



**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PROPUESTA PARA PREVENIR EL SEDENTARISMO
INFANTIL Y SUS RIESGOS FÍSICO Y EMOCIONAL**

Trabajo previo la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica

Alumna: Paulina Elizabeth Sánchez Samaniego.

Director: Magister Gerardo Peña Castro.

Azuay – Ecuador

2010

A mis hijos José Luis y Rommina

AGRADECIMIENTOS

Primeramente le agradezco a mi Dios,
por haberme brindado la oportunidad de
seguir estudiando, a mi profesor el
Magister Gerardo Peña Castro por sus
sabios consejos, a mi querido esposo
Romel por su apoyo y comprensión, a
mis padres Luis y Zoila y a mis
hermanas que me ha apoyado
incondicionalmente para la culminación
de mis estudios.

Contenido

INTRODUCCIÓN	2
1. EL SEDENTARISMO INFANTIL	4
1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA NIÑEZ.	4
1.2 CONCEPTO.	6
1.2.1 CLASES DE OBESIDAD.	6
1.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA OBESIDAD INFANTIL.	7
1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD INFANTIL.	7
1.4.1 LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL.....	8
1.4.2 ESTIGMATIZACIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES EN EL NIÑO CON OBESIDAD.	8
1.5 CAUSAS Y EFECTOS.	9
1.5.1 CAUSAS:.....	9
1.5.2 EFECTOS:	10
1.6 TRATAMIENTO.	12
1.6.1 TRATAMIENTO DIETÉTICO.	13
1.6.2 LA PIRÁMIDE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE.	14
1.6.3 MODIFICACIÓN DE CONDUCTA.....	15
1.6.4 MOTIVACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA.	17
1.6.5 ACTIVIDAD FÍSICA.	18
1.6.6 LA PSICOEDUCACIÓN A LOS PADRES.....	19
1.6.7 LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC).	20
1.6.7.1 APROXIMACIONES COGNITIVO CONDUCTUALES.....	20
1.6.7.2 INTERVENCIONES COGNITIVO CONDUCTUALES.	20
1.6.7.3 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.	20
1.6.7.4 CONCEPTO.	21
1.6.7.5 PILARES TEÓRICOS BÁSICOS DE LA TCC.....	22
2. PSICODIAGNOSTICO DEL NIÑO	24
2.1 LA ENTREVISTA.....	24
2.1.1 CONCEPTO.	24

2.1.2 CLASES DE ENTREVISTA.....	24
2.1.3 LOS CUATRO COMPONENTES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA.....	24
2.1.4 PAPEL DEL ENTREVISTADOR.....	25
2.2 LA OBSERVACIÓN.....	26
2.3 HISTORIA CLÍNICA.....	26
2.4 LOS TESTS.....	29
2.4.1 TEST DE LA CALIDAD DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.....	29
2.4.2 TEST DE ANSIEDAD CMAS-R.....	29
2.4.3 TEST DE DEPRESIÓN CDS.....	30
3. PROPUESTA PARA PREVENIR EL SEDENTARISMO INFANTIL	31
3.1 LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.....	31
3.1.1 ESTRUCTURA DE LAS SESIONES.....	31
3.2 PLAN DE APLICACIÓN DE LA T.C.C	31
3.2.1 ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS QUE SE USAN EN EL PLAN DE ACCIÓN, BASADO EN LA TÉCNICA DE ECONOMÍA DE FICHAS.....	32
3.2.2 ELABORACIÓN DE FICHAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ECONOMÍA DE FICHAS.....	33
3.3 LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.....	36
3.3.1 ELIMINACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.....	36
3.3.2 MODELO DE REGISTRO PARA ELIMINAR PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.....	39
3.4 MODIFICACIÓN ALIMENTICIA.....	41
3.4.1 PLAN DE ALIMENTACIÓN.....	41
3.4.2 PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA.....	41
3.4.2.1 PIRÁMIDE DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS	42
3.5 EVALUACIÓN.....	42
CONCLUSIONES	43
BIBLIOGRAFÍA	44
ANEXOS	46

RESUMEN

El presente estudio se basa en la elaboración de una propuesta para prevenir el sedentarismo infantil en un niño de Cuarto Año de Educación Básica de la provincia de Zamora Chinchipe.

Esta monografía contiene tres capítulos: en el capítulo uno se aborda toda la problemática del sedentarismo, las características de la niñez, los criterios diagnósticos, las causas y los efectos y el tratamiento.

En el capítulo dos aplicamos todas las técnicas seleccionadas como: la entrevista, la observación, la historia clínica y una completa batería de tests con sus respectivos resultados.

En el capítulo tres se elabora el plan de aplicación, el plan terapéutico y la evaluación de los resultados obtenidos de todo el tratamiento.

ABSTRACT

This project is based on the development of a proposal to prevent child inactivity in a fourth grade child of Zamora Chinchipe province.

This monograph has three chapters: the first one studies the entire inactivity problem, childhood characteristics, diagnosis criteria, causes and effects and the treatment.

Chapter two consists on the application of all the selected and used techniques: interview, observation, clinic history and a complete set of tests with their results.

The application plan, therapeutic plan and the evaluation of the obtained results during the treatment are shown in chapter three.

INTRODUCCIÓN

El sedentarismo físico es la carencia de actividad física, que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas. Se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en las sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado y casi resuelto para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales que a ejercitar su cuerpo y mente de forma saludable.

De esta manera, como consecuencia del sedentarismo físico, aparecen las enfermedades cardiovasculares que ocupan el primer lugar de morbi-mortalidad en los países desarrollados y que en los países tercermundistas como el nuestro, se debería tomar en cuenta y elaborar programas de prevención al igual que para el sedentarismo.

El sedentarismo está considerado como una de las enfermedades del siglo XXI, ya que es uno de los factores que desencadenan la obesidad, sumado a esto la falta de actividad física (caminar, hacer ejercicio, etc) y los malos hábitos alimenticios (comer viendo TV, ingerir comida chatarra en exceso, etc). Este gran mal ha existido generación tras generación sin discriminar raza, sexo, edad, status social o credo.

Un estilo de vida sedentaria en la infancia es una de las principales causas de enfermedad a lo largo de la vida. La promoción de una dieta con bajo contenido en grasas y sal, evitar la obesidad, el alcohol y el tabaco, son parte del trabajo preventivo que debemos realizar conjuntamente toda la comunidad (padres, maestros, médicos, autoridades, etc)

Es de nuestra responsabilidad aportar con este trabajo de investigación para contribuir a la población con estrategias para mejorar la calidad de vida de las personas; de manera especial de los niños y niñas, ya que el sedentarismo es uno de males que en la

actualidad repercuten directamente en la salud, sumando a esto la falta de actividad física, la influencia de los medios de comunicación y la práctica de los malos hábitos alimenticios; dando lugar a la obesidad y a la repercusión negativa en el desarrollo bio-psico-social del infante.

Para prolongar unos años más de vida y mejorar la calidad de la misma, debemos ajustar a nuestra realidad una reeducación que incluye: cambio en el hábito alimenticio del niño y su familia, ejercicio y actividad física rutinaria y participación activa de los padres y la familia.

Lo que queremos hacer con esta propuesta es que toda la población vulnerable a este problema se beneficie de una manera u otra y que, a su vez, este nuevo estilo de vida se difunda en el resto de personas.

El ejercicio también representa una herramienta para prevenir otras patologías como: la osteoporosis y la diabetes y puede tener efectos saludables sobre la salud mental como por ejemplo, aumento de la autoestima, por lo tanto, podemos considerar que la actividad física es un instrumento efectivo para prevenir hábitos dañinos para la salud. La investigación consta de tres capítulos que son los siguientes: en el capítulo uno se aborda toda la problemática del sedentarismo, las características de la niñez, los criterios diagnósticos, las causas y los efectos y el tratamiento; que en el desarrollo de la misma ampliaremos cada uno de éstos temas.

Seguidamente en el capítulo dos hacemos énfasis en el psicodiagnóstico del niño y aplicamos todas las técnicas seleccionadas como: la entrevista, la observación, la historia clínica y una completa batería de tests propiamente diseñados para diagnosticar este tipo de problemas, como son: test de la calidad de dieta mediterránea, test de ansiedad CMAS-R, test de depresión CDS, Early Childhood Inventory-4 (versión para padres), para elaborar el diagnóstico y seleccionar la Terapia más adecuada.

Finalmente para concluir nuestra investigación, el capítulo tres contiene la propuesta para prevenir el sedentarismo infantil, mediante la elaboración del plan de acción, el plan terapéutico y la evaluación de los resultados obtenidos de todo el estudio.

1. EL SEDENTARISMO INFANTIL

En las sociedades desarrolladas la obesidad es el trastorno nutricional más frecuente durante la infancia y la adolescencia. Su prevalencia ha aumentado progresivamente en el curso de los últimos años en relación con la mayor disponibilidad de nutrientes y con cambios en el estilo de vida.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha estimado recientemente que unos 1000 millones de personas en el mundo tienen sobrepeso, de los que unos 300 millones son obesos, considerando a la obesidad como una epidemia global, como uno de los 10 problemas de salud pública más importantes en el mundo y uno de los 5 en los países desarrollados” (Organización Mundial de la Salud)

1.1 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA NIÑEZ.

El ciclo vital, es una construcción social que está influenciado por cambios biológicos, fisiológicos, sociales, psicológicos, motores y modificaciones cognoscitivas e intelectuales, así como también, transformaciones de la personalidad. Es el desarrollo humano desde la concepción hasta la muerte, que corresponde al periodo de la vida en el cual el individuo se encuentra. Este proceso se divide en tres grandes periodos de desarrollo:

1. Infancia.
2. Adolescencia y
3. Adultez.

Desarrollo físico: En esta etapa de la infancia intermedia es más lento que en los ciclos de vida anteriores. Los niños son ligeramente más altos que las niñas al comenzar este periodo. Las diferencias en las capacidades motores entre ambos géneros aumentan a medida que se aproxima la pubertad, en parte, debido al tamaño y la fuerza cada vez mayor en los niños.

Desarrollo cognoscitivo: Los niños entre los 6 y 10 años se encuentran en las etapas de operaciones concretas, según Piaget, como la tercera etapa del desarrollo cognitivo, durante el cual los niños desarrollan el pensamiento lógico, pero no el abstracto. Son menos egocéntricos que antes y más competentes en las tareas que requieren razonamiento lógico como el pensamiento espacial, comprensión de la causalidad, categorización, razonamiento inductivo y deductivo, conservación y trabajo con números. (Papalia, 2005)

Piaget, plantea que el desarrollo moral está ligado con la maduración cognitiva y ocurre en dos etapas: Moral de Sumisión, que corresponde a la etapa pre operacional, en la cual el infante piensa rígidamente respecto a los consejos morales y se presenta hasta los 7 años y la segunda etapa moral es la Moral de Cooperación, que corresponde a las etapas de operaciones concretas y formales, las cuales se identifican por juicios flexibles, sutiles y la formulación del código moral. Todo esto ocurre en niños mayores de los 7 años de edad.

Desarrollo Psicosocial: Socialmente el niño se enfrenta a cuestionamientos tales como: la autonomía y la iniciativa, versus la culpa; la laboriosidad contra la inferioridad. Las experiencias con el medio permiten a los niños formar sistemas de representación, imágenes del YO que son más amplias y equilibradas que antes. Aumenta la empatía, el comportamiento pro social y los pares adquieren gran importancia.

El auto concepto se torna más realista durante esta etapa. Es así que durante este periodo en particular del desarrollo, la existencia de determinadas experiencias que surgen de la interacción del niño con su medio ambiente es fundamental para el desarrollo tanto intelectual/cognitivo como para el psicosocial. Es así, que en ambientes propicios y que respondan a las necesidades de cada etapa del desarrollo infantil facilitarán estos procesos; de lo contrario lo dificultarán. La intensidad, calidad y oportunidad de estos estímulos varía de cultura y dentro de una misma población adquiere características diferentes según el nivel social y económico. (Torrealba, 1999)

Con respecto al ámbito sexual, hace algunos años se consideraba que esta etapa se caracterizaba por la ausencia absoluta del interés sexual; sin embargo, en la actualidad se ha constatado que se mantiene cierto interés por parte de los niños, tanto en preguntar y hablar acerca del tema como por experimentar y participar en juegos sexuales, pero la

intensidad y el tiempo destinados es notoriamente menor que en la etapa de la niñez temprana (3 a 6 años) y a los que se va a destinar durante la adolescencia.

Esto ocurre debido a que el foco central del niño durante la niñez intermedia está puesto en el aprendizaje y la adquisición de herramientas que le permitan integrarse en el mundo adulto.

1.2 CONCEPTO.

Según la página web saludesnoticia.com dice que: “El sedentarismo físico es la carencia de actividad física, que por lo general pone al organismo humano en situación vulnerable ante enfermedades especialmente cardíacas. El sedentarismo físico se presenta con mayor frecuencia en la vida moderna urbana, en sociedades altamente tecnificadas en donde todo está pensado para evitar grandes esfuerzos físicos, en las clases altas y en los círculos intelectuales en donde las personas se dedican más a actividades cerebrales. Asimismo, como consecuencia del sedentarismo físico, aparece la obesidad que es un problema preocupante en los países desarrollados, al igual que el sedentarismo.” (www.saludesnoticia.com).

El Diccionario de la Real Academia Española señala que: “Sedentarismo” es la actitud de la persona que lleva una vida sedentaria y “Sedentaria” es el oficio o modo de vida de poca agitación o movimiento. (Diccionario de la Real Academia Española)

1.2.1 CLASES DE OBESIDAD.

➤ OBESIDAD ENDÓGENA.

Es el de la causa originaria y aunque en muchas situaciones no se conoce una terapia específica, el tratamiento etiológico resolverá el exceso de tejido adiposo.

➤ OBESIDAD EXÓGENA.

En la que el tratamiento debe estar dirigido al niño y a todo el medio en el que se desarrolla su actividad como son: la familia y la escuela y debe contemplar tres aspectos:

1. Reeduación nutricional del niño y su familia.
2. Soporte psicológico.

3. Aumento de la actividad física.

1.3 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA LA OBESIDAD INFANTIL.

“Existen diversos métodos para la valoración de la obesidad infantil, los más utilizados tanto para la clínica como en la epidemiología son la relación entre edad, peso, sexo, talla e índice de masa corporal. También pueden ser útiles otros métodos, pero en determinadas circunstancias (bioimpedancia eléctrica, absorción dual de rayos X y resonancia magnética”. (Serra 2002)

El IMC es la relación del Peso en Kg/Talla en metros cuadrados, este índice tiene una buena correlación con el porcentaje de tejido adiposo, lo que ha hecho que hoy en día, este cálculo se haya adoptado internacionalmente como medida de la obesidad. Estudios realizados han observado la correlación del IMC durante la infancia y la adolescencia con el sobrepeso y el desarrollo de enfermedad coronaria en la edad adulta (Hoffmans, Kromhout y Lezzene, 1988).

1.4 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DE LA OBESIDAD INFANTIL.

“Algunos autores defienden la no existencia de una personalidad propia del obeso, así como tampoco alguna alteración psiquiátrica característica. La psicopatología que puede acompañar a la obesidad no debe considerarse necesariamente como la causa primaria de la misma.” (Fundación Mexicana para la Salud)

“La estigmatización y los prejuicios que la sociedad actual tiene contra de los obesos, afectan a todas las áreas de la vida de estos pacientes desde muy temprana edad, desde la educacional, afectiva y familiar, generando una serie de desventajas y alteraciones psicológicas significativas.” (Jiménez, 1997)

“La obesidad se asocia a una amplia variedad de consecuencias psicológicas, muchas de las cuales comienzan en la infancia. En la edad adulta algunas de estas repercusiones se agravarán y empezarán otras nuevas. Las consecuencias psicológicas de la obesidad aparecen muy precozmente en la infancia y marcarán en gran medida la evolución de las mismas. Entre las repercusiones psicosociales se encuentran: una menos autoestima, alteraciones en la imagen corporal, relaciones sociales difíciles, alteraciones en la

conducta pro social, depresión, desajuste social en la adolescencia, problemas de conducta, problemas de aprendizaje y alteraciones emocionales.” (Rodríguez-Sacristán, 2002).

1.4.1 LA IMPORTANCIA DE LA IMAGEN CORPORAL.

El concepto de imagen corporal IC fue descrito por Silder en 1923 como “la imagen que forma nuestra mente del propio cuerpo; es decir, el modo en que nuestro cuerpo de nos manifiesta”.

Otros autores la definen como: “La representación mental que tenemos del tamaño, figura y forma de nuestros cuerpos y de las formas que lo componen, es decir, la forma en que vemos nuestro cuerpo, y la forma en que creemos que los demás nos ven”. (Slade 1988)

De acuerdo con Rosen (1990), el concepto de Imagen Corporal se refiere a la manera en que uno percibe, imagina, siente y actúa con respecto a su propio cuerpo.

1.4.2 ESTIGMATIZACIÓN DE PROBLEMAS SOCIALES EN EL NIÑO CON OBESIDAD.

El sobrepeso y la obesidad suponen riesgos psicosociales inmediatos como, aislamiento social, la distorsión de la imagen corporal y el rechazo social en la infancia.

“La estigmatización y los prejuicios que la sociedad actual tiene contra los obesos y que afectan a todas las áreas de su vida, desde la educacional afectiva y familiar hasta la laboral, generan una serie de desventajas y alteraciones psicológicas significativas”. (Jimenez, 1997)

“Los niños con obesidad sufren aislamiento e intenso rechazo por los compañeros, no les dejan participar en juegos o deportes. Están sometidos a un continuo estrés ambiental, con frustraciones permanentes al sentirse rechazados, lo que les lleva comportamientos compulsivos y abandono de la higiene corporal. Todo les da igual, no tienen relación con los demás, no quieren salir de compras, progresivamente van destrozando su autoestima con una mayor tendencia a la depresión, que favorece aun más el aislamiento

y repercute en el estímulo para someterse a cualquier terapia o programa dietético, lo que les conduce aun más a un alejamiento de las actividades gratificantes; entrando en una dinámica de difícil manejo”. (Bandini, Shollern y Dietz, 1990)

1.5 CAUSAS Y EFECTOS.

1.5.1 CAUSAS:

TRANSPORTE	Uso preferencial de vehículos de motor en vez de andar o usar bicicleta (automóvil, bus, modo, tren), de ascensores, escaleras mecánicas y cintas transportadoras en vez de escaleras.
CASA	Equipamientos tecnológicos para la mayoría de las tareas del hogar: lavar, limpiar, cocinar.
TRABAJO	Mecanización, robótica, computarización y sistemas de control.
ESCUELA	<ul style="list-style-type: none"> - Limitaciones de espacio y equipamiento para la actividad física y deporte. - Poca importancia curricular de la educación física y de vida saludable.
ACTIVIDADES SEDENTARIAS DE OCIO EN EL HOGAR	Visión de la televisión, vídeos, videojuegos, Internet, ordenadores.
ACTIVIDADES RECREATIVAS FUERA DEL HOGAR	<ul style="list-style-type: none"> - Prácticas deportivas o juegos: limitadas por falta de seguridad y de espacios. - Transporte en vehículos al lugar de su realización. - Actividades de ocio sedentarias.

1.5.2 EFECTOS:

<p>PULMONAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apnea de sueño: Muchos se refieren por somnolencia excesiva durante el día y empeoramiento del desempeño escolar. Los niños afectados tienen un ronquido intenso ininterrumpido por 30 a 60 segundos de episodios de apnea y cianosis. - Asma: (Trastorno reactivo de las vías respiratorias). Es un proceso obstructivo del árbol traqueo bronquial. Antes de la adolescencia, se afectan el doble de frecuencia en los niños que en las niñas.
<p>GASTROINTESTINALES</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Cálculos biliares: Su formación es un proceso multifactorial, cuya evolución se favorece cuando se excede la solubilidad de colesterol en la bilis. - Esteatohepatitis. - Pancreatitis: Se origina por la obstrucción del flujo pancreático y casi todos los casos se deben a fármacos, infecciones virales, etc.
<p>RENAL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Glomeruloesclerosis.
<p>MÚSCULO ESQUELÉTICAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Espifisiolisis. - Enfermedad de Blount: Displasia epifisiaria tibial proximal. - Fractura antebrazo. - Pie plano: Es normal en lactantes.
<p>NEUROLÓGICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Pseudotumor cerebral.

<p>PIEL</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Intertrigo. - Acantosis nigricans: Puede deberse a la hipersecreción de algún factor hipofisario, lo más frecuente es que se presente después de la infancia. Las lesiones aparecen engrosadas y pigmentadas de color gris y se localizan en la zona inguinal, axilar, cuello, umbilical, anogenital.
<p>CARDIOVASCULAR</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Displemia. - Hipertensión: Por lo general es de origen renal pero los pacientes con hipertensión esencial muestran una mejoría al disminuir la obesidad, reducir la ingestión excesiva de sal e instruir un programa de ejercicios. - Coagulopatía: Pérdida masiva de sangre y su signo más visible es la hemorragia. - Inflamación crónica. - Disfunción endotelial. - Síndrome metabólico.
<p>ENDÓCRINO</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diabetes tipo 2: Son poco comunes, pero se produce en adolescentes obesos y se conocen como diabetes de inicio en la madure. La dieta, el ejercicio y los agentes hipoglucemiantes orales constituyen la terapéutica principal para estos pacientes. - Pubertad precoz: Es nueve veces más común en niñas. Se considera en las niñas cuando los caracteres sexuales secundarios se inician antes de los 8 años y en los niños cuando inician antes de los 9 años. - Sd. ovario poliquístico: Consiste en obesidad, hirsutismo, amenorrea secundaria,

	ovarios con crecimiento bilateral. - Hipogonadismo: - Hipovitamosis.
--	--

Un factor añadido a todos estos riesgos es que ser obesos en la infancia aumenta el riesgo de serlo en la edad adulta y sobre todo el riesgo de sufrir todas estas enfermedades aumentaría mucho más.

Cabe destacar en éste sentido que en algunos casos, la obesidad es consecuencia de otras enfermedades como el hipotiroidismo o el síndrome de Prader-Willi, casos en lo que se precisa un estudio y tratamiento específico.

Con respecto a los ámbitos psíquico y social, podemos destacar que tener una talla más de lo normal para su edad, puede ocasionar un grave problema psicológico, teniendo en cuenta los cánones de belleza actuales, en los que no se valora precisamente el exceso de kilos. En general, las personas obesas no están bien consideradas ni socialmente aceptadas y se le consideran torpes, cómicos, y glotones. Todo ello da lugar a características como una baja autoestima, retraimiento social, depresión y trastornos alimentarios.

1.6 TRATAMIENTO.

La actividad física y el control del peso se han sugerido como formas de intervención temprana, ya que los diferentes estudios coinciden en que el aumento del nivel de actividad física y el mantenimiento del peso ideal reduce sensiblemente el riesgo de enfermedad cardiovascular en los adultos (Shepard y Lohman, 1984).

Los escolares saben cuáles son los hábitos más saludables, pero hay incoherencias entre sus conocimientos y lo que practican, por ello, proporcionar información no es suficiente. Para ayudar a los niños y adolescentes a “transferir” esta información a su actitud real es necesario que los padres y maestros les enseñen como aplicar las

recomendaciones en su propio ambiente, intentando compaginarlas con sus preferencias (Ruano y Serra, 1997).

Por lo tanto, es destacable la importancia del componente cognitivo para garantizar que el niño entienda la razón por la cual una buena nutrición y una actividad física adecuada son importantes. Esto resultará, por un lado, en cambios de conducta que llevaran a que los niños controlen su propia salud desde muy pronto (Gillian y Mac Connie, 1984) y, por otro, a crear futuros educadores con conocimientos suficientes como para ayudar en la promoción de un estilo de vida saludable (Morrow, Krzsewinski-Malone, Jackson, Bungum y Fitzgerald, 2004).

El tratamiento ha de ser dirigido no sólo hacia el niño sino también y de forma conjunta hacia el medio en el cual se desarrolla su actividad: la familia y el colegio. Ha de contemplar tres aspectos:

- Reeduación nutricional del niño y de su familia.
- Soporte psicológico e
- Incremento de la actividad física.

1.6.1 TRATAMIENTO DIETÉTICO.

Este tipo de tratamiento en los niños tiene indicadores especiales, cuando la obesidad es leve o moderada, el objetivo deberá ser estabilizar el peso, y a medida que el niño vaya creciendo el porcentaje de grasa irá disminuyendo. (Serra et al, 2001; SINUPE , 2004).

No debe ser necesario grandes restricciones de energía. A menudo es suficiente una reorganización que ésta sea desequilibrada con exceso de determinados alimentos y carencia de otros básicos para el correcto desarrollo pondo estatural. (Polanco, 2001)

Antes de planear el tratamiento se debe tomar una serie de aspecto; mediante la historia clínica nutriológica se debe averiguar los hábitos dietéticos de la familia y los antecedentes familiares de obesidad y otras enfermedades nutricionales (diabetes, hipertensión arterial, gota, enfermedades cardiovasculares etc.). El recordatorio de 24 horas para observar la alimentación actual, y la posible existencia de trastornos de la conducta alimentaria, son aspectos de mucho interés a la hora de valorar la energía que

consume el paciente. Es a partir de los hábitos alimentarios del paciente que se elaborará el plan de atención nutricional. (Polanco, 2001).

1.6.2 LA PIRÁMIDE DE ALIMENTACIÓN SALUDABLE.



Tomando en cuenta que, en nuestro medio no existen todas estas alternativas de recreación y deporte; las actividades físicas que pueden realizar estos niños son:

CADA DÍA:

- Jugar al aire libre.
- Lavar las mascotas.
- Recoger los juguetes.

- Pasear.
- Caminar a la escuela.
- Ayudar con las tareas de casa.

3-5 VECES A LA SEMANA: (Mínimo 20 minutos)

- Ciclismo.
- Baloncesto.
- Fútbol.
- Natación.
- Correr.

2-3 VECES A LA SEMANA:

- Jugar en el parque.
- Bailar.
- Columpios.

MENOS DE 2 HORAS AL DÍA:

- Televisión.
- Videojuegos.

1.6.3 MODIFICACIÓN DE CONDUCTA

Los procesos de intervención psicológica basados en la modificación de conducta, han demostrado ampliamente su efectividad en la obesidad pediátrica. (Rodríguez Sacristán, 2002)

Los programas de modificación de conducta en el tratamiento de la obesidad, están basados en una serie de supuestos referidos a los hábitos de conducta ante la ingesta, éstos son:

- La obesidad es una alteración en el aprendizaje y su consecuencia final es un exceso del consumo de calorías.
- La persona obesa come más que la no obesa.
- Entre el estilo de alimentación del obeso y la del no obeso se observan numerosas diferencias.
- Las personas obesas responden a más estímulos externos relacionados con la comida que los no obesas.
- Entrenar y educar a una persona obesa a comer de forma similar a la no obesa debería resolver el problema.

Los protocolos de modificación de la conducta están encaminados a modificar los hábitos alimentarios y de vida del niño, de tal forma que se produzca una pérdida de peso gradual y mantenida en el tiempo (Morán, 1999)

Estas actuaciones incluyen:

- Autoevaluación de los hábitos alimentarios y de la actividad física, por parte del niño y de los padres, para concienciarles sobre la importancia de una dieta saludable y ejercicio físico.
- Educación nutricional tanto del niño como de los padres con el fin de modificar los hábitos alimentarios del niño obeso.
- Control de los posibles estímulos, a través de limitar la cantidad de alimentos ricos en grasa en la casa, hacer todas las comidas en familia a la misma hora en la mesa, servir la comida una vez y luego retirarla, no alentar a los niños a comer y no forzarles a acabar toda la comida.
- Modificar los hábitos de actividad física, disminuyendo las actividades sedentarias como ver televisión o uso de videojuegos.
- Apoyo y recompensa, tanto los padres como los médicos de los esfuerzos del niño obeso por cumplir los objetivos de pérdida de peso.

Es conveniente el desarrollar estrategias psicoeducativas para lograr una modificación de conducta estable y duradera. El objetivo es el autocontrol.

Las técnicas más utilizadas en la modificación de conducta, son los autorregistros y los contratos conductuales. Los pacientes deben aprender a llevar registro diario de las comidas que realiza, no solo el tipo y la cantidad, sino cuándo, con quién las ingirió y en donde las ingirió: con esto se logra que el niño tome conciencia de sus hábitos y pueda modificarlos, y, por otro lado ayuda al especialista a identificar si la ingesta se relaciona con momentos de aburrimiento, frustración, soledad, etc. Los contratos conductuales son acuerdos explícitos para recompensar la consecución de objetivos y premios estimulantes, asequibles y adecuados, en ningún caso alimentos, por ejemplo ir al cine. Los objetivos no se basarán en el peso, sino en la adquisición de conductas y hábitos nuevos. (Lechuga, et al, 2001).

1.6.4 MOTIVACIÓN PARA LA PRÁCTICA DE ACTIVIDAD FÍSICA.

Hemos visto cómo la actividad física es contemplada como un elemento beneficioso en general para el mantenimiento y la mejora de la salud, entendida ésta desde la triple dimensión Bio-Psico-Social y, en consecuencia, como un comportamiento deseable a incluir dentro del estilo de vida. Esto, sin duda, constituye algo plenamente difundido y asumido por las sociedades avanzadas contemporáneas (Sánchez, 1996).

García Ferrando (1997) a partir de encuestas de cobertura nacional en España sobre la población general y sobre el grupo de los jóvenes realizadas desde 1975 hasta la actualidad, destaca los motivos expresados con más frecuencia para la práctica de la actividad física.

Todos estos propósitos para la práctica de la actividad física implican tipos de ejercitación muy diferentes, tanto a nivel cualitativo (actividades físicas de ocio, recreación, competición...) como cuantitativo (frecuencia, intensidad...). Por ello, los beneficios en la salud que se deriven de la práctica de la actividad física no dependen solamente de los efectos beneficiosos potenciales de la actividad física adecuadamente realizada, tal como lo prescriben los especialistas, sino de una multiplicidad de factores que se encuentran en relación directa con los propósitos por los cuales las personas realizan ejercicio físico (Biddle, 1993; Sánchez, 1996).

Frederick y Ryan (1993) en su estudio realizado sobre 376 adultos de 39 años de edad media con un rango de 18 a 75 años, observan dos clases generales de actividades primarias: aquéllas caracterizadas como deporte y aquéllas que representan condición física y/o ejercicio. Estos dos tipos de actividad tienen tres posibles factores motivadores diferentes:

- a) El interés/disfrute (diversión, goce por la actividad per se).
- b) La motivación por la competencia (mejora de habilidad, competición).
- c) La motivación relacionada con el cuerpo (mejora de la apariencia, aumento de la condición física).

1.6.5 ACTIVIDAD FÍSICA.

El aumento del sedentarismo infantil ha sido el reflejo de una explosión de actividades de ocio para niños, como: la computadora, los videojuegos y la televisión.

Janz, Hansen y Mahoney, en su estudio realizado con niños puberales y postpuberales; concluyeron que: estos niños tan solo gastan de 8 a 10 minutos por día en una actividad energética, en comparación con chicos de la misma edad gastan aproximadamente unos 30 minutos por día en actividad energética.

El ejercicio físico juega un papel fundamental en el mantenimiento del peso perdido a largo plazo. La actividad física aumenta el gasto energético total y gasto energético basal, modifica la composición corporal y los hábitos alimentarios, modula el apetito, mejora los factores de riesgo asociados a la obesidad y mortalidad, tiene efectos psicológicos positivos (mejora la autoestima y el estado de ánimo, ayuda a relajarse y combate el estrés y la ansiedad) y mejora la salud en general (Berraondo et al, 1999).

Incrementar la actividad general y fomentar la participación en deportes preferidos más que deportes competitivos y ejercicio estructurado, parece que da mejores resultados. Habrá una mayor adherencia si se practica actividades con las que se disfruten, es necesario dejar a los niños que elijan el tipo y el nivel de actividades, y proporcionar refuerzos positivos sobre pequeños logros.

1.6.6 LA PSICOEDUCACIÓN A LOS PADRES.

La investigación arroja datos preocupantes que muestran como la televisión ha llegado a colonizar los hogares, cambiando incluso la dinámica educativa y las relaciones familiares. Por ejemplo, los fines de semana, cuando los padres e hijos tienen más tiempo para compartir, la pequeña pantalla sigue siendo protagonista de las relaciones familiares, por encima de excursiones, paseos o juegos. Así, en el 55,3% de los hogares se considera frecuente o bastante frecuente ver la televisión.

Además, los padres normalmente cansados por su jornada laboral, utilizan la televisión como válvula de escape (García, 1998).

Ya señalamos anteriormente que los escolares saben cuáles son los hábitos más saludables, pero, tal y como señalaron en 1995 Murphy, Youatt, Hoerr, Sawyer y Andrews (citados en Ruano y Serra, 1997, p. 496), en la práctica hay incoherencias entre sus conocimientos y lo que practican. Por ello, proporcionar información no es suficiente.

Para ayudar a los niños y adolescentes a “transferir” esta información a su actitud real, es necesario que los padres y maestros les enseñen como aplicar las recomendaciones en su propio ambiente, intentando compaginarlas con sus preferencias.

La American Academy of Pediatrics (A.A.P.) expone, entre otras, las siguientes recomendaciones (Shelov et al., 1995):

- a) Deben intensificarse los esfuerzos para animar a los pediatras y a otros abogados de los niños a instruir a los padres sobre la influencia de la televisión. Por otra parte, deben desarrollarse nuevas iniciativas para promover el compromiso de los padres a ayudar a sus hijos para que aprendan habilidades críticas al ver la televisión.
- b) Se debe animar a los padres a que limiten la visión diaria de televisión de sus hijos a no más de una o dos horas y a que ayuden a sus hijos a desarrollar sustitutos a la televisión como la lectura, el deporte, el acondicionamiento físico, los pasatiempos instructivos y el juego imaginativo.
- c) Las familias deben participar en la selección de los programas que ven los niños. Los padres deben ver la televisión con sus hijos, niños y adolescentes, para ayudarles a interpretar lo que están contemplando. Los asuntos o programas polémicos con un

intenso contexto emocional pueden ser una oportunidad que no debe perderse para el establecimiento de diálogo entre los padres y sus hijos.

d) Los pediatras deben apoyar los esfuerzos para eliminar los anuncios de alcohol en televisión y también alentar una amplia contra-propaganda.

1.6.7 LA TERAPIA COGNITIVA CONDUCTUAL (TCC).

1.6.7.1 APROXIMACIONES COGNITIVO CONDUCTUALES.

Las terapias cognoscitivas desarrolladas por Kelly y Beck, se desarrollaron dentro de escenarios psicoterapéuticos tradicionales. La terapia Cognitivo Conductual, refleja el interés cada vez mayor por parte de los terapeutas conductuales en las modificaciones cognoscitivas como medios para influir en las emociones y los comportamientos.

Emplea una variedad de técnicas conductuales, como un programa graduado de actividades, tareas y representación de papeles, junto con esfuerzo por identificar y modificar las emociones irreales.

1.6.7.2 INTERVENCIONES COGNITIVO CONDUCTUALES.

Las intervenciones cognitivo conductuales resultantes se concentran en corregir las malas interpretaciones de las personas, reforzar sus habilidades de afrontamiento y los sentimientos de control de su propia vida y facilitar una conversación constructiva consigo mismo, o las cosas que por lo regular se dicen las personas al enfrentar distintas clases de situaciones. Por ejemplo en lugar de decir "Nunca podré hacer todo esto", podrían decir, "Lo voy a hacer poco a poco".

Existen cada vez más evidencias de que la TCC es muy efectiva para ayudar a las personas a superar sus temores e inhibiciones y aumentar sus habilidades de afrontamiento.

1.6.7.3 ANTECEDENTES DE LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

El modelo cognitivo conductual de psicoterapia se originó en 1955 con los aportes de Albert Ellis y su "*Terapia Racional Emotiva Conductual*" (T.R.E.C.) y luego se amplió y profundizó a partir de 1962 con los aportes de Aaron T.Beck y su "*Terapia Cognitiva*" (T.C.).

1.6.7.4 CONCEPTO.

La Terapia Cognitiva Conductual es un modelo de intervención o tratamiento de muy diversos trastornos psicológicos, es la estrategia de intervención clínica más utilizada y con mejores resultados en todo el mundo. Opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente.

Este modelo está ampliamente difundido y es respetado por la investigación que lo soporta y por sus resultados. Por tal motivo es el modelo elegido y presentado en los congresos internacionales y el utilizado preferentemente para el tratamiento especializado de muchos trastornos.

Entre sus principales éxitos reconocidos se han destacado los tratamientos de trastornos tales como:

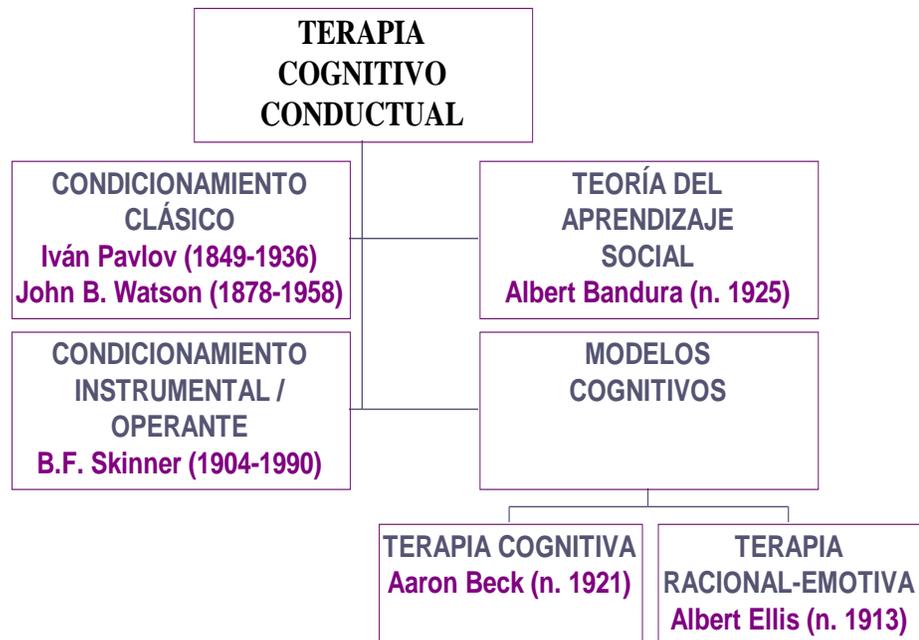
- Ansiedad.
- Pánico.
- Agorafobia.
- Fobia social.
- Inhibiciones.
- Depresión.
- Disfunciones sexuales.
- Estrés.
- Ira (ataques de furia).
- Conflictos de pareja.

Las características más notorias de este modelo son:

- Se trabaja en el presente, en el "aquí y ahora".
- Se va directamente a la resolución del problema, a la forma de lograr los resultados deseados.
- En la gran mayoría de los casos no es necesario investigar el pasado ni los "orígenes" para lograr los resultados. Por eso, pueden omitirse tales incursiones.

- Paciente y terapeuta hablan, se comunican y colaboran activamente y por igual en el proceso.
- El proceso incluye tareas de auto-ayuda a realizar entre sesiones.
- Si el paciente realiza las actividades acordadas entre las sesiones, el proceso es notoriamente más breve que lo habitual en otras corrientes. Se trata, pues de terapias destacadas por su brevedad.
- Pese a lo breve y sencillo del método, resulta realmente profundo y logra modificaciones importantes y perdurables.
- El enfoque es altamente didáctico, por lo cual el paciente queda entrenado para resolver futuros problemas o trastornos por sus propios medios, sin tener que recurrir nuevamente y cada vez al terapeuta.
- A su eficacia terapéutica se le suma su eficacia como forma de prevención de futuros trastornos.

1.6.7.5 PILARES TEÓRICOS BÁSICOS DE LA TCC.



Consta de 3 etapas:

1. **EVALUACIÓN.**- Se examina cuidadosamente el caso mediante la entrevista y observación clínicas, registros, auto registros y diversos instrumentos estandarizados. Se formulan hipótesis acerca de los problemas que presenta la persona y se trazan los objetivos del tratamiento.
2. **INTERVENCIÓN.**- Se emplean técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados.
3. **SEGUIMIENTO.**- Se evalúa la efectividad del programa terapéutico en el mediano y largo plazo y se realizan los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios positivos

CONCLUSIONES

- El sedentarismo físico es uno de los males de la actualidad que favorecen para la adquisición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, etc.
- Podemos prevenir el sedentarismo modificando nuestro estilo de vida, incluyendo a esto una nueva dieta alimenticia acompañada de la práctica deportiva.
- La Terapia Cognitiva Conductual, es una de las alternativas ya que opera sobre las conductas, los pensamientos, las emociones y las respuestas fisiológicas disfuncionales del paciente.

2. PSICODIAGNOSTICO DEL NIÑO

“El psicodiagnóstico es esencialmente un proceso de inferencia clínica mediante el cual el psicólogo examina los datos obtenidos con estas técnicas, ordenándolos y organizándolos dentro de un marco de referencia constituido por las teorías del desarrollo y la personalidad, lo cual le da sentido”. (Diferentes Autoras, Psicodiagnóstico del niño, Ed. Manual Moderno, México, 1999)

Las técnicas psicológicas que se utilizaron en este estudio son: la entrevista, la observación, la historia clínica y los tests, las cuales nos han permitido tener un diagnóstico más preciso del paciente.

2.1 LA ENTREVISTA.

2.1.1 CONCEPTO.

2.1.2 CLASES DE ENTREVISTA.

La entrevista sigue siendo el instrumento de evaluación que se emplea con mayor frecuencia. Las entrevistas clínicas son de dos tipos: de evaluación y terapéutica.

- a) La entrevista de evaluación o diagnóstica.- Su propósito es recopilar información y evaluar la conducta, con base en la conducta verbal y no verbal del paciente durante la entrevista. El entrevistador trata de comprender la razón por la cual el paciente busca ayuda y qué se puede hacer desde un punto de vista terapéutico.
- b) La entrevista terapéutica.- (Llamada también sesión de terapia). Ocurre después que se ha realizado una evaluación preliminar. Su objetivo es la verdadera modificación de la conducta y las actitudes desadaptadas.

Por lo general en las entrevistas participan dos individuos, el entrevistador y el cliente, aunque en ocasiones se incluye a otras personas, como por ejemplo los miembros de la familia.

2.1.3 LOS CUATRO COMPONENTES DE LA ENTREVISTA CLÍNICA.

La entrevista clínica tiene 4 componentes:

1. Rapport, que se refiere a la forma como el entrevistador y el paciente se relacionan entre sí, para lograrlo el entrevistador busca hacer que el paciente se sienta cómodo y muestra interés por el problema que se analiza.
2. Técnica, que depende del paciente y el problema para que el entrevistador elija la técnica para crear el rapport y obtener información. Estas técnicas van desde las preguntas abiertas hasta el desafío con mucho tacto de algo que dice el paciente.
3. Estado mental, para determinar el nivel mental en el cual funciona el paciente, el entrevistador debe evaluar las respuestas que da a las preguntas.
4. Diagnóstico, el entrevistador revisa de forma continua su formulación de los problemas y la personalidad del paciente. Este proceso incluye un diagnóstico.

2.1.4 PAPEL DEL ENTREVISTADOR.

Todos los tipos de evaluación comprenden la toma de una muestra de la conducta con el propósito de predecir una la conducta futura. Gran parte de la conducta que se observa en una entrevista constituye una autodescripción.

Para facilitar la planeación del tratamiento, el entrevistador debe establecer las relaciones válidas entre las respuestas que se dan durante la entrevista y la conducta del cliente en situaciones de la vida actual o futura.

Si la conducta en la entrevista no es representativa de las tendencias de respuesta características del cliente, se pueden tomar decisiones de tratamiento equivocadas. El entrevistador intenta crear una situación que, dentro de un periodo corto, ofrezca reflexiones de patrones complejos de toda la vida.

Durante la primera entrevista con el niño y sus padres se pudo recopilar datos que son relevantes en la historia familiar del niño, para la siguiente sesión se hizo una entrevista solo con los padres en donde se obtuvo datos más precisos de la vida y desarrollo del niño, posteriormente se continuó las sesiones con el niño en las que se aplicó una batería de tests. Toda esta información durante las entrevistas fue recopilada de forma directa y dirigida.

2.2 LA OBSERVACIÓN.

Al igual que la entrevista clínica, la observación es otra de las técnicas que se han utilizado en este estudio, tomando en cuenta que la observación puede ser directa e indirecta.

Se pudo realizar una observación directa de la rutina habitual que practica el niño, esto es: durante el desayuno, almuerzo, merienda y entre el día.

Se realizó observación indirecta mientras el niño asistía a su jornada de clase (incluido el receso) y en su práctica de deporte diario.

2.3 HISTORIA CLÍNICA.

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre: Juan Carlos Pineda Salcedo. (Ficticio)

Lugar y fecha de nacimiento: Lago Agrio, 10 de Junio del 2001

Edad: 8 años ocho meses.

DATOS DE LOS PADRES:

Nombre de la madre: María Salcedo.

Edad: 46 años. Nivel de instrucción: Primaria incomp. Ocupación: QQ.DD

Nombre del padre: Juan Pineda.

Edad: 48 años. Nivel de instrucción: Primaria incomp. Ocupación: Albañil.

Nombre y edad de los hermanos: Pedro 19, Anita 14 y Juan Carlos 8 años.

Teléfonos: Ninguno.

MOTIVO DE CONSULTA:

El paciente es un niño que a sus 8 años de edad presenta conducta sedentaria, dando como resultado principios de obesidad.

ANTECEDENTES PERSONALES:

Embarazo:

Gesta No: 1 Planificado: No planificado: X Controlado: X

Primeros movimientos fetales a los: Cuatro meses y medio. Duración: El resto del embarazo.

Aumento de peso: SI (10 Kg) Enfermedades maternas: NINGUNA

Dificultades: NINGUNA

Vacunas: ANTITETÁNICA. Fuente de contaminación:

Parto normal: X Cesárea: _____ Por qué: _____

Respiró: X Lloró: X Peso al nacer: 7 1/2 lbs. Talla al nacer: 50 c.m.

Se observó alguna anormalidad: NINGUNA

Lactancia materna: (tiempo, cambios) La lactancia se mantuvo durante el primer año de vida, luego se reemplazó por biberón hasta los 2 años.

DESARROLLO PSICOMOTOR:

Controló la cabeza: 1 mes Se sentó: 7 meses Gateó: 8 meses Se paró: 9 meses.

Caminó: 1,2 meses. Balbuceó: 4 meses. Sus primeras palabras: 1 año.

Control vesical: 1, 8 meses. Control anal: 1, 8 meses.

Algún problema con el desarrollo psicomotor: NINGUNO.

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Eruptivas de la infancia: Varicela

Traumatismos: NINGUNO

Convulsiones: NO

Cirugías/Hospitalizaciones: NINGUNA

Otras enfermedades: NINGUNA

Alergias: A LA LACTOSA.

Vacunas: TODAS.

Síntomas gastrointestinales: NO

Antibióticos: RECETADOS POR EL MÉDICO (INFECCIONES)

HÁBITOS:

Alimentación: Tiene una dieta muy variada, pero en ocasiones se esconde para comer lo que se coge de la cocina y le gusta comer el azúcar.

Vestido: Se viste solo y a su gusto.

Aseo: Hay que insistir en el aseo personal.

Trabajo: Es muy aplicado.

Cortesía/sociabilidad: Tímido.

ESCOLARIDAD / RUTINA DIARIA DEL NIÑO:

Inicio: Por cuestiones de trabajo de su madre, migración de su padre y porque estaba al cuidado de su abuela paterna ingresó al pre-básico a los cuatro años, sin contar que desde los 8 meses estuvo en guardería.

Terapias recibidas: A los 7 años recibe terapia de lenguaje.

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Su abuela paterna tiene diabetes, un tío materno falleció con diabetes.

EVALUACIONES ANTERIORES:

- H.T.P

- Test de la familia.

- WISC

2.4 LOS TESTS.

2.4.1 TEST DE LA CALIDAD DE LA DIETA MEDITERRÁNEA.

Es un cuestionario aplicable desarrollado por Lluís Serra Majem, Loreds Rivas Barba, Joy Ngo de la Cruz, Rosa Ma. Ortega, Carmen Pérez Rodríguez y Javier Aranceta Bartrina para el estudio enkid (2002). La suma de valores de este test se clasifica en tres niveles:

- Dieta mediterránea óptima.
- Necesidad de mejorar el patrón alimentario.
- Dieta de muy baja calidad.

Resultado: Dieta de muy baja calidad.

2.4.2 TEST DE ANSIEDAD CMAS-R.

“Escala de ansiedad en niños” subtitulada “lo que pienso y siento”. Fue desarrollado por Reynolds en el año de 1997, se puede aplicar de forma grupal o individual a personas de 6 a 19 años. Está diseñado para valorar el nivel y la naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes. Nos proporciona 4 subescalas:

- Ansiedad fisiológica.
- Inquietud, hipersensibilidad.
- Preocupaciones sociales, concentración.
- Mentira.

Resultado: Preocupaciones sociales y concentración.

2.4.3 TEST DE DEPRESIÓN CDS.

Fue desarrollado por Lang y Tisher en el año de 1983 y adaptado al castellano por Nicolás Seisdedos en 1986. Está dirigido a niños de 8 a 16 años y evalúa global y específicamente la depresión. Permite descubrir 2 subescalas:

- Total depresivo (TD).
- Total positivo (TP).

Resultado: Total depresivo.

CONCLUSIONES

- ❑ El psicodiagnóstico es un proceso que nos permite examinar los datos obtenidos durante la entrevista y otras técnicas aplicadas, para determinar el tipo de trastorno y seleccionar el tratamiento.
- ❑ A través de la entrevista podemos comprobar la veracidad de la información que nos brinda el cliente y analizar si las respuestas concuerdan con la conducta del mismo.
- ❑ Los resultados que arrojaron la aplicación de los test coinciden y se relacionan con la vida del paciente y su desarrollo bio-psico-social.

3. PROPUESTA PARA PREVENIR EL SEDENTARISMO INFANTIL

A continuación en esta última parte de la monografía, abordaremos todo lo referente a la planificación y estructura del tratamiento a seguir, por lo que antepone los siguientes temas que analizaremos como son: el plan terapéutico, la terapia cognitivo conductual, el plan de aplicación y la evaluación.

3.1 LA TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.

3.1.1 ESTRUCTURA DE LAS SESIONES.

La Dra. Elia Roca propone:

- Revisar las tareas para la casa y analizar cualquier problema que surja durante la realización de la misma, así como las razones por las que se propusieron.
- Enumerar los problemas a tratar durante la sesión y las técnicas a utilizar para resolverlos.
- Al final de la sesión se proponen nuevas tareas para la casa.

Las tareas generalmente suelen ser: experimentos para comprobar hipótesis, autorregistros de actividades, etc.

Conforme va avanzando la terapia, el rol del paciente va haciéndose cada vez más activo.

3.2 PLAN DE APLICACIÓN DE LA T.C.C

Se ha visto necesario que el plan de aplicación a seguir será de una sesión semanal y con una duración de 60 minutos cada una y será asignado 45 minutos para el niño y 15 minutos para sus padres, por un lapso de 3 meses. Dentro de este plan de aplicación constan diferentes técnicas de relajación, economía de fichas y anulación de pensamientos automáticos.

3.2.1 ESTRATEGIAS Y METODOLOGÍAS QUE SE USAN EN EL PLAN DE ACCIÓN, BASADO EN LA TÉCNICA DE ECONOMÍA DE FICHAS.

a) Estrategias.

- El paciente debe tener en casa en un lugar visible las conductas a cambiar.
- Deben figurar el número de puntos o fichas a ganar por la realización de cada una de ellas.
- La administración de fichas (recepción por refuerzo, retirada por castigo y canje por refuerzos), no debe interferir en la cotidianidad de su hogar o en la clase.
- Cuando el paciente realice una conducta que figura en el programa conceptualizada como putativa, deberá entregar el número de fichas que se haya establecido (costo de respuesta), sin que ello ocasiona ningún tipo de alteración emocional en el mismo.

b. Metodología.

Se realizará a través de la observación de conductas indeseadas, para que con la aplicación del plan de economía de fichas se observe las nuevas conductas que el niño ha adquirido y las que ha eliminado. (Maricela Moscoso, Plan de recuperación conductual, 2007)

3.2.2 ELABORACIÓN DE FICHAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN PARA LA APLICACIÓN DE ECONOMÍA DE FICHAS.

Ficha 1

HOJA CONTROL-CONDUCTA

Paciente:

En la mañana.	Se levanta y come lo primero que ve en la cocina, no necesariamente es el desayuno.
Durante la ida a la escuela.	Compra golosinas antes de entrar a la escuela.
En clase antes del receso.	Come las golosinas e inquieta a sus compañeros.
En el receso.	Vuelve a comprar comida chatarra y juega muy poco.
De regreso a casa.	Trata que el papá de un compañero lo pase dejando por la casa y así evita caminar.
En el almuerzo.	Come muy rápido y no le gusta comer las ensaladas.
En la tarde.	Se acuesta en la cama y juega en la misma un buen rato antes de hacer las tareas.
En la tarde.	Después de hacer las tareas se sienta a ver televisión una hora y media más o menos, acompañado de pan o alguna bebida.
En la noche.	Merienda poco y juega en play station media hora y después duerme a las 22h00 todos casi todos los días.

Ficha 2

En esta parte del tratamiento, se exponen las conductas que deseamos que el niño adquiera y que tendrán un refuerzo positivo. Esta ficha será llenada por la maestra en la escuela y por madre en la casa.

Conductas que queremos alcanzar.	No. de fichas ganadas.
Levantarse y esperar a que le sirvan el desayuno.	
No comprar golosinas antes de llegar a la escuela.	
No comer golosinas en clase.	
En el receso jugar más y comprar comida sana.	
Ir caminando a casa.	
Comer más despacio y comer poco a poco las ensaladas.	
Evitar acostarse y jugar de forma más activa.	
Ver televisión media hora diaria y comer alguna fruta.	
No jugar play station porque ya ve la TV y acostarse a las 21h00.	

Ficha 3

PLAN DE RECUPERACIÓN CONDUCTUAL BASADO EN ECONOMÍA DE FICHAS

HORA	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
En la mañana.					
Durante la ida a la escuela.					
En clase antes del receso.					
En el receso.					
De regreso a casa.					
En el almuerzo.					
En la tarde.					
En la tarde.					
En la noche.					

Esta técnica de economía de fichas se ha planificado por el tiempo de seis semanas, en donde el paciente cada semana deberá conseguir un número determinado de fichas para que pueda obtener el juguete o la actividad de su elección.

La primera semana: deberá obtener 5 fichas

La segunda semana: deberá obtener 10 fichas.

La tercera semana: deberá obtener 15 fichas.

La cuarta semana: deberá obtener 20 fichas.

La quinta semana: deberá obtener 25 fichas.

La sexta semana: deberá obtener 30 fichas. (Maricela Moscoso, Plan de recuperación conductual, 2007)

3.3 LOS PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

Los pensamientos automáticos tienen normalmente las siguientes características:

1. Son mensajes específicos.
2. A menudo parecen taquigrafiados, compuestos por unas pocas y esenciales palabras o una imagen visual breve.
3. Los pensamientos automáticos, no importa lo irracionales que sean, casi siempre son creídos.
4. Se viven como espontáneos, entran de golpe en la mente.
5. A menudo se expresan en términos de "habría de, tendría que o debería".
6. Tienden a dramatizar.
7. Son relativamente idiosincráticos, es decir, una misma situación puede generar diferentes pensamientos y emociones.
8. Son difíciles de desviar.
9. Son aprendidos. (Gloria Marsellach Umbert, 2005)

3.3.1 ELIMINACIÓN DE PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

La Terapia Cognitiva es el arte de eliminar los pensamientos negativos por medio del razonamiento para mejorar el estado de ánimo.

Por un lado, están los pensamientos distorsionados, frente a los cuales hay que emplear la lógica. Por otro están las ideas que son ciertas pero disfuncionales, que deben ser

combatidas mediante la modificación de su significado: ¿Es realmente malo que eso sea verdad? ¿Tiene tanta importancia? ¿Es realmente un problema insoluble?

Más allá de cada pensamiento particular, lo que nos interesa son los esquemas de pensamiento o, por decirlo en otros términos, el estilo cognitivo o el “modo” en que funcionamos. Por ejemplo, nuestra mente puede estar funcionando en modo “confianza” o en modo “vulnerabilidad”, podemos estar en modo “inutilidad” o en modo “validez”.

Eliminando las ideas negativas, lo que pretendemos es situarnos en modos positivos. Los principales modos que deben prevalecer en nuestra mente son:

1.- Validez: “Soy una persona válida, con sus virtudes y defectos, que puede sentirse orgullosa de poseer una serie de cualidades”. Normalmente se trata de una idea que en condiciones normales resulta evidente (no es así en estados depresivos), por lo que no requiere de ningún acto de autosugestión, sólo se trata de recordarlo.

2.- Confianza: “Puedo sentirme razonablemente seguro; no es muy probable que suceda algo malo, si sucede no será tan malo como se podría pensar, y en todo caso sentirme confiado me hará estar mejor preparado para cualquier situación”. Hay que recordar todas las veces en que se respondió adecuadamente a los problemas, y no minimizar las propias capacidades ni sacar fuera de contexto ni exagerar las veces en que se estuvo sobrepasado por las circunstancias (quizás porque el estado de ánimo no era el adecuado).

3.- Tolerancia: Cuando la persona se encuentra en modo “perfeccionismo”, cualquier pequeña e inevitable molestia se transforma en un verdadero problema. Basta con determinar de una forma razonable que una contingencia no tiene mayor importancia para que el problema deje automáticamente de serlo.

4.- Consideración: Si despreciamos a los demás, nos enemistamos inevitablemente con la parte más importante del mundo exterior. El modo “desprecio” nos hace sentir definitivamente mal. Normalmente no se trata de que despreciemos a los demás, sino que en determinadas circunstancias nos dejamos llevar por impulsos semiconscientes

(pensamientos automáticos).

5.- **Significado:** Cuando estamos en modo “pesimismo”, pensamos que la vida carece de significado, y que por tanto no vale la pena seguir en este mundo. El antídoto está en recordar que ha habido momentos en que la vida sí tenía sentido, que ha habido circunstancias que han llenado por un tiempo el mundo de significado, y deducir de ese hecho que ese significado es posible, que realmente existe.

6.- **Complejidad:** Muchas veces no vemos soluciones porque tenemos las cosas demasiado claras. Las opciones siempre existen; hay que darse cuenta de que el mundo es algo extraordinariamente complejo, y que normalmente sólo vemos una fracción de la realidad.

Hay que tener en cuenta algunos puntos:

- No se trata de modificar el diálogo interno, sino de modificar creencias, y ello sólo se puede conseguir mediante el razonamiento lógico. Por ejemplo, el pensamiento “soy incapaz de hacer nada bien” puede eliminarse mediante el contraargumento “en muchas ocasiones he conseguido realizar cosas con éxito”.

- Puede resultar abrumador tener que rebatir mediante la discusión cada idea negativa que cruza por la mente. En lugar de ello, se pueden catalogar estos pensamientos en unas pocas categorías y responder a ellos con argumentos estandarizados. Por ejemplo, ante cada idea que ponga en cuestión la propia autoestima, se puede argumentar “soy una persona perfectamente válida, como cualquier otra que lo sea”, sin necesidad de tener que discutir cada variación de la idea contraria.

- Se trata de un procedimiento que resulta eficaz de forma inmediata, pero para obtener beneficios duraderos es necesario desarrollarlo a largo plazo.

- Para mejorar el estado de ánimo, tenemos que identificar qué ideas son las que nos hacen sentir mal, y concretarlas todo lo que sea posible. Partimos de la base de que todo pensamiento negativo que nos haga sentir mal es por definición disfuncional y rebatible.

- Por último, debemos considerar que al principio suele ser difícil combatir cada idea negativa, hay que argumentar de forma persistente y volver al proceso cada vez que el pensamiento vuelve a presentarse. Sin embargo, con cada paso que se da, va haciéndose

cada vez más fácil, y al final se ejecuta de forma automática. (Gaviria, Aurora, Guía de ayuda terapéutica, 1997)

3.3.2 MODELO DE REGISTRO PARA ELIMINAR PENSAMIENTOS AUTOMÁTICOS.

Es un registro diseñado por A. Beck, en el cual el sujeto no solo registra sus pensamientos perturbadores; sino también sus sentimientos y el hecho negativo que los desencadenó.

El formulario está compuesto por seis columnas:

SITUACION	EMOCIONES	PENS. AUTOM	DISTORCIONES COGNITIVAS	RESPUESTAS RACIONALES	RESULTADOS
Describa brevemente el acontecimiento real que le provocó la emoción desagradable.	1. Especifique: triste, ansioso, irritado, etc. 2. califique el grado de emoción entre el 1 y el 100%	Escriba el pensamiento (s) automático que le acompañan a la emoción (s)	Identifique la distorsión (es) cognitiva presentes en cada pensamiento automático.	Anote una respuesta racional para cada pensamiento negativo.	Especifique y califique las emociones posteriores entre el 0 y el 100%
EJEMPLO:					
El médico me dijo que tengo cáncer.	Miedo 90% Irritabilidad 90% Angustia 90%	Mi familia me va a dejar sola frente a esta enfermedad. Mis vecinos me van a rechazar por tener esta enfermedad, me dirán que soy una cancerosa.	Generalización excesiva. Conclusiones apresuradas. Generalización excesiva. Etiquetación.	Mi familia me va a apoyar como siempre lo hacen, no me dejarán sola. No me importa o que piense el resto de las personas, lo que importa es que lucho por estar sana y viva.	Miedo 50% Irritabilidad 50% Angustia 40%

(Mario Moyano, Terapia cognitiva conductual, 2003)

3.4 MODIFICACIÓN ALIMENTICIA.

Los objetivos están dirigidos a mejorar o eliminar las comorbilidades asociadas a la obesidad y disminuir el impacto de las futuras complicaciones médicas relacionadas con el estilo de vida sedentaria y el exceso de peso.

3.4.1 PLAN DE ALIMENTACIÓN.

Un estilo de vida desordenado, carente de reglas y con malos hábitos alimenticios, son señales visibles de una persona sedentaria que tiene como consecuencia obesidad.

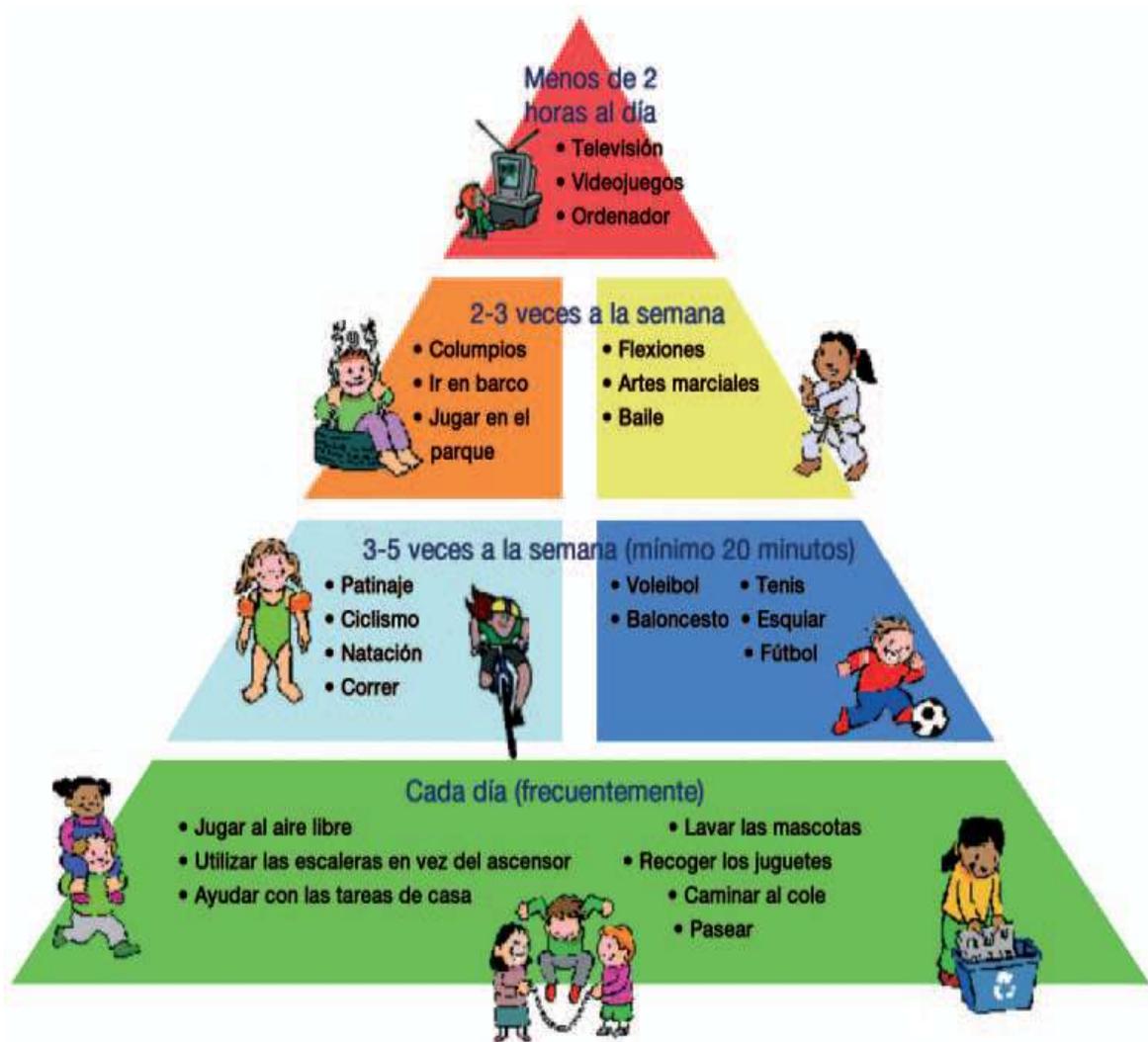
- Por lo tanto debemos incrementar el consumo de fibra dietética, aumentar la ingesta de frutas y vegetales, establecer un nuevo horario de comida y fomentar la lactancia materna, ya que está relacionada directamente con la prevención del desarrollo de la obesidad.
- Tenemos que disminuir el consumo de alimentos calóricos con alto contenido en grasas y azúcares, evitar el consumo de refrescos y zumos envasados, el incremento de las raciones servidas tanto en el hogar como en los restaurantes de “comida rápida”, el abuso en el consumo de aperitivos, ya que ésta son conductas que favorecen claramente el aumento de peso y que requieren un cambio de actitud urgente, en especial en el diario vivir de los niños que son especialmente sensibles al consumo de este tipo de alimentos.

3.4.2 PLAN DE ACTIVIDAD FÍSICA.

La práctica de ejercicio físico regular previene de la ganancia de peso y un estilo de vida sedentario la promueve, independientemente del ejercicio que se haya realizado anteriormente en la vida. Además, la práctica de ejercicio y el grado de entrenamiento físico son importantes moduladores de la morbimortalidad relacionada con el sobrepeso y la obesidad, y el sedentarismo un factor importante de riesgo cardiovascular en el paciente obeso.

Sería deseable en el entorno escolar y en el medio comunitario el fomento de la práctica de ejercicio físico moderado, habilitando espacios seguros y adecuados para la práctica deportiva en los recintos docentes y en la comunidad.

3.4.2.1 PIRÁMIDE DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA NIÑOS.



Modificado y adaptado de: Healthy Kids, Healthy Communities, a Durham Public Schools initiative funded by the NC Health and Wellness Trust Fund Comisión, 2004.

3.5 EVALUACIÓN.

El proceso estará dirigido al niño y la familia, mediante entrevistas y re aplicación de los test antes mencionados, además de las técnicas de observación directa e indirecta.

CONCLUSIONES

- ❑ El sedentarismo físico es uno de los males de la actualidad que favorecen para la adquisición de enfermedades cardiovasculares, diabetes, obesidad, etc.

- ❑ Podemos prevenir el sedentarismo modificando nuestro estilo de vida, incluyendo a esto una nueva dieta alimenticia acompañada de la práctica deportiva.

- ❑ La educación alimentaria es un trabajo de todos los miembros de la familia, ya que es ahí en donde los niños aprenden conductas inadecuadas y el cambio de la misma es una oportunidad para implantar un nuevo estilo y calidad de vida, ya que sugiere flexibilidad y comprensión por parte de los mismos; por lo que es aquí en donde se evidencia la unidad familiar para evitar que el niño tenga complicaciones futuras.

- ❑ La implementación de nuevas rutinas diarias combinadas con actividad física y diversión, es una propuesta que necesita de constancia y acompañamiento, para lograr que se conviertan en hábitos positivos para toda la familia.

- ❑ El psicodiagnóstico es un proceso que nos permite examinar los datos obtenidos durante la entrevista y otras técnicas aplicadas, para determinar el tipo de trastorno y seleccionar el tratamiento.

- ❑ El plan terapéutico es una estrategia clínica que nos ayuda a llevar las sesiones de terapia de forma organizada, para al que final tengamos una visión clara del avance de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

Libros:

SPARROW, Carlos, *Terapia Cognitivo Conductual*, Manual Moderno, México, 2007

HERBIT, Martin, *Entre la tolerancia y la disciplina*, Ed.Paidos, Barcelona, 1995

BRACHETTI, Evelyn, *¿Cómo ayudo al chico que amo?*, Poligráfica C.A, Guayaquil, 2002

WENZEL, Amy, *Métodos Cognitivos*, Manual Moderno, México, 2008

SARASON, Irwin, *Psicología Anormal 7ma edición*, Ed. Pearson Educación, Argentina, 1997

PAPALIA, Diane, *Desarrollo Humano 9na edición*, McGraw-Hill, Barcelona, 2005

RAICH, R.M, *Imágen corporal*, Ediciones Pirámide, Madrid, 2000

RODRÍGUEZ, Dauer, *Factores de riesgo*, Ediciones Urano, Madrid, 1996

TORO, Leis, *Obesidad infantil*, Ediciones Masson, Barcelona, 2001

SERRA, L, RIBAS L, ARANCETA, J, *Hábitos alimentarios y consumo de alimentos en la población infantil y juvenil española*, Ediciones Masson, Barcelona, 2000

Páginas Web:

www.ciencia@enfoceseducativos.es

http://www.conductitlan.net/terapia_cognitivo_conductual.ppt

[www. SEDENTARISMO. doc.Ink](http://www.SEDENTARISMO.doc.Ink)

<http://www.clinicalascondes.cl>

<http://www.guiainfantil.com/salud/obesidad/causas.htm>

<http://bebeguia.net/causas-de-la-obesidad-infantil-el-sedentarismo.html>

<http://www.salud.es/noticia/contra-la-obesidad-infantil-cenas-en-familia-y-poca-television>

http://www.conductitlan.net/terapia_cognitio_conductual.ppt

<http://www.20YOLANDA%20CABALLERO.pdf>

<http://motivacioncognitiva.blogspot.com/2009/06/eliminar-los-pensamientos-negativos.html>

ANEXOS

Anexo No 1 Historia Clínica

Anexo No.2 Test de la calidad de la dieta mediterránea.

Anexo No. 3 Test de ansiedad CMAS-R

Anexo No. 4 Test de depresión CDS

HISTORIA CLÍNICA

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Nombre:

Lugar y fecha de nacimiento:

Edad: _____ años _____ meses.

DATOS DE LOS PADRES:

Nombre de la madre:

Edad: _____ Nivel de instrucción: _____ Ocupación:

Nombre del padre:

Edad: _____ Nivel de instrucción: _____ Ocupación:

Nombre y edad de los hermanos:

Teléfonos:

MOTIVO DE CONSULTA

Referido por: _____

ANTECEDENTES PERSONALES

Embarazo:

Gesta No. _____ Planificado: _____ No planificado: _____ Controlado: _

Primeros movimientos fetales a los: _____ meses. Duración: __ meses.

Aumento de peso: _____ Enfermedades maternas: _____

Dificultades:

Vacunas: _____ Fuente de contaminación: _____

Parto normal: _____ Cesárea: _____ Por qué: _____

Respiró: _____ Lloró: _____ Peso al nacer: _____ Talla al nacer: _

Se observó alguna anormalidad:

Lactancia materna: (tiempo, cambios) _____

DESARROLLO PSICOMOTOR

Controló la cabeza: _____ Se sentó: _____ Gateó: _____ Se paró: _

Caminó: _____ Balbuceó: _____ Sus primera palabras: _____

Control vesical: _____ Control anal: _____

Algún problema con el desarrollo psicomotor:

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS

Eruptivas de la infancia: _____

Traumatismos: _____

Convulsiones: _____

Cirugías/Hospitalizaciones: _____

Otras enfermedades: _____

Alergias: _____

Vacunas: _____

Síntomas gastrointestinales: _____

Antibióticos: _____

HÁBITOS

Alimentación: _____

Vestido: _____

Aseo: _____

Trabajo:

Cortesía/sociabilidad: _____

ESCOLARIDAD / RUTINA DIARIA DEL NIÑO

Inició: _____ años.

Terapias recibidas:

ANTECEDENTES FAMILIARES

EVALUACIONES ANTERIORES

Nombre del niño _____

Fecha _____

*Este test es sobre la alimentación de su hijo**Poner una cruz en la respuesta correcta*

Test de la calidad de la dieta mediterránea en la infancia y la adolescencia		
	Si	No
Toma una fruta o zumo de fruta todos los días.		
Toma una segunda fruta todos los días.		
Toma verduras frescas (ensaladas) o cocinadas regularmente una vez al día.		
Toma verduras frescas o cocinadas más de una vez al día.		
Toma pescado fresco con regularidad (por lo menos 2 o 3 v/semana).		
Acude una vez o más a la semana a un centro fast – food (Ej. Hamburguesería)		
Le gustan las legumbres.		
Toma pasta o arroz casi a diario (5 días o más a la semana).		
Desayuna un cereal o derivado (pan, tostadas, etc.)		
Toma frutos secos con regularidad (por lo menos 2 o 3 veces a la semana).		
Utiliza aceite de oliva en casa.		
No desayuna.		
Desayuna un lácteo (leche o yogur, etc.)		

Desayuna bollería industrial.		
Toma 2 yogures y/o 40 g de queso cada día.		
Toma cada día dulces y golosinas.		
Le dio a su hijo lactancia materna.		

Test KIDMED:

Cuanto tiempo le dio lactancia materna:

CMAS-R

Nombre _____ **Fecha** _____

	Si	No
1. Me cuesta trabajo tomar decisiones.....		
2. Me pongo nervios@ cuando las cosas no me salen como quiero.....		
3. Parece que las cosas son más fáciles para los demás que para mí.....		
4. Todas las personas que conozco me caen bien.....		
5. Muchas veces siento que me falta el aire.....		
6. Casi todo el tiempo estoy preocupad@.....		
7. Muchas cosas me dan miedo.....		
8. Siempre soy amable.....		
9. Me enfado con mucha facilidad.....		
10. Me preocupa lo que mis padres me vayan a decir.....		
11. Siento que a los demás no les gusta cómo hago las cosas.....		
12. Siempre me porto bien.....		
13. En las noches, me cuesta trabajo quedarme dormid@.....		
14. Me preocupa lo que la gente piense de mí.....		
15. Me siento sol@ aunque este acompañad@.....		
16. Siempre soy buen@.....		
17. Muchas veces siento asco o náuseas.....		
18. Soy muy sentimental.....		
19. Me sudan las manos.....		
20. Siempre soy agradable con todos.....		
21. Me canso mucho.....		
22. Me preocupa el futuro.....		

23. Los demás son más felices que yo.....		
24. Siempre digo la verdad.....		
25. Tengo pesadillas.....		
26. Me siento muy mal cuando se enfadan conmigo.....		
27. Siento que alguien me va decir que hago las cosas mal.....		
28. Nunca me enfado.....		
29. Algunas veces me despierto asustad@.....		
30. Me siento preocupad@ cuando me voy a dormir.....		
31. Me cuesta trabajo concentrarme en mis deberes escolares.....		
32. Nunca digo cosas que no debo decir.....		
33. Me muevo mucho en mi asiento.....		
34. Soy muy nervios@.....		
35. Muchas personas están contra mí.....		
36. Nunca digo mentiras.....		
37. Muchas veces me preocupa que algo malo me pase.....		

CDS hoja 1		Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
NOMBRE _____	FECHA _____					
1. Me siento alegre la mayor parte del tiempo.						
2. Muchas veces me siento desgraciado en el colegio.						
3. A menudo pienso que nadie se preocupa por mí.						
4. A menudo creo que valgo poco.						
5. Me despierto a menudo durante la noche.						
6. Pienso muchas veces que dejo en mal lugar a mi madre padre.						
7. Creo que se sufre mucho en la vida.						
8. Me siento orgulloso de la mayoría de 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. Frecuentemente estoy descontento conmigo mismo.						
13. Me siento más cansado que la mayoría de niños que conozco.						
14. A veces creo que mi madre o mi padre hacen o dicen cosas que me hacen pensar que he hecho algo terrible.						
15. Me pongo triste cuando alguien se enfada conmigo.						
16. Muchas veces mi madre o mi padre me hacen sentir que las cosas que hago son muy buenas.						

17. Siempre estoy deseando hacer muchas cosas cuando estoy en el cole.					
18. Estando en el colegio, muchas veces me dan ganas de llorar.					
19. A menudo soy incapaz de mostrar lo desgraciado que me siento por dentro.					
20. Odio la forma de mi aspecto o de mi comportamiento.					
21. La mayoría del tiempo no tengo ganas de hacer nada.					
22. A veces temo que lo que hago pueda molestar a o enfadar a mi madre o mi padre.					
23. Cuando me enfado mucho casi siempre termino llorando.					
24. En mi familia todos nos divertimos mucho juntos.					
	Muy de acuerdo	De acuerdo	No estoy seguro	En desacuerdo	Muy en desacuerdo