



**Universidad del Azuay**

**Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación**

**Escuela de Psicología**

***Tesina de intervención terapéutica Cognitivo Conductual  
para trabajar Depresión en un niño de 9 años hijo de padres  
divorciados.***

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de  
Licenciado en Psicología Clínica**

**Autor: José Ricardo Boroto Carrasco**

**Directora: Ana Lucía Pacurucu.**

**Cuenca, Ecuador  
2010**

Vero, Juan y Olingi.  
Sin ustedes, todo sería demasiado normal.

## Índice de Contenidos

Agradecimientos .....	ii
Indice de contenidos.....	iii
Resumen .....	iv
Abstract .....	v
Introducción .....	1
Capítulo 1: Marco teórico .....	2
1.1 Depresión .....	2
1.1.1 Definición de Depresión .....	2
1.1.2 Criterios y síntomas emocionales.....	3
1.1.2.1 Clasificación de los episodios depresivos según el CIE-10. ..	4
1.1.2.1.1 Episodio Depresivo Leve .....	4
1.1.2.1.2 Episodio Depresivo moderado.....	4
1.1.2.1.3 Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos. 4	
1.1.3 Etiología de la depresión. ....	6
1.1.4 Evaluación .....	6
1.1.4.1 Herramientas de evaluación.....	7
1.1.4.1.1 Child Depression Inventory CDI .....	8
1.1.4.1.2 Entrevistas semiestructuradas .....	8
1.1.5 Tratamiento de la depresión infantil.....	9
1.2 Autoestima. ....	10
1.2.1 Definición de autoestima .....	10
1.3 Terapia cognitivo conductual .....	10
1.3.1 Definición de Terapia cognitivo conductual .....	10
1.3.2 Intervención .....	11
Capitulo 2: Diagnóstico del caso .....	12
2.1 Diagnóstico .....	12
2.2 Método de Evaluación .....	12
2.2.1 Test De La Familia.....	13
2.2.2 Inventario de depresión Infantil. CDI, Kovack.....	14
2.3 Historia Clínica.....	14
Capítulo 3: Técnicas y Herramientas Cognitivas Conductuales de intervención ....	17
3.1 Técnicas y Herramientas.....	17
3.1.1 Árbol de Decisiones para escoger las técnicas a aplicarse en este caso 18	
3.1.2 Técnicas cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento de la depresión.....	19
3.1.2.1 Programación de actividades agradables.....	19
3.1.2.1.1 Tabla de Registro de Actividades Placenteras .....	21
3.1.2.1.2 Diagrama explicativo de la Técnica de Programación de Actividades Placenteras.....	21
3.1.2.2 Entrenamiento en habilidades sociales. ....	22
3.1.2.2.1 Diagrama explicativo de la Técnica Entrenamiento en habilidades sociales. ....	23

3.1.2.3 Resolución de problemas .....	23
3.1.2.3.1 Diagrama explicativo de la Técnica de Resolución de Problemas .....	24
3.1.2.4 Auto monitorización.....	25
3.1.2.5 Nombrar la Distorsión. ....	25
3.1.2.5.1 Lista de distorsiones cognitivas.....	26
3.1.2.5.2 Registro de distorsiones cognitivas .....	28
3.1.2.5.3 Tabla de registro de distorsiones cognitivas .....	28
3.1.2.5.4 Diagrama explicativo de la Auto monitorización. ..	29
3.1.2.6 Enfoques autoinstruccionales.....	29
3.1.2.6.1 Ejemplo de Tarjetas con Frases de Afrontamiento. 30	
3.1.2.7 Técnicas de análisis racional .....	30
 Capítulo 4: Plan de Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual para el Tratamiento de una Depresión Infantil.....	32
4.1 Introducción.....	32
4.2 Descripción del Plan Terapéutico.....	32
4.3 Estructura de las sesiones .....	32
4.4 Planificación de las sesiones. ....	33
4.4.1 Descripción de las sesiones .....	33
4.4.1.1 Sesión 1: Evaluación Inicial. ....	34
4.4.1.2 Sesión 2: Explicación del modelo terapéutico, programación de actividades placenteras. ....	35
4.4.1.3 Sesión 3: Introducción a las técnicas en entrenamiento en habilidades sociales, trabajo en confianza. ....	36
4.4.1.4 Sesión 4: Introducción a las distorsiones cognitivas.....	38
4.4.1.5 Sesión 5: Distorsiones cognitivas, auto monitorización.....	39
4.4.1.6 Sesión 6: Evaluación. ....	40
4.4.1.7 Sesión 7: Reestructuración Cognitiva.....	41
4.4.1.8 Sesión 8: Intervención en autoestima y autoconfianza .....	42
4.4.1.9 Sesión 9: Revisión de las distorsiones cognitivas .....	43
4.4.1.10 Sesión 10: Análisis Racional, mejoramiento de confianza .	44
4.4.1.11 Sesión 11: Evaluación de las técnicas aprendidas.....	45
4.4.1.12 Sesión 12: Evaluación estado anímico. Cierre de Terapia...	46
4.5 Conclusiones.....	47
 Bibliografía .....	48
Anexo 1 .....	49
Anexo 2 .....	50

## **Resumen**

El presente trabajo sirve como modelo de intervención terapéutica en casos de depresión infantil como producto de una situación de divorcio de los padres del paciente. Utiliza una aproximación Cognitiva Conductual, con algunos elementos de la Terapia Racional Emotiva integrados en un esquema de fácil comprensión, descriptivo y de sencilla aplicación. Este trabajo además presenta un marco teórico que analiza la etiología de la depresión desde varios puntos de vista así como también los métodos y técnicas terapéuticas más eficientes para el tratamiento de estos trastornos infantiles.

**Palabras Clave:** Depresión Infantil, Terapia Cognitiva Conductual, Divorcio.

## Abstract

This paper will serve as a model for therapeutic treatment in cases of child depression, resulting from a situation of divorce by the parents of the patient. It uses a Cognitive Behavioral approach with some elements of Emotive Rational Therapy, incorporated in an easily understood descriptive outline that is simple to use. In addition this paper presents a theoretical framework that analyzes the etiology of the depression from several points of view, as well as the methods and most efficient therapeutic techniques for treatment of these child disorders.

**Keywords:** Child Depression, Cognitive Behavioral Therapy. Depression, Divorce.



## **Introducción**

Este trabajo presenta un modelo de intervención terapéutica basado en las técnicas Cognitivas Conductuales y el modelo Racional Emotivo que nace de la necesidad de intervención practica en los casos de depresión infantil producidos por el divorcio de sus padres.

El objetivo general de la investigación es el Diseño de un plan de intervención terapéutico cognitivo conductual para mejorar el estado depresivo de un niño de 9 años.

Como objetivos específicos se determinaron la selección y aplicación de las pruebas mas indicadas para el diagnostico de la depresión infantil, la investigación de las técnicas mas adecuadas para una intervención cognitiva conductual en casos de depresión infantil y su posterior aplicación.

### **Importancia de la investigación.**

A partir de los años setentas, cuando la depresión infantil empezó a considerarse dentro de los trastornos del animo como un problema real y valido, este trastorno ha recibido mucha atención por parte de los profesionales del área de la psicología, y debido a la naturaleza practica y el éxito demostrado en problemas similares por la terapia cognitiva conductual esta corriente es la mejor alternativa de aplicación para este caso especifico Debido a las condiciones especiales en la etiología de este caso y las estadísticas que demuestran un aumento en la tasa de divorcios en nuestro país, es necesario presentar un modelo de intervención especifico para esta situación en el futuro basando en modelos terapéuticos viables de alta eficacia comprobada en los procesos depresivos.

Los beneficiarios directos de esta investigación son el niño y su madre, para quienes esta diseñado este modelo de intervención.

Los beneficiarios indirectos de este trabajo son aquellas personas que podrán utilizar esta guía como un modelo de intervención en casos de depresión infantil de etiología similar.

## **Capítulo 1: Marco teórico**

### **1.1 Depresión**

#### **1.1.1 Definición de Depresión**

La depresión ha sido definida de diversas maneras y ampliamente estudiada a lo largo de los años, sin embargo, desde el punto de vista psicológico actual, la depresión es un término genérico que se aplica a un conjunto de desórdenes de la afectividad, cuyo rasgo esencial y común es una alteración del estado de ánimo unida a problemas cognitivos, psicomotores, psicofisiológicos e interpersonales, que ocurren como condiciones únicas o acompañados de otros estados patológicos, es decir, la esfera psíquica, la somática y la conductual son perturbadas en grados diversos y por períodos variables de tiempo.

La depresión se define como un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona. La depresión infantil puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor que ocurre en un niño; esta alteración se presenta, al igual que la depresión en adultos, de muchas formas con grados y duración variable.

La depresión infantil, como trastorno, no recibió la atención debida sino hasta los años sesenta, cuando Harry Harlow (1960) realizó observaciones en monos bebés separados de sus madres y encontró exactamente el mismo tipo de conductas que habían señalado René Spitz (1945) y Jhon Bowlby (1951) en los niños. Debido a la naturaleza experimental de la psicología comparada, este estudio produjo un impacto especial para este tipo de hallazgos y comenzó a tomarse un poco más en serio la posibilidad de la existencia de la depresión en los niños, puesto que los monos parecían ser capaces de desarrollarlas (Harlow, 1960).

### **1.1. 2 Criterios y síntomas emocionales**

En el Manual de Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 4ª Edición (DSM-IV) se incluye los trastornos del estado de ánimo en niños bajo los criterios diagnósticos para adultos. La diferencia radica en que los niños manifiestan con mayor frecuencia quejas somáticas, rechazo social, pérdida de interés y de la capacidad de experimentar placer, cambios en los patrones de alimentación, sueño y peso corporal, actividad, concentración, nivel de energía, autoestima, motivación y menos frecuentemente, enlentecimiento psicomotor e hipersomnia, en comparación con adolescentes y adultos deprimidos.

En la práctica actual según el DSM-IV, se considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos cinco de los siguientes nueve síntomas, con una duración de al menos dos semanas:

- 1) Estado de ánimo deprimido.
- 2) Pérdida de interés o capacidad para el placer.
- 3) Pérdida o aumento significativo de peso.
- 4) Insomnio o hipersomnia casi diario.
- 5) Agitación o enlentecimiento psicomotor.
- 6) Fatiga o pérdida de energía.
- 7) Sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse.
- 9) Ideas recurrentes de muerte.

Es importante mencionar que no se incluyen síntomas debido a enfermedad médica, ideas delirantes o alucinaciones no congruentes con el estado de ánimo, incoherencia, o notable pérdida de asociaciones.

En la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10) se menciona el Episodio Depresivo en tres formas: leve, moderado y grave. Se refiere que el enfermo que la padece, sufre de un humor depresivo, una pérdida de capacidad de interés y de disfrutar de las cosas, una disminución

de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y un cansancio exagerado.

### **1.1.2.1 Clasificación de los episodios depresivos según el CIE-10.**

Debido a factores a tomar en consideración al momento del diagnóstico, la depresión infantil puede caer dentro de una de las siguientes categorías diagnósticas.

- Episodio Depresivo Leve.
- Episodio Depresivo Moderado.
- Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.

#### **1.1.2.1.1 Episodio Depresivo Leve.**

Debe durar al menos dos semanas y ninguno de los síntomas debe considerarse como intenso. Existe la facultad para llevar a cabo sus actividades laborales o sociales, y es probable que no las deje por completo. Presenta los siguientes síntomas:

1. Ánimo depresivo.
2. Pérdida del interés y la capacidad de disfrutar.
3. Aumento de fatiga.

#### **1.1.2.1.2 Episodio Depresivo Moderado.**

Deben estar presentes al menos dos de los siguientes síntomas: ánimo depresivo, pérdida de interés y de la capacidad de disfrutar o aumento de la fatigabilidad. Así como, al menos tres de estos síntomas: disminución de la atención y concentración, pérdida de la confianza en sí mismo y sentimientos de inferioridad, ideas de culpa y de ser inútil, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de auto agresiones, trastornos del sueño o pérdida de apetito. Estos síntomas deben durar al menos dos semanas. El sujeto suele tener grandes dificultades para poder continuar desarrollando sus actividades sociales, laborales y domésticas.

#### **1.1.2.1.3 Episodio Depresivo Grave sin Síntomas Psicóticos.**

La persona suele presentar una considerable angustia o agitación. El riesgo de suicidio es importante en los casos particularmente graves. El paciente

debe presentar los tres síntomas del Episodio Depresivo Leve y Moderado, y por lo menos cuatro de los demás síntomas; todos ellos en intensidad grave. No es probable que el sujeto sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

Se considera que la semiología de la depresión infantil es variada, destacando diez conductas como los síntomas más importantes de la depresión:

1. Humor disfórico.
2. Desesperación.
3. Comportamiento agresivo (agitación).
4. Trastorno del sueño.
5. Modificación negativa en el rendimiento escolar.
6. Retraimiento social.
7. Modificación negativa de la actitud hacia la escuela.
8. Quejas somáticas.
9. Pérdida de la energía habitual.
10. Modificación habitual del apetito y/o del peso.

Los síntomas van variando dependiendo de la etapa de desarrollo. En niños pequeños, hasta que entran en la edad escolar, la depresión toma una base psicósomática (trastornos en la alimentación y en el sueño, onicofagia, crisis de llanto, enuresis) y puede desarrollarse en tres fases de conducta.

1. Fase de protesta: corresponde a una ansiedad de separación (normalmente de la madre).
2. Fase de desespere: el niño rehúsa comer, no se deja vestir, se queda callado, inactivo, sin solicitar nada de su entorno, con expresiones de pena y duelo.
3. Fase de desvinculación: se elabora la pérdida o se construyen defensas contra la misma, las conductas más comunes son el llanto y gritos.

En niños mayores, se presenta una alta sensibilidad, dificultades de conducta, irritabilidad y sentimientos de inferioridad, que a veces irrumpen

en forma de ideas suicidas, tiene un semblante triste y muestra escaso interés hacia el entorno, rechaza la ayuda que se le ofrece, y abandona prontamente todo aquello que le decepciona. Junto a estos síntomas pueden aparecer los ya mencionados de la base somática.

Algunos niños enmascaran su depresión mediante una autocrítica exagerada, un fracaso escolar, dificultades en el manejo de la agresividad o de irrupciones agresivas.

En los adolescentes, la sintomatología ya mencionada, se hace más aguda, aparecen sentimientos de autodesprecio, impotencia, inhibición respecto al entorno, ideas de suicidio, etc.

### **1.1.3 Etiología de la depresión.**

Existen varios marcos teóricos que intentan explicar el origen de la depresión infantil, así tenemos:

- **Conductual:** La ausencia de refuerzos (Lazarus), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.
- **Cognitivo:** La existencia de juicios negativos (Beck), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida (Seligman), ausencia de control, atribuciones negativas.
- **Psicodinámico:** Se relaciona a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno (Spitz).
- **Biológico:** Es provocada por una disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de la serotonina (neurotransmisor cerebral), y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

### **1.1.4 Evaluación**

Los instrumentos de evaluación de la depresión infantil varían en función del marco teórico del que se derivan y de lo que se desea valorar. Así, cuando se quieren medir las conductas interiorizadas, se usan fundamentalmente pruebas de lápiz y papel que pueden ser: entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test proyectivos, y otros. Cuando lo que se pretende es medir la conducta manifiesta, se hace

observación de conductas, registro de conductas, y aplicación del juego infantil.

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

#### **1.1.4.1 Herramientas de evaluación.**

Al revisar la literatura especializada en este tema, se define que las principales herramientas de evaluación son dos: el Child Depression Inventory CDI (Kovacs y Beck, 1977) El Reynolds Child Depression Scale (Reynolds, 1989)

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben tomar en cuenta algunos factores como: el nivel de desarrollo personal del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida, por todo ello, es conveniente pasar el cuestionario dos veces, con algunos días de separación.

##### **1.1.4.1.1 Child Depression Inventory**

El instrumento de autoinforme que mide sintomatología depresiva más utilizado en niños y adolescentes es el Children's Depresión Inventory (CDI) elaborado por Kovacs y colaboradores (1983). Esta escala se creó a partir del Beck Depresión Inventory (Beck, 1967), para ser aplicado a niños y adolescentes en edad escolar. Kovacs realizó dos versiones preliminares del CDI en 1975 y 1976, de las cuales modificó el modo de puntuación, el contenido y la redacción de los ítems. La versión definitiva fue publicada en 1977. El manual del test fue publicado en 1992 y se incluyeron en él, tanto los datos psicométricos del CDI de los estudios de la propia autora, como una revisión de estudios de otros autores y sus resultados más relevantes.

En el año 2004, cuando ya se habían recogido los datos de esta investigación, aparece la

versión española del instrumento (Del Barrio y Carrasco, 2004) publicada por TEA, en la que se incluyen revisiones de estudios y resultados con el CDI en el contexto español, pero no existen versiones de esta prueba estandarizadas para nuestro medio en la actualidad.

El CDI cuantifica un amplio rango de síntomas depresivos incluyendo el estado de ánimo deprimido, problemas interpersonales, sentimientos de incapacidad, anhedonia y autoestima negativa. De las diversas medidas de depresión existentes es la que requiere un nivel más bajo de habilidad lectora, por lo que es sumamente práctico para ser aplicado a niños en edad escolar. La escala discrimina entre jóvenes con diagnóstico de depresión mayor o distimia, otros trastornos psiquiátricos y muestra comunitaria. Es una prueba sensible a los cambios de la sintomatología depresiva a través del tiempo.

El CDI consta de veinte y siete ítems que se presentan con tres opciones de respuesta que puntúan con 0, 1 ó 2. Cuanto mayor es la puntuación, mayor es la severidad del síntoma. El significado de cada opción es el siguiente:

0 ausencia de sintomatología

1 sintomatología leve

2 sintomatología grave

La puntuación total puede ir de 0 a 54 puntos. La mitad de los ítems empiezan con la opción que refleja mayor severidad del síntoma, y en el resto la secuencia de presentación está invertida. A pesar de que el CDI no es un instrumento diagnóstico, sus ítems se corresponden con los síntomas que aparecen en el DSM-IV (APA, 1995) y en el DSM-IV-TR (APA, 2000).

#### **1.1.4.1.2 Entrevistas semiestructuradas**

La entrevista a los padres surge como un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia, ya que permite una aproximación objetiva al caso al tomar en cuenta factores que no se pueden observar en situaciones controladas como es la del consultorio.

### **1.1.5 Tratamiento de la depresión infantil**

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

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

El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento.

El tratamiento en Fase Aguda, suele incluir intervenciones de carácter Psicológico, Farmacológico y Combinado.

Las Terapias Psicológicas más utilizadas en el tratamiento de la depresión son:

La terapia cognitivo conductual, la terapia conductual, la psicodinámica, la interpersonal, la terapia familiar y los grupos de apoyo o terapia grupal.

El Tratamiento Farmacológico: se basa en el uso de drogas como los antidepresivos Tricíclicos y los Inhibidores Selectivos de la Recaptación de Serotonina (ISRS).

El Tratamiento Combinado, que incluye fármacos y terapias psicológicas, ha demostrado ser lo más adecuado en la actualidad.

Para poder realizar tratamiento en Fase de Mantenimiento, se debe evaluar el estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento previo.

## **1.2 Autoestima.**

### **1.2.1 Definición de autoestima**

La autoestima es la valoración de uno mismo, de las actitudes y habilidades y de la personalidad, los cuales son los aspectos primordiales que constituyen la base de la identidad personal.

La autoestima se construye desde la infancia y depende de las relaciones con personas significativas, principalmente los padres, a lo largo del desarrollo de la persona.

## **1.3 Terapia cognitivo conductual**

### **1.3.1 Definición de Terapia cognitivo conductual**

La terapia cognitiva se basa en la teoría del aprendizaje social y utiliza una combinación de técnicas, muchas de las cuales tienen su origen en los modelos del condicionamiento clásico operante.

En pocas palabras, la teoría del aprendizaje social (Bandura, 1977; Rotter, 1982) se basa en la suposición de que el entorno, las disposiciones personales y el comportamiento situacional de una persona se determinan mutuamente y de que la conducta es un fenómeno dinámico y en constante evolución.

La terapia cognitiva sostiene que hay cinco elementos interrelacionados que deben tenerse en cuenta en la conceptualización de las dificultades psicológicas humanas (A. T. Beck, 1985). Estos elementos son:

- Contexto Interpersonal y ambiental.
- Fisiología
- Emociones
- Conducta
- Cogniciones del individuo

Todos estos factores individuales interaccionan unos con otros, dando lugar a un sistema dinámico y complejo que determina el comportamiento de una persona.

El último elemento recibe una atención especial, ya que es un punto central de la terapia cognitiva conductual es el relacionado a las cogniciones del individuo, enfatizando en las distorsiones cognitivas, que son interpretaciones negativas de eventos que le suceden al individuo basados en experiencias anteriores y modelos mentales que llevan el nombre de esquemas cognitivos.

Aunque la terapia cognitiva debe adaptarse a las características únicas de los niños, hay varios principios establecidos en el trabajo con adultos que también pueden aplicarse en su tratamiento, con excelentes resultados basados en el modelo de aprendizaje por realización presentes en los niños. (Knell, 1993)

Los niños tienen capacidades, limitaciones, preferencias e intereses diferentes a los de los adultos; dado que la terapia cognitiva con niños se apoya en habilidades verbales y cognitivas, es imprescindible tener en cuenta la edad del niño, así como también sus habilidades sociales (Kimball, Nelson y Politano, 1993).

### **1.3.2 Intervención**

La intervención terapéutica en Terapia Cognitivo Conductual se estructura en tres pasos:

- Evaluación detenida del caso.- Etapa en donde se trazan los objetivos de tratamiento y se determinan los factores sinérgicos sobre los cuales se debe trabajar.
- Intervención.- Esta es la etapa donde se aplican las técnicas terapéuticas orientadas al logro de los objetivos planteados en el paso anterior.
- Seguimiento.- Consiste en la evaluación de la aplicación del programa terapéutico y la realización de los ajustes necesarios para el mantenimiento de los cambios.

## **Capítulo 2: Diagnóstico del caso.**

### **2.1 Diagnóstico**

El niño presenta un cuadro distímico acorde a la situación de duelo que está viviendo desde la salida del padre del hogar, razón por la que existe una disminución en la autoestima acompañada de sentimientos de culpabilidad, expresados durante la entrevista individual y señales de dificultad para relacionarse con sus compañeros en la escuela. Muestra además falta de interés en actividades previamente placenteras, lo cual es congruente con un Episodio Depresivo Moderado (CIE-10).

Durante la entrevista, el niño demuestra un desenvolvimiento normal para su edad, así como puntajes acordes a un nivel de inteligencia ligeramente superior a la media (en las áreas de vocabulario, comprensión y resolución de laberintos) de acuerdo con los resultados del WISC III.

Se realizó una entrevista de carácter exploratorio a la madre, en la que se confirman la sintomatología depresiva, junto con presencia de factores de conflicto a nivel escolar y reiterados conflictos y peleas con su hermano mayor.

### **2.2 Método de Evaluación.**

Para realizar este diagnóstico se hicieron una serie de entrevistas exploratorias y aplicación de pruebas recomendadas para el diagnóstico de depresión, descritas a continuación:

- Test de la Familia
- Test de Kovaks para la depresión.
- WISC III (Resultados obtenidos en una evaluación anterior)

La aplicación de las pruebas se realizó durante las dos primeras sesiones, con la finalidad de optimizar el tiempo de sesión para poder trabajar sobre técnicas de relajación y crear seguridad desde el comienzo de la terapia.

La aplicación del Wisc III se realizó varias semanas antes de iniciada la terapia como parte de un proyecto diferente a este que además me permitió iniciar el proceso terapéutico con un mejor rapport.

### 2.2.1 Test De La Familia

El dibujo (Anexo 1) se presenta acorde a su edad, con las omisiones típicas de un niño de nueve años. La calidad del dibujo es buena, no presenta rasgos de agresividad ni de retraimiento, tampoco presenta indicios de agresividad. Los miembros de la familia muestran una organización jerárquica, explicada en la entrevista posterior como “el orden de toma de decisiones en la casa”.

El dibujo muestra una familia dinámica, con un movimiento natural, individualidad normal de las figuras expresada en detalles específicos en cada una de las figuras, todos se presentan sonreídos, excepto en el elemento con el que se representa a sí mismo, el cual muestra una expresión menos alegre que los demás (dato confirmado al realizar la entrevista posterior).

El tamaño es medio, con una ubicación en la parte superior de la hoja que no llega a representar un factor de consideración.

El dibujo nos indica que existe un apego seguro debido a los siguientes factores específicos:

Brazos abiertos

Figuras con base

Figuras completas

Proximidad natural entre las figuras

Figuras integradas

Individualidad en las figuras

La familia da la impresión de ser esencialmente feliz

Sonrisas no forzadas.

Durante la entrevista, Daniel se muestra renuente a tocar el tema de la relación con su padre, presentando ansiedad y llanto leve al momento de indagar sobre el tema. Existen elementos que demuestran distorsiones cognitivas específicas (pensamiento absolutista, autoinculpación) las cuales generan un ambiente egodistónico y una serie de conflictos puntuales descritos a continuación:

- Falta de interés en la realización de actividades consideradas como placenteras antes del divorcio de sus padres.
- Dificultad para relacionarse con su padre y su nueva familia.

- Dificultad para reaccionar ante los problemas habituales de un niño de 9 años.
- Dificultad para controlar la intensidad de sus reacciones, sobre todo el manejo de la frustración y el enojo.
- Sensibilidad a la crítica y dificultad para tomar decisiones.

### **2.2.2 Inventario de depresión Infantil. CDI, Kovack**

La aplicación del CDI se realizó durante la última sesión evaluatoria, obteniendo un puntaje total de 16, el cual es un puntaje concurrente con un estado depresivo leve, marcando puntuaciones más altas en las preguntas relacionadas con anhedonia y con autoestima negativa. (Anexo 2)

### **2.3 Historia Clínica**

Fecha de Evaluación: 20 de Marzo, 2010

#### **Datos de identificación**

Nombre: Daniel

Lugar y fecha de nacimiento: 27 de marzo, 2001.

Edad: 8 años 11 meses.

#### **Datos De Los Padres**

Nombre de la madre: Elisa

Edad: 32 años. Nivel de instrucción: Secundaria. Ocupación: Secretaria.

Nombre del padre: Armando

Edad: 37 años. Nivel de instrucción: Secundaria. Ocupación: Vendedor.

Nombre y edad de los hermanos: Federico, 16 años.

#### **Motivo De Consulta**

Niño de 8 años de edad que sufre de un estado de ánimo depresivo, irritabilidad, decaimiento, falta de interés en actividades anteriormente placenteras, trastornos del sueño y baja autoestima desde el divorcio de sus padres hace aproximadamente 18 meses.

La salida abrupta del hogar por parte del padre, y la aparición de una nueva esposa y familia, provocaron una respuesta emocional negativa que fue exacerbada por la falta de atención por parte de su padre, quien desde que abandonó el hogar no se muestra interesado en sus hijos, lo que ha afectado la autoestima del niño.

Referido por: La madre.

### **Antecedentes Personales**

Embarazo

Gesta #: 2 Planificado: Sí. Controlado: Sí.

Primeros movimientos fetales a los 4 meses. Duración del embarazo: 35 semanas.

Aumento de peso: Normal

Enfermedades maternas: Ninguna

Dificultades: Ninguna.

Vacunas: Ninguna

Fuentes de contaminación: Tabaco.

Parto Normal.

Respiró: Sin problemas. Peso al nacer: 7.3 libras. Talla al nacer: 46cms

Anormalidades: Ninguna.

Lactancia materna: Hasta el 8vo mes. Se cambió por leche de fórmula.

### **Desarrollo Psicomotor**

Controló la cabeza: 3 meses

Se sentó: 5 meses

Gateó: 7 meses.

Se paró: 9 meses.

Caminó: Al año.

Balbuceó: 8 meses.

Primeras palabras: Año y medio aproximadamente.

Control Vesical: Cerca de los dos años.

Control Anal: Cerca de los dos años.

Algún problema con el desarrollo psicomotor: Ninguno

### **Antecedentes Patológicos**

Eruptivas de la infancia: Varicela

Traumatismos: Nunca

Convulsiones: Nunca

Cirugías / Hospitalizaciones: Ninguna

Otras enfermedades: Nada de consideración.

Alergias: Aparentemente ninguna.

Vacunas: Todas

Síntomas gastrointestinales: No

Antibióticos: No.

### **Hábitos**

Alimentación: Normal, buenos hábitos alimenticios, desayuno balanceado. No presenta problema con la comida, no hay quejas por los alimentos.

Vestido: Se muestra vestido de acorde a su edad, la ropa está en buen estado. El mismo escogió su ropa, y se muestra contento con ella.

Aseo: Se muestra muy aseado.

Trabajo: No presenta dificultades, se muestra muy colaborador

Cortesía / Sociabilidad: El niño es muy culto, utiliza un lenguaje adecuado, se muestra muy participativo e interesado en el proceso.

### **Escolaridad / Rutina Diaria Del Niño**

Inició a los 5 años, desde el primer año ha realizado sus estudios en la misma escuela. Actualmente se encuentra cursando el cuarto año de Básica.

Las tardes asiste a una academia de básquet y a clases de guitarra.

Las tareas las realiza en la tarde, en compañía de su hermano mayor.

Duerme a las 21:30 casi todos los días.

Terapias recibidas: Ninguna anteriormente.

### **Antecedentes Familiares**

No existen antecedentes familiares de consideración en el área médica o psiquiátrica.

El padre muestra rasgos histriónicos y narcisistas, lo que le llevó a abandonar el hogar y divorciarse de la madre.

## **Capítulo 3**

### **Técnicas y Herramientas Cognitivas Conductuales de intervención**

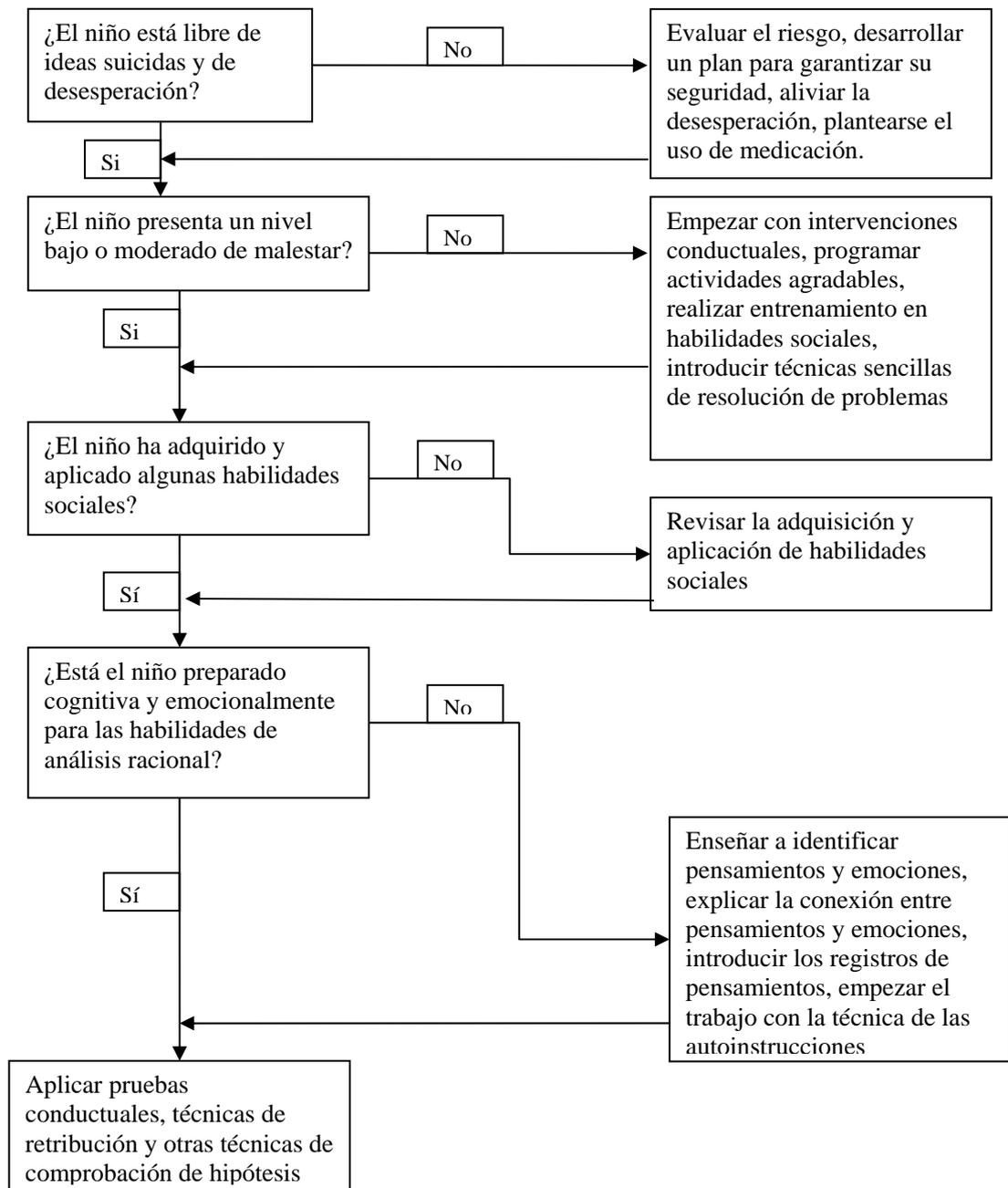
#### **3.1 Técnicas y Herramientas**

El tratamiento de los elementos individuales de la depresión requiere el uso de técnicas específicas para cada uno de los puntos sinérgicos de tratamiento, así como la selección de aquellos protocolos de intervención acordes a la edad, al nivel intelectual y emocional del niño, al igual que gravedad de la queja actual.

Para hacer esto es necesario, en primer lugar, asegurarse que el cliente no corre ningún peligro valorando, y si es necesario, tratando sus tendencias suicidas. En segundo lugar, determinar el nivel de desarrollo cognitivo del niño, para conocer si las intervenciones cognitivas pueden ser de ayuda, así como el nivel de desarrollo del lenguaje como base para la aplicación de las técnicas. En tercer lugar se debe comenzar por la aplicación de técnicas sencillas, con el objetivo de familiarizar al niño con el proceso terapéutico de la técnica cognitiva conductual y para lograr superar el obstáculo que presenta la falta de motivación y desinterés que acompaña las primeras fases de intervención terapéutica en la depresión.

Algunos autores (Friadberg y McClure, 2005) sugieren la utilización de un árbol de decisiones como orientación para escoger las herramientas concretas de intervención, el cual permite crear un diagrama de flujo, en el que se puede seleccionar la técnica más adecuada para el problema en cuestión conociendo sus antecedentes así como el siguiente paso lógico de intervención.

### 3.1.1 Árbol de Decisiones para escoger las técnicas a aplicarse en este caso.



### **3.1.2 Técnicas cognitivo conductuales utilizadas en el tratamiento de la depresión**

Existen varias técnicas cognitivo conductuales de intervención para trabajar con depresión, de las cuales han sido seleccionadas para la intervención en este caso las siguientes:

- Programación de actividades agradables
- Entrenamiento en habilidades sociales
- Resolución de problemas
- Automonitorización
- Nombrar la Distorsión Cognitiva
- Enfoques autoinstruccionales
- Técnicas de análisis racional

#### **3.1.2.1 Programación de actividades agradables**

La programación de actividades agradables se utiliza para aumentar la cantidad de refuerzos positivos presentes en la rutina diaria de los niños, así como para activar a niños poco activos (A. T. Beck y otros, 1989; Greenberger y Padesky, 1995).

Esta consiste la creación de un horario de actividades agradables para el niño, que tienen como objetivo mostrarle que antes del episodio depresivo había actividades que él disfrutaba. El horario será creado para enfocarse en aquellas actividades placenteras que evita realizar, mostrando la respuesta emocional que dicha actividad producía en el pasado en sí mismo, o la respuesta emocional que provoca en niños de su misma edad.

Para realizar esta técnica habrá que crear un calendario en el que se puedan poner íconos que marquen una actividad placentera al inicio de la semana, y según la respuesta emocional que dicha actividad produjo, una calificación la cual será dada por el mismo niño. Los iconos que representarán las actividades placenteras pueden ser recortes de revistas, fotografías y dibujos que representen dicha actividad axial como también fotos del niño realizando la actividad. Para el sistema de calificaciones, se recomienda el uso del

clima como símil emocional, siendo un día soleado indicativo de buen estado de ánimo y la presencia de nubes, muestra de un estado anímico decaído.

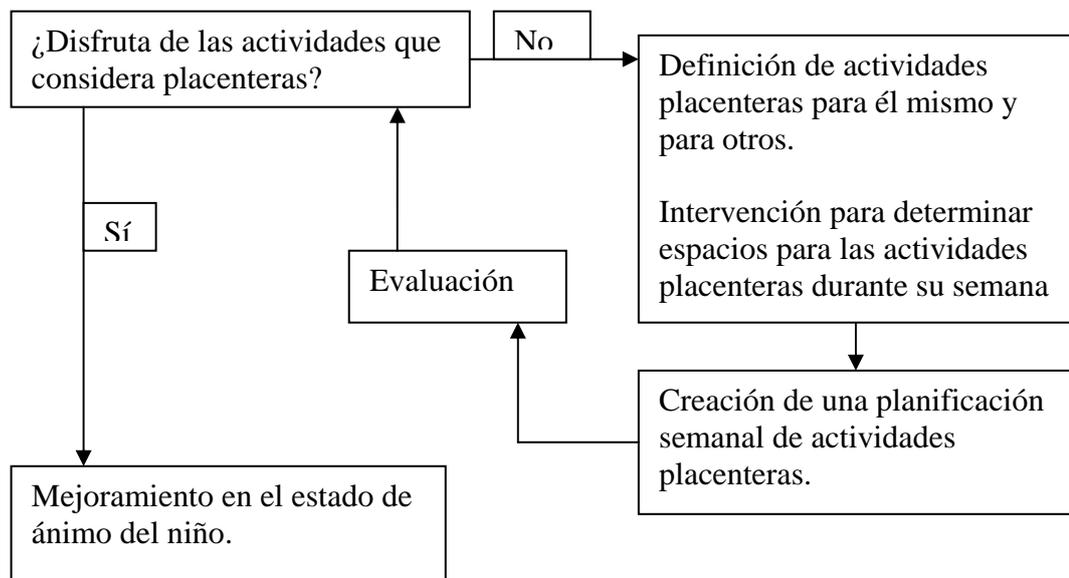
Al final de la semana se realiza una evaluación de las actividades en las que se indaga sobre las expectativas que tuvo el niño durante la semana y el resultado de esa actividad, de tal manera que el niño pueda cambiar sus esquemas cognitivos debilitantes, los cuales interfieren en su estado anímico. Es importante que durante la realización de esta técnica, exista apoyo por parte de los padres, tanto en el aspecto motivacional (los niños depresivos presentan mayores niveles de anhedonia (Bowlby, 1954)) como emocional, brindando apoyo y facilitando la realización de las tareas sin convertirse en ejecutores de las mismas.

Los recursos a utilizarse en la realización y aplicación de esta técnica son sencillos de preparar y al alcance de cualquier terapeuta, por lo que no presenta dificultades especiales al momento de ser aplicada.

### 3.1.2.1.1 Tabla de Registro de Actividades Placenteras

	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Actividad							
Actividad							
Actividad							
Actividad							
¿Cómo me sentí?							
¿Cómo me sentí?							
¿Cómo me sentí?							

### 3.1.2.1.2 Diagrama explicativo de la Técnica de Programación de Actividades Placenteras.



### **3.1.2.2 Entrenamiento en habilidades sociales.**

Los niños depresivos encuentran sumamente difícil enfrentarse a interacciones sociales debido a su estado anímico, el miedo al fracaso y la inseguridad producida por la presencia del episodio depresivo.

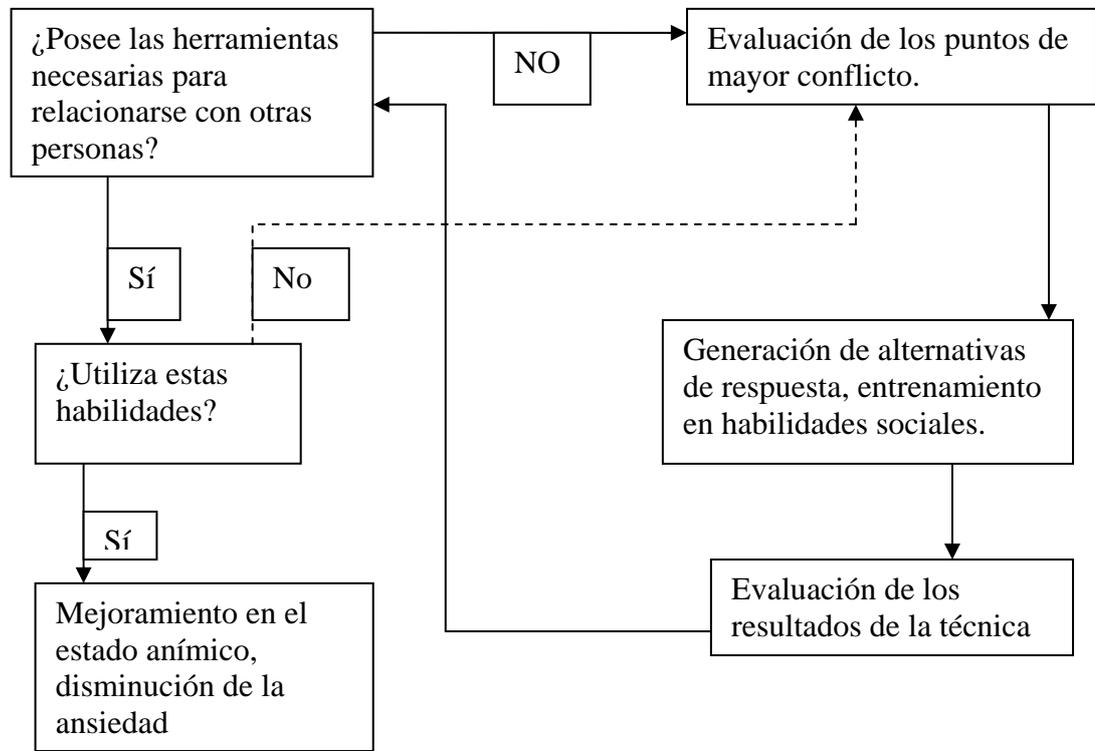
La enseñanza de habilidades sociales sigue un proceso “cognitivo conductual característico” (Beidel y Turner, 1998; Kazdin, 1994); primero se le enseña al niño la habilidad por medio de instrucciones directas, luego de que el concepto ha sido comprendido se procede a practicar la técnica y corregir los puntos que presentan fallos y por último, poner en práctica la técnica en contextos reales.

Una vez explicadas las tres etapas básicas, se puede decir que la técnica del entrenamiento en habilidades sociales consiste en la simulación de un encuentro que provoca ansiedad para la persona de tal manera que esta pueda responder de una manera más positiva en aquella situación. Esta técnica requiere que el terapeuta identifique las áreas que provocan ansiedad en el niño y determinen alternativas de respuesta ante los estímulos que provocan molestia. Al haber sido identificados los factores problemáticos, se realiza un ensayo de las nuevas conductas aprendidas, así como de las posibles respuestas con las que se encontrará, lo cual brindará seguridad al niño de que posee las habilidades necesarias para interactuar con otras personas. Esta técnica no requiere de recursos físicos, ya que se realiza verbalmente y basándose en interacciones sociales.

En el caso de los niños puede utilizarse artículos variados para cambiar la apariencia del terapeuta (pelucas, gafas u otros accesorios) como parte del Role Play.

### 3.1.2.2.1 Diagrama explicativo de la Técnica Entrenamiento en habilidades sociales.

.



### 3.1.2.3 Resolución de problemas

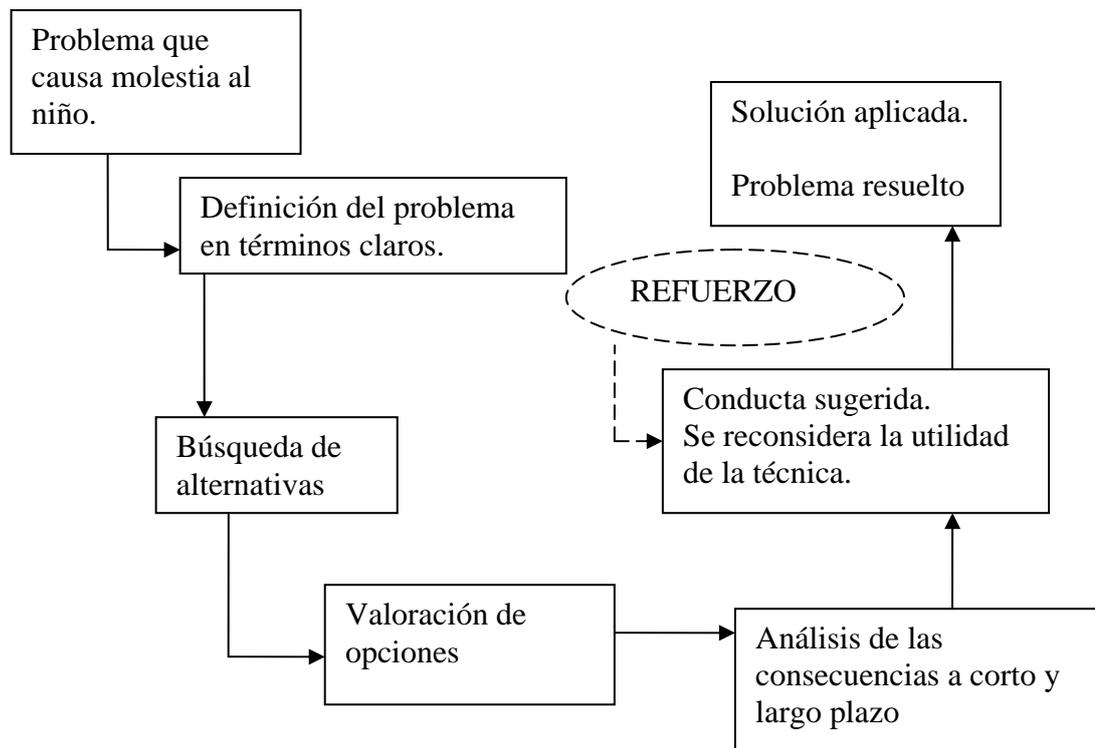
El ánimo depresivo de un niño puede dificultar enormemente la resolución de problemas, que en otras condiciones emocionales no presentarían mayor inconveniente pero que ahora se muestran como obstáculos infranqueables para el niño, debido a una serie de distorsiones cognitivas (revisadas en la técnica anterior) las cuales provocan inseguridad y temor al fracaso.

La técnica de la resolución de problemas presenta al niño con la posibilidad de analizar los problemas creando una distancia emocional entre él y el conflicto, lo cual genera un espacio de seguridad en el que el niño puede responder de una manera más positiva.

Esta técnica consta de cinco pasos básicos (Barkley y otros 1999; D'Zurilla, 1986). El primer paso implica la identificación del problema, en términos exactos y específicos. Una vez identificado el problema se procede a enseñar al niño a generar soluciones alternativas, manteniéndolas dentro de

los parámetros de lo real. En el tercer paso se analizan los resultados a corto y largo plazo, además de registrar estos puntos. Una vez hecho esto, se procede a seleccionar el mejor plan de acción para solucionar el problema. En el último paso se refuerza el uso la búsqueda de soluciones alternativas. Si el niño prueba soluciones alternativas se le da la instrucción de autoadministrarse un refuerzo (a ser definido durante la sesión)

### 3.1.2.3.1 Diagrama explicativo de la Técnica de Resolución de Problemas.



#### **3.1.2.4 Auto monitorización**

La identificación de pensamientos y emociones abre el camino a las técnicas autoinstruccionales y análisis racional. Sin embargo, a muchos niños deprimidos la intensidad de su depresión hace que les cueste detectar pensamientos y emociones.

Para los niños pequeños es complicado discernir entre pensamiento y emoción, por lo que la auto monitorización requiere una intervención sencilla y clara para el niño, la cual se realizará a través del registro habitual de pensamientos en un diario, el mismo que será analizado con el niño durante las sesiones de terapia.

#### **3.1.2.5 Nombrar la distorsión**

Nombrar la distorsión es un procedimiento sencillo que prepara al niño para enfoques racionales y autoinstruccionales más avanzados.

Esta técnica requiere que el terapeuta enseñe al niño una lista de distorsiones cognitivas, las mismas que serán explicadas en profundidad de manera que el niño pueda identificar las distorsiones a las que se enfrenta en los momentos de dificultad, y de esta forma detener el proceso cognitivo que resulta de tal distorsión.

Para esta técnica es necesario contar con una lista de distorsiones cognitivas de fácil acceso para el niño, así como ejemplos de cada una, las cuales el niño pueda comprender con claridad.

Esta técnica puede ser usada durante las sesiones de terapia, así como también en casa por el niño como parte de la técnica de registros de pensamiento, que consiste en llevar un diario en el que escriba aquellos pensamientos que le provocan malestar, así como la respuesta emocional que nace de estos, en una lista que le permite reconocerlos como las distorsiones identificadas en las sesiones de terapia de tal manera que pueda responder adecuadamente a ellas.

La lista de distorsiones cognitivas ha ido ampliándose gracias a los trabajos de Beck y Karen Horney a lo largo de los años, pero fue Albert Ellis quien la planteó por primera vez. Esta se ha definido de la siguiente manera, adaptando las explicaciones de cada una de ellas a una realidad infantil:

### **3.1.2.5.1 Lista de distorsiones cognitivas**

#### **1-Generalización excesiva o sobre generalización:**

Se refiere a la generalización de un hecho aislado, convirtiéndolo en referente para todas las situaciones de características similares.

Por ejemplo, un niño que se repite a sí mismo “Nunca lo haré bien”, basando su juicio actual, en una mala experiencia en el pasado en la que las cosas no resultaron como él esperaba.

#### **2-Polarización o pensamiento todo-nada:**

Esta distorsión implica ver la realidad dentro de categorías absolutas, o blanco o negro, sin matices intermedios, es decir, sin la posibilidad de que existan puntos intermedios ni jerarquías de valor. Debido a esta, las más mínimas fallas provocan en el niño, una serie de sentimientos de desvalorización para con sus actos y sí mismo.

#### **3-Descalificación de lo positivo:**

Al presentarse esta distorsión, el niño se enfoca en los aspectos posibles (reales o irreales) de carácter negativo acerca de un comportamiento, una actividad o su forma de ser. Por ejemplo, el niño desvaloriza los comentarios positivos sobre su trabajo, generando autocríticas destructivas basándose en su percepción distorsionada.

#### **4-Catastrofismo o adivinación del porvenir:**

Esta distorsión se caracteriza por la seguridad que siente el niño sobre lo negativo de una actividad por venir, esperando el fracaso o una serie de eventos negativos como consecuencia de sus actos. Por ejemplo, un niño que debe hablar frente a su clase puede adelantarse a su fracaso con varios días, provocándose malestar y sentimientos negativos para con sí mismo.

#### **5-Lectura del pensamiento:**

Esta distorsión provoca en el niño una sensación de paranoia ligera, durante la cual cree que otras personas están emitiendo juicios negativos sobre su persona, desvalorizándolo o burlándose de él. Por ejemplo, un niño que

durante su hora de recreo observa a otros niños riendo e inmediatamente asume que ellos están hablando mal o burlándose de él.

#### **6-Magnificación y minimización:**

Al presentarse esta distorsión, los aspectos negativos de la vida del niño adquieren un matiz microscópico, mientras que sus logros personales son minimizados por el mismo, de tal forma que en base a este principio de deformación, busca una justificación para sus sentimientos negativos.

#### **7-Razonamiento emocional:**

Esta distorsión provoca que los sentimientos negativos vivenciados se deduzcan como elementos innegables de la realidad, de manera que cíclicamente se refuerzan. Por ejemplo: si uno se siente angustiado, es que debe estar en grave peligro.

#### **8-Etiquetar erróneamente.**

El niño tiende a describir un comportamiento, situación o persona generalizando de manera emocional su resultado. Por ejemplo, si fracasa en algo específico (una tarea, un juego) y decide decir “soy un fracasado”.

#### **9-Calificar con “debería”:**

El niño se ve como sujeto de críticas hacia sí mismo o a los demás con afirmaciones del tipo: “debería” (o tendría) y “no debería” (o no tendría), lo cual genera frustración sobre factores que no se encuentran bajo su control.

#### **10-Autoinculpación:**

Esta distorsión se caracteriza por la continua asimilación de la autoría de los sucesos negativos externos de los que el niño, en realidad, no es responsable. Por ejemplo, un niño que pierde en un partido de fútbol, asimilará como propia la responsabilidad total de la pérdida, sin tomar en cuenta el hecho de que es un juego de equipo y que existen factores externos a él que resultaron en dicha pérdida.

### **3.1.2.5.2 Registro de las Distorsiones.**

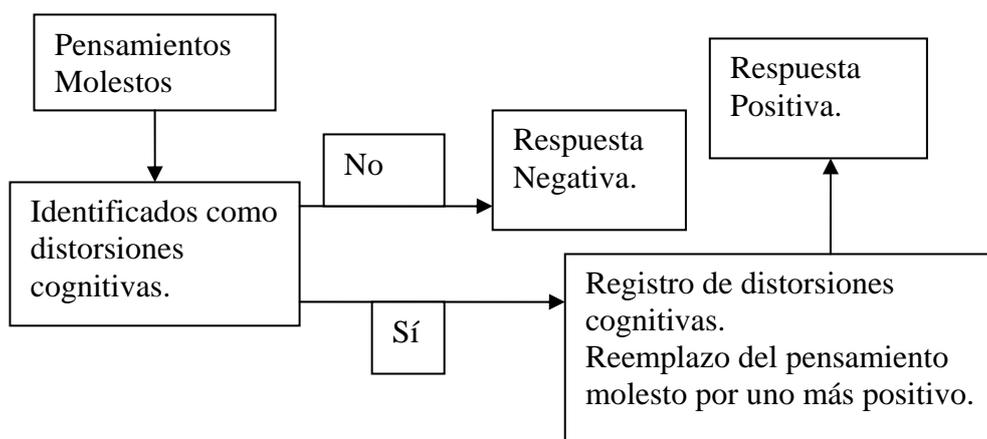
Para llevar un registro diario de las emociones, se utilizará una tabla dividida en 3 partes, en la primera columna se anotará el pensamiento que el niño reconoce como una distorsión, en la segunda, el niño marcará el tipo de distorsión que identifica al pensamiento y en la tercera una alternativa realista de pensamiento la cual produzca un resultado más positivo para el niño.

Debido a la naturaleza participativa de la técnica, es necesario realizar una serie de aproximaciones de práctica durante las sesiones terapéuticas además de la debida explicación.

### **3.1.2.5.3 Tabla de registro de distorsiones cognitivas**

Pensamiento Molesto	Nombre de la Distorsión	Nuevo pensamiento

#### 3.1.2.5.4 Diagrama explicativo de la Automonitorización.



#### 3.1.2.6 Enfoques autoinstruccionales

En general, las intervenciones autoinstruccionales o de autocontrol ponen énfasis en cambiar los diálogos interiores (esquemas cognitivos) a través de un análisis racional profundo de los mismos. Se centran en cambiar los pensamientos poco adaptativos por pensamientos más adaptativos y productivos (Meichenbaum, 1985).

El enfoque autoinstruccional puede llevarse de varias maneras, pero considerando que la aplicación de esta técnica está enfocada a un caso de depresión infantil y que el punto a trabajar es la autoestima, por lo que en este caso se requiere que se desarrolle material de apoyo con frases motivacionales y de soporte (llamadas también "frases de afrontamiento") que puedan ser leídas y meditadas por el niño en caso de empezar a sentirse apático o negativista en su casa.

El Cofre del tesoro es una técnica autoinstruccional que establece una analogía entre las frases de afrontamiento olvidadas o perdidas y los tesoros de un cofre enterrado. Para esto, se dibuja o construye un "cofre del tesoro" con el niño. Después se desarrollan frases positivas de afrontamiento y se ponen en el cofre; estas serán escritas en tarjetas de fácil acceso y tendrán textos similares a este: "Equivocarse no es malo, es totalmente normal". La

siguiente etapa de la terapia requiere dar al niño la instrucción de ir al cofre y sacar una frase cada vez que se sienta mal. Una tarea para la casa puede ser crear más tarjetas, así como mantener la conducta autoinstruccional.

### 3.1.2.6.1 Ejemplo de Tarjetas con Frases de Afrontamiento.

A veces puedo tener peleas con mi hermano, pero eso no significa que no me quiera.	Soy bueno aprendiendo nuevas canciones, aunque no entienda lo que dicen.
Soy bueno haciendo reír a otras personas y haciéndoles escuchar cuando toco la guitarra.	Equivocarme es totalmente normal y no significa que soy tonto.

### 3.1.2.7 Técnicas de análisis racional

Al igual que la técnica anterior, las técnicas de análisis racional están diseñadas para enfrentarse a una serie de pensamientos poco productivos que causan malestar en el niño, utilizando el análisis de aquellos factores que provocan molestias y buscando alternativas de respuesta a los mismos, así como para asignarse responsabilidad sólo sobre aquello que depende directamente de ellos y que no busquen culpabilizarse de todo.

Una técnica muy utilizada en los casos de depresión es la llamada “pastel de retribución” (Greenberger y Padesky, 1995). Esta se basa en la idea de que únicamente se puede tener un cien por cien de una cosa. Cada acontecimiento se explica a partir de una serie de factores que son partes de un todo. El terapeuta y el cliente dividen el pastel en porciones que representen la cantidad de responsabilidad que corresponde a cada uno de los elementos involucrados en el acontecimiento, y el niño debe determinar el “peso” que cada factor tiene en su conclusión.

El proceso comienza haciendo que el niño escriba una lista de las posibles causas del problema que le produce malestar. Se le debe permitir poner su parte de la culpa, al final de la lista. De este modo se reconoce la responsabilidad del niño, pero facilita su análisis y su inclusión al tomar en cuenta otras razones. Cuando la lista esté terminada, se pondrán las causas en el pastel y se procederá a asignarle un valor a cada parte de tal manera que el resultado final sea cien. De esta forma, se logra asignar un valor real a la responsabilidad del niño sobre el problema, haciéndole consciente de que no posee responsabilidad exclusiva de los problemas que le rodean.

## **Capítulo 4**

### **Plan de Intervención Terapéutica Cognitivo Conductual para el Tratamiento de una Depresión Infantil.**

#### **4.1 Introducción**

Considerando el diagnóstico establecido en el capítulo dos, y la validez del modelo cognitivo conductual, demostrada en el marco teórico del capítulo uno y la selección de técnicas del capítulo tres, se ha diseñado un plan intervención Cognitivo Conductual con una duración de 12 sesiones distribuidas en dos sesiones semanales durante un período de 6 semanas.

#### **4.2 Descripción del Plan Terapéutico**

Se trabajará sobre las áreas de autoestima, patrones de pensamiento disfuncionales, mejora de la tolerancia al fracaso, su anhedonia y su estado anímico, así como en el entrenamiento en habilidades sociales para afrontar la situación incómoda que representa la nueva familia de su padre, los cuales han sido identificados como los puntos donde se requiere intervención inmediata, utilizando un abordaje cognitivo conductual.

#### **4.3 Estructura de las sesiones**

Las sesiones tendrán una duración de 60 minutos, los cuales estarán divididas en 4 ó 5 secciones descritas a continuación:

- Evaluación del estado anímico del niño
- Revisión de tareas / Diálogo
- Intervención y aplicación de técnicas.
- Preparación de tareas para la casa.
- Cierre.

#### **4.4 Planificación de las sesiones.**

La intervención terapéutica está diseñada para ser realizada en doce sesiones, dividida en tres grupos de cuatro sesiones cada uno. Esta división tiene como objetivo dedicar cuatro sesiones a la estabilización del estado

anímico y la intervención con las primeras técnicas de reestructuración cognitiva, cuatro sesiones a desarrollar un modelo de afrontación a la nueva realidad y crear nuevos esquemas cognitivos sobre sí mismo y las últimas cuatro sesiones al desarrollo de habilidades sociales y entrenamiento en técnicas de automonitorización, las cuales le permitirán enfrentar su realidad y los puntos de conflicto sin la intervención de un terapeuta.

#### **4.4.1 Descripción de las sesiones**

Las sesiones se describen en detalle a continuación explicando las actividades a realizarse, los recursos necesarios y el tiempo tentativamente destinado a cada elemento de la sesión.

Las doce sesiones han sido distribuidas de la siguiente manera:

- Sesión 1: Evaluación inicial.
- Sesión 2: Explicación del modelo terapéutico, programación de actividades placenteras.
- Sesión 3: Introducción a las técnicas en entrenamiento en habilidades sociales, trabajo en confianza.
- Sesión 4: Introducción a las distorsiones cognitivas.
- Sesión 5: Distorsiones cognitivas, automonitorización
- Sesión 6: Evaluación.
- Sesión 7: Reestructuración Cognitiva.
- Sesión 8: Intervención en autoestima y autoconfianza.
- Sesión 9: Revisión de las distorsiones cognitivas.
- Sesión 10: Análisis Racional, mejoramiento de la confianza.
- Sesión 11: Evaluación de las técnicas aprendidas.
- Sesión 12: Evaluación del estado anímico. Cierre de Terapia.

#### 4.4.1.1 Sesión 1: Evaluación Inicial.

La primera sesión tendrá como objetivo la evaluación del estado anímico y la regulación del mismo, así como la determinación de los factores principales sobre los que se debe trabajar. Un punto importante a tomarse en cuenta es que, esta es la sesión en donde se inicia la relación terapéutica por lo que es primordial desarrollar un rapport positivo. La aplicación de las pruebas se realizará siempre y cuando exista un ánimo estable, de otra forma se debe dedicar un tiempo a la regulación del mismo. El cierre de esta sesión se realiza generando un ambiente de confianza y reasegurándole al niño el estatus de confidencialidad y confianza que estará presente en las sesiones.

<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Presentación inicial.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Interacción inicial para desarrollar Rapport.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de Reactivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Protocolo CDI</li><li>• Papel Bond A4</li><li>• Lápiz</li><li>• Borrador</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo terapéutico, evaluación del estado de ánimo.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.2 Sesión 2: Explicación del modelo terapéutico, programación de actividades placenteras.

Esta sesión tiene como objetivo la evaluación del estado anímico posterior a una primera sesión evaluativa y su regulación de ser necesario, así como el inicio del trabajo terapéutico con la aplicación de la técnica de la programación de actividades agradables, la cual será explicada en detalle y a través de ejemplos claros para el niño, relacionándola con eventos diarios. Se inicia un trabajo de mejoramiento de autoestima a través del diálogo terapéutico, enfocándolo hacia los potenciales personales que fueron mencionados durante la aplicación de la terapia y la creación del calendario. En esta sesión se comenzará con el envío de tareas a la casa, por lo que será necesario tocar el tema de la responsabilidad en terapia y la importancia de la constancia en el trabajo en casa.

En el cierre de esta sesión se incluye recordatorios sutiles sobre la tarea y comentarios sobre los factores positivos de la sesión, con el objetivo de aumentar la confianza del niño en el proceso terapéutico.

<b>Actividades</b>	<b>Recursos</b>	<b>Tiempo</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación del estado anímico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Interacción explicativa del trabajo terapéutico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de la técnica “Programación de actividades agradables”</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tabla de registro semanal de actividades placenteras.</li><li>• Lápiz</li><li>• Borrador</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo terapéutico.</li><li>• Designación de tareas para la casa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>

#### **4.4.1.3 Sesión 3: Introducción a las técnicas en entrenamiento en habilidades sociales, trabajo en confianza.**

El objetivo de esta sesión es, de nuevo, la evaluación del estado anímico y su posterior estabilización de ser necesario y la introducción de la técnica de resolución de problemas a través del diálogo y la posterior utilización del Role Play. Debido a la edad del niño es recomendable utilizar adaptaciones en esta técnica, tomando en cuenta la idiosincrasia del niño, utilizando elementos de su esfera personal, tales como personajes de video juegos o programas de televisión con los que el niño pueda desarrollar una identificación.

Una vez que se ha realizado la intervención con esta técnica, durante el diálogo posterior se hablará sobre los elementos positivos y fortalezas que él posee con el objetivo de crear frases de afirmación (las cuales serán utilizadas más adelante, en posteriores sesiones) y mejorar su autoconfianza.

El cierre se centrará en los elementos positivos de la sesión, un recordatorio sobre la utilización de la técnica de resolución de problemas y las fortalezas reconocidas durante la sesión.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación de las tareas para la casa.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo explicativo sobre la técnica de resolución de problemas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Aplicación de la técnica de resolución de problemas.</li><li>• Mejoramiento de la autoconfianza.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Role play</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.4 Sesión 4: Introducción a las distorsiones cognitivas.

La cuarta sesión, es la última del proceso de estabilización del estado anímico, inicia con la evaluación de este y su estabilización de ser necesario. Posteriormente se trabaja sobre técnicas de relajación, las cuales tienen como objetivo la generación de herramientas personales para enfrentar la desestabilización emocional y regresar a un estado de comodidad. Para esto se utilizarán técnicas de respiración y de meditación simples y de fácil realización.

También se iniciará la explicación de los conceptos de distorsión cognitiva, los mismos que serán usados en las siguientes sesiones.

En el cierre de esta sesión es necesario que se le recuerde al niño la importancia del compromiso terapéutico establecido anteriormente, así como destacar el poder sobre las reacciones emocionales indeseables que el niño obtendrá las técnicas de relajación.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Técnicas de relajación</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de la técnica de resolución de problemas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo terapéutico, distorsiones cognitivas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.5 Sesión 5: Distorsiones cognitivas, automonitorización

La quinta sesión inicia con una evaluación del estado anímico basado en la premisa de que el niño está utilizando las técnicas de relajación aprendidos en la sesión anterior. Luego se procederá a una revisión de los conceptos de distorsión cognitiva sustentando los mismos con ejemplos acordes a su idiosincrasia, utilizando de preferencia la ironía ligera en el diálogo para despertar en el niño un proceso de descubrimiento de las distorsiones que le resultan más disonantes. Posteriormente se realizará un ensayo de la técnica por medio de Role Play.

El cierre deberá incluir observaciones sobre la técnica de automonitorización, haciendo énfasis en el potencial de trabajo del niño y la regulación emocional. Se le recordará también la importancia de la realización de las tareas en casa y la importancia de su participación en el proceso terapéutico y se le pedirá que traiga la tabla de registro de actividades placenteras para la siguiente sesión.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Revisión de los conceptos de distorsión.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Explicación de la automonitorización</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Ensayo de la técnica de automonitorización y la resolución de problemas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Role play</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>35 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.6 Sesión 6: Evaluación.

La sexta sesión marca el punto central de la intervención terapéutica, por lo que se recomienda realizar una evaluación del estado de ánimo, una revisión de la técnica de programación de actividades placenteras y la posterior aplicación de las mismas pruebas para determinar el estado anímico del niño en la primera sesión. Se realizarán observaciones puntuales sobre las respuestas en el CDI que muestran cambios positivos en el estado anímico del niño en contraste con las pruebas de la primera sesión. Se realizará un diálogo de carácter exploratorio con el objetivo de indagar sobre los puntos sinérgicos a intervenir durante la terapia y el avance en el estado de los mismos.

El cierre se concentrará en hablar sobre los factores positivos de la sesión, así como los cambios en el estado anímico. Se volverá a enfatizar en la importancia del trabajo en casa y las intervenciones terapéuticas.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación de las tareas, revisión de la programación de actividades placenteras</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tabla de registro semanal de actividades placenteras.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>20 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicación de Reactivos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Protocolo CDI</li><li>Papel Bond A4</li><li>Lápiz</li><li>Borrador</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.7 Sesión 7: Reestructuración Cognitiva

La séptima sesión inicia el proceso de reestructuración cognitiva con el uso de la técnica de nombrar la distorsión cognitiva, la misma que se relaciona directamente con los conceptos aprendidos en las sesiones anteriores. En esta sesión se creará con el niño una Tabla de Registro de Distorsiones Cognitivas, la cual será diseñada y creada por el niño. La aplicación de la técnica durante la sesión terapéutica tiene como objetivo enseñarle al niño a utilizar esta técnica en el momento en el que identifique la distorsión cognitiva.

Se asignará como tarea la aplicación de esta técnica durante el período entre sesiones y se enfatizará en la importancia de llevar un registro escrito de la técnica.

El cierre se concentrará en la importancia de las tareas en casa, las enviadas anteriormente, así como la técnica de Nombrar las distorsiones cognitivas.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Diálogo sobre las distorsiones</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Introducción a la técnica de Nombrar la distorsión cognitiva.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicación de la técnica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Cartulina</li><li>Lápiz</li><li>Elementos decorativos.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>35 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Asignación de tareas.</li><li>Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Tabla de registro de distorsiones cognitivas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.8 Sesión 8: Intervención en autoestima y autoconfianza.

En la octava sesión se trabajará sobre la autoestima y confianza en sí mismo, iniciando la intervención con una evaluación del estado anímico del niño. Posteriormente se iniciará el diálogo explicativo sobre la técnica de los Enfoques autoinstruccionales, lo cual llevará a la fabricación del “Cofre del tesoro” con el niño. Este espacio de actividad manual será aprovechado para el diálogo terapéutico concerniente a las principales distorsiones cognitivas afectando la autoestima y autoconfianza del niño, creando alternativas funcionales a dichas distorsiones.

Una vez creado el cofre, se realizará una serie de aplicaciones de práctica con el objetivo de aclarar al niño el funcionamiento de la técnica.

El cierre deberá incluir un diálogo sobre la técnica y los sentimientos generados durante la aplicación de la misma. Se enfatizará la aplicación de esta técnica como alternativa a los sentimientos de desesperanza y baja autoestima que se pudieran presentar a lo largo de los días. Esta sesión marca el cierre de las intervenciones psicoeducativas enfocadas a crear nuevos modelos de comportamiento

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Introducción a los enfoques autoinstruccionales</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Enfoques autoinstruccionales, fabricación del material y aplicación de la técnica</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cartulina</li><li>• Papel Bond A4</li><li>• Lápiz, marcadores</li><li>• Borrador</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo terapéutico, asignación de tareas.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.9 Sesión 9: Revisión de las distorsiones cognitivas.

La novena sesión marca el inicio de la aplicación de técnicas de reestructuración cognitivas a largo plazo, por lo que se deberá realizar una revisión de los conceptos de Distorsiones Cognitivas y la técnica de enfoques autoinstruccionales.

El diálogo terapéutico en esta sesión se centra en los cambios positivos en el estado anímico y el potencial de reacción ante los eventos molestos.

El cierre de terapia se centrará sobre la importancia de las técnicas aprendidas como herramientas de autointervención y la aplicación de las mismas a largo plazo, como parte integral del modelo de comportamiento del niño.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>• Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de los conceptos de distorsión y las distorsiones aparecidas durante la semana.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Revisión de los enfoques autoinstruccionales, adición de material.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Cartulina</li><li>• Papel Bond A4</li><li>• Lápiz, marcadores</li><li>• Borrador</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Diálogo terapéutico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.10 Sesión 10: Análisis Racional, mejoramiento de la confianza.

La décima sesión se enfocará en la técnica del análisis racional y la aplicación de la misma a través del role play, aprovechando los momentos de intervención para insertar como escenario en el ejercicio aquellas situaciones en las que se determinaron como conflictivas.

El dialogo terapéutico girará en torno a la aplicación de esta técnica a las situaciones incómodas y se enfatizará el progreso del niño en sus habilidades de control emocional.

Durante el cierre se le recordará al niño la importancia de continuar con las técnicas en su hogar y se le pedirá que en la siguiente sesión traiga la cartilla con la Programación de actividades placenteras.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Introducción a las técnicas de análisis racional.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Aplicación de las técnicas de análisis racional</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Role Play</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Diálogo terapéutico, asignación de tarea.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.11 Sesión 11: Evaluación de las técnicas aprendidas.

La onceava sesión se concentra en evaluar que las técnicas de manejo de distorsiones cognitivas a largo plazo han sido comprendidas y están siendo utilizadas correctamente por el niño. Se realizará por lo tanto una evaluación práctica utilizando el material creado por el niño, así como la evaluación a través del uso del Role Play. El diálogo terapéutico servirá para realizar las correcciones pertinentes a las técnicas, y la reafirmación de los puntos positivos de las técnicas de autointervención.

El cierre de esta sesión se concentrará en las experiencias positivas de la terapia así como los potenciales del niño. Durante este, se le solicitará al niño que piense en su situación después de la terapia enfatizando sus potenciales y las fortalezas aprendidas durante la terapia.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación de la programación de actividades placenteras</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación las habilidades sociales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Role play</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación de los enfoques autonstruccionales.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Diálogo terapéutico</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos.</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>5 minutos</li></ul>

#### 4.4.1.12 Sesión 12: Evaluación del estado anímico. Cierre de Terapia.

La doceava sesión marca el cierre de la terapia. Se iniciará con una evaluación del estado de ánimo, seguida por un diálogo terapéutico enfocado a la situación emocional del momento. Posteriormente se realizará una discusión sobre la terapia y sus beneficios, guiando el diálogo hacia la aceptación del niño de sus avances y la importancia de las habilidades aprendidas. Durante el mismo se realizará una evaluación del estado anímico el cual permitirá hacer un análisis objetivo el cual se expresará, a manera de meta lograda, al niño.

El cierre se centrará en enfatizar el progreso alcanzado, la superación de los elementos que provocaban malestar y el contraste entre la autoimagen y la autoestima del niño desde la primera sesión hasta el momento del cierre de la última sesión.

Actividades	Recursos	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"><li>Evaluación del estado anímico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Diálogo terapéutico.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Discusión sobre la terapia y sus beneficios.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>30 minutos</li></ul>
<ul style="list-style-type: none"><li>Cierre.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>Ninguno</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>10 minutos</li></ul>

#### **4.5 Conclusiones.**

La terapia tiene como objetivo trabajar sobre aquellos factores que provocan malestar y depresión en el niño, utilizando una serie de técnicas cognitivo conductuales que poseen un alto grado de eficacia y confiabilidad en el manejo de este tipo de trastornos en los niños, por lo cual se prevé una disminución del estado depresivo y una mejora en el estado anímico lo cual a su vez provocará una mejoría en su desempeño escolar.

Debido a la etiología de la depresión y en base a las observaciones realizadas durante el proceso de evaluación se recomienda realizar terapia familiar para poder lograr un manejo correcto del duelo por parte del resto de la familia.

Se recomienda además realizar un seguimiento del caso durante un período no menor a 3 meses, con visitas mensuales, con el objetivo de evaluar el estado anímico, la situación general en el hogar, así como el uso de las técnicas aprendidas y los resultados de las mismas.

## **Bibliografía**

Beck, A. (1979) *Cognitive Therapy and the emotional disorders*. Londres, Meridian

Bowlby, J. (1989) *The making and breaking of affectional Bonds*. Londres. Routledge.

Cavallo, Vicente (1993) *Manual de técnicas de terapia cognitiva y modificación de conducta*. Madrid. Editorial Siglo XXI.

DSM-IV. (1997) *Manual de diagnóstico estadístico de los trastornos mentales*. Mason, Barcelona

Ellis, A. y Grieger, R. (eds.) (1981) *Manual de Terapia Racional-Emotiva*. Bilbao, DDB

Friedberg, R; McClure, j. (2003) *Práctica clínica de terapia cognitiva con niños y adolescentes. Conceptos esenciales*. Barcelona, Paidós (2005).

Goldman, H. (1996) *Psiquiatría General*. Mexico, Manual Moderno.

Haeussler, Isabel; Milicic, Neva (1994) *Confiar en uno mismo: Programa de autoestima*. Madrid. Doeimen Ediciones

Leahy, Robert L. (2003) *Cognitive Therapy Techniques, a practitioner's guide*. New York, The Guildord press.

Martinez, Efrén (2009) *El Dialogo Socratico en la Psicoterapia Centrada en el Sentido.*, Bogotá. Colectivo Aquí y ahora.

Sutton, Carole (2000) *Child and Adolescent Behaviour Problems*. London. The British Psychological Society.

Trull, T; Phares J. (2003) *psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. México. Tomson.

Wooden, J. William. (2002) *El tratamiento del duelo: Asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona. Paidós