitiva en un tratamiento muy efectivo para pacientes con depresión leve ó moderada; su eficacia era igual a la encontrada en pacientes tratados con medicamentos antidepresivos. Además existe una serie de estudios científicos independientes que presentan el mismo resultado (el libro del doctor Aron Beck, *Cognitive Therapy of Depression*, resume la mayor parte de las primeras investigaciones realizadas en este campo) (Preston,1995).

También la terapia cognitiva se usa en los tratamientos de depresiones bipolares (aquéllas en la que está presente la manía ó hipomanía) y las depresiones psicóticas (en dónde aparecen alucinaciones o ilusiones).

Por consiguiente las depresiones neuróticas según los criterios del DSM-II ó de Klein (1974) parecen responder satisfactoriamente a la terapia cognitiva. Sin embargo, algunas de las depresiones neuróticas según el DSM-II también parecen responder a la medicación como tratamiento único. Aún no se sabe, y será tarea para estudios posteriores, si la terapia cognitiva en combinación con la farmacoterapia ofrece alguna ventaja en la mayoría de los síntomas. Los pacientes con trastornos afectivos mayores necesitarán medicación o ambos métodos combinados. Existen pacientes que no pueden o no quieren aceptar la medicación por razones médicas o filosóficas y entonces los componentes de la terapia cognitiva les resulta aceptables. En algunos casos de dolor crónico y depresión, se determinan técnicas de relajación o biofeedback que suelen ser útiles para estos pacientes.

La eficacia de los medicamentos antidepresivos en el tratamiento de la depresión biológica, o la mixta con síntomas biológicos tiene bases sólidas. La mayoría de las personas que padecen este mal pueden verse beneficiadas con el uso de este tipo de sustancias, sin embargo existe una gran cantidad de desinformación y malos entendidos al respecto.

El modelo cognitivo predice que las distorsiones cognitivas contribuyen a esta parálisis de voluntad ó de falta de motivación. El paciente suele creer que está enfermo y no tiene cura, que la terapia no será eficaz. Y en el caso de la medicación antes y después de tomarlo el paciente dice:

- Crea adicción.
- No me ayudará.
- Soy más fuerte y no necesito medicamento.
- No podré soportar los efectos secundarios
- Nunca podré abandonar la medicación
- Sólo necesito tomar el medicamento en los días malos
- Los medicamentos resolverán todos mis problemas.

En lo referente a la depresión dice:

- No estoy enfermo (no necesito ayuda).
- Solamente los débiles se deprimen.
- Me tengo merecido estar deprimido,.
- Así ya no soy una carga para todo el mundo,.
- La depresión es incurable, no vale la pena vivir ¿entonces por qué voy a intentar superar la depresión.

Es posible afirmar que los medicamentos antidepresivos han sido eficaces en el 75 % y 80% de los casos, si se diagnostican adecuadamente (Prestón,1995).

### **3.5 Síntomas**

La depresión del niño debe ser investigada, debido a la alteración que provoca en su aspecto afectivo, intelectual, somático y de conducta. Por ejemplo un niño de 2 años que llora frecuentemente puede ostentar una conducta normal, pero también puede deberse a un problema distinto que habría que ver si se relaciona con la depresión y, detectar algunos síntomas que la provocan. Tal padecimiento puede representar un síntoma claro que nos represente este problema; sin embargo, es necesario investigarla con el fin de hacer un diagnóstico y tratamiento adecuado.

Por un lado tenemos los síntomas que nos menciona Tisher y Lang (1978 citado por Moreno y Ramos, 1999) :

Respuestas afectivas: que aluden al estado de humor y sentimientos del sujeto.

Problemas sociales: se refieren a las dificultades para interactuar en el ámbito social.

Auto-estima. se relacionan con los sentimientos, conceptos y actitudes en relación a su propia estima y valor.

Preocupación por la muerte-salud: alude a los sueños y fantasías, en relación con la enfermedad y muerte propia.

Sentimientos de culpabilidad: se refiere a la auto-punición del niño.

Depresión varios: son aquellas cuestiones de tipo de depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad.

Ánimo alegre: en su inverso alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentarla.

Positivo varios se refiere a aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una identidad.

Nissen, G. (1971 en Moreno y Ramos, 1999) nos menciona diferentes síntomas que caracterizan a la depresión infantil de acuerdo a las diferentes etapas evolutivas.

- a) Edad preescolar: rechazo del juego, agitación y timidez (síntomas psíquicos); crisis de llanto y gritos, encopresis, insomnio, hiperactividad y dificultades para alimentarse (síntomas psicósomáticos).
- b) Edad escolar: irritabilidad, inseguridad, resistencia a jugar, dificultades en el aprendizaje y timidez (síntomas psíquicos); enuresis, encopresis, onicofagia, terrores nocturnos, manipulaciones genitales, crisis de llanto y gritos (síntomas somáticos).
- c) Adolescencia y preadolescencia: rumiación, impulsos suicidas, abatimiento y sentimiento de inferioridad y opresión (síntomas psíquicos); encefaleas (síntomas psicósomáticos).

Para reafirmar lo anterior se menciona otros autores que están de acuerdo con este tipo de diagnóstico de síntomas.

Herzog, Rathdun,(1982; Dugas y LeHeuzey 1984 en Jalenques y Lanchal, 1994) nos habla a cerca de los síntomas de la depresión, dice que los signos esenciales de la depresión en el niño y en el adulto son idénticos; las variaciones en la expresión de la semiología depresiva se debe, al nivel de desarrollo cognitivo y afectivo; aunque algunos autores han propuesto un sistema de diagnóstico de la depresión infantil basado en las etapas del desarrollo del niño. Este diagnóstico se basa en un conjunto de síntomas presentes al menos y que comprenden un humor disfórico y cuatro comportamientos disfuncionales definidos siguiendo el nivel de desarrollo del niño (Herzog y Rathbun,1982). Ellos nos mencionan varios síntomas como son:

- Apatía, rechazo de juego.
- Cambios de apetito y de peso.
- Trastornos del sueño.
- Hiper ó hipoactividad, retraimiento social.
- Sentimiento duradero de tristeza y ser desdichado.
- Conducta irritable, cólera, agresividad, oposición.
- Pérdida de energía y fatiga.
- Débil autoestima.
- Dificultades escolares.
- Conducta peligrosa para sí mismo.
- Sensaciones ansiosas, rechazo ansioso de la escuela, ansiedad de separación, fobias.
- Encopresis, enuresis.
- No tiene ilusión para nada, incapacidad para experimentar placer por las actividades habitual, aburrimiento, desinterés, rechazo de juegos colectivos.
- Enlentecimiento psicomotriz.
- Auto-depreciación, sentimiento de impotencia, sentimiento excesivo de culpa.
- Menor posibilidad de concentración.
- Ideas de suicidio.
- Preocupaciones excesivas sobre la salud física.

Calderón (1990) menciona los siguientes síntomas: ansiedad, variaciones en el estado de ánimo, agresividad, cefaleas, desciende el autoestima, tiene un auto-concepto negativo, inhibe su comportamiento social, irritabilidad, vergüenza, culpabilidad.

Gotzens y Montané (1987) hay desánimo y pensamientos negativos, el niño se siente inseguro y rechazado, falta de concentración, síntomas somáticos (dolores abdominales, vómito, etc)

Anorexia (es la pérdida de apetito y negativa de ingerir alimentos).

Encopresis (es un problema de la regulación en la evacuación normalmente diurna e influye en la defecación involuntaria que no se atribuye a una enfermedad física).

Fobia escolar. Debido a la ansiedad de separación de los padres y a los problemas familiares, por ejemplo el divorcio, la pérdida de una persona querida, cambio de escuela. Igualmente se presentan otras fobias como: claustrofobia (hay miedo a los espacios cerrados), nictofobia (cuando se teme a la oscuridad), zoofobia (cuando se teme a los animales).

Miedo: siente temor, pero no puede explicar a qué, pudiendo ser a todo o nada en especial. En ocasiones lo refiere a alguna circunstancia relacionada con el principio de sus molestias, al asistir al trabajo, a la escuela en ocasiones al volver al hogar, salir a la calle.

Cambios de humor: estos se deben a un conjunto de factores de tipo físico y psíquico. Entre los primeros se encuentran, el cansancio, insomnio y todos aquellos factores que pueden

crear un malestar físico en el niño; las glándulas de secreción interna en la pubertad, pueden ser factores de oscilación humoral. Los segundos es cuando el niño tiene un control deficiente de sí mismo y del mundo que le rodea, lo cual implica que no sabe como controlar sus sentimientos ante factores de tipo externo, vividos como amenazantes ó frustrantes. En los adolescentes, las aspiraciones son vagas e imprecisas hacia ideales inaccesibles. Su duración varía puede ser larga, en días e incluso semanas, hay manifestaciones de fobias

Terrores nocturnos. Es un ataque de ansiedad abrumadora, en el estado de vigilia incontrolado durante el dormir. El niño grita, llora con la mirada fija hacia delante, como si viese algo ante él. Cualquier tipo de separación afectiva, sobre todo la madre crea las bases óptimas para que aparezcan los terrores nocturnos y en familias desequilibradas emocionalmente y de padres alcohólicos y drogadictos. Aparece en edades comprendida entre los 4 y 8 años, dependiendo del grado de madurez real, ya que deben estar organizados y estructurados los sistemas emocionales del individuo. En el joven y en el adulto no tienen terrores nocturnos, pero si experimentan pesadillas (Gotzens y Montané,1987).

Finalmente la prevalencia de la depresión en niños menores de 14 años, fue de 1.4% y 2.5% en menores de 13 años (Rutter,1970; Dugas y Mouren 1980 en Jalenques y Lanchal 1994).

## CAPÍTULO 4

### EL MATRIMONIO Y LA FAMILIA

El matrimonio y la familia sigue constituyendo el centro de interés de toda la comunidad social. El amor y la familia siguen teniendo vigencia para configurar la personalidad de los futuros.

Varela, 1985.

El matrimonio es uno de los procesos de acomodación en el que la pareja desarrolla una serie de transacciones relacionadas con sus recíprocos intercambios. Es decir que forman una familia para la conservación de la especie, nutrición, el desarrollo y el manejo de los impulsos que permiten a las personas convivir en sociedad. Con la llegada de los hijos se transmiten costumbres, hábitos, tradiciones, valores; pero si hay conflicto, como el divorcio, la pérdida o abandono de uno de los padres, esto es doloroso para los hijos, puesto que el niño es más vulnerable a estas situaciones.

#### 4.1 El matrimonio

El matrimonio es un cambio en el que la pareja intercambia una serie de valores, ideas, costumbres, etc.

El nacimiento de un hijo produce un cambio significativo en su organización, familiar, social, individual y de pareja. El sostén económico, educación, la alimentación, la vivienda, entre otros, son requerimientos esenciales (Varela, 1985).

Igualmente sobreviene un periodo de intenso cuidado de los pequeños, que generan situaciones de aguda tensión. En esta etapa se ponen en acción los roles de una manera difícil para la madre, las tareas en el hogar y el trabajo fuera de casa, promueve conflictos entre la pareja.

Así mismo con el inicio de la etapa escolar, la crisis es mayor. Es por eso que los padres deben mostrarse capaces de afrontar esta situación. Pero en la actualidad esta barrera se ha transformado, puesto que es muy difícil que ambas parejas sean homogéneas. Hay otros casos donde un cónyuge nada más trabaja debido al despido de su cónyuge por alguna incapacidad ó enfermedad.

## 4.2 Vínculo padres-hijos

El vínculo es el lazo emocional duradero que une a una persona con otra. Por eso es importante el amor imprescindible de los padres hacia los hijos, para que tengan un buen desarrollo de su personalidad y su maduración afectiva, como también su evolución intelectual.

De todos los que rodean al niño es de la madre, de la que más necesita su cariño y su presencia. Condición básica para que el niño se sienta seguro y amado. Esto le causa placer y seguridad. Hay infinidad de situaciones en las que los padres para satisfacer sus propias expectativas tienen la esperanza de realizarse a través de sus hijos interfiriendo en su individualidad.

Por otro lado, la estabilidad es otro aspecto importante, esta abarca el amor de los padres entre sí y hacia los hijos. También abarca la educación y orientación, mientras no alcancen su total autonomía, pasando por la estabilidad de las condiciones económicas y materiales del hogar. Las experiencias negativas con los padres durante la infancia desempeñan un papel importante en los trastornos cognitivos. Ya que no todas las personas que han vivido o viven las experiencias emocionales depende de la interpretación y evaluación de la situación. La cognición tiene que ver con la forma en que los padres reflejan el mundo real y en el que viven. Por lo regular son niños que tienden a reproducir dicho ambiente en sus futuras familias y tienen depresiones, que los llevan a sentirse devaluados, y ven la vida el mundo y el futuro de una forma negativa. Estas no sólo son razones suficientes para que se de la depresión, hay otros factores de vulnerabilidad.

Las actitudes de los padres dependencia-independencia, sobreprotección-rechazo, calidad de tiempo dedicado; uso de premios o castigos (motivación) han de contribuir a moldear el comportamiento de sus hijos y nivel de aspiraciones, la tolerancia a la frustración.

## 4.3 El origen de la familia

En la sociedad primitiva, la familia es el eje de la vida social. Es más, la familia es la única forma de organización social ya que con ella se identifica la horda, y dentro de ella las funciones económicas, religiosas y políticas. Las causas son múltiples y nos explica de que tipo de familia se trata. Primero el hombre salvaje vive en condiciones de inferioridad frente a la naturaleza y los animales, depende de ellos, sin poderlos dominar todavía. Por lo tanto, necesita reforzar el núcleo familiar más cercano. Segundo, esta horda vive relativamente aislada de otras, a las que conoce socialmente a través de enfrentamientos bélicos lo que exige un fortalecimiento constante del grupo materno. Tercero la rudimentaria tecnología existente es compensada con el trabajo en común, intenso y permanente. De ahí resulta la organización familiar colectiva, democrática, elemental e igualitaria. Los hijos no son propiedad de los padres sino responsabilidad del grupo entero. El individuo no existe como tal, sino como miembro de un grupo, lo que hace o deja de hacer es responsabilidad común. Esta familia-horda provee la seguridad en el hombre para subsistir a costa de no alcanzar su

libertad. El hombre depende de manera vital de su grupo, construido a base de estrechas relaciones de parentesco (Ramírez,1998).

#### **4.4 La familia**

La familia es uno de los grupos primarios y naturales en que vive el ser humano. También constituye un ambiente especialmente importante, para el hijo (a) e hijos (as) tanto por las influencias que tiene su comportamiento, como por el conjunto de relaciones afectivas que en ella se configuran (Polaino-Lorente,1988).

Por consiguiente, la familia como forma básica de estructuración social está siendo actualmente cuestionada desde diversos puntos de vista en todos sus numerosos y complejos aspectos. Por ejemplo cuando se dice que la familia está en crisis, nos referimos a la tradicional familia, dónde se cuestiona y proclama la igualdad y libertad individual de género. Así la familia mantendrá una clara discriminación de derechos y, una estructura incompatible, con los supuestos de la nueva estructura familiar, sea más democrática y de igualdad y libertad.

Así mismo, los valores que hoy tienen validez, mañana se transformarán e incluso desaparecerán dejando un hueco que cubrir, esto depende de los distintos tipos de sociedad humana; ya que han ido evolucionando a lo largo de la historia e incluso desapareciendo. Sin embargo, la familia y toda su amplia temática continúa despertando el interés de otras ciencias humanas, sociales, políticas, económicas; en el futuro, la valoración dependerá del papel que juegue la familia.

Es obvio que si la formación del individuo depende de las experiencias familiares y de las relaciones existentes en él, el aspecto educativo será de especial relevancia, pero la función no es la única. Ya que nos encontramos con otras necesidades básicas como: alimentación, cuidados de salud, vivienda, aspectos afectivos y emocionales, psíquicos (como son los problemas de concentración, de memoria, percepción etc.) Con el nacimiento de la familia y la sociedad humana se perpetua la especie (Sánchez ,1984).

Al referirnos a los tipos de familias, es por que existen diferentes vínculos de sangre, con sus respectivos lazos de consanguinidad, amor y respeto mutuo. Pero hay familias con vínculos en los que no existe armonía ni equilibrio y están imposibilitadas para llevar acabo sus funciones.

## 4.5 Tipos de familia

Este apartado es importante, puesto que hay un gran número de familias que mantienen una atmósfera constantemente agresiva y otras agradable ambiente familiar. De acuerdo a la teoría cognitiva de Beck (1964), los pensamientos distorsionados se dan en el sujeto depresivo, cuando este tiene sucesos estresantes en su vida familiar y pérdidas, los relaciona con su forma de sentir y sus creencias, actitudes negativas sobre el mundo (Sánchez, 1984).

Familia extensa: aquí se encuentra un amplio abanico de parentescos: tíos, primos, abuelos, abuelas, etc.

Familia conyugal: Se encuentra integrada por los esposos, hijos y en muchos casos abuelos.

Familia consanguínea: Es de dos tipos, lineal de padres a hijos y colateral entre hermanos, es decir personas relacionadas por la sangre; y el otro por afinidad, como el producido por el matrimonio esposa y esposo, cuñados, etc.

Familia poligámica y poliándrica: Esas dos formas de familias sólo son excepciones, artículos de lujo en la historia. De hecho la poligamia de un hombre no es inevitable, ya que es producto de la esclavitud existente en la sociedad y se limita a las gentes de posición elevada. En la familia patriarcal semita-hebrea el patriarca y a lo sumo algunos de sus hijos viven como poligámicos; los demás se ven obligados a contenerse con una sola mujer, pues no pueden mantener varias. Una excepción es la poliándrica (mujer que tiene muchos maridos) que florece en la India y Tíbet de aquellos tiempos y que se originan del matrimonio con grupos.

La familia monogámica: nace de la familia sindiasmica dónde el régimen de matrimonio por grupos en el estadio de la barbarie se formaban parejas conyugales por un tiempo más o menos largo. El hombre tiene una mujer principal, sin el hecho que se diga que sea la única, de entre todas las demás esposas y a su vez, las mujeres hacen lo mismo. Esta circunstancia ha contribuido a la confusión de los misioneros, quienes en el matrimonio por grupos ven una comunidad promiscua de mujeres, algo así como un adulterio arbitrario. Pero conforme se desarrolla esta comunidad de familias se va haciendo más numeroso el conjunto de hermanos, entre quienes es imposible el matrimonio y es así como surge la familia sindiasmica. Por el contrario en la familia monogámica, existe una solidez de los lazos conyugales, que no pueden ser disueltos por el deseo de algunas de las partes sin antes no cumplir con ciertos requisitos, como por ejemplo la paternidad es indiscutible y sus hijos los herederos.

La familia rural, es la familia campesina que posee una fuerte cohesión interna (unión dentro de la familia), así como un gran número de miembros, 9 a 10 hijos en promedio, regida por un gobierno patriarcal, que a partir de la revolución de 1910 ha resentido bruscos cambios en su organización. El niño desde muy pequeño colabora en la siembra y cosecha junto con

los demás familiares, se tiene la idea de que esto le desarrolla mas sentido de responsabilidad en la adultez y un carácter poco alegre reforzado con la herencia de reserva o recelo. Por ello no asiste a la escuela, no se capacita, ni adquiere la posibilidad de romper con el atraso rural, por lo que su mayor aspiración, se convierte en emigrar. El trabajo de la mujer no se limita al hogar, sino que sale a las labores del campo y al comercio de sus productos agrícolas o artesanales en condiciones de evidente inferioridad. Las relaciones prematrimoniales no se tratan durante el tiempo de recolección o siembra, sino en tiempos de fiestas importantes, y es ahí donde los jóvenes se conocen y se tratan.

Familia urbana: comprende a las clases sociales minoritarias, obreros, artesanos, pequeñas empresas, etc. Por lo regular, localizadas en las zonas más alejadas del centro de la ciudad o en las zonas menos urbanizadas o decadentes. Es más numerosa, esta basada en la unión libre, que conviven un tiempo ilimitado en otros casos las parejas duran más tiempo con sus respectivos hijos, si los hay de las dos partes ó nada más de una.

En tales parejas, si el hombre, ayuda a la manutención de esposa-hijastros, lo hace sólo mientras dura la unión, una vez separados, se olvidan de esa responsabilidad paternal. Entonces los hijos se habitúan a tal situación llamándole al padrastro padre, aun cuando se sabe que no son sus hijos de él.

Familia incompleta: cuando decimos incompleta nos referimos a los casos en dónde falta el padre y / o madre, por defecto de una separación, de divorcio o abandono, por una enfermedad, un fallecimiento, por cuestión de trabajo, por la irresponsabilidad paterna y materna, viudez, etc. (Ludwing, B ; y Ludwing,G, (1985).

La familia actual: tiende a no ser tan rígida, en los roles familiares, esta suavización viene dada por el acceso de la mujer al mundo profesional y por el principio de igualdad de género, en la patria potestad de los hijos, en la participación del hogar, aunque todavía no están establecidos estos roles, debido a los roles que existe en el género masculino y femenino, que establece nuestra sociedad. Tiende a una gran incidencia afectiva e ideológica sobre el individuo a lo largo de su vida. Puesto que cada grupo familiar posee una interpretación especifica de valores y de cultura.

La unión o separación de una pareja pasa por diferentes etapas, en las cuales los valores ya reaprendidos de los padres de procedencia, van a servir a los hijos para que estos aprehendan como formar un hogar libre de tensiones.

#### **4.6 Divorcio:**

Nos referimos, a la separación de la pareja, debido a conflictos entre ellos. (desamor, indiferencia, odio etc. El porcentaje hoy en día del divorcio es elevado. Pero tal vez llegar a esta decisión no sea tan fácil ni lo más recomendable; sin embargo esta decisión involucra a terceras personas, y con ella una serie de aspectos que abarcan desde lo social, económico, legal y emocional.

Tiene consecuencias graves, se acentúan en el estado emocional de los hijos, la posesión del dinero y los bienes materiales. Otra consecuencia es la posibilidad de tener otras parejas, al principio parece ser una solución muy romántica “de rehacer la vida y al fin ser feliz”. Lamentablemente los problemas no se dejan esperar; por ejemplo: mantener unos hijos que no son los propios, lidiar con problemas y necesidades, mezclar salarios, discutir por tu dinero, mi dinero, etc. En ocasiones, el padre tiene que distribuir su dinero entre la familia actual y la anterior. Este tipo de conflictos resultan muy desagradables y desgastante para los padres e hijos.

Los adultos se enfrascan en sus propios problemas, tratan injustamente al niño, al no escucharlo en ese momento y regularmente reaccionan con brusquedad. El adolescente acumula irritabilidad y agresividad; es por eso que se vincula con otros adolescentes de la misma edad, sacando ese dolor con alcohol ó drogas (Ludwing,B; y Ludwing,G (1985).

#### **4.7 Tipos de madres:**

Este aspecto es de gran importancia, debido a que existen situaciones de vínculos afectivos con la madre y los hijos ya que presentan diferentes caracteres entre ambos y en la mayoría de las veces, roces con alguno de los hijos.

De acuerdo a Varela,1985 los diferentes tipos de madres se clasifican en :

**Madres posesivas:**

Esperan que el hijo se muestre eternamente agradecido y muestre a cada instante este agradecimiento. Piden a sus hijos que hagan tal o cual cosa por ella, para no disgustarla. Exige al pequeño un comportamiento adulto, buenas calificaciones, etc.

En la relación madre-hijo el amor es egoísta por parte de la madre, utiliza al niño como pantalla para vencer sus propias neurosis y frustraciones. Pretende que sus hijos sean perfectos.

**Madres machistas:**

Son mujeres que no encajaron en su papel como tales y se muestran antimachistas (comportamiento de la mujer que se cree superior al hombre) en todos los aspectos de su vida. Son posesivas con sus hijos, ya que los consideran de su propiedad y sufren ante las atenciones que otro pueda mostrarles y muy en especialmente si ese otro es el marido. Ya que viven con la obsesión de rivalizar con el hombre y a su hijo mostrarle odio y si es mujer no le permite la comunicación con el género contrario.

**Madres abuelas:**

Viven para sus hijos exclusivamente, sin importar la pareja y olvidándose de ellas mismas. Es frecuente que este tipo de mujeres son mayores y de edad avanzada, o bien por alguna otra causa tuvieron un embarazo tardío y, por este motivo, el hijo tanto tiempo deseado tiene mucho más valor que ellas.

**Madres absorbentes:**

Tienen un afán desmesurado de sobreprotección, debido a las circunstancias particulares que vivió en su infancia. Sí estas circunstancias fueron difíciles y duraderas no es extraño

que, en su afán de evitar las mismas penalidades que ella paso a sus hijos, se extralimite en sus preocupaciones y en sus cuidados.

**Madres perfeccionistas:**

Son mujeres que nunca están contentas con lo que hacen por sus hijos y creen que están fallando en el trato con ellos; así mismo sufren un complejo de culpabilidad que las abruma.

**Mujeres agresivas:**

La madre maltrata a sus hijos psicológicamente a causa del odio que experimenta hacia ellos. Este odio se da cuando los hijos son el fruto de la unión de un marido al que llegaron a odiar también. La madre que odia a su hijo, se sale de sus casillas, ya que esto va en contra de aquellas emociones naturales como: el rencor, la agresión física y emocional. Es importante tener en cuenta que en este tipo de mujeres no es fácil descubrir las a primera vista ya que acostumbran a mendigar muestras artificiales de afecto.

Neill (1978 citado en Varela,1985) dice que tales conductas vienen dadas porque odiamos en los demás lo que odiamos en nosotros mismos; sin embargo, el odio tiende a repetirse, ya que el que no conoce más que odio y desprecio de sus padres, puede tender con facilidad, no únicamente a odiar a sus hijos, si no a todos cuanto los rodean. Son personas que se les califica de duras y crueles.

Hay mujeres que odian a sus hijos, no por verse reflejadas así mismas sino por la evidencia hacia la juventud de sus hijos y otras por no desearlos debido a una violación o porque las abandonan.

**Madres frías:**

Es muy frecuente la existencia de este tipo de madres. No odian a sus hijos, simplemente no sienten afecto por ellos, ni por su pareja. El niño nunca encontrara en su madre una confidente y consejera a quien poder contar sus problemas, esto contribuirá sobre todo si no recibe de su padre una actitud compensatoria y como consecuencia se encerrarse en si mismo y se aísla (Varela,1985).

**Madres solteras:**

Me refiero por supuesto no a la mujer que vive con su pareja sin contraer matrimonio, si no aquella que es abandonada por el padre de su hijo y, generalmente, no desea el nacimiento de su hijo porque la mayor parte son adolescentes que no tienen una identidad propia, esto no significa que no vayan a quererlo, estas la hacen de madre y padre a la vez, pero difícilmente ofrecen una imagen positiva del padre. Si son muy jóvenes los abuelos toman la rienda de la educación del niño.

**Madres viudas:**

Esta circunstancia es grave y angustiosa para la madre, en lo que respecta a lo económico se siente incapaz de obtenerlo, tiene un dolor profundo de la pérdida. Esta aflicción se agudiza cuando hay niños pequeños y cuando ellas no están capacitadas para trabajar y afrontar la situación.

Madres divorciadas:

Los hijos quedan bajo la custodia de ella, regularmente ofrece una imagen desvalorizada de su padre provocando en el niño más confusión respecto a sus ideas y pensamientos de la situación.

La madrastra:

Su situación es difícil y delicada, ya que muchas veces no sabe que papel jugar. A veces por conquistar el cariño de sus hijastros, o para que la gente no diga, que no los quiere porque no son sus hijos. Se extralimitan en sus muestras de afecto. Otras veces, no ven en sus hijos de su marido más que unos rivales o una carga que soportar.

Los inconvenientes pueden depender de la edad que tengan los niños al fallecer su madre y al casarse su padre otra vez. Cuanto más pequeños sean los hijastros, más fácil les será a todos adaptarse a la nueva situación. Pero, en la adolescencia los problemas son mayores, especialmente con las hijas que tratarán de conservar el cariño de su padre, en exclusividad en contra de la madrastra a la que acusarán de usurpadora. El problema puede agudizarse cuando ella también aporta hijos al matrimonio.

#### **4.8 Tipos de padres:**

Esto es importante, para ver como influyen estas tipologías dadas por Varela (1985) debido al problema de la paternidad, el vínculo entre ambos, pérdida ó abandono de los padres.

Padres débiles:

Con frecuencia encontramos que estos padres pretenden ser los responsables del cuidado de los hijos ignorando el papel de los problemas cotidianos. Creen que sus hijos debe resolver sus propios problemas, esto se da con los padres modernos por que no se les debe llevar la contraria para no frustrarlos.

Padres amigos:

Se considera amigos de sus hijos siempre y cuando no se rompa ese respeto que se tienen ambos. El padre siempre será visto como un adulto. Debe ser una guía constante para sus hijos y participar en las inquietudes de éstos.

Padres autoritarios:

Otra desviación del papel paternal muy frecuente es el abuso de la autoridad. El padre abusa del poder que tiene sobre sus hijos, incluso puede llegar también a dominar a su esposa impidiendo su realización como persona.

Hay padres que están cansados de los problemas que tienen en sus actividades, cuando llegan a casa se ponen de mal humor, queriendo solucionar con gritos, castigos y golpes. Pero gran parte de esas actitudes demuestran un carácter débil y una falta de autoridad real que fomentan la rebeldía y el desconcierto de los hijos.

Padres alcohólicos:

Este es un ejemplo de padres autoritarios, puesto que no se muestran agresivos únicamente en plena borrachera, sino que están siempre en una actitud de censura hacia su familia y que ocultan o tratan de ocultar un carácter débil, ya que no es capaz de intentar salir de la enfermedad en la que se encuentra. Pero también al hablar de abuso de autoridad paterna no sólo se refiere al padre que maltrata a los hijos sino también a la esposa. Es frecuente encontrar al padre que se encuentra cariñoso con los hijos, pero es tiránico y déspota con su esposa.

El padrastro:

El padrastro suele hacerse responsable de los hijastros mientras están viviendo con la madre. En estos casos se suelen dar menos dificultades con los hijos menores ya que está vinculación con los hijos no es fácil, para ellos ni para el padrastro.

El padre viudo:

Raramente se queda al frente de los hijos, ya que le resulta difícil tomar esa responsabilidad de madre. A veces es apoyado por otras personas cercanas. En este tipo de pérdidas, los niños pequeños son los más sensibles y vulnerables a la depresión. Esto antecede a provocar miedo y ansiedad, a su vez les hace sentir inseguridad, tristeza y dolor (Prestón,1995).

#### **4.9 Consecuencias psicológicas:**

Como consecuencia de lo anterior, algunos de los problemas que se presentan son: alteraciones afectivas, psicológicas, cognitivas, sociales en el niño. Ya que perjudica su desarrollo escolar y su comportamiento y autoestima. En este sentido la aparición de un acontecimiento o evento estresante puede descompensar la conducta, favoreciendo la emergencia de pensamientos depresivos (Moreno y Ramos,1999).

Por otra parte Mercado (1991) señala que las consecuencias de rechazo o desamor materno alcanzan serias repercusiones en el desarrollo físico, psicomotor, intelectual y emocional del niño.

En este sentido es importante y necesario investigar este abandono entre las figuras maternas y paternas como causa de la depresión infantil.

Sánchez (1984) comenta que la ruptura de pareja expresa en los hijos distintos síntomas: los somáticos, afectivos, intelectuales, sociales.

1.- Somáticos:

- a) Desequilibrio respiratorio. Esta patología es frecuente en niños con problemas afectivos, cuenta con los siguientes causas : asma infantil, bronquitis crónica, pero el

asma en estos problemas genera una crisis paroxística ,es decir que se acrecienta la enfermedad

- b) Desequilibrio digestivo. Desestabiliza la digestión provocando dolores con estados de ansiedad, provocando vómitos en el niño.
- c) Otros desequilibrios. Taquicardias, afecciones dermatológicas, cefaleas, fatiga física o intelectuales, etc .Los niños que vivencian un drama afectivo no necesariamente presentaran todos estos síntomas. Pero es cierto que cuando aparecen algunos de ellos, deben a los padres poner en alerta, ya que sus hijos están viviendo un problema.

2.- Problemas afectivos. Refleja la situación de conflicto en la pareja, a través del espejo de los hijos. También los niños suelen generar recursos logrando una especie de equilibrio neurótico que le permite una evolución favorable ante el problema. Cuando la situación vivida es insoportable y la familia no ha sabido actuar con prudencia, el caparazón con que se ha cubierto el hijo puede saltar hecho pedazos y presenta una sintomatología, aunque tenga carácter transitorio. Presentaría las situaciones siguientes:

- a) Neurosis y angustia: Se da por consecuencia de las disputas violentas, incluso por agresiones físicas entre los padres. El niño expresará un profundo malestar con impresión de ahogo, bañado en sudor y temblor de piernas. Por ejemplo, en el caso de una niña que, ante la presencia de una feroz pelea de sus padres, se le encontró temblando incontrolablemente y, como secuela duradera, quedo con un problema de tartamudez de origen claramente afectivo. Parece imposible que situaciones de éstas sucedan, pero la realidad nos hablan todos los días que hay adultos que se comportan como sino lo fueran.
- b) El niño fóbico. Es un miedo angustioso que experimenta el niño en determinada circunstancias. Presenta temor, insomnio, fobias a determinados aspectos como: a animales, al vacío, a los grandes espacios, a lugares cerrados, etc.
- c) El niño obsesivo. En este caso, los menores reaccionan con agresividad y del mal humor, ante la situación familia.
- d) El niño histérico. Con frecuencia se le ha asociado al comportamiento femenino, pero de ella no se escapa tampoco el hombre. Sus síntomas son la aparición de dolores diversos, risas nerviosas y sollozos. A veces utiliza el chantaje de la huida y entonces el supuesto suicidio es el que fortalece a los padres a un cambio de la situación. Pueden padecer crisis nerviosa y caer en shock histérico.
- e) El soñador patológico. El niño crea su mundo de fantasías, dónde niega el problema de sus padres. El niño fábulas una situación que nunca ha ocurrido, imaginando situaciones perfectas donde su vida juega un papel muy diferente a lo real.

- f) Trastornos generales. Entre estos se encuentran: anorexia, ingestión de alimento, alcoholismo, enuresis (emisión involuntaria de orina durante el sueño, generalmente nocturnal) esta es una de las causas de tipo psicógeno de origen afectivo. En los adolescentes un comportamiento sexual excesivo como puede ser la masturbación y una agitación psicomotriz, entre otros.
- g) El niño cabeza de turco. El pequeño es víctima de maltratos y humillaciones, es un niño masoquista porque quiere que lo maltraten para solucionar la culpa que siente por su comportamiento.

3.-Problemas intelectuales. Entre estos problemas podemos encontrar: la inadaptación escolar, pero no en todos los niños que presentan inadaptación escolar viven circunstancias familiares adversas. El origen puede estar, por ejemplo, en su propia calidad intelectual, ya sea por situaciones de conflicto familiar, reacciones de sus padres ante las exigencias escolares, pero si la escuela no atiende de manera individualizada estas situaciones se agraban.

Entre otros:

- dislexia (dificultad para aprender a leer) .
- disortografía.
- discalculia.
- fobia escolar.
- trastornos del lenguaje.
- tartamudez.
- inhibición,
- cólera.
- inestabilidad.
- vómitos.
- trastornos emotivos (motivación, desmotivación que se le da a los hijos por parte de los padres).
- ausentismo escolar etc.

Todo esto es consecuencia de los conflictos familiares, al tomar la escuela como un medio de compensación de sus propias frustraciones afectivas, lo que supone un mecanismo de defensa (Sánchez,1984).

4.-Problemas sociales. Se expresan en los comportamientos de integración y desintegración social. Así mismo, el niño se socializa a través del contacto materno y, posteriormente, amplía sus relaciones dentro del contexto familiar. La percepción y estructura de las experiencias del individuo determinan sus sentimientos y conducta.

Algunos de los problemas sociales son:

- a) Delincuencia. Sería pecar de ligereza si suponemos que todos los hijos de familias destruidas acaban en el terreno de la delincuencia. No es así, pero es igualmente cierto, que esto se presente, debido a que la misma familia no les proporciona la suficiente estabilidad y cobertura afectiva.
- b) Toxicomanía. Algunos muchachos se dejan arrastrar por la salida fácil y engañosa de la droga, como medio de huida ante una ruptura familiar.
- c) Las fugas. Pueden suponer para el hijo una respuesta activa y liberadora, una especie de válvula de seguridad ante un conflicto que le abruma.

5.- El niño carente de síntomas. Estos niños no expresan síntomas tan claros, si no que ellos se desahogan en otras actividades del medio ambiente como son:

- a) Presenta inhibición en el aspecto afectivo con sus padres, se vuelca hacia otros objetos sustitutos que le proporcionarán la seguridad afectiva que necesita para su estabilidad; por ejemplo: un familiar próximo, algún adulto que le comprenda, algún compañero o pandilla.
- b) Se aferrará al cumplimiento escrupuloso de la disciplina escolar; otros se interesarán por el deporte o serán socios entusiastas de algún club deportivo o se dedicarán al trabajo de modo casi obsesivo.
- c) Aumentará su egocentrismo o su egoísmo, lo que sin duda puede volverse molesto a los que le rodean.

#### **4.10 Pérdidas tempranas:**

El abandono es cuando una de las dos figuras paternas se aleja privando al niño de su cuidado afectivo, físico, psicológico, social saludable. Existe un alto riesgo de sufrir depresión en los niños que han experimentado una pérdida importante, tanto de seres queridos como de cosas, situaciones esenciales para ellos o que presentan desórdenes de la atención, conductas sometidas a situaciones de maltrato graves. A sí mismo, esta depresión se debe a cambios importantes: estrés, como resultado de una pérdida de los padres, divorcio, problemas familiares, entre otros factores.

Los niños pequeños son sensibles a la pérdida de los seres amados. Es una parte normal del desarrollo establecer ligas profundas, sobre todo con los padres. Existen muchas formas de perder a uno de ellos, puede ser por muerte; por separación o divorcio; por trabajo que requiere la ausencia del padre por periodos prolongados, por trabajar fuera de casa, por una enfermedad grave que implique la hospitalización por mucho tiempo. Muchos padres pueden estar presentes físicamente pero ausentes o desligados emocionalmente; por ejemplo un

padre enfermo, en cama, puede amar mucho tiempo a sus hijos, sin embargo, no estar emocionalmente disponible. Otra expresión son los niños criados por padres deprimidos, pues el padre puede amar profundamente a sus hijos, pero la depresión es capaz de restarle energía y habilidad para involucrarse significativamente con ellos, provocándoles una profunda soledad.

Algunas veces, un niño es rechazado y no amado o puede suceder que una tensión familiar provoque rudeza y rechazo por parte del padre. Los hijos de los alcohólicos, por ejemplo, comúnmente sufren de una significativa carencia emocional; el abuso prolongado del alcohol tiene, por lo general, un defecto devastador en los padres, puede inferir con su capacidad de crear ligas íntimas con los hijos, quienes, en su mayoría padecen los efectos de la pérdida temprana de la cercanía emocional con sus padres.

Según Prestón (1995), el sentimiento de pérdida profunda durante la niñez tiene como consecuencia cinco problemas básicos que pueden continuar durante la vida adulta:

- 1.- Dificultades para intimar: estar unido a un padre, para después perderlo, puede provocar que un niño sea extremadamente cauteloso respecto de la posibilidad de acercarse emocionalmente a alguien. Estos niños pueden sentir una gran necesidad interna de acercamiento, pero albergar, al mismo tiempo, un gran temor de pérdida o el rechazo, por lo que nunca se permite involucrarse íntimo. Esta sensación interna de necesidad de amor conjuntamente con el aislamiento emocional puede incrementar la posibilidad de llegar a la depresión.
- 2.- Miedo y ansiedad: los niños tienen necesidad de sus padres para sentir la sensación básica de seguridad de sí mismo, del mundo y del futuro. La pérdida generalmente deja al niño con un sentimiento de inseguridad y temor.
- 3.- Profunda tristeza y dolor: es notable cómo se prolonga la presencia del miedo a la intimidad, la inseguridad y la tristeza en lo más íntimo de la persona, aun muchos años después de que ocurrió el evento doloroso. Estos individuos corren un gran riesgo de tener fuertes reacciones ante las pérdidas experimentadas posteriormente. Cuando algo así sucede, la pérdida actual remueve heridas profundas del pasado que no han sanado. A veces es difícil de entender, por qué una persona reacciona exageradamente ante una pérdida si no se consideran las experiencias de la niñez.

Linda es una joven soltera de 27 años, quien se sintió avergonzada cuando platicó que se había sentido muy deprimida desde que su gato Félix, había muerto hacía tres semanas. "Me siento tan inútil". La gente se siente triste cuando se mueren sus mascotas, pero yo realmente me siento morir desde que Félix se fue." Sus amigos no podían comprender cómo la muerte de un gato podía provocar sentimientos tan profundos y dolorosos.

Al hablar con Linda aclaramos la razón. Cuando ella era niña, su madre padeció una enfermedad mental, por lo que tuvieron que hospitalizarla varias veces. Su padre, incapaz de enfrentarse a la necesidad de educar a sus tres hijos, Linda y dos hermanos, los internaban en una institución educativa (que ella llamaba orfanato), durante varios meses

“cada vez que la madre era hospitalizada.” La primera vez que mi padre nos visitó lloré tan desesperadamente que se molestó, “me dijo que no podía soportar verme llorar, así que nunca volverá a visitarnos”. De esta manera, Linda aprendió a no llorar, aunque estuviera muy triste, por miedo de molestar a su padre. Se sentía constantemente triste en el “orfanato”, pero se acostumbró a esconder sus sentimientos más profundos.

Después, en la adolescencia y la juventud, tenía tanto temor a involucrarse con alguien que siempre guardaba su distancia y muy rara vez aceptaba compromisos. Sin embargo, sus necesidades internas de amor y cercanía no habían desaparecido. Ella se permitió expresar cariño y compromiso con Félix.

Su muerte provocó la reacción no sólo ante la pérdida de su mascota; sino también ante los sentimientos dolorosos enterrados dentro de ella desde su niñez.

Era muy importante para Linda entender las razones de su reacción, aparentemente exagerada. Después de unas sesiones de psicoterapia y mucha discusión respecto de las experiencias de su infancia, comentó: “ Ahora mis sentimientos tienen sentido. Todavía me duele mucho, pero ahora lo que siento ya no me parece tan raro o anormal. Entiendo por que me siento tan lastimada” (Prestón, 1985).

Por fortuna, las pérdidas tempranas no garantizan que cuando una persona sea adulta forzosamente estará deprimida. Hay dos factores importantes que permiten a un niño enfrentar una pérdida dolorosa: el primero es la posibilidad de poder contar, cuando menos, con otro adulto en quién confiar. No es raro que el otro padre, la abuela o una tía puedan hacer la diferencia crucial para un niño que ha perdido a uno de sus padres.

El segundo factor es ayudar a un niño en su duelo. Si el padre de Linda hubiera estado disponible, si hubiera dejado a sus hijos en casa, o si cuando menos les hubiera permitido llorar, su vida habría sido diferente.

Si al niño se le da el mensaje “Esto es difícil, está bien que llores” y se comparten con él las propias lágrimas y el dolor, se le ayudará a prevenir heridas emocionales que pueden durar toda la vida.

4.- Una atmósfera áspera constante: Todos los padres, en alguna ocasión pierden la paciencia; todos ocasionalmente son insensibles; todos cometen errores que lastiman a sus hijos. Pero los errores ocasionales no dejan heridas profundas. El hecho es que la mayoría de los especialistas en desarrollo infantil consideran que se debe proporcionar a los niños “una atmósfera suficientemente buena”, y así ellos crecerán y madurarán adecuadamente. Se entiende por “suficientemente bueno” un ambiente en que la mayor parte de las experiencias son positivas o, cuanto menos, neutrales, donde lo bueno supera lo malo. Después de todo, nadie es perfecto.

Sin embargo, encontramos un gran número de familias que, mantienen una atmósfera constantemente agresiva. Algunas veces el abuso físico es parte de la situación, pero estoy hablando básicamente de actitudes abusivas hacia el niño: “Eres un bueno para nada, no te queremos, eres un inútil para todo”.

Recientemente vi en un supermercado, a una madre que sacudiendo al niño le decía: “No vales ni un cacahuete”; éste es un mensaje dañino para ese niño, es minimizante y deshumanizador, acabará con su autoestima como persona, día a día, estos mensajes de minusvalía se incrustarán en el niño. Éste, invariablemente, llegará a pensar que el mensaje transmitido por una de las figuras más importantes de su vida es verdadero.

Estos individuos crecen con una autoestima muy dañada, por lo que hasta los más pequeños fracasos en la vida adulta remueven este doloroso sentimiento interno. Por ejemplo: Es como cuando una persona, se equivoca en algo y otra lo regaña por lo que hizo, esa persona pensaba, que tienen razón en lo que se le dice de él mismo.

La realidad es que estos fracasos, las desilusiones y contrariedades son aspectos inevitables de la vida adulta. Aun bajo las mejores circunstancias vivir, por lo general, es difícil. Crecer en un ambiente agresivo incrementa el dolor provocado por las decepciones posteriores y deja una marca profunda en el espíritu del infante.

5.- Falta de apoyo para el crecimiento .Los niños necesitan protección y cariño, pero también requieren de estímulos para crecer. Existe una fuerza interna inherente a cada persona, que la empuja a crecer, a convertirse en sí misma, a tener una opinión, a actuar y dejar una marca en el mundo. A veces, los padres no apoyan este crecimiento, por lo que actúan de diversas maneras.

La primera: es que algunos padres desean que sus bebés siempre lo sean, es difícil dejar el calor y la cercanía que provee un infante. Cuando este empieza a alejarse como respuesta al deseo innato de incursionar en el mundo por sí mismo, el padre puede sentirse lastimado, preocupado o rechazado. Una forma de detener el crecimiento y su independencia es que el padre perciba a su hijo como incapaz y haga todo por él. Para este tipo de padres será muy difícil ver al niño cometer un error.

Por ejemplo, cuando empieza a caminar, el padre puede sentir la necesidad de “rescatarlo”, cada vez que se vaya a caer. El resultado aparente es que el niño está siendo protegido para que no se lastime; pero a un nivel más profundo, el pequeño recibe el mensaje: “Te veo incapaz, no creo que pueda hacerlo por sí mismo. No tengo confianza en tu habilidad así que te protegeré y haré las cosas por ti”. Generalmente los padres no tienen la menor idea de cómo afecta esto a los hijos. Si el patrón de conducta continúa, el resultado es que el chico crece pensando: “No puedo hacer las cosas. No tengo confianza en mi mismo”, por lo que el individuo siempre estará en un terreno inseguro, temeroso de actuar, requiriendo constantemente, aun cuando sea adulto, de la ayuda de los demás, creyendo “no puedo hacerlo yo solo”.Una vez siendo adulto, la pérdida del esposo, o de uno de los padres, resulta terriblemente dolorosa si se piensa, internamente, que: “No puedo vivir sin él.”.Por lo tanto una parte de la reacción no es únicamente la natural tristeza ante la pérdida, sino que es la marcada pérdida de la auto-confianza y el sentimiento de depresión que con ello arrastra.

Otra forma de impedir el crecimiento es que cuando el niño empieza a hacer las cosas por sí mismo, de manera independiente, los padres respondan ridiculizándolo o minimizando su esfuerzo. Nunca hay que olvidar que los padres debemos apoyar estos intentos tempranos de autonomía y expresión personal

En algunas familias los niños sufren demandas de perfeccionismo. El pequeño puede hacer las cosas lo mejor que se pueda pero nunca es "lo suficiente". Si obtiene calificaciones de diez, el padre siempre comentará: ¿Por qué no son diez con mención honorífica? "Aquí el mensaje ante el crecimiento y autonomía del niño también es:" "Tu esfuerzo no es lo suficientemente bueno." Dichos mensajes penetran y se convierten en la base de sentimientos posteriores de auto-devaluación.

Las experiencias de la vida adulta (especialmente los fracasos) remueven, en las personas que no tuvieron apoyo en su crecimiento, los sentimientos profundos y dolorosos de la niñez). Los individuos que crecen con el apoyo adecuado desarrollan una sensación interna básica de "estar bien", por lo que los fracasos posteriores duelen, pero no son devastadores. Es, evidente que una serie de experiencias tempranas tienen consecuencias significativas en el desarrollo y adaptación posterior. Casi ningún niño puede simplemente superar estas experiencias tempranas dolorosas, cuando están listos para entrar en la vida adulta, ya llevan profundas heridas a las cuales sobreponerse (Prestón, 1995).

El modelo cognitivo de depresión de Beck (1967) nos menciona que las creencias y actitudes negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro son pensamientos distorsionados de experiencias anteriores que tienen las personas con depresión. En los niños surge debido a pérdidas ó abandonos de sus seres queridos, problemas familiares, divorcio, etc.

Es un supuesto teórico el que la conducta esta medida por el modo que tiene un individuo de estructurar el mundo, modo que está basado en actitudes y supuestos desarrollados a partir de experiencias previas de aprendizaje. Este modo supone que un individuo determinado percibe una situación similar y evalúa en función de sus experiencias anteriores. La forma en que la persona percibe y evalúa sus respuestas emocionales observables y lenguaje interno etiquetarán esas situaciones para emitir una conducta determinada en su estilo de afrontamiento modulado por medio de aprendizajes anteriores. Cuando hay una pérdida afecta sus estados de ánimo y se pone triste, llora, se altera el sueño, hay ansiedad entre otros síntomas.

Cuando hay problemas familiares, el niño presenta una serie de síntomas como: una baja autoestima, baja concentración, aislamiento, irritabilidad en vez de tristeza. Si existe divorcio pueden presentarse problemas de enuresis, terrores nocturnos, problemas de conducta, de alcohol, droga. Ya que parte de los trastornos emocionales y de conducta tienen su origen en rupturas entre los hijos y los padres(Moreno y Ramos,1999).

La familia constituye, un ambiente importante, tanto por las influencias que tiene el comportamiento infantil como por el conjunto de relaciones que con ellas se configuran. Las cogniciones son conductas no observables (estímulos-respuestas, contingencias encubiertas) pero sujetas a las mismas leyes del aprendizaje que la conducta manifiesta y modifica mediante procedimientos terapéuticos utilizados en la conducta observable.

**En síntesis** el matrimonio y la familia constituyen el centro de interés en la comunidad social. Puesto que el matrimonio es un proceso de intercambios evolutivos Con la llegada de los hijos esa evolución en su organización social, individual, cultural da un giro importante en la pareja, puesto va a ser la base de los lazos de unión (Varela,1985).

Así mismo la familia es una forma básica de estructuración social, ya que intervienen diferentes vínculos de sangre con sus respectivos lazos de consanguinidad. Pero cuando hay una ruptura entre los padres e hijos puede haber problemas psicológicos, sociales y físicos que pueden ir más allá de la muerte del hijo, comenzando con la depresión hasta llegar al suicidio. Esto puede deberse a que los niños son más vulnerables ante éstas situaciones de estrés como (divorcio, pérdida de un ser querido, ya sean tíos, abuelos, padre, madre, un animal un objeto es decir cuando hay pérdidas).

Esta depresión puede provocar pensamientos negativos en tres aspectos de el mismo, de su mundo y su futuro. También problemas sociales como delincuencia, de alcoholismo, de drogas, huidas de casa, embarazos a menor edad entre otros (Polaino-Lorente,1985).

De hecho nuestros pensamientos determinan en gran medida como nos sentimos y como nos comportamos (Prestón,1995).

Finalmente estos pensamientos de depresión son un factor de riesgo para cometer suicidio. Algunos suicidios están asociados a otros trastornos mentales (abuso de sustancias, esquizofrenia). Estos intentos suicidas son la respuesta a una situación crítica que puede superarse y que no tiene por que volverse a repetirse. Pero existe más riesgo si ya ha habido situaciones de suicidio en la familia probablemente por la influencia de determinadas actitudes ante esas emociones negativas.

Los suicidios consumados son más frecuentes en el varón de forma violenta (ahorcamiento, accidentes automovilísticos por el alcohol ó drogas, con la pistola por infidelidades). Los no consumados son frecuentemente los que intentan las mujeres normalmente por ingestión de pastillas, haciendo heridas pulso cortantes entre otros (Hernáñez,2000)

## **CAPÍTULO 5**

### **Metodología**

#### **5.1 Planteamiento del problema**

¿El abandono de una de las dos figuras paternas propicia la depresión en niños entre 10 y 12 años de edad?

#### **5.2 Hipótesis**

**Hi:** El abandono de una de las dos figuras paternas propicia la manifestación de depresión en niños entre 10 y 12 años de edad.

**Ho:** El abandono de una de las dos figuras paternas no propicia la manifestación de la depresión en niños entre 10 y 12 años de edad.

#### **5.3 Variables**

##### **5.3.1 Clasificación de variables**

##### **5.3.2 Variable Dependiente: La depresión**

##### **5.3.3 Variable Independiente: se medirá a través de dos condiciones:**

**1) Con y sin el abandono de una de las dos figuras paternas.**

##### **a) Definición operacional de la variable dependiente: depresión**

Es lo que mide las respuestas al cuestionario de depresión para niños Tisher y Lang (1978 por Moreno y Ramos,1999. p.36).

##### **b) Definición conceptual de la variable depresión:**

Es una respuesta afectiva humana normal que varía en intensidad y cualidad, autoconcepto negativo, disminución de la productividad mental, problemas psicosomáticos, preocupación por la muerte o deseos suicidas, irritabilidad Tisher y Lang,1978 citado en Moreno y Ramos,1999).

##### **a) Definición operacional de la variable independiente: el abandono de una de las dos figuras paternas.**

El abandono es cuando una de las dos figuras paternas priva al niño de sus cuidados, crianza, manutención económica, dejándolo sin apoyo afectivo, este abandono puede ser permanente, cuando hay una deserción de un ser querido e irresponsabilidad paterna.

El no abandono es cuando el padre ó la madre mantiene lazos efectivos con el hijo dando protección ,seguridad, confianza y un núcleo familiar estable.

### **a) Definición conceptual de la variable independiente.**

El abandono es cuando precede a la privación de los padres en el cuidado de los hijos, esta separación puede ser permanente, imaginaria, de deserción e incompetencia del padre ó una enfermedad. Esto afecta el desarrollo físico, psicológico y social del niño (Rangel y Ramos, 2002. p.28).

El no abandono es cuando los padres están presentes y hay un lazo emocional duradero y estrecho que une a los hijos. Es importante para el desarrollo físico, psicológico y social del niño( Moreno y Ramos,1999. p. 30).

#### **5.3.4 Criterios de inclusión**

Sexo: M - F  
Edad de 10 a 12 años  
Escolaridad primaria: 5° y 6° año.  
Nivel socioeconómico: medio.

#### **5.3.5 Muestra**

La muestra quedó constituida por 150 niños de los cuales 75 habían sido abandonados por el padre o la madre y 75 no habían sufrido abandono. Se les solicitó su cooperación voluntaria para responder a un cuestionario sobre depresión.

#### **5.3.6 Diseño**

Correlacional de dos muestras

### **5.4 Instrumento**

El Cuestionario de Depresión Infantil (CDS) de Tisher y Lang (1978) es de procedencia australiana, su adaptación mexicana fue realizada por Cruz Morales y Ramírez (1996) de la Fac. de Psicología, UNAM.

Su aplicación puede ser individual o colectiva, con una duración entre 30 y 40 mins.; está dirigido a niños entre 8 y 16 años de edad. Evaluando en forma global y específica la depresión en los niños.

Tisher y Lang (1978)se interesaron en estudiar una muestra de niños con grave rechazo escolar y compararlo con un grupo control de niños que asistían con regularidad. Como no disponía de ninguna escala de depresión infantil decidieron construir una. El primer paso consistió en elaborar una amplia definición de la depresión infantil. Se llegó a ella después de sintetizar los aspectos de la literatura en cuanto a su sintomatología de la depresión infantil.

Por un lado tenemos la respuesta afectiva: sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto.

Autoconcepto negativo: sentimientos inadecuados y baja autoestima, inutilidad, minusvalía, indefensión, imposibilidad de ser querido.

Disminución del impulso y de la productividad mental, aburrimiento, retraimiento, falta de energía, desanimado, poca capacidad para el placer, incapacidad para aceptar ayuda, aspecto motor lento.

Problemas psicosomáticos: dolores de cabeza abdominales, insomnio y otras alteraciones del sueño.

Preocupación por la muerte y enfermedad de uno mismo ó de los demás pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida real ó imaginaria.

Dificultad en el área conductual: agresividad, irritabilidad, cambios de humor.

Todo esto tuvo un objetivo que fue construir una definición de depresión infantil ya que al desarrollar la escala se intento concluir ítems pertenecientes a estos aspectos. Estos ítems se crearon a partir de un examen detallado de los contenidos de registros Psicoterapéutico del TAT de niños clínicamente deprimidos, así como descripciones de fenómenos y experiencias depresivas parecidas el la literatura, al formular estos ítems el objetivo era describir la experiencia del niño deprimido de modo que reconociera los sentimientos y actitudes descritos en el ítem si es que formará parte de su experiencia. Estos ítems fueron administrados en el momento de construir la escala a un grupo de niños en tratamiento. Se les pidió posteriormente que modificarán ó sugiriera nuevos ítems. Con ayuda de criterios lógicos en la escala original fueron agrupados de 6 en 6 elementos en subescalas que cubriera varias de las características de la depresión en los niños. Estas subescalas son similares a los conceptos incluidos en la definición dada. También se tomo en cuenta que las escalas tendrán el mismo número de elementos.

Estos 66 elementos se agruparon en dos conjuntos positivos y depresivos los cuáles se mantienen separados y permiten dos subescalas generales independientes. Total depresivo y Total positivo. (TD y TP) respectivamente.

Dentro de cada una de estas dos dimensiones agruparon sus elementos por el contenido de los mismos en varias subescalas las cuales se describen a continuación.

Total Depresivo (TD) incluye 6 subescalas que son:

### *Escala de depresión*

**RA** (Respuestas Afectivas, incluye 8 ítems. alude al estado de humor por los sentimientos del sujeto). (Reactivos 2, 10, 18, 26, 34, 42, 50, 58)

**PA** (Problemas Sociales, incluye 8 ítems. Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño). (Reactivos 3, 11, 19, 27, 35, 43, 51, 59)

**AE** (Autoestima, incluye 8 ítems. Se relaciona con los sentimientos, conceptos y actitudes del niño en relación con su propia estima y valor). (Reactivos 4, 12, 20, 28, 36, 44, 52)

**PM** (Preocupación por la Muerte-Salud, incluye 7 ítems. Alude a los sueños y fantasías del niño en relación con la enfermedad y muerte propia). (Reactivos 5, 13, 21, 29, 37, 45, 53)

**SC** (Sentimientos de Culpabilidad, incluye 8 ítems. Se refiere a la auto-punición del niño). (Reactivos 6, 14, 22, 30, 38, 46, 54, 61)

**DV** (Depresión Varios, incluye 9 ítems). Son aquellas cuestiones de tipo depresivo que no pudieron agruparse para formar una identidad. (Reactivos 7, 15, 23, 31, 39, 47, 55, 66)

*Total positiva(TP) incluye dos subescalas*

*Escala positiva*

**AA** (Ánimo Alegre, incluye 8 ítems). En su inverso alude a la ausencia de alegría, diversión y felicidad en la vida del niño o a su incapacidad para experimentarla). (Reactivos 1, 9, 17, 25, 33, 41, 49, 57)

**PV** (Positivo Varios, incluye 10 ítems). Se refiere a aquellas cuestiones de tipo positivo que no pudieron agruparse para formar una identidad. (Reactivos 8,16, 24, 32, 42, 48, 56, 63, 64, 65).

El punto de partida de este cuestionario fue la prueba para adultos de Beck (1967):“Inventario de Depresión”. El cuestionario consta de 66 ítems que se agrupan en dos escalas: escala de depresión (48 ítems), y escala positiva (18 ítems). Estas escalas se subdividen en subescalas:

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

Escala de depresión:

Respuesta Afectiva ( reactivos 2,10,18,26,34,42,50,58 ).

Problemas Sociales ( reactivos 3,11,19,27,35,43,51,59 ).

Autoestima (reactivos 4,12,20,28,36,44,52 ).

Preocupación por la muerte-Salud ( reactivos 5,13,21,29,37,45,53).

Sentimientos de culpabilidad (reactivos 6,14,22,30,38,46,54,61 ).

Depresión Varios (reactivos 7,15,23,31,39,47,55,66 ).

Escala positiva.

Animo –Alegre (reactivos 1,9,17,25,33,41,49,57 ).

Positivo varios (reactivos 8, 16,24,32,42,48,56,63,64,65

Los ítems se construyeron con base a los registros obtenidos en psicoterapia, observación de niños clínicamente deprimidos e información bibliográfica con el objeto de que los niños reconocieran en los ítems sus experiencias. El tipo de respuesta puntúa de 5 a 1, siendo para “Muy de acuerdo”5, para “De acuerdo” 4, “No estoy seguro”3, “En desacuerdo”2, “Muy en desacuerdo”1, para cada uno de los reactivos. Este instrumento establece la intensidad de la depresión del niño y su naturaleza de ésta.

### 5.4.1 Confiabilidad y validez

Cruz, Morales y Ramírez (1996) consideró que estos instrumentos son necesarios para dar un diagnóstico fiable y una intervención temprana. Este cuestionario de depresión para niños (CDS) se adaptó a la población mexicana para sujetos de entre 8 a 14 años. La prueba se normalizó y validó con una muestra de 1250 sujetos que cursaban de 3° a 6° grado de primaria en el distrito federal. El resultado mostró que la prueba era confiable, se comprobó a través de dos métodos alpha de Cronbach y test- retest obteniéndose el coeficiente de .85 estableciéndose la norma de calificación para la población mexicana.

La validez concurrente ha sido demostrada por el alto grado de relación entre el Cuestionario de Depresión Infantil (CDI australiano) y el Cuestionario de Depresión Infantil (CDS Mexicano). Según Tisher y Lang (1978) Tokin y Hudsan; (1981 en Villalba, 2002) el cuestionario es fiable en un grado moderado. Puede ser considerado un buen cuestionario por abarcar una amplia gama de síntomas que pueden estar presentes en el niño afectado por la depresión. La consistencia interna es de 0.91 y 0.69 lo cual permite concluir que presenta un buen nivel de estabilidad o consistencia interna. Ha sido validado con población mexicana. La muestra utilizada para la validación y normalización (versión mexicana) es no probabilística, pero significativa, ya que presenta características de la población mexicana, y abarca muy diversos aspectos del síndrome depresivo.

La validez de constructo está dada por dos tipos de puntuaciones, una escala de depresión y otra escala positiva, constituyéndose dos escalas independientes.

### 5.4.2 Resultados

Se obtuvieron en base a tres análisis estadísticos:

- a) Análisis de frecuencias
- b) Correlación de Pearson
- c) Análisis de varianza (ANOVA)

En cuanto a la distribución de frecuencia de las variables (sexo, edad, tienes a tus padres, a quién) se encontró que 58 % son del sexo masculino y un 42.0% femenino. En cuanto a edad entre los de 10 y 11 años se obtuvo el 68.7 % y de 12 años un 31.3%. En cuanto a escolaridad hubo un porcentaje de 54.7 % de quinto un 45.3 % de sexto grado. En relación tienes a tus padres un 50.7 % contestaron que sí y un 49.3 % que no. En lo referente a quién hubo un 11.3 % tiene a papá, un 39.3 % tiene a mamá y un 49.3 % a ambos (ver anexo 3).

Análisis de frecuencias de las dos subescalas (ver tablas de anexos):

- a) escala depresiva
- b) escala positiva

## Escala depresiva

Esta escala contiene 8 áreas que comprenden a : respuestas afectivas, problemas sociales, autoestima, preocupación por la muerte –salud , sentimientos de culpabilidad, depresión varios .

### **En la escala depresiva se encontró lo siguiente:**

En el reactivo 2 Muchas veces me siento triste en la escuela se obtuvo el 22.7%.

En el reactivo 10 Me gustaría estar ya muerto se obtuvo el 48.6%.

En el reactivo 18 estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar se obtuvo el 31.3%.

En el reactivo 26 Muchas veces me siento triste en la escuela se obtuvo el 16.0%

En el reactivo 34 A veces pienso que no vale la pena vivir se obtuvo el 41.30%

En el reactivo 42 Cuando estoy fuera de casa me siento triste se obtuvo el 28.0% .

En el reactivo 50 Seguido no se porque me dan ganas de llorar se obtuvo el 20.1%.

En el reactivo 58 Creo que mi vida es triste se obtuvo el 32.7 %.

En relación con los problemas sociales dicen:

En el reactivo 3 A veces pienso que nadie se preocupa por mí se obtuvo el 25.5 %

En el reactivo 11 Me siento sólo muchas veces se obtuvo el 23.6 %.

En el reactivo 19 Algunas veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro obtuvo el 14.7 %

En el reactivo 27 Muchas veces me siento sólo y como un extraño en la escuela se obtuvo el 23.3 %

En el reactivo 35 La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende se obtuvo el 22.5 %

En el reactivo 43 Nadie sabe lo triste que me siento por dentro se obtuvo el 18.8 %

En el reactivo 51 A veces pienso que nadie me necesita se obtuvo el 25.7%.

En el reactivo 59 Cuando estoy fuera de casa me siento sólo se obtuvo el 28.0 %.

En lo que se refiere a la autoestima se encontró que:

En el reactivo 4 A veces creo que no soy importante se obtuvo el 27.5 %

En el reactivo 12 Muchas veces estoy enojado conmigo mismo se obtuvo el 15.4 %.

En el reactivo 20 Me molesta la forma de mi cuerpo ó la forma en que me comporto se obtuvo el 22.0 %.

En el reactivo 28 A veces no me quiero a mí mismo se obtuvo el 35.3 %

En el reactivo 36 A veces me avergüenzo de mí mismo se obtuvo el 31.3 %

En el reactivo 44 A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala se obtuvo el 19.3 %.

En relación con la preocupación con la muerte/ salud tenemos que:

En el reactivo 5 A veces me despierto durante la noche se obtuvo el 13.7% En el reactivo 13 Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco se obtuvo el 25.5 %.

En el reactivo 21 La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada se obtuvo el 21.3 %.

En el reactivo 29 Muchas veces no me dan ganas de levantarme por las mañanas se obtuvo el 9.3 %.

En el reactivo 37 Muchas veces me siento muerto por dentro se obtuvo el 35.8 %  
En el reactivo 53 A veces me imagino me hago heridas ó me muero se obtuvo el 27.5 %.

Por otro lado en relación con sentimiento de culpabilidad se encontró que:

En el reactivo 6) Pienso muchas veces que dejen en vergüenza a mi mamá ó mi papá se obtuvo el 23.8 %.

En el reactivo 14 A veces creo que mi mamá ó mi papá hace ó dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo se obtuvo el 21.2 %.

En el reactivo 22 A veces temo que lo que hago pueda molestar ó enojar a mi mamá ó papá se obtuvo el 9.3 %.

En el reactivo 30 Seguido pienso que debo ser castigado se obtuvo el 27.0%.

En el reactivo 38 como A veces estoy preocupado por que no quiero a mi mamá ó mi papá debiera se obtuvo el 41.3 %

En el reactivo 46 Creo que los demás me quieren aunque no lo merezco se obtuvo el 17.3 %.

En el reactivo 54) A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a mi mamá o mi papá se obtuvo el 14.1 %.

En el reactivo 61 A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá ó papá como se merecen se obtuvo el 13.5 %.

Con depresión varios se encontró que :

En el reactivo 7 Creo que se sufre mucho en la vida se obtuvo el 17.4 %.

En el reactivo 15 Me pongo triste cuando alguien se enoja con migo obtuvo un 12.1 %.

En el reactivo 23 Cuando me enoja casi siempre termino llorando se obtuvo el 18.7 %.

En el reactivo 31 A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares se obtuvo el 18.4 %.

En el reactivo 39 A veces la salud de mi mamá me preocupa obtuvo el 4.0%.

En el reactivo 47 A veces sueño que tengo un accidente ó me muero obtuvo el 20.8 %.

En el reactivo 55 Muchas veces me siento mal porque no puedo hacer las cosas que quiero se obtuvo el 14.8 %.

En el reactivo 66 A veces creo que dentro de mi hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes obtuvo el 22.8 %.

## **b) Escala positiva**

Esta escala contiene 2 áreas que corresponde a : Animo alegre, positivo varios.

**En la escala positiva se encontró lo siguiente.**

Animo alegre.

En el reactivo 1 Me siento alegre la mayor parte del tiempo obtuvo el 42.0 %.

En el reactivo 9 Siempre creo que el día siguiente será mejor obtuvo el 5.4%  
En el reactivo 17 Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela obtuvo el 38.3% .  
En el reactivo 25 Me divierto con las cosas que hago obtuvo el 44.7 %.  
En el reactivo 33 Casi siempre me gusta estar en la escuela obtuvo el 14.8 % .  
En el reactivo 41 Soy una persona muy feliz obtuvo el 43.3% .  
En el reactivo 49 Creo que me veo bien y soy bonita (o) se obtuvo el 28.7 %.  
En el reactivo 57 Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer se obtuvo el 29.3 %

En positivo varios .

En el reactivo 8 Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago se obtuvo el 40.0 %.  
En el reactivo 16 Muchas veces mi mamá ó mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas se obtuvo el 28.9% .  
En el reactivo 24 En mi familia todos nos divertimos juntos se obtuvo el 52.0% .  
En el reactivo 32 Cuando alguien se enoja con migo yo me enoja con él obtuvo el 12.9 % .  
En el reactivo 42 Cuando estoy fuera de casa me siento triste obtuvo el 28.8% .  
En el reactivo 48 Pienso que no es nada malo enojarse obtuvo el 13.5% .  
En el reactivo 56 Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche obtuvo el 26.7 % .  
En el reactivo 63 Tengo muchos amigos obtuvo el 49.7 % .  
En el reactivo 64 Utilizo mi tiempo haciendo cosas muy interesantes obtuvo el 29.1% En el reactivo 65 Hay mucha gente que se preocupa por mi obtuvo el 46.0% (ver tablas en el anexo 1).

Resumen:

En la escala depresiva se encontraron diferentes áreas que contienen altos porcentajes entre en los cuales tenemos los siguientes 48.6% le gustaría estar ya muerto, el 41.30% dicen que no vale la pena vivir, en cuanto a los problemas sociales 28.0% dice en cuando esta fuera de casa se siente solo, el 25.5% piensa que nadie se preocupa por él , 25.7% piensa que nadie lo necesita, en el área de autoestima 35.3% no se quiere así mismo, 31.3% se avergüenza de si mismo, 27.5% cree que no es importante, 35.8% muchas veces se siente muerto por dentro, 27.5% se imagina que se hace heridas o se muere. Así mismo 41.3% se siente muy culpable, 27.0% se preocupa porque no quiere a su papá o a su mamá como debiera, 20.8% sueña que tiene un accidente o se muere, 44.7% se divierte con las cosas que hace, el 43.3% es muy feliz, el 42% se siente alegre la mayor parte del tiempo, el 52% dice que en la familia todos se divierten juntos, 46.0% mucha gente se preocupa por el, 40% se sienten orgullosos por la mayoría de las cosas que hacen. Todos estos porcentajes varían, unos porcentajes son altos y otros bajos, pero se tomaron estos que son más altos. (ver anexo 1).

### **Correlación de Pearsón**

Su fin es ver la relación entre factores o subescalas.

La relación entre respuesta afectiva y problemas sociales es de .780\*\* con una  $p < .01$ .

Autoestima y respuesta afectiva es de .722\*\* con una  $p < .01$ .  
 Autoestima y problemas sociales es de .731\*\* con una  $p < .01$ .  
 Respuesta afectiva y preocupación con la muerte/ salud es de .612\*\* con una  $p < .01$   
 Preocupación por la muerte/salud y problemas sociales es de .685\*\* con una  $p < .01$   
 Preocupación por la muerte/salud y autoestima es de .740\*\* con una  $p < .01$ .  
 Sentimientos de culpabilidad y respuesta afectiva .523\*\* con una  $p < .01$ -  
 Sentimiento de culpabilidad y problemas sociales es de .625\*\* con una  $p < .01$ .  
 Sentimientos de culpabilidad y autoestima es de .711\*\* con una  $p < .01$ .  
 Sentimientos de culpabilidad con preocupación por muerte/salud es de .634\*\* con una  $p < .01$   
 Depresión varios y respuesta afectiva es de .687\*\* con una  $p < .01$ .  
 Depresión varios con problemas sociales es de .710\*\* con una  $p < .01$ .  
 Depresión varios con autoestima es de .710\*\* con una  $p < .01$ .  
 Depresión varios con muerte / salud es de .669\*\* con una  $p < .01$ .  
 Depresión varios con sentimientos de culpabilidad es de .720\*\* con una  $p < .01$   
 Animo alegre y respuesta afectiva es de -.062  
 Animo alegre y problemas sociales es de -.075.  
 Animo alegre y autoestima es de -.016.  
 Animo alegre con preocupación por la muerte /salud es de -.022.  
 Animo alegre y sentimientos de culpabilidad es de .008.  
 Animo alegre y depresión varios es de -.149.  
 Con positivo varios y respuesta afectiva es de .263\*\* con una  $p < .01$ .  
 Positivo varios y problemas sociales es de .222\* con un  $p < .05$ .  
 Positivo varios y preocupación por la muerte/ salud es de .219\*\* con una  $p < .01$ .  
 Positivo varios y sentimientos de culpabilidad es de .260\* con una probabilidad de  $< .05$ .  
 Positivo varios y depresión varios es de .303\*\* con una  $p < .01$ .  
 Positivo varios y animo alegre es de .168

Se encontró una estrecha relación entre las variables tanto positivas como negativas y con un nivel de significancia de .05 y .01. Y un coeficiente de correlación entre  $-1.00$  y  $+1.00$ .

Resumen:

En cuanto a la relación de Pearson, el grado de relación entre las subescalas fueron significativas, ya que tienen una significancia de .05 y .01, es decir que varían respecto a su fuerza y estas correlaciones son positivas y negativas, la correlación positiva indica que los entrevistados obtuvieron altos puntajes sobre la variable X, pero también tienden a tener puntajes altos sobre la variable Y en la correlación negativa se obtienen puntajes altos sobre la variable X y bajos sobre la variable Y, es decir a la inversa, puesto que los entrevistados que logran puntajes bajos sobre X tienden a lograr puntajes altos sobre Y.

### **Análisis de varianza** (ver anexos)

El análisis de varianza se utilizó para analizar si más de dos grupos difieren e influyen entre sí en cuanto a sus medias y varianzas en relación de F y significancia de la misma. (se muestran solo las significativas)

En la fuente de variación escolaridad y animo alegre se encontraron diferencias entre las medias de los grupos  $G1=2.3552$ ;  $G2=2.6055$ , con una razón de F de 15.447 y una significancia de F de .000.

Escolaridad y depresión varios manifestó diferencias entre las medias de los grupos  $G1=3.5438$ ;  $G2=3.2802$  con una razón F de 5.237 y una significancia de F de .024.

Así mismo, escolaridad y sentimientos de culpabilidad en el  $G1=$  es de 3.2740;  $G2=2.8896$  con una razón F de 5.237 y una significancia de F de .024.

Otro fue sexo con la preocupación por la muerte/ salud, aquí nos manifiesta que esta diferencia entre las medias de los grupos es de  $G1=3.1984$ ;  $G2=2.8822$  con una razón de F de 5.235 y una significancia de F de .024.

Por consiguiente, sexo con positivo varios , muestra una diferencia entre las medias de los grupos en el  $G1=2.5875$  y el  $G2=2.3860$  con una razón de F de 7.141 y una significancia de .008.

Así mismo la diferencia entre las medias de los grupos en relación, tienes a tus padres con sentimientos de culpabilidad se obtuvieron las medias siguientes en cuanto al grupo uno fue de  $G1=3.3056$ ; y grupo  $G2=2.892$  con una razón de F de 8.762 y una significancia de F de .004.

En relación tienes a tus padres con depresión varios se observo una diferencia, de sus medias, el grupo uno tiene una media de  $G1=3.5828$ ; el grupo dos de  $G2=3.2610$  con una razón de F de 8.076 y una significancia de F de .005.

En relación a quién ( padre, madre, ambos) se observo una diferencia entre las medias de los grupos en el grupo uno fue de  $G1=2.8125$ ; en el dos de  $G2=2.6682$ ; en el tres de  $G3=2.7536$  con una razón de F de 3.212 y una significancia de F de .043.

Posteriormente a quién con preocupación por la muerte/salud sus diferencias entre las medias son en el grupo uno es de  $G1= 3.5294$ ; grupo dos  $G2=2.8187$ ; grupo tres  $G3=3.1642$  con una razón de F de 6.196 y una significancia de F de .003.

En cuanto a quién con sentimientos de culpabilidad la diferencia de las medias de los grupos es de grupo uno de  $G1=3.3828$ ; dos es de  $G2=2.7644$ ; tres es de  $G3=3.2982$  con una razón de F de 7.55 y una significancia de F de .001.

Por ultimo en relación a quién y depresión varios sus medias difieren en sus medias en el grupo uno fue de  $G1=3.6641$ ; en el dos de  $G2=3.1574$ ; en el tres de  $G3=3.5799$  con una razón de F de 7.442 y una significancia de F de .001.

En esté análisis se mostraron diferencias entre las medias de los grupos y variaciones entre los grupos. La razón de F nos muestra la magnitud y diferencia entre los grupos y variación

dentro de cada grupo. Mientras mayor sea la razón de F mayor es la probabilidad de aceptar la hipótesis de investigación. En cuanto a la significancia de F nos muestra la diferencia global que hay entre los grupos que se han estudiado.

Resumen:

Si hubo diferencias significativas en los diferentes grupos sus medias y varianzas. Así mismo sus razones de F fueron mayores entre esos grupos y dentro de esos grupos. Todo esto nos lleva a decir que se acepta la hipótesis de investigación y se rechaza la hipótesis nula porque el valor de F calculado es menor que la significancia de F, puesto que es mayor a .001, .000, .003, .024, etc. (ver anexo 4).

### **5.4.3 Análisis y discusión de los resultados**

Los resultados obtenidos de los análisis estadísticos realizados son:

Una primera aproximación de interpretación del modelo de Beck (1967) respecto a la depresión en niños como consecuencia de la ausencia de uno de los padres tenemos de un análisis de frecuencias de las variables (sexo, edad, escolaridad, tienes a tus padres, a quién tienes,) y las frecuencias de las respuestas de los sujetos. Tenemos:

Se encontró mayor porcentaje en hombres que en mujeres, en relación con la edad fue mayor el porcentaje entre 10 y 11 años de edad, pero menor entre los 12 años. En escolaridad el mayor porcentaje se dio entre el quinto año y menor en sexto. En lo que respecta a tus padres la diferencia fue mínima en sus porcentajes. Pero si hubo en cuanto a quién, el porcentaje más bajo se encontró en los que tienen a su papá, los que tienen a su mamá fue mayor y los que tienen a ambos fue mucho mayor. En esta situación en donde esta la figura materna es la que establece las necesidades básicas del pequeño pero no los lazos afectivos con los hijos. Lo mismo ocurre con ambos padres, ya que su tiempo fuera de casa no les permite convivir con sus hijos y si lo hacen, no es lo suficiente para cubrir esa necesidad que el pequeño necesita. Solamente le cubren las necesidades con cosas materiales.

El nacimiento de un hijo produce un cambio significativo en su organización familiar, social y de pareja (Varela, 1985).

(Mercado, 1991), dice que el niño necesita del amor de sus progenitores para subsistir en sus primeros 3 años de vida, de forma muy especial por su madre. Las consecuencias de rechazo o desamor materno alcanzan repercusiones serias en el desarrollo físico, motor, intelectual y emocional en el niño.

(Villalba, 2002) el niño en su infancia vive un mundo lleno de riesgos debido a que su bienestar depende de cómo se trate el apego entre él y sus padres y de la forma en que la familia es capaz de satisfacer sus necesidades.

(Polaino-Lorente, 1988) la familia es uno de los grupos primordiales naturales en que vive el ser humano, ya que constituye un ambiente importante para los hijos y la influencia que tiene en su comportamiento y el conjunto de relaciones afectivas que en ella se configuran.

Todo esto provoca síntomas tales como: tristeza, baja auto-estima, pensamientos negativos, cambios en el sueño y la alimentación, problemas somáticos, físicos, etc.

Esto se ve con claridad en las respuestas que nos dan los niños en el cuestionario. Por ejemplo el área afectiva donde abarca sentimientos de tristeza e infelicidad, llanto, auto-concepto negativo de si mismo, baja autoestima, imposibilidad de ser querido. 48.6% prefiere estar muerto, 41.30% no vale la pena vivir, 31.3% muchas veces le dan ganas de llorar, 32.7% cree que su vida es triste. Todos estos aspectos se integran en lo que es la depresión.

En cuanto a los problemas sociales

Se refiere a las dificultades en la interacción social, aislamiento y soledad del niño. 28.0% dicen que cuando están fuera de casa se sienten solos, 25.7% piensa que nadie lo necesita. 25.5% piensa que nadie se preocupa por él. 23.6% se siente solo muchas de las veces.

En su auto-estima

Esta por los suelos 35.3% no se quieren así mismos, 27.5% cree que no es importante, 31.3% se avergüenza de si mismo, 23.0% cree que si no hace bien las cosas entonces no sirve para nada, 22.0% le molesta la forma de su cuerpo y la manera en que se comporta.

En relación con la preocupación por la muerte y salud manifiestan que el 35.8% se siente muerto por dentro, 27.5 % se imagina que está muerto ó se hace heridas 21.3% no le dan ganas de hacer nada, 25.5 % se siente más cansado que la mayoría de niños que conoce.

En relación con sentimiento de culpa se tiene que : 27.0 % piensa que debe ser castigado, 23.8 % piensa que deja en vergüenza a sus padres, 21.2 % dicen que los comentarios de sus papás los hace sentir menos, 17.3 % creen que los demás los quieren por lastima, 14.1 % cree que lo que hacen hace sentir mal a sus padres, 13.5 % se sienten mal por que no escuchan ó no quieren a mamá ó papá como se merecen.

En depresión varios

22.8% cree que dentro de él hay dos personas que le dicen que haga cosas diferentes, 20.8 % sueña que tiene un accidente o se muere, 18.7 % cuando se enoja termina llorando, 18.4 % no se siente contento por causa de sus tareas escolares, 17.4 % cree que se sufre mucho en la vida, 14.8 % se siente mal porque no puede hacer las cosas que quiere.

En cuanto a la escala Positiva .

En el área de animo alegre 44.7 % se divierte con lo que hace, 42.0 % se siente alegre la mayor parte del tiempo, 43.3 % es muy feliz, 38.3 % siempre esta queriendo hacer cosas en la escuela, 29.3% le salen bien casi todas las cosas que quiero hacer, 28.7 % es guapo(a).

En positivo varios

52.0 % dice que en la familia todos se divierten.

49.7 % dice tengo muchos amigos.

46.0% Mucha gente se preocupa por mi.

40.0 %Se siente orgulloso de las cosas que hace.

29.1 %En su tiempo libre hace cosas interesantes

28.9% Mamá y papá me hacen sentir que todo lo que hago es bueno

28.8 % Cuando está fuera de casa se siente triste

26.7 % Duermo como un tronco y no me despierto durante la noche.

13.5 % No es malo enojarse.

12.9 % Cuando se enojan con migo yo me enojo con él.

Todas estas áreas son tomadas en cuenta para detectar depresión en los niños.

Puesto que Beck,1967 nos dice que el depresivo tiene un concepto pesimista de si mismo, del mundo y su futuro. Sus relaciones sociales son pesimistas y de frustración, cometen errores pesimistas en su forma de pensar no validas de razonamiento .Les es difícil diferenciar esos pensamientos y el estímulo que lo causo. Estas depresiones se deben a varios factores psicológicos, sociales, químicos, culturales, pero principalmente lo que nos interesa son las pérdidas y separaciones que acontecen en la vida del individuo. También hay otros síntomas tales : se pierde interés en las cosas que antes se disfrutaban, se sienten decaídos emocionalmente, culpables, inquietos, avergonzados, que no valen nada, les es difícil concentrarse, tomar decisiones, tienen pensamientos suicidas, tienen problemas psicossomáticos, hay baja autoestima, no se sienten queridos.

Sienten aburrimiento, hay irritabilidad, cambios de humor, se preocupan por que algo les suceda a sus seres queridos.

En lo que respecta a la correlación

Los resultados muestran correlaciones positivas y negativas en todas las áreas y su significancia es de .05 y .01.

Con la correlación de Pearson (r) podemos determinar la fuerza y dirección de la relación entre las variables X y Y.

En una correlación positiva los dos puntajes de Z tienen el mismo signo, ya sea positivo o negativo y están situados a la misma distancia de la media de cada distribución de puntajes.

En una correlación negativa los puntajes de Z tienen signos opuestos (Levin. 1975).

El nivel de significancia representa áreas de riesgo o confianza en la distribución muestral, esto depende el nivel ya sea de .05 ó de .01 (Sampieri. 1998).

Si el nivel es de .01 la confianza es de 99% y una probabilidad de error de 1%. Si el nivel es de .5, la confianza es de .95% y una probabilidad de error de 5%.(Sampieri. 1998).

Entre las positivas y con una significancia de .01 son las siguientes

Respuesta afectiva y problemas sociales con  $r$  de .780 correlación alta entre las dos variables.

Autoestima y respuesta afectiva con  $r$  de .722 correlación alta entre las dos variables.

Autoestima y problemas sociales con  $r$  de .731 correlación alta entre las dos variables.

Respuesta afectiva y preocupación por la muerte y salud con una  $r$  de .612 es correlación alta entre las dos variables.

preocupación por la muerte y salud y problemas sociales con una  $r$  de .685 es correlación alta entre las dos variables.

preocupación por la muerte y salud y autoestima con una  $r$  de .740 correlación alta entre las dos variables.

Sentimiento de culpabilidad y respuesta afectiva con una  $r$  de .523 correlación alta entre las dos variables.

Sentimiento de culpabilidad y problemas sociales con una  $r$  de .625 correlación alta entre las dos variables.

Sentimiento de culpabilidad y autoestima con una  $r$  de .711 correlación alta entre las dos variables.

Sentimiento de culpabilidad y preocupación por la muerte y salud. con una  $r$  de .634 correlación alta entre las dos variables.

Depresión varios y respuesta afectiva con una  $r$  de .687 es una correlación alta entre las dos variables.

Depresión varios y problemas sociales con una  $r$  de .710 correlación alta entre las dos variables.

Depresión varios y autoestima con una  $r$  de .710 correlación alta entre las dos variables.

Depresión varios y preocupación por la muerte y salud con una  $r$  de .669 correlación alta entre las dos variables.

Depresión varios y sentimientos de culpabilidad con una  $r$  de .720 correlación alta entre las dos variables.

Por otro lado presenta correlaciones negativas pequeñas entre las dos variables.

Animo alegre y respuesta afectiva con una  $r$  de -.062 correlación negativa moderada entre las dos variables..

Animo alegre y problemas sociales con una  $r$  de -.075 correlación negativa moderada entre dos variables.

Animo alegre y autoestima con una  $r$  de -.016 correlación negativa muy pequeña entre las dos variables.

Animo alegre y preocupación por la muerte y salud con una  $r$  de -.022 correlación negativa muy pequeña entre las dos variables .

Animo alegre y sentimiento de culpabilidad con una  $r$  de .008 correlación positiva muy pequeña entre las dos variables.

Animo alegre y depresión varios con una  $r$  de -.149 correlación negativa alta entre dos variables.

Positivo varios y respuesta afectiva con una  $r$  de .263 de .01 correlación positiva alta entre dos variables.

Positivo varios y problemas sociales con una  $r$  de .222 con una significancia de .05 y una correlación positiva alta entre dos variables.

Positivo varios y preocupación por la muerte y salud con una  $r$  de .219 de .01 y una correlación positiva alta entre las dos variables .

Positivo varios y sentimiento de culpabilidad con una  $r$  de .260 con una significancia de .05 y una correlación positiva alta entre las dos variables.

Positivo varios y depresión varios con una  $r$  de .303 una significancia de .01 y una correlación positiva alta entre las dos variables.

Positivo varios y animo alegre con una  $r$  de .168 correlación positiva alta entre las dos variables.

En el análisis de varianza

Se encontraron diferencias entre las medias y variaciones entre los grupos. En las razones de  $F$  todas fueron mayores y éstas nos representan la magnitud de la diferencia entre los grupos en relación con la magnitud de la variación dentro de cada grupo, por tanto se acepta la hipótesis de investigación .En cuanto a su significancia de  $F$  nos habla de una diferencia global entre los grupos que se estudiaron.

#### **5.4.4 Conclusiones**

La presente investigación en alguna medida llegó a la conclusión que la ausencia de uno de los padres son una causa determinante de la depresión infantil; por lo que se aprueba la hipótesis de investigación.

Los trastornos emocionales y de conducta que se observan en los niños son originados por la falla ó ruptura de una relación familiar ( divorcio, muerte de un ser querido, un animal ó por enfermedad). Ante estas situaciones los niños entran en problemas serios de ansiedad, pasan por fases diversas de protesta, desesperación, y desapego. Puesto que este vínculo con sus padres se rompe, es ahí donde vienen problemas de depresión infantil.

Según Beck (1979), el niño con depresión tiene una visión negativa de sí mismo, su mundo y su futuro. Estas formas de pensamiento son suposiciones o esquemas que tiene el individuo, pueden ser rígidas al cambio o contraproducentes para los individuos que entran en una tristeza patológica y no los deja disfrutar de las cosas que antes disfrutaba.

Por su parte Prestón (1995) dice que el sentimiento de pérdida en la niñez tiene como consecuencia el aislamiento, miedo, ansiedad, ven su mundo, su futuro y su personalidad llena de temor. Por otro lado, Calderón (1990) comenta que el depresivo tiene un efecto negativo en las relaciones interpersonales y desvalorización de sí mismo. Todo esto concluye que esos pensamientos negativos en la depresión afecta todo nuestro núcleo de personalidad.

Polaino- Loente,1988 expresa que la pérdida de una persona u objeto, ha sido el factor que se ha relacionado más con la aparición de una depresión infantil. Esto se debe a eventos de carácter positivo ó negativos y puede causar estrés y ansiedad ante esas separaciones ó pérdidas.

En base a lo anterior, Ellis (1990 citado por Barraza 2001) tiene razón al decir que los sentimientos no están determinados por las situaciones mismas, sino como en el modo de cómo las personas interpretan esas situaciones y la respuesta emocional a su vez esta condicionada por la percepción de la situación, sus pensamientos irracionales o distorsionados son la fuente de conflictos emocionales.

Estas separaciones o abandonos no siempre son físicamente, ya que en ocasiones aunque estén presentes los padres, es como si no lo estuvieran, y esto puede ocasionar problemas psicológicos y de depresión por que hay un deterioro en las relaciones entre padres e hijos, estrés, separaciones tempranas y conflictos conyugales. Después de una separación, cuando la madre soltera acostumbra a entablar diversas relaciones con diferentes hombres (separaciones continuas), el niño desarrolla apegos más inseguros que afectan su personalidad. De ahí reside la importancia de establecer esos lazos de unión, puesto que la familia es considerada como una institución portadora de cultura, conocimientos, hábitos, costumbres, tradiciones, valores, así como también proveedora de las necesidades básicas como la alimentación, vivienda y necesidades emocionales básicas para un desarrollo psicológico óptimo. Por eso es importante la prevención de este padecimiento en nuestra sociedad que debe ser clara y precisa ya que se puede presentar por diferentes factores que los padres de familia no saben el porqué de la depresión. En las escuelas también deben darse a conocer estos síntomas a toda la comunidad familiar de los niños y maestros.

Finalmente se debería realizar un programa de prevención para padres de familia con el fin de que sirva de base en la prevención de la depresión infantil y se prevengan recaídas posteriores.

## BIBLIOGRAFÍA

Avellanosa, I. (1988) **Depresión . Supérala de una vez por todas**. España. Interamericana.

Adler (1987) en Ruíz y Cano 1985 “**La terapia cognitiva de Ellis y Beck**” en:<http://www.psicología.online.com.ESMUbadaLibros/Manual/manual2bhtm-50k>.

Barraza, S. E. (2001) **La conducta suicida y la depresión. Una revisión de la perspectiva cognitivo- conductual**. Tesina de Licenciatura. Fac de Psicología UNAM.

Belloch, B.; Ramos, F.(1995) **Psicología de la depresión**. México, Paidós.

Beck, A. (1964) en Barraza, S, E. (2001) **La conducta suicida y la depresión. Una revisión de la perspectiva cognitivo -conductual**. Tesina de Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Beck , A. ( 1969 /1976 / 1979) “**La terapia cognitiva**”, en:<http://www.catrce.org / BECK.html>.

Beck ,A. (1967) en Polaino- Lorente (1988) **Las depresiones infantiles**. España. Morata.

Beck, A. (1975) en Obst, C. J (1990) “**La Terapia Cognitiva de Beck**” en:<http://www.Psicología.online.com/ESMUbada/Libros/Manual2b htm20-k>.

Beck,A.; Rush, J,; y Shaw, F. (1981/1983 /1988) **Terapia cognitiva de la depresión**. Bilbao, Desclee de Brouwer.

Beck,A.(1985) **Con el amor no basta**. Buenos Aires. Paidós.

Beck, A. (1995) en Obst, C.J.(1990) “**La Terapia cognitiva de Beck**” en:<http://www.Psicología.online.com/ESMUbada/Libros/Manual2 htm. 20k>.

Beck, S. J (2000) **Terapia Cognitiva: Conceptos básicos y profundización**. España Gedisa.

Buss, H. A. (1978) **Psicología General**. México, D.F. Limusa.

Bruner, J.(1978) **El Proceso Mental del Aprendizaje**. Madrid. Narcea.

Bruner (1985) en Leahey, T. (1991) **History OF Modern Psychology**. Prentice Hall. Engle wood New Jersey.

Beltrán, LL. J. (1988) **Para Comprender la Psicología** .España. Verbo divino.

Broadbent (1958) en De Vega, ( 1992) **Introducción a la Psicología Cognitiva**. Madrid. Alianza

Calderón, N. G. (1987) **Depresión: Causas , Manifestaciones y tratamiento**. México Trillas.

Calderón, N. G.(1990) **Un Libro para enfermos deprimidos médicos en general**. México trillas.

Crespo, L. A. (1977) **Psicología General: Memoria Pensamiento y Lenguaje**. Madrid. Arences.

Castañeda, F. S. (1992) “**Nuevas Perspectivas para la investigación y el Diagnóstico Instruccional**. Las Redes Neuronales como Diagnosticadoras del Aprendizaje”. *Revista Intercontinental de Psicología*. Vol.5 # 173-194.Universidad Autónoma de México.

Castellanos, I. S.(2005)Gaceta Parlamentaria del Senado de la Republica. # 144.En [www.Senado.gob.mx /sgsp / gaceta? Sesi3n = 2005/12/13/1& documento0 91-33k](http://www.Senado.gob.mx /sgsp / gaceta? Sesi3n = 2005/12/13/1& documento0 91-33k).

Cruz, M ; y Ramírez, O; (1996)**Validez confiabilidad y normas del cuestionario de depresión para niños (CDS)** Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología. UNAM.

Chomsky (1957) en Crespo, L.;A (1997) **Psicología General**. Madrid. Arences.

Chomsky (1972) en De Vega, M.(1992) **Introducción a la Psicología Cognitiva**. Madrid. Alianza.

Del Barrio,(1977) en Hernández,(2002) **Conducta infantil** Psicología online com / inf. Depresión htm-21k.

Davini, Ma. C.(1978)**Psicología General**. Buenos Aires. Kapelusz.

De Vega,(1992 ) **Introducción a la Psicología Cognitiva**. Madrid. Alianza.

De Vega (1984) en Crespo (1977) **Psicología General: Memoria. Pensamiento y Lenguaje**. Madrid. Arences.

Ellis (1990) en Ruiz y Cano (1995) **La Terapia Cognitiva** : Ellis y Beck en <http://www.psicología .online.com./ESMUbada/ Libros/Manual/manual.2b htm-50k>

Ellis (1989) en Obst, C. J; (1990) **Centro Argentino de terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual** en <http://www Psicología online.com ESMUbada/Libros/Manual 2htm-21k>.

Ellis (1990) citado por Vallejo R.; (2002) **Introducción a la psicología y psiquiatría**. Barcelona. Mason.

E.Kant (1781) citado por Beck (1976) “**La terapia Cognitiva**” en :<http://www.catrce.org/Beck.html>.

Ferrer, G. (1993) **Depresiones Crónicas**. Barcelona. Ed Doyma.

Frommer (1967,1968) en Jalenques, I. y Lanchal, C. (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño**. Buenos aires- México. Ed. Massón, S. A.

Freeman, A.; y Reinecker, M. (1995)**Terapia Cognitiva Aplicada a la Conducta Suicida**. Bilbao Declee de Brouwer.

García, V .;L y Moya, S. J (1993)**Teorías y Sistemas Psicológicos Contemporáneos**. España. Siglo XXI.

Garner (1987) citado por García, V. L.; y Moya, S.;L (1993)**Teorías y Sistemas psicológicos Contemporáneos**. España. Siglo XXI.

Gasset (1940) en Ruíz y Cano 1985 “**La terapia cognitiva de Ellis y Beck**” en:<http://www.psicología.online.com.ESMUbedaLibros/Manual/manual2bhtm-50k>.

Gittelman y Klein, (1971, 1973,1980)citado en Jalenques,I ; y Lanchal (1994)**Los cuadros de ansiedad en el niño**. Barcelona. Ed. Doyma.

Gotzens, C; y Montané, J. (1987) **Problemas Emocionales en el Niño**. Barcelona. Ed. Herder

Hernangómez, C; L (2000) **¿Porque estoy triste?**.Colección Arauca. Ed Aljibe.

Hernández, E. (2002) **Psicoterapeuta Conductual infantil** en. <http://Psicología online. com. / inf. depresión htm-21k>.

Hebb (1949 ) en Crespo, L.; A (1977) **Psicología General**. Madrid. Arences.

Hershberg (1982 ) en Jalenques, I; y Lanchal (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño**. Barcelona. Ed. Massón.

Herzog, Rathdun; (1982) Dugas; Leheuzey (1984 por Jalenques,I y Lanchal (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño**. Barcelona. Ed. Massón.

Jalenque, I. J; y Lanchal, C. (1994) **Los cuadros de Ansiedad en el niño** Barcelona. Massón.

Klingler, C.; y Vadillo, G. ( 1997/1999) **Psicología Cognitiva: Estrategias en la práctica Docente**. Buenos Aires. Mc Graw-Hill 5

Kovacks, (1981) por Jalenques, I ; y Lanchal (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño**. Barcelona. Ed. Massón.

Kovacs y Beck (1977) citado en Moreno, R.; y Ramos, S (1999) **La depresión como factor determinante en el rendimiento escolar**. Tesis de Licenciatura. Fac de Psicología UNAM.

Kuhn (1962) citado en De Vega, M. (1992) **Introducción a la Psicología Cognitiva**. Madrid. Alianza.

Klein, (1974) en Jalenques, I, y Lanchal (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño**. Barcelona. Ed. Massón.

Leahey, T.(1991) **A History of Psychology**. New Jersey. Prentice Hall Engle wood.

Lenneberg (1971) citado por Beltrán, LL. J. (1988) **Para Comprender la Psicología**. España. Verbo divino.

Levin, J. (1989) **Fundamento de Estadística en la investigación Social**. México. Ed. Karla.

Ludwing, B; y Ludwin, G; (1985) **Delincuencia en niños adolescentes**. México. Ed. Roca.

Mahoney (1974) en Ruiz, S.; y Cano, J.; J (1995) **“La Terapia Cognitiva de Ellis”** en <http://www.psicologíaonline.com/ESMUbada/Libros/Manual2b.thm-50k>.

Mahoney (1974) en De Vega (1992) **Introducción a la Psicología cognitiva**. Madrid alianza.

Mackinnon, R. A. (1981) **Psiquiatría Clínica Aplicada**. México. Interamericana.

Mckay, M.(1981) **Técnicas Cognitivas para el control del estrés**. España. Martínez Roca.

Mercado, X. (1991) **El auto-concepto en niños maltratados y niños callejeros**. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología- UNAM.

Miller (1956) citado por de Vega (1992) **Introducción a la Psicología Cognitiva**. Madrid alianza.

Moreno, R ; y Ramos, S. (1999) **La depresión como factor determinante en el rendimiento escolar**. Tesis de Licenciatura. Fac. de Psicología- UNAM p. p 30

Morea, I; (1997) **“Depresión y Suicidio”** <http://www.monografías.com/trabajos/10depre.shtml-58k>.

Neill (1978) citado por Varela, F, J. (1985) **Influencia de los familiares en la personalidad del niño**. Madrid. Narcea.

Nikos, D.(1999) **“Problemas de conducta en la depresión infantil”** en, <http://www.cop.es/colegiados/A-00512/conducta.html>.

Nissen, G. (1971) en Moreno, R; y Ramos, S. (1999) **La depresión como factor determinante en el rendimiento escolar**. Tesis de Licenciatura Fac. de Psicología- UNAM.

Norvell y Brophy (1985) en Jalenques y Lanchal (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño** . Barcelona. Ed. Massón.

Obst, C. J.(1990) **“Centro Argentino de Terapia Cognitiva y Terapia Racional Emotiva Conductual”** En <http://www.psicología.com.ESMUbeda/Libros/Manual-2thm20k> .

Ochoa, R. (2003) **Depresión**. España. Edimat.

Ortíz, S; y Drucker, C; R (2006) **Una Mirada a la ciencia: “la prisión de la depresión”** 3 de enero. pag.19 prensa.

Pauchard, H ;H.(2002) **Síntomas y tratamiento** en <http://www.relacioneshumanas.net/depresióninfantil.htm/>.

Paykel (1974) citado en Polaino – Lorente, A. (1985) **La Depresión**. España Martínez Roca.

Pérez, B. A (2005) **¿Cómo evitar el Suicidio en el adolescente?** En <http://www.solo.nosotros.com/archivo/29/psic-artic-011102.htm>.

Polaino - Lorente (1985) **La depresión**. España. Martínez Roca.

Polaino - Lorente (1988) **Las depresiones infantiles**. España. Morata.

Porot, M. ( 1980) **Le Dessin de Famille. Fracia. Pediatric**.

Pozo(1987) en Klingler, C.; y Vadillo, G.(1999) **Psicología Cognitiva: estrategias en la práctica Docente**. Buenos aires .Mc Graw-Hill.

Puig-Antich y Rabiovich,(1986) en Jalenques, L.; y Lanchal (1994) **Los cuadros de ansiedad en el niño** .Barcelona. Massón.

Prestón, J.(1985/ 1995) **Cómo vencer la depresión**. México. PaxMéxico.

Rangel, S.; y Ramos, S. (2002) **La depresión en niños institucionalizados a través del cuestionario de depresión infantil (C D.S.)** Tesis para Obtener el grado de Maestra en Psicología Clínica. Facultad de Psicología. UNAM.p.p28

Ramírez, G.(1998) **La familia**. UAM Xochimilco.

Redlich y Freedman. (1966) en Mendels, J. (1989) **La depresión**. Barcelona. Ed Heder.

Roca, E.(1990) **“Terapia Cognitiva de Beck para la depresión”**. en <http://www.cop.es/colegiados/PV00520/depresión.6.p>

Rutter,(1970); Dugas y Mouren,(1980) en Jalenques, I ; y Lanchal (1994)**Los cuadros de ansiedad en el niño**. Barcelona. Ed. Massón

Ruiz, S. J.; y Cano, L J; J (1995) “**La terapia Cognitiva de Ellis y Beck.**” en <http://ww.Psicología.online.com.ESMUbedaLibros/Manual/manual2bhtm-50k>.

Sánchez, G. E.(1984) **Familias Rotas y Educación en los hijos**. Madrid. Narcea.

Sampieri, H; R. (1988) **Metodología de la Investigación México**. Ed. Mc Graw-Hill.

Schildkraut (1978) citado por Polaino-Lorente, A.(1985) **La depresión**. España. Martínez Roca.

Shannon (1948) en De Vega, M.(1992)**Introducción a la Psicología Cognitiva**. Madrid. Alianza.

Stahl,(1999 ) citado en Rangel , S. y Ramos, S; (2002 ) **La depresión en los niños institucionalizados a través del cuestionario de depresión infantil (C.D.S )** Tesis para obtener el grado de maestra en Psicología clínica. Fac. de Psicología-UNAM.

Sturgeón, W. (1981) **Depresión**. México. Ed Grijalbo.

Tisher y Lang (1978) en Moreno, R; y Ramos, S (1999) **La depresión como factor determinante en el rendimiento escolar**. Tesis de Lic. Fac. de Psicología- UNAM. p.p 36

Tisher y Lang (1978) y Tokin, Hudsan; (1981) en Villalba (2002) **Relación entre depresión y maduración. Niños Víctimas del maltrato infantil**. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. UNAM.

Thomson, (2004) **Diccionario de especialidades sistema nervioso central**, México, editorial PLM,S.A. de C.V.

Turing (1936) en Crespo, L. A; (1997) **Psicología General**. Madrid. Arences..

Varela, F ; J. (1985) **Influencia de los familiares en la personalidad del niño**. Madrid. Narcea.

Vallejo, R.(2002)**Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría**. Barcelona. Masson.

Villalba ,F. (2002)**Relación entre depresión y maduración. Niños Víctimas de Maltrato infantil**. Tesis Licenciatura. Facultad de Psicología UNAM.

Vidales (1996) **Psicología General**. México. Limusa

Weissman, M.(2002) **Tratamiento de la depresión**. Barcelona. Una puerta al siglo XXI.

Wiener ( 1948) en De Vega, M.(1992) **Introducción Cognitiva**. Madrid a la **Psicología**. Alianza.

## **ANEXOS**

**Anexo 1 Escala de depresión**

**Anexo 2 Coeficiente de correlación de Pearson**

**Anexo 3 Frecuencias**

**Anexo 4 Medias y análisis de varianza**

**Anexo 5 Cuestionario de depresión para niños CDS Tisher y Lang (1978) (versión mexicana).**

## ANEXO 1

### ESCALA DE DEPRESIÓN

NUM	AFECTIVA	5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
2	¿Muchas veces me siento triste en la escuela?	24	16.0	34	22.7	37	24.7	38	25.3	17	11.3
10	¿A veces me gustaría estar ya muerto?	72	48.6	20	13.5	29	19.6	13	8.8	14	9.5
18	¿Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar?	46	31.3	24	16.3	35	23.8	28	19.0	14	9.5
26	¿Muchas veces me siento triste?	24	16.0	19	12.7	36	24.0	45	30.0	26	17.3
34	¿A veces pienso que no vale la pena vivir?	62	41.30	18	12.0	39	26.0	23	15.3	8	5.3
42	¿Cuándo estoy fuera de casa me siento muy triste?	42	28.0	16	11.0	37	25.3	30	20.5	21	14.4
50	¿Seguido no se porque me dan ganas de llorar?	30	20.1	17	11.4	39	26.2	33	22.1	30	20.1
58	¿Creo que mi vida es triste?	49	32.7	25	16.7	30	20.0	23	15.3	23	15.3

Tabla I frecuencias de depresión hacia el aspecto afectivo.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

NUM.	PROBLEMAS SOCIALES	5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
3	<i>¿A veces pienso que nadie se preocupa por mi?</i>	38	25.5	26	17.4	42	28.2	30	20.1	13	8.7
11	<i>¿Me siento sólo muchas veces?</i>	35	23.6	23	15.5	22	14.9	41	27.7	27	18.2
19	<i>¿Algunas veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro?</i>	20	13.3	22	14.7	38	25.3	43	28.7	27	18.0
27	<i>¿Muchas veces me siento sólo y como un extraño en la escuela?</i>	35	23.3	25	16.7	35	23.3	29	19.3	26	17.3
35	<i>¿La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende?</i>	32	22.5	20	14.1	35	24.6	29	20.4	26	18.3
43	<i>¿Nadie sabe lo triste que me siento por dentro?</i>	21	14.1	28	18.8	42	28.2	22	14.8	36	24.2
51	<i>¿A veces pienso que nadie me necesita?</i>	38	25.7	17	11.5	40	27.0	33	22.3	20	13.5
59	<i>¿Cuándo estoy fuera de casa me siento sólo?</i>	42	28.0	20	13.3	38	25.3	27	18.0	23	15.3

Tabla II frecuencias de depresión hacia el aspecto de los problemas sociales

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

NUM		5 MUY DEACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
	<i>AUTOESTIMA</i>										
4	<i>¿A veces creo que no soy importante?</i>	41	27.5	36	24.2	35	23.5	25	16.8	12	8.1
12	<i>¿Muchas veces estoy enojado con migo mismo?</i>	22	14.8	23	15.4	25	16.8	53	35.6	26	17.4
20	<i>¿Me molesta la forma de mi cuerpo ó la forma en que me comporto?</i>	33	22.0	24	16.0	49	32.7	29	19.3	15	10.0
28	<i>¿A veces no me quiero a mi mismo?</i>	53	35.3	22	14.7	39	26.0	18	12.0	18	12.0
36	<i>¿A veces me avergüenzo de mi mismo?</i>	47	31.3	19	12.7	41	27.3	22	14.7	21	14.0
44	<i>¿A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala?</i>	29	19.3	18	12.0	47	31.3	33	22.0	23	15.3
52	<i>¿Cuándo no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada?</i>	34	23.0	22	14.9	50	33.8	22	14.9	20	13.5

Tabla III frecuencias de depresión hacia el aspecto del autoestima.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

		5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
5	<i>¿A veces me despierto durante la noche?</i>	20	13.7	20	13.7	16	11.0	51	34.9	39	26.7
13	<i>¿Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco?</i>	34	22.8	41	27.5	38	25.5	21	14.1	15	10.0
21	<i>¿La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada?</i>	32	21.3	21	14.0	25	16.7	42	28.0	30	20.0
29	<i>¿Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas?</i>	14	9.3	8	5.3	13	8.7	41	27.3	74	49.3
37	<i>¿Muchas veces me siento muerto por dentro?</i>	53	35.8	24	16.2	36	24.3	17	11.5	18	12.2
53	<i>¿A veces me imagino que me hago heridas ó me muero?</i>	41	27.5	25	16.8	41	27.5	18	12.1	24	16.1

Tabla IV de frecuencias de depresión hacia el aspecto de la Muerte-Salud.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

	SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD	5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
6	<i>¿Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá ó a mi papá?</i>	35	23.8	28	19.0	36	24.5	29	19.7	19	12.9
14	<i>¿A veces creo que mi mamá ó mi papá hace ó dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo?</i>	31	21.2	16	11.0	32	21.9	49	33.6	18	12.3
22	<i>¿A veces temo que lo que hago pueda molestar ó enojar a mi mamá ó a mi papá?</i>	14	9.3	13	8.7	21	14.0	58	38.7	44	29.3
30	<i>¿Seguido pienso que debo ser castigado?</i>	40	27.0	21	14.2	33	22.3	28	18.9	26	17.6
38	<i>¿A veces estoy preocupado porque no quiero a mi mamá ó mi papá como debiera?</i>	67	45.3	18	12.2	21	14.2	25	16.9	17	11.5
46	<i>¿Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco?</i>	26	17.3	18	12.0	49	32.7	31	20.7	26	17.3
54	<i>¿A veces creo que hago cosa que hacen sentir mal a mi mamá ó mi papá?</i>	21	14.1	14	9.4	31	20.8	44	29.5	39	26.2
61	<i>¿A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá ó mi papá como se merece?</i>	20	13.5	5	3.4	25	16.9	48	32.4	50	33.8

Tabla V de frecuencias de depresión hacia el aspecto de sentimientos de culpabilidad.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

NUM.	DEPRESIÓN VARIOS	5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
7	¿Creo que se sufre mucho en la vida?	26	17.4	26	17.4	36	24.2	37	24.8	24	16.1
15	¿Me pongo triste cuando alguien se enoja con migo?	18	12.1	17	11.4	16	10.7	59	39.6	39	26.2
23	¿Cuándo me enoja casi siempre termino llorando?	28	18.7	18	12.0	19	12.7	46	30.7	39	26.0
31	¿A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares?	27	18.4	18	12.2	31	20.1	40	27.2	31	21.1
39	¿A veces la salud de mi mamá me preocupa?	6	4.0	2	1.3	10	6.7	39	26.2	92	61.7
47	¿A veces sueño que tengo un accidente ó me muero?	31	20.8	13	8.7	27	18.1	37	24.8	41	27.5
55	¿Muchas veces me siento mal porque no puedo hacer las cosas que quiero?	22	14.8	13	8.7	28	18.8	52	34.9	34	22.8
66	¿A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes?	34	22.8	15	10.1	40	26.8	24	16.1	36	24.2

Tabla VI de frecuencias de depresión hacia el aspecto de depresión varios.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

NUM.	ÁNIMO ALEGRE	5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
1	¿Me siento alegre la mayor parte del tiempo?	63	42.0	62	41.3	20	13.3	3	2.0	2	1.3
9	¿Siempre creo que el día siguiente será mejor?	8	5.4	6	4.1	38	25.7	47	31.8	49	33.1
17	¿Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela?	45	30.2	57	38.3	31	20.8	8	5.4	8	5.4
25	¿Me divierto con las cosa que hago?	67	44.7	60	40.0	15	10.0	5	3.3	3	2.0
33	¿Casi siempre me gusta estar en la escuela?	22	14.8	9	6.0	36	24.2	45	30.2	37	24.8
41	¿Soy una persona muy feliz?	65	43.3	50	33.3	24	16.0	6	4.0	5	3.3
49	¿Creo que me veo bien y soy bonito o bonita?	43	28.7	32	21.3	52	34.7	12	8.0	11	7.3
57	¿Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer?	44	29.3	32	21.3	55	36.7	10	6.7	9	6.0

Tabla VII de frecuencias de la escala positiva hacia el aspecto ánimo alegre.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ESCALA DE DEPRESIÓN

NUM.		5 MUY DE ACUERDO		4 DE ACUERDO		3 NO ESTOY SEGURO		2 EN DESACUERDO		1 MUY EN DESACUERDO	
		F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
8	<i>¿Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago?</i>	60	40.0	53	35.3	18	12.0	8	5.3	11	7.3
16	<i>¿Muchas veces mi mamá o mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas?</i>	43	28.9	61	40.9	28	18.8	6	4.0	11	7.4
24	<i>¿En mi familia todos nos divertimos mucho juntos?</i>	78	52.0	41	27.3	15	10.0	8	5.3	8	5.3
32	<i>¿Cuándo alguien se enoja con mígo yo me enojo con él?</i>	19	12.9	14	9.5	25	17.0	45	30.6	44	29.9
42	<i>¿Cuándo estoy fuera de casa me siento triste?</i>	42	28.8	16	11.0	37	25.3	30	20.5	21	14.4
48	<i>¿Pienso que no es nada malo enojarse?</i>	20	13.5	16	10.8	34	23.0	46	31.1	32	21.6
56	<i>¿Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche?</i>	40	26.7	23	15.3	32	21.3	24	16.0	31	20.7
63	<i>¿Tengo muchos amigos?</i>	74	49.7	43	28.9	21	14.1	6	4.0	5	3.4
64	<i>¿Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes?</i>	43	29.1	36	24.3	33	22.3	13	8.8	23	15.5
65	<i>¿Hay mucha gente que se preocupa por mí?</i>	69	46.0	43	28.7	27	18.0	4	2.7	7	4.7

Tabla VIII de frecuencias de la escala positiva hacia el aspecto positivo varios.

1. Muy en desacuerdo
2. En desacuerdo
3. No estoy seguro
4. De acuerdo
5. Muy de acuerdo

## ANEXO 2

### TABLA IX COEFICIENTE DE CORRELACIÓN DE PEARSON

SUBESCALAS	RA	PS	AE	M-S	SC	DV	AA	PV
RESPUESTA AFECTIVA	1.000							
PROBLEMAS SOCIALES	.780**	1.000						
AUTO ESTIMA	.722**	.731**	1.000	.				
PREOCUPACION POR LA MUERTE/SALUD	.612**	.685**	.740**	1.000				
SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD	.523**	.625**	.711**	.634**	1.000			
DEPRESIÓN VARIOS	.687**	.710**	.710**	.669**	.720**	1000		
ANIMO ALEGRE	-.062	-.075	-.016	-.022	.008	-.149	1.000	
POSITIVO VARIOS	.263**	.222*	.272**	.219**	.260*	.303**	.168	1.000

\*\* p 0.01 Más significativas

\* p 0.05 Poco significativas

### ANEXO 3

#### TABLA X DE FRECUENCIAS Y PORCENTAJES DE LAS VARIABLES

	GRUPOS	FRECUENCIA	%
SEXO	1- MASCULINO	87	58
	2- FEMENINO	63	42
EDAD	1.-10-11	103	68.7
	2.-11-12	47	31.3
ESCOLARIDAD	1.- 5TO.	82	54.7
	2.- 6TO.	68	45.3
TIENES A TUS PADRES	1.-SI	76	50.7
	2.-NO	74	49.3
A QUIÉN	1.- PAPA	17	11.3
	2.-MAMA	59	39.3
	3.-AMBOS	74	49.3

## ANEXO 4

Tabla 12

### MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE SENTIMIENTO DE CULPABILIDAD CON EDAD.

N=138		X = 2.9644±3.2494		Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Edad	G1 diez y once 3.1977 G2 doce 2.8844	98.173	1	3.976	.048

Tabla 12.1

### MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE ÁNIMO ALEGRE CON EDAD

N=146		X = 2.3994±2.5304		Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Edad	G1 diez y once 2.3958 G2 doce 2.6250	23.242	1	10.749	.001

**Tabla12.2**

**MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA AFECTIVA CON ESCOLARIDAD**

N=141                      X = 2.5842 ±2.8697                      Min = 1 Max= 5

---

Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Escolaridad	G1 quinto 2.9215 G2 sexto 2.4861	102.863	1	9.539	.002

---

**Tabla12.3**

**MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA CON PROBLEMAS SOCIALES Y ESCOLARIDAD**

N=136                      X = 2.8219±3.1193                      Min = 1 Max= 5

---

Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Escolaridad	G1 quinto 3.1688 G2 sexto 2.6875	103.789	1	10.631	.001

---

**Tabla 12.4**

**MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA CON AUTOESTIMA Y ESCOLARIDAD**

N=146                      X = 2.6583±2.9327                      Min = 1 Max= 5

---

Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F
Escolaridad	G1 quinto 2.9859 G2 sexto 2.5582	101.996	1	9.955	.002

---

**Tabla 12.5**

**MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA CON SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD Y ESCOLARIDAD**

N=138		X = 2.9644±3.2494			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
Escolaridad	G1 quinto 3.2740 G2 sexto 2.8896	98.173	1	7.318	.008	

**Tabla 12.6**

**MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE DEPRESIÓN VARIOS Y ESCOLARIDAD.**

N=142		X = 3.3141±3.5433			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
Escolaridad	G1 quinto 3.5438 G2 sexto 3.2802	67.262	1	5.237	.024	

**Tabla 12.7****MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE ÁNIMO ALEGRE Y ESCOLARIDAD.**

N=146		X = 2.3994±2.5304			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
Escolaridad	G1 quinto 2.3552 G2 sexto 2.6055	23.242	1	15.447	.000	

**Tabla 12.8****MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE MUERTE- SALUD CON SEXO**

N=138		X = 2.9329±3.2056			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
Sexo	G1 masculino 3.1984 G2 femenino 2.8822	95.180	1	5.235	.024	

**Tabla 12.9****MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE POSITIVO VARIOS Y SEXO**

N=137		X = 2.4285± 2.5788			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
Sexo	G1 masculino 2.5875 G2 femenino 2.3860	26.908	1	7.141	.008	

**Tabla 12.10**

**MEDIAS Y ANÁLISIS DE VARIANZA DE SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD CON ¿TIENES A TUS PADRES?**

N=138		X = 2.9644±3.2494			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
¿TIENES A TUS PADRES?	G1 si 3.3056 G2 no 2.8902	98.173	1	8.762	.004	

**Tabla 12.11**

**MEDIAS DE ANÁLISIS DE VARIANZA CON DEPRESIÓN VARIOS Y ¿TIENES A TUS PADRES?**

N=142		X = 3.3141±3.5433			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
¿TIENES A TUS PADRES?	G1 si 3.5828 G2 no 3.2610	67.262	1	8.076	.005	

**Tabla 12.12**

**MEDIAS DE ANÁLISIS DE VARIANZA DE AUTOESTIMA CON ¿A QUIEN?**

N=146		X = 2.5842±2.8697			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
¿A QUIEN?	G1 padre 2.8125 G2 madre 2.6682 G3 ambos 2.7536	101.996	2	3.212	.043	

**Tabla 12.13**

**MEDIAS DE ANÁLISIS DE VARIANZA CON LA PREOCUPACIÓN DE MUERTE Y SALUD EN RELACIÓN ¿A QUIEN?**

N=142		X = 2.9329±3.2056			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
¿A QUEN?	G1 padre	3.5294	95.180	2	6.196	.003
	G2 madre	2.8187				
	G3 ambos	3.1642				

**Tabla 12.14**

**MEDIAS DE ANÁLISIS DE VARIANZA Y SENTIMIENTOS DE CULPABILIDAD CON ¿A QUIEN?**

N=138		X = 2.9644±3.2494			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
¿A QUIEN?	G1 padre	3.3828	98.173	2	7.553	.001
	G2 madre	2.7644				
	G3 ambos	3.2982				

**Tabla12.15**

**MEDIAS DE ANÁLISIS DE VARIANZA CON DEPRESIÓN VARIOS Y CON RESPECTO ¿A QUIEN?**

N=142		X = 3.3141±3.5433			Min = 1 Max= 5	
Fuente de variación	Medias de los grupos	Suma de cuadrados	Grados de libertad	F	Significancia de F	
¿A QUIEN?	G1 padre	3.6641	67.262	2	7.442	.001
	G2 madre	3.1574				
	G3 ambos	3.5799				

## ANEXO 5

### CUESTIONARIO DE DEPRESION PARA NIÑOS Versión Mexicana

#### FAVOR DE MARCAR SOLO EN LA HOJA DE RESPUESTAS

Buenos días (tardes) Soy estudiante universitaria y estoy realizando una investigación sobre niños escolares de 8 a 11 años. Solicito se ayude para responder a unas preguntas que no le tomaran mucho tiempo. Le pido que conteste con sinceridad, sus respuestas son anónimas.

**EDAD: ---- ¿Tienes a tus 2 padres?: SI----- NO----- ¿a quién?: PADRE:--- MADRE:-----**

-

**ESCOLARIDAD:-----**

**SEXO:-----**

**NIVEL SOCIOECONÓMICO :-----**

Instrucciones: Lea cuidadosamente cada una de las siguientes preguntas y escoja aquella opción de respuesta que mejor describa lo que usted, ha sentido y pensado en este momento. Responda a las preguntas poniendo una cruz (X) a una de las cinco opciones siguientes en cada pregunta.

- ( ) Muy de acuerdo
- ( ) De acuerdo
- ( ) No estoy seguro
- ( ) En desacuerdo
- ( ) Muy en desacuerdo

1. ¿Me siento alegre la mayor parte del tiempo?
2. ¿Muchas veces me siento triste en la escuela?
3. ¿A veces pienso que nadie se preocupa por mí?
4. ¿A veces creo que no soy importante?
5. ¿A veces me despierto durante la noche?
6. ¿Pienso muchas veces que dejo en vergüenza a mi mamá o a mi papá?
7. ¿Creo que se sufre mucho en la vida?
8. ¿Me siento orgulloso de la mayoría de las cosas que hago?
9. ¿Siempre creo que el día siguiente será mejor?

10. ¿A veces me gustaría estar ya muerto?
11. ¿Me siento solo muchas veces?
12. ¿Muchas veces estoy enojado conmigo mismo?
13. ¿Me siento más cansado que la mayoría de los niños que conozco?
14. ¿A veces creo que mi mamá o mi papá hace o dice cosas que me hacen pensar que hice algo malo?
15. ¿Me pongo triste cuando alguien se enoja conmigo?
16. ¿Muchas veces mi mamá o mi papá me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas?
17. ¿Siempre estoy queriendo hacer muchas cosas en la escuela?
18. ¿Estando en la escuela muchas veces me dan ganas de llorar?
19. ¿Algunas veces no puedo demostrar lo triste que me siento por dentro?
20. ¿Me molesta la forma de mi cuerpo o en la forma en que me porto?
21. ¿La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada?
22. ¿A veces temo que lo que hago pueda molestar o enojar a mi mamá o a mi papá?
23. ¿Cuando me enojo casi siempre termino llorando?
24. ¿En mi familia todos nos divertimos mucho juntos?
25. ¿Me divierto con las cosas que hago?
26. ¿Muchas veces me siento triste?
27. ¿Muchas veces me siento solo y como un extraño en la escuela?
28. ¿A veces no me quiero a mi mismo?
29. ¿Muchas veces me dan ganas de no levantarme por las mañanas?
30. ¿Seguido pienso que debo ser castigado?
31. ¿A veces no me siento contento por causa de mis tareas escolares?
32. ¿Cuando alguien se enoja conmigo, yo me enojo con él?
33. ¿Casi siempre me gusta estar en la escuela?
34. ¿A veces pienso que no vale la pena vivir?
35. ¿La mayoría del tiempo creo que nadie me entiende?
36. ¿A veces me avergüenzo de mi mismo?
37. ¿Muchas veces me siento muerto por dentro?
38. ¿A veces estoy preocupado por que no quiero a mi mamá ó a mi papá como debiera?
39. ¿A veces la salud de mi mamá me preocupa?
40. ¿Creo que mi mamá o mi papá está orgulloso de mi?
41. ¿Soy una persona muy feliz?
42. ¿Cuándo estoy fuera de casa me siento muy triste?
43. ¿Nadie sabe lo triste que me siento por dentro?
44. ¿A veces me pregunto si en el fondo soy una persona muy mala?
45. ¿Estando en la escuela me siento cansado casi todo el tiempo?
46. ¿Creo que los demás me quieren, aunque no lo merezco?
47. ¿A veces sueño que tengo un accidente o me muero?
48. ¿Pienso que no es nada malo enojarse?
49. ¿Creo que me veo bien y soy bonito (a)?
50. ¿Seguido no se por que me dan ganas de llorar?
51. ¿A veces pienso que nadie me necesita?
52. ¿Cuándo no hago bien las cosas en la escuela pienso que no sirvo para nada?
53. ¿A veces me imagino me hago heridas ó me muero?
54. ¿A veces creo que hago cosas que hacen sentir mal a papá ó mamá?

- 55 ¿Muchas veces me siento mal porque no puedo hacer las cosas que quiero?
- 56 ¿Duermo como un tronco y nunca me despierto durante la noche?
- 57 ¿Me salen bien casi todas las cosas que quiero hacer?
- 58 ¿Creo que mi vida es triste?
- 59 ¿Cuándo estoy fuera de casa me siento sólo?
- 60 ¿La mayor parte del tiempo creo que no soy tan bueno como quiero ser?
- 61 ¿A veces me siento mal porque no quiero y no escucho a mi mamá ó a mi papá como se merece?
- 62 ¿Pienso a veces que no voy a lograr pasar año?
- 63 ¿Tengo muchos amigos?
- 64 ¿Utilizo mi tiempo haciendo con mi papá cosas muy interesantes?
- 65 ¿Hay mucha gente que se preocupa por mí?
- 66 ¿A veces creo que dentro de mí hay dos personas que me dicen que haga cosas diferentes?