



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

**FACULTAD DE FILOSOFIA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA
EDUCACIÓN**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**PROYECTO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**PROPUESTA DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA PSICOLÓGICA PARA
SER APLICADA EN EL CASO DE UN NIÑO CON SINTOMATOLOGÍA
DE DEPRESIÓN INFANTIL**

REALIZADO POR: JUAN QUEZADA

DIRECTOR: LICENCIADO XAVIER MUÑOZ

CUENCA MAYO DEL 2010

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a todas y cada una de las personas que tuve a mi lado, no solo a lo largo de la realización de este proyecto sino durante toda la carrera universitaria; a mis inmejorables maestros, a mis inigualables compañeros y amigos, mis irremplazables hermanos y de manera especial a mis maravillosos padres

AGRADECIMIENTO

Es fundamental agradecer a todas y cada una de las personas que de forma directa e indirecta motivaron y colaboraron con el planteamiento y desarrollo del presente proyecto:

Al Lcdo. Xavier Muñoz, a la Dra. Ana Lucía Pacurucu, a la Lcda. Priscila Morales, al Centro Educativo “NOVA”, a toda mi familia y de manera especial a Gabriel.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Página
RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 1: MARCO TEÓRICO	10
1.1 La Depresión	10
- Definición	10
- Aspectos importantes de la depresión	12
- Manifestación sintomática	15
- Criterios Diagnósticos	17
- Teorías de la depresión	18
1.2 Depresión Infantil	25
- Aspectos Importantes	25
- Manifestación sintomática	27
- Criterios Diagnósticos	29
1.3 Teoría Cognitivo Conductual	31
- Aspectos Generales	31
1.4 Teoría Cognitiva Conductual de la Depresión	33
- Perspectiva cognitiva de la depresión	33
- Perspectiva Conductual de la depresión	35
- Teoría Cognitivo Conductual en la depresión infantil	36
- Tratamiento Cognitivo Conductual de la depresión infantil	37
CAPÍTULO 2: PRESENTACIÓN DEL CASO – CASO GABRIEL	41
2.1 Descripción del caso	41
2.2 Características y sintomatología	41
2.3 Psicobiografía y antecedentes personales	44
- Datos del embarazo y parto	44
- Desarrollo psicomotor y primera infancia	44
- Relaciones e historia familiar	45
- Comportamiento con otros niños y ajuste social	46
- Referencia Intrapersonal	47
- Rendimiento y adaptación escolar	48
- Antecedentes psicopatológicos	48
- Antecedentes Familiares	48
2.4 Valoración del caso y observaciones	48
2.5 Pruebas aplicadas	50
- Resultados obtenidos	51
2.6 Informe Psicológico	56

- Datos de afiliación	56
- Motivo de consulta	56
- Fuente de Información	57
- Conformación Familiar	57
- Psicobiografía	57
- Resultados de Pruebas	58
2.7 Diagnóstico Multiaxial	59

CAPÍTULO 3: DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACION Y DESARROLLO DEL PROYECTO 60

3.1 Reseña de la elaboración y técnicas empleadas	60
3.2 Desarrollo del capítulo 2	60
3.3 Desarrollo del capítulo 1	62
- Depresión	63
- Depresión infantil	63
- Teoría Cognitivo Conductual	63
- Teoría Cognitivo Conductual de la Depresión	63
3.4 Desarrollo del capítulo 4	64
3.5 Conclusiones	66

CAPÍTULO 4: PROPUESTA DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA PSICOLÓGICA PARA SER APLICADA EN EL CASO DE UN NIÑO CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL 67

4.1 Reseña del caso Gabriel	67
- Diagnóstico	69
4.2 Planteamiento de la propuesta terapéutica	69
4.3 Plan de acción psicoterapéutica	73
- Primera Parte	74
- Segunda Parte	83
- Tercera Parte	94
4.4 Finalización y Seguimiento	98
4.5 Reflexiones	99

CONCLUSIONES 103

BIBLIOGRAFÍA 105

ANEXOS 107

RESUMEN

El trabajo desarrollado a continuación describe detalladamente el caso particular de un niño con sintomatología correspondiente al trastorno depresivo. Se puede apreciar información personal con la que se logra reconocer las circunstancias que contribuyen a la manifestación sintomática. Se alcanza estimar el contraste de su comportamiento y desenvolvimiento previo al padecimiento del trastorno; podemos apreciar la valoración psicológica de su condición, para en base a esto desarrollar una propuesta de asistencia psicoterapéutica fundada en la terapia cognitivo conductual. En la propuesta de tratamiento se plantean técnicas, actividades y estrategias con las que se pretenden trabajar motivación para la participación en la terapia, fortalecimiento de autoestima, abordar la sintomatología conductual, características del pensamiento, sentimientos y emociones para finalmente preparar al paciente para el cierre y conclusión de la terapia.

ABSTRACT

This project describes, in detail, the case of a child with symptoms corresponding to depression. It can be appreciated how personal information of a patient helps to recognize the circumstances that contribute the symptomatic manifestations. It is possible to estimate the contrast in his behavior and development previous to the appearance of the disorder to evaluate the physiological condition in order to develop a psychotherapy based on a behavioral cognitive therapy. The treatment proposal includes techniques, activities and strategies that endeavor to work in motivation to participate in the therapy, strengthening of self esteem, improve the behavioral symptoms, thought characteristics, feelings and emotions, preparing the patient for the conclusion of therapy.

INTRODUCCION

El trabajo desarrollado a continuación principalmente aborda el caso de Gabriel, un niño de 8 años que desde hace algunos meses manifiesta síntomas que sugieren depresión. Las diferentes circunstancias y situaciones ante las que se ha visto enfrentado a lo largo de su vida y de manera especial los últimos acontecimientos en su hogar y la escuela han generado en él un cambio drástico en el aspecto psicológico y conductual. Su desempeño académico, relaciones familiares y sociales se han visto afectadas a tal punto que para las personas en su entorno se vuelto innegable el hecho de que Gabriel atraviesa por un duro momento en su vida.

Al preguntarle a Gabriel sobre su condición actual, indagar si es que se percata de que algo ocurre con él y se da cuenta de que aparentemente no es el niño que era antes, verdaderamente le cuesta referir con exactitud como se siente. No logra estructurar completamente lo que se denomina “conciencia de la enfermedad”; con esfuerzo y poca voluntad afirma que ha dejado de estar alegre todo el tiempo.

La extensa descripción de los detalles del caso y especificación diagnóstica tienen como objetivo procurar una perspectiva adecuada para que el enfoque de la propuesta psicoterapéutica planteada en el desarrollo del presente trabajo sea captada en un apropiado contexto.

La exposición acerca del trastorno depresivo de acuerdo a diferentes referencias bibliográficas pretende, en parte, resumir algunos aspectos que se deben tener presentes cuando abordamos el historial de una persona que aparentemente la padece. Existe información que puede llegar a ser de dominio común, así como existen datos que desconocemos y que podrían ser reveladores con respecto a las características y múltiples facetas de esta enfermedad.

Se debe acentuar como se manifiesta la depresión en niños, ya que, hablamos de una verdadera variación del trastorno cuando la población infantil se ve afectada. Reconocerla, diagnosticarla y tratarla es por mucho una situación particular que se diferencia en importantes aspectos a los comúnmente observados en personas adultas.

Es importante presentar múltiples criterios y puntos de vista teóricos frente a la depresión; en este caso ha sido seleccionada la teoría cognitivo conductual para ser empleada como fundamento en la elaboración de la propuesta psicoterapéutica que se plantea para el tratamiento de Gabriel. Se pone a consideración una breve reseña de algunos de sus principales postulados; se enfatizan aquellos aspectos en los que se expone la perspectiva de esta corriente ante la depresión, cuales considera son las principales causas y sobre todo como propone su tratamiento. Además se subraya como podría ser enfocado el abordaje evaluativo y terapéutico niños.

En el desarrollo del proyecto se pretende precisar los recursos con los que podría ser llevado a cabo un plan de tratamiento, en este caso, qué virtudes y fortalezas de Gabriel, en conjunto con actividades y estrategias terapéuticas conformarán las herramientas con las que se podría conseguir una notable mejoría en su condición.

Dentro del plan psicoterapéutico que se propone se podrán apreciar estrategias y actividades sugeridas para ser llevadas a cabo durante las sesiones que comprenden la planificación del tratamiento. Una recopilación de modalidades terapéuticas, con enfoque cognitivo conductual, son planteadas en base a los requerimientos observados en la valoración y análisis del caso de Gabriel. Las etapas en las que está dividido el plan psicoterapéutico están planteadas de acuerdo a los objetivos formulados en el orden en el que se considera que se aprovechará de mejor manera el progreso gradual que podría irse exteriorizando.

La importancia de desarrollar el presente trabajo podría encontrar varios sustentos. La intención que encierra puede afluir de múltiples fuentes e intereses ¿Cómo transmitir lo que se considera la necesidad de llevar a cabo el proyecto que a continuación se pone en consideración?

Realizar un pequeño aporte a la inmensa y aún inexplorada realidad que constituye el trastorno depresivo; compartir cada una de las etapas necesarias para la elaboración del presente trabajo y el contenido de cada una de ellas; llevar algunos supuestos teóricos a un plano más accesible al referirlos a una realidad más palpable como lo es un caso particular; emplear postulados y modalidades terapéuticas para estructurar una propuesta particular pero que bien podría incorporar elementos, suprimirlos, ampliarse y extenderse para ser merecedora de aplicación común, son entre otras, posibles justificaciones del desarrollo del trabajo a continuación expuesto.

La intención más lógica del presente proyecto va de la mano de una posible justificación y a su vez necesidad de realizarlo, poner en evidencia de que se está en capacidad y se cuenta con los recursos necesarios para tender una mano a Gabriel, y en él a muchas más personas, incluyendo a quien desarrolla el proyecto, que podrían verse beneficiadas del algún fragmento del contenido de este documento.

CAPÍTULO 1

MARCO TEÓRICO

1.1 LA DEPRESIÓN

Definición

El término depresión puede ser definido en más de un área científica, pero para el caso la definición pertinente, según el diccionario de La Real Academia de la Lengua, es aquella en donde señala a la depresión como un síndrome caracterizado por una tristeza profunda y por la inhibición de las funciones psíquicas, a veces con trastornos neurovegetativos. Etimológicamente el término depresión proviene del latín *depressiōnis*, que significa abatido, derribado.

Especificando, se refiere a un trastorno del estado de ánimo en el que visiblemente predominan el abatimiento e infelicidad, pudiendo este trastorno ser transitorio o de larga duración. En medicina, la denominación depresión es empleada como un paradigma que se refiere a un conjunto de síntomas que afectan principalmente a la esfera afectiva. El especialista en psiquiatría, Dr. Francisco Javier Shlatter Navarro, se refiere a la depresión como “un trastorno mental caracterizado fundamentalmente por un bajo estado de ánimo y sentimientos de tristeza, asociados a alteraciones del comportamiento, grado de actividad y del pensamiento” “(www.cun.es)”. Así el Dr. Navarro amplía, en gran parte, la perspectiva de quienes busquen una definición reveladora; pues incluye en su definición varias esferas o áreas afectadas por el cuadro depresivo y esclarece el panorama de cuán importante es; permitiendo generarnos una idea de que esta cada vez más frecuente enfermedad compromete al sujeto que la padece no solo en una forma exteriorizada, sino que se ven implicados al mismo tiempo su

desempeño social y principalmente su esfera psicológica, poniendo en ocasiones en riesgo hasta su vida.

En el empleo del lenguaje común, las personas tendemos a utilizar el término depresión en más de una situación y para denominar a una o varias características del comportamiento humano, al punto en que tal designación llega a convertirse en tipo de etiquetación en la que, según la persona, puede o no predisponernos e influir directamente en nuestro comportamiento. Existe un verdadero estereotipo de la persona vulgarmente conocida como deprimida.

Irwing y Barbara Sarason refieren en su libro *Psicología Anormal*, que el uso común del término depresión esta casi siempre referido y enfocado en la observación de un síntoma que se conoce como melancolía y que puede ser el resultado no sólo de la presencia de un trastorno o de los rasgos propios de la persona, sino además de un sin número de situaciones, incluso de algunas en las que no se esperaría este tipo de respuesta (287). Irónicamente este fenómeno al parecer restaría importancia y gravedad a la depresión en la cotidianidad; sin embargo, ya en la realidad el estado de ánimo deprimido o depresivo engloba conflictos más importantes que una correcta definición, sin dejar de lado la importancia de expresarnos y emplear una correcta terminología, nunca se debe pasar por alto cualquier signo o señal de alerta; desde melancolía ocasional hasta un evidente trastorno en el estado de ánimo son merecedores de atención; la prevención nunca esta demás.

Finalmente una definición psicodinámica de la depresión la expresa Sergio Rojtenberg en su libro *Depresiones y antidepresivos* citando a la afirmación de Sigmund Freud en su Obra *Duelo y Melancolía*, donde se refiere a la depresión como

“una dolorosa sensación de tristeza por una pérdida, la de un objeto investido libidinalmente” (54)

Aspectos importantes de la depresión.

La depresión ha ido incrementando su importancia dentro del ámbito social y de salud a lo largo del tiempo. “Actualmente se encuentra entre las patologías más frecuentes que son objeto de atención clínica primaria” (Navarro, www.cun.es). Esto no se debe a que precisamente ahora existan más personas deprimidas, sino más bien a que las consideraciones de salud ya no solamente se enfocan en la mortalidad que una enfermedad ocasione, sino que se interesan en el deterioro de la calidad de vida e incapacitación que esta pueda producir. Beck, Rush, Shaw, Emery en el libro *Terapia Cognitiva de la Depresión*, al señalar la investigación realizada por Schuyler y Kantz en 1973 citan: “Algunas autoridades han estimado que al menos un 12% de la población adulta ha presentado o presentará en el futuro un episodio depresivo de importancia clínica lo suficiente como para necesitar tratamiento” (11). Las predicciones de aquella investigación seguramente se cumplieron y fueron superadas.

Actualmente existen un sin número de postulados nuevos sobre la depresión. Los avances en el estudio de su origen, manifestaciones y tratamientos son verdaderamente reveladores; aunque esto no contribuye a la disminución de los índices de gente deprimida. Si se conoce tanto acerca de este trastorno ¿Porqué hay cada vez más gente deprimida? Pues bien, el hallazgo más convincente al respecto responsabiliza de esto a la multicausalidad de esta enfermedad. Una persona puede deprimirse por más de una causa que va desde factores biológicos, reacción y respuesta al entorno hasta aspectos mismos de la personalidad de cada sujeto.

El tiempo y esfuerzo que las diferentes ramas científicas han dedicado al estudio de la depresión se han visto reflejados en los importantes avances alcanzados al momento de definir y describir la enfermedad, delimitarla y planificar tratamientos antidepresivos. Actualmente contamos con definiciones objetivas que a su vez están abiertas a nuevas incorporaciones; podemos indagar en las características sintomáticas generales y específicas aplicables a la mayoría de casos. La profundidad en las investigaciones ha desarrollado inmensamente el diagnóstico diferencial, muy importante en la práctica clínica.

Así mismo en la actualidad existen un sin número de alternativas al momento de elegir un tratamiento para la depresión; psicoterapia, asesoría, grupos de apoyo, terapias alternativas, terapias espirituales, farmacoterapia, terapia electroconvulsiva, son entre otras algunas de las opciones de las que disponemos; algunas modalidades terapéuticas histórica y estadísticamente han demostrado mayor efectividad que otras.

Además en base al análisis de información recopilada se han logrado establecer un gran número de importantes y útiles postulados en relación a la depresión.

Por considerar algunos tenemos, por ejemplo, que se ha observado que el estado de ánimo deprimido está presente en varios trastornos y que el simple hecho de su manifestación no indica necesariamente la presencia de un trastorno del estado de ánimo (Sarason Irwing – Sarason Barbara, 287).

El tiempo dedicado a la observación del cuadro depresivo y su fenómeno epidemiológico ha permitido establecer algunos puntuales factores de riesgo, tales como el simple hecho de ser mujer. Se dice que las mujeres son por lo menos dos veces más propensas experimentar depresión. En un principio se consideraba que este fenómeno se debía al hecho de que las mujeres buscan asistencia psicológica en mayor número

mientras que los hombres enfocan su preocupación en los síntomas físicos; sin embargo, una profundización en los estudios de caso determinó que este hecho no explicaba el porqué de esta condición (288).

En lo que a la edad se refiere, el factor de riesgo para padecer un episodio depresivo en las mujeres es tener entre 20 y 29 años, en los hombres el riesgo aumenta entre los 40 y 49 años. El estado civil actual y pasado también constituye un factor implicado en el riesgo de depresión. En lo que se refiere al estado civil actual los casados y viudos comparten un 2,1% de riesgo de desarrollar depresión frente a un 2,8% de los solteros y un 6,3% de los separados o divorciados. En lo que respecta al estado civil pasado las personas que han atravesado por un divorcio están en un 4,1% más predispuestos a padecer depresión mayor frente a un 5,8% de riesgo que afecta las persona que se han divorciado dos veces (288, 289).

Los siguientes datos señalados representan información valiosa con respecto a la depresión:

Factores distintos pueden aumentar el riesgo de una persona para la depresión. Una concentración de sucesos importantes durante un breve periodo de tiempo...como mudarse a otra ciudad, un empleo nuevo, la perdida de una relación estrecha...fracaso para obtener empleo...hacen que una persona sea más vulnerable a la depresión...además de los factores personales, se cree que otros más generales se relacionan con un mayor riesgo de depresión...la vida en la ciudad, desempleo o empleo de nivel bajo, poca educación...En los años recientes, la frecuencia e incidencia parecen aumentar en los jóvenes y disminuir en las personas mayores. (288, 289).

Irwing y Barbara Sarason refieren también un interesante estudio realizado por Weissman y otros en la década de los ochentas. Dicho estudio afirma que “mientras más joven sea la persona cuando ocurre el primer episodio depresivo es más probable que sus parientes también experimenten periodos de depresión...antes de los veinte años la probabilidad aumenta ocho veces” (294).

Información como esta, además de otros datos de igual relevancia evidencian gran parte de los aspectos que actualmente se conocen acerca de la depresión.

Manifestación Sintomática.

A pesar de las diferencias personales para interpretar y responder ante una situación, el hecho de que un suceso común es asimilado distinta manera por cada uno de acuerdo a la personalidad, historia personal y en general a la forma individual que empleamos para comunicar lo que nos ocurre, cuando se habla de la depresión existen aspectos comunes a todas las personas. Varias son las áreas científicas e inimaginable el tiempo que estas han dedicado al estudio del fenómeno depresivo en todas sus manifestaciones, y aun así cada día puede aprenderse algo nuevo al respecto. Sin embargo los resultados obtenidos en las diversas investigaciones han logrado concluir que la sintomatología de la persona que atraviesa por un episodio depresivo expresa patrones de comportamiento, pensamientos y sentimientos que podrían ser, en gran parte, englobados en una definición específica.

Al buscar información respecto a las características de la depresión, ya como entidad clínica o trastorno propiamente dicho, un sin número de fuentes y referencias sugerirán, cada una a su manera, los rasgos generales del cuadro sintomático. Verdaderamente se dificulta tomarlas en cuenta a todas, resumirlas es igual de complicado y hasta cierto punto inútil pero existen planteamientos que contienen, en gran parte, muchas de las

características que todas mencionan. Un claro ejemplo de esto es la descripción que Irwing y Barbara Sarason elaboran en su tratado antes mencionado:

Algunos de los síntomas del trastorno depresivo incluyen insatisfacción o ansiedad, cambios en el apetito, el sueño y las funciones psicomotrices, pérdida del interés y la energía, sentimientos de culpabilidad, pensamientos de muerte y disminución de la concentración.... Los pensamientos de las personas clínicamente deprimidas contienen tres elementos clave.... Se consideran insignificantes o que merecen que se les culpe por lo que suceda, piensan que son incapaces de cambiar su situación y no creen que las cosas mejoren en el futuro (289).

Esta definición abarca gran parte de la experiencia por la que una persona que padece depresión transita. En este caso no se mencionan el estado de ánimo deprimido, o irritable en el caso de los niños, ni tampoco la pérdida del interés en casi todos los aspectos de la vida del sujeto, pues ciertamente estos dos síntomas son básicos y comunes sin excepción.

Por su parte el manual de trastornos mentales DSM-IV clasifica a la depresión mayor y sus variables en su apartado de trastornos del estado de ánimo. El manual describe al episodio depresivo mayor como una serie de características del comportamiento y de la experiencia interna de quien lo padece. Dichas características representan un evidente cambio en la actividad previa de la persona, es decir, que tanto su estado de ánimo como su comportamiento ha variado notablemente, al punto de ser evidente a la observación, y no solo la clínica; por lo tanto se convierte en objeto de atención y preocupación de la persona que padece el trastorno y de quienes lo rodean. Aquí se destaca una característica fundamental de la depresión al recalcar que el atravesar por un episodio

depresivo involucra también demostrar una innegable y drástica modificación en el pensamiento y proceder del sujeto al punto de que sea indudable que algo importante y potencialmente peligroso está ocurriendo.

Criterios Diagnósticos

El manual DSM-IV es sin duda la fuente más confiable a la que se puede recurrir al momento de precisar y formalizar la descripción de la sintomatología de la depresión. Como se mencionó antes, el citado manual considera a la depresión como un trastorno del estado de ánimo que involucra evidencias tanto en la conducta como en el aspecto emocional y psicológico de la persona.

Entre las características de comportamiento y experiencia interna del sujeto deprimido que debe experimentar se encuentran principalmente el estado de ánimo deprimido casi todo el tiempo y la pérdida del interés en las actividades diarias o que antes disfrutaba. Anteriormente se aclaró la presencia de estos dos síntomas es básica para diagnosticar correctamente un episodio depresivo.

Además existen otros fenómenos conductuales y procesos mentales tales como la pérdida importante de peso o aumento del mismo, pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía. Los fenómenos de experiencia interna del sujeto deprimido involucran sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, pensamientos recurrentes de muerte que podrían incluir ideación suicida con o sin planificación para ejecutarla.

Es importante mencionar que para el diagnóstico formal del episodio depresivo existen importantes condiciones que debe cumplir, tales como que la sintomatología mencionada provoque significativo malestar en la vida de la persona que los padece y a su vez impida que esta se desenvuelva adecuada y satisfactoriamente en su hogar,

trabajo, institución educativa, círculo social y en todas y cada una de las esferas de su vida.

Otras condiciones importantes del episodio depresivo refieren que la sintomatología no debe ser consecuencia ni verse fomentada por el consumo de sustancias legales o ilegales ni tampoco por la presencia de una enfermedad médica. Así mismo que los síntomas no se deban a la presencia de un duelo reciente.

La sintomatología que manifiesta la persona que padezca un episodio depresivo, para ser considerada como tal debe presentar al menos 5 de los síntomas conductuales y de experiencia interna antes mencionados, que obligatoriamente incluyan ánimo deprimido y pérdida de interés. Los síntomas deben estar presentes en el sujeto durante al menos 2 semanas seguidas, mismas en las que se experimentará el deterioro significativo antes descrito.

Teorías de la depresión.

La depresión se caracteriza por tratarse de una enfermedad cuya causa no puede ser atribuida a un solo factor. De hecho, sin importar desde que punto de vista quiera abordársela, todos coinciden en que no es únicamente una respuesta ante una determinada situación, sino más bien el resultado de la interrelación de varios aspectos de la vida del sujeto.

Como es lógico, la perspectiva y panoramas planteados para explicar la depresión estarán obligatoriamente matizados por las posturas y consideraciones teóricas, filosóficas, culturales y religiosas; a su vez que de esto dependerá la importancia que se le brinde al estudio y tratado.

Así como cada teoría que explica la depresión es diferente a las demás, entre ellas existen aspectos comunes. La mayoría de investigadores coinciden, en el caso de la depresión, en que el origen se encuentra en la relación entre las características biológicas del sujeto y los diferentes sucesos difíciles y situaciones importantes a los que este se enfrenta. En ningún tema se puede generalizar, pero muy difícilmente aparecerá un caso donde la causa absoluta de un episodio depresivo este determinada por factores neurológicos y hormonales solamente; o la única razón sea una discusión familiar, un rompimiento afectivo, el abandono o una muerte; sin importar si son evidentes o no, existirán otros factores que aportan al curso y evolución del trastorno.

Varias son las teorías que han descrito, según sus consideraciones particulares, a la depresión, algunas posturas son más solidas que otras aunque ninguna es absoluta. Estas son algunas consideraciones:

Teoría biológica

“Las teorías biológicas suponen que la causa de la depresión se encuentra en los genes o en un mal funcionamiento fisiológico que puede tener o no una base en la herencia” (Sarason Irwing – Sarason Barbara, 293). Una propuesta en la que claramente se sugiere que existiría una predisposición congénita para desarrollar la enfermedad; nacemos con ella, la recibimos de nuestra ascendencia y se la entregamos a nuestra descendencia; o simplemente en un momento determinado de nuestra vida algo en nuestro cuerpo no funciona bien dando como resultado el padecimiento de un episodio depresivo en sus diferentes niveles de severidad.

Un sin número de investigaciones y experimentos durante largos años, estudios alrededor del mundo, análisis de casos y exámenes médicos, revisión y cuantificación

estadística de interminables listas de datos constituyen, entre otras, las sólidas evidencias de las bases biológicas de la depresión.

En lo que concierne al papel de la herencia los tratados están fundamentados en estudios realizados en gemelos y antecedentes familiares con trastornos del estado de ánimo. La constitución genética representa un determinante sumamente importante a ser considerado como antecedente que incrementa el riesgo de desarrollar un trastorno. A diferencia de enfermedades como la diabetes, que generalmente son transmitidas genéticamente con brechas generacionales, en el caso de la depresión mientras más cercano es el pariente que padezca un trastorno del estado de ánimo, estadísticamente mayor será el riesgo de desarrollarlo también; 54% en gemelos idénticos, 16,6% en padres y hermanos, 5,8% si no se tiene antecedentes familiares de depresión (294).

Dentro de la teoría biológica se encuentra también el aspecto bioquímico; es decir, lo que se refiera a los neurotransmisores. “Es probable que la depresión sea una falta de ciertos neurotransmisores químicos en lugares particulares del cerebro...en especial las monoaminas” (294). Dentro de las monoaminas se encuentran las catecolaminas conocidas como norepinefrina, serotonina y dopamina, mismas que al parecer constituyen los principales neurotransmisores involucrados en la depresión.

Ciertamente se ha observado que un descenso a nivel cerebral de los niveles de estas sustancias estaría directamente involucrado con el trastorno depresivo; de esta manera una deficiente transmisión de la corriente nerviosa entre las neuronas sería evidenciada en la presencia de los síntomas de la depresión. Otros neurotransmisores cuya deficiencia inhibe la transmisión nerviosa y que por consiguiente estarían involucrados en la depresión son el ácido gamma aminobutírico (GABA) y la acetilcolina (295). Es

gracias a estos descubrimientos y continuos avances en esta área que el tratamiento farmacológico de la depresión es cada día mejor.

Otro factor que ha sido tomado en cuenta dentro del aspecto biológico de la depresión son los procesos hormonales. “cada vez está más claro que los trastornos comprenden varios sistemas de órganos distintos en el cuerpo...las relaciones estrechas entre los trastornos del estado de ánimo y el sistema endocrino apenas se empiezan a comprender” (296). Las secreciones glandulares, la segregación de hormonas están de hecho muy implicadas en la sintomatología depresiva; aunque existen muchos aspectos a puntualizar aún.

Punto de vista psicodinámico de la depresión

Muchos autores, sobre todo psicoanalistas, se han referido a la depresión y lo que la ocasionaría. El factor común en este caso corresponde al hecho de que todos atribuyen el fenómeno depresivo, o “melancólico” como muchos lo denominan, a las relaciones objetales; en este caso, la depresión constituiría una reacción ante la pérdida o alteración en la relación con el objeto. Las similitudes y diferencias individuales al describir la depresión se evidencian mejor citando algunas definiciones específicas.

Irwing y Barbara Sarason, en la obra que ha venido citándose, señalan algunos criterios puntuales manifestados por importantes especialistas en el tema y que a continuación se ponen a consideración:

Refieren que Sigmund Freud y Karl Abraham describieron a la depresión como una reacción compleja ante la pérdida de alguien o algo amado, constituyéndose en una aflicción confusa y exagerada que la mayoría de veces parece no tener relación con el entorno y que a su vez es injustificada. Lo que para Freud y Abraham diferencia a la depresión del duelo es que la persona deprimida experimenta un empobrecimiento de su

ego y de cuidado de sí mismo. La conciencia del deprimido es sumamente fuerte y castigadora (301).

También reseñan lo que el psicoanalista austriaco Edward Bibring describió como depresión; “considero a la depresión como la expresión emocional de la impotencia del ego para mantener un sentido del yo deseado” (301). Al parecer Bibring puso especial énfasis en la psicodinamia al ampliar el foco de atención y no centrarlo solo en los conflictos internos sino integrar las situaciones afrontadas por el sujeto. “la depresión después de la pérdida de un ser querido no se debía tanto a la pérdida de la persona, sino al estado de bienestar que esta le proporcionaba” (301). La mayoría de personas lograría a la larga superar sus sentimientos, enfrentar acertadamente una situación de pérdida y recuperar su situación de bienestar, por su lado la persona depresiva es incapaz de hacerlo.

Los teóricos psicoanalíticos sugieren que los episodios clínicos se presentan porque los eventos que provocan la depresión reviven veladamente en la conciencia, amenazando el panorama del yo y los demás que se basan en las experiencias de la niñez...se relaciona con la creencia durante la niñez de que a uno nunca lo amarán otras personas, nunca llegará a tener valor y siempre carecerá de la habilidad de controlar lo que sucede (302).

Así mismo citan al psicoanalista británico John Bowlby, enfatizando ante todo su insistencia por resaltar la importancia de la pérdida o separación durante la infancia y sus consecuencias en el posterior desarrollo. Bowlby aseguraba que la pérdida o separación, en especial de la madre, en los primeros años de la niñez genera en la persona sentimientos de ansiedad, enojo y tristeza que afectarían sus relaciones en la edad adulta. Estos eventos dolorosos de separación darán como resultado el origen de

patrones en los que se basará la interacción familiar y que estarán caracterizados por la incapacidad para manejar una relación estable con los padres y agradarle a los demás (302).

De esta manera puede ser explicada en más de una forma, bajo la lupa de la psicodinamia, el fenómeno depresivo como resultado de la pérdida y separación del objeto, en este caso algo o alguien. Sin embargo dentro de esta misma perspectiva existen interesantes planteamientos que sugieren a la depresión como resultado de una alteración en las relaciones objetales; Sergio L. Rojtenberg en su obra antes indicada compendia algunas posturas al respecto, por ejemplo cuando explica el tratado de Karl Abraham refiere:

Para decirlo sintéticamente, Abraham puso el acento en la importante participación del sentimiento ambivalente en el vínculo con el objeto en la génesis de la melancolía. El neurótico obsesivo también tiene un vínculo ambivalente con el objeto pero lo conserva amaestrado, a diferencia del melancólico que lo pierde....la pérdida del objeto que sería homologable a su destrucción y expulsión, es inconscientemente un proceso anal y su introyección, a través de la incorporación canibalística, un proceso oral....el melancólico, a raíz del sentimiento de ambivalencia que experimenta hacia el objeto por el odio, lo ataca y por el amor, lo incorpora; el resultado es la incorporación de un objeto destruido por el mismo (53).

También añade lo referido por Melanie Klein quien también se orienta hacia las características de la relación con el objeto como desencadenante de la depresión, no solamente su pérdida o separación;

El niño desde su nacimiento se ve expuesto al instinto de muerte, actuando en su organismo, lo que le ocasiona angustia de aniquilación...este sentimiento es proyectado al exterior, el pecho de la madre; lo que le va a generar sentimientos de persecución y temor de ser atacado y dañado por el mismo. Así el pecho es un objeto malo, persecutorio pero como provee satisfacción y amparo el pecho es también un objeto bueno, idealizado (55).

Así Melanie Klein se refiere a la depresión como posición depresiva en la que el sujeto experimenta ansiedad e intenta incorporar defensas para combatirla (55).

Perspectiva humanista-existencial

Mientras los teóricos psicodinámicos enfatizan la pérdida del objeto como la principal causa de la depresión los teóricos existenciales vuelcan su atención y designan a la pérdida del auto estima como responsable del trastorno depresivo. La pérdida del objeto, que puede ser real o simbólica, no sería tan importante como en cambio sí lo es el cambio en la autoevaluación del individuo ocasionada por esta pérdida. Las personas elaboran el concepto de sí mismas basándose en quienes son y que han conseguido; posesiones, estatus laboral y social, fama y éxito, etc. En su mente el valor de la persona proviene del exterior y los efectos de la pérdida se explican en la siguiente cita del filósofo Kierkegaard: (Irwing y Barbara Sarason, 311)

Finalmente, la desesperación no es por el objeto externo, sino siempre por nosotros mismos. Una chica pierde a su enamorado y se desespera. No por el enamorado sino porque ella se queda sin él. Y así sucede con todos los casos de pérdida, ya sea de dinero, poder o rango social. La pérdida insoportable no lo es por sí misma. Lo que no podemos soportar es despojarnos del objeto externo. Quedamos desposeídos y vemos el abismo intolerable en nosotros mismos (311).

Humanistas como Carl Rogers enfatizan en la incongruencia entre el yo ideal de la persona y su percepción del estado real de las cosas como la causa principal de la ansiedad y depresión. Cuando la diferencia entre el yo ideal y el yo real de la persona es demasiado grande su vuelve intolerable e inmanejable surgiendo una patología. La incongruencia genera en la persona tensión y confusión interior, alterando la percepción debido a la necesidad de distorsionar la realidad para adaptarla a un yo ideal (311).

Percibirse a uno mismo como incongruente es inaceptable para la persona y cuando una situación o experiencia confronta al sujeto con la realidad él prefiere preservar la congruencia con su imagen ideal, aun a costa de sus propios sentimientos, experiencias y acciones. En este proceso, la experiencia que nos confronta con la realidad es finalmente percibida como amenazante y la respuesta que genera es una alteración ansiosa depresiva empleadas como defensa. La depresión es la falta de una autoaceptación.

La perspectiva conductual y cognitiva serán abordadas más adelante.

1.2 DEPRESIÓN INFANTIL

Aspectos importantes

La depresión en el niño constituye una entidad clínica más reciente que la depresión en el adulto. Mucho hubo que recorrer para que finalmente sea aceptada como objeto de consideración particular, dando paso así a su estudio y a la búsqueda de tratamiento; aun así en la actualidad continua un constante debate sobre las manifestaciones sintomáticas y delimitaciones de la depresión infantil. No fue sino hasta 1980 cuando el Manual de Trastornos Mentales DSM recién incluye a la Depresión Infantil en sus criterios, aunque sin realizar una distinción total y particular de la depresión en el adulto y en el

niño. “Los estudios científicos actuales han descubierto que muchos niños y adolescentes sufren de desordenes emocionales intensos sin que sean detectados. Entre estos, los trastornos de ansiedad y la depresión son los más frecuentes” (Brachetti Evelyn, *¿Como Ayudo?* 123).

Aceptar que los niños también se deprimen, y que lo hacen tan frecuentemente como los adultos puede resultar una tarea difícil. Inclusive un gran grupo de profesionales de la salud se resiste a darle a la depresión infantil la consideración necesaria. Este hecho es cada vez menos frecuente y por el contrario existe una verdadera toma de conciencia al respecto. Por ejemplo el Dr. Joan Romeo i Bes señala “La historia de la depresión infantil ha atravesado diferentes avatares. De ser intensamente cuestionada o negada, a ser considerada una de las más frecuentes causas de consulta psicopediátrica...cualquier síntoma que constituya consulta en psicología infantil puede ser debido a una depresión.” (<http://drromeu.net>).

La consideración de que los niños son emocionalmente inmaduros como para manifestar un trastorno del estado de ánimo es falsa. Muchas veces sencillamente son nuestros ojos los que carecen de la sutileza debida para percibir el problema.

Aquilino Polaino-Lorente en su libro *Las Depresiones Infantiles* repasa el trabajo de Toolan y Glasser en los años sesenta citando: “el niño podría padecer una depresión, pero se encontraría enmascarada y daría la cara con una sintomatología que tiene poco o nada que ver con la depresión, tal y como se manifiesta en el adulto” (34). En esa época se manejaba a la depresión infantil solamente como una posibilidad.

Manifestación sintomática.

Inclusive en aquella época escéptica, se señala acertadamente que la depresión en los niños tiene la particularidad de manifestarse sintomáticamente diferente al episodio depresivo comúnmente conocido. “Los síntomas diferenciales de la depresión en la niñez y en la adolescencia son muy variados....se manifiesta a través de cualquier síntoma que signifique un empeoramiento del estado emocional, del estado afectivo, o que implique un descenso del rendimiento o un aumento de la conflictividad” (<http://drromeu.net>).

La mayoría de expertos que se refieren al tema señalan que el estado de ánimo deprimido que se observa en el adulto depresivo generalmente en el niño se evidencia como irritabilidad o agresividad; la pérdida de interés en las actividades que el adulto experimenta en el niño podría exteriorizarse como aislamiento y retracción social, además “la hiperactividad, la enuresis, el aumento agresividad, la ansiedad y el insomnio, podrían ser considerados, todos ellos, como equivalentes depresivos” (Polaino-Lorente, 37). “La depresión infantil posee algunas características similares a la depresión en el adulto, aunque con síntomas acompañantes peculiares. Los dos síntomas básicos de las depresiones en la edad adulta (bajo estado de ánimo, y anhedonía) no siempre son los más importantes en la infancia” (<http://drromeu.net>).

En el niño podrían existir manifestaciones sintomáticas que no aparecen en el adulto como aburrimiento o pérdida de habilidades propias del desarrollo evolutivo previamente adquiridas. “Es difícil detectar y estudiar la depresión, porque ellos están constantemente cambiando física y cognitivamente; por ello, los síntomas típicos de adultos no aparecen iguales en niños, lo que crea confusión” (Brachetti, 123)

Por todo esto la depresión en el niño requiere un particular don de observación, e inclusive de suspicacia. Mirna Viviana Pérez y Sebastián Urquijo en la introducción de su tratado *Depresión en Adolescentes. Relaciones con el desempeño académico* citan:

Según Lang y Tisher (1997), y de acuerdo a la literatura científica, los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Este hecho puede atribuirse a diferentes motivos: 1) las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, 2) los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y 3) los adultos relevantes en la vida del niño y el adolescente no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, y además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores. Cuando se identifica un cuadro depresivo en un niño o joven debe resolverse el problema de si puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa un fenómeno patológico. Al respecto, Lang y Tisher (1997) opinan que la literatura científica muestra una considerable confusión sobre el concepto y la presencia de la depresión en la infancia y la adolescencia (pepsic.bvs-psi.org.br).

Las intensas discusiones sobre la depresión infantil no solo están fomentadas por la aceptación o negación del trastorno, sino que a su vez existen debates sobre los síntomas. La mayoría de especialistas coinciden en que podrían existir signos y señales de la depresión en los niños que no precisamente estén incluidos en la lista de síntomas que se requieren para la elaboración de un diagnóstico formal o que simplemente se manifiestan de manera diferente.

Niños que lloren con más frecuencia y facilidad de lo habitual, que pierdan el interés por los juegos y la escuela, se alejen de sus amigos y familia, se comunican

pobremente, se aburren y se cansan fácilmente, menos energía o concentración, se queda irritable o demasiado sensible frente a pequeñas frustraciones, montando rabietas o berrinches con más facilidad, se le nota extremadamente sensible hacia el rechazo y el fracaso, baja autoestima, depreciándose a ellos mismos, elige "finales tristes" para sus cuentos y representaciones, se comporta de manera agresiva, se queja constantemente de dolores de cabeza o estómago, sufre una regresión, hablando como un bebé u orinándose en la cama, habla de escaparse de la casa (www.guiainfantil.com).

A continuación una descripción diferente de la particularidad de la depresión que experimenta un niño:

Producen una impresión de lasitud, su mirada es triste, su mímica inexpresiva y hosca. Cualquier esfuerzo le resulta penoso, tanto físico como intelectual; el rendimiento escolar es bajo; con frecuencia se les considera como si fueran perezosos, no tienden espontáneamente a brindar ningún servicio; se advierte en ellos una inercia...a menudo se notan preocupaciones hipocondriacas...ideación lenta, pensamiento impreciso e imaginación pobre. Las adquisiciones escolares se hacen con dificultad, las inquietudes son escasas (Le Moal P, *El niño excitado y deprimido*, 41 - 42)

La depresión en los niños debe ser considerada una realidad; su diagnóstico y tratamiento requiere de singular atención y precaución pues se tiene en frente a pacientes mucho más sensibles e indefensos y a quienes el mal procedimiento profesional perjudicaría de formas inimaginables.

Criterios diagnósticos.

Para que un niño, luego de la respectiva valoración y análisis de todos los aspectos y circunstancias que lo rodean, sea diagnosticado como una persona que padece depresión

severa o mayor, en cualquier nivel de severidad, necesita al igual que la persona adulta cumplir con una serie de condiciones que incluyen síntomas y características en su entorno.

En este caso los criterios diagnósticos de la depresión infantil son los mismos antes mencionados incluidos en el Manual de Trastornos Mentales DSM-IV para la depresión en personas adultas.

Resumiéndolos, durante al menos 2 semanas manifestar un evidente cambio frente a su actividad previa; este cambio debe incluir la presencia de 5 o más de los siguientes síntomas, 2 de los cuales obligatoriamente deben ser estado de ánimo deprimido casi todo el tiempo y pérdida del interés en las actividades; además puede presentarse pérdida o aumento de apetito y por consiguiente de peso, insomnio o hipersomnia, agitación o enlentecimiento psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de culpa inadecuados, dificultad en el pensamiento y disminución de la concentración, ideas de muerte con o sin planeación suicida.

Los signos y síntomas descritos no deben ser posible resultado de otra enfermedad médica o trastorno mental, efecto de sustancias legales o ilegales ni deberse a la presencia de un duelo reciente.

Se debe recalcar que en los niños los síntomas pueden manifestarse de manera diferente a la del adulto, sobre todo en lo que se refiere al estado de ánimo deprimido casi todo el día y la pérdida del interés en las actividades en los niños es frecuente que se manifiesten como irritabilidad, agresividad y retraimiento social. Además pueden existir otras señales que sugieran la depresión en el niño y no se encuentren incluidos en los criterios diagnósticos.

1.3 TEORÍA COGNITIVA CONDUCTUAL

Aspectos generales

“La terapia cognitiva es un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que se utiliza para tratar distintas alteraciones psiquiátricas (como depresión, ansiedad, fobias). Se basa en el supuesto teórico subyacente de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo.” (Beck, Rush, Shaw, Emery, 13).

Las definiciones y postulados psicológicos que pretenden precisar y puntualizar a la teoría cognitiva coinciden en que esta corriente básicamente plantea que el modo en que una persona siente y actúa, de manera adaptada o desadaptada, ante una situación depende de la significación personal que se le asigne a dicha situación; entonces nos comportamos inadecuadamente ante las circunstancias si existe un error en la significación, el cual proviene de alteradas y distorsionadas interpretaciones de la realidad.

Para entender más fácilmente como, según la perspectiva cognitiva conductual, funciona el comportamiento de la persona en base a la significación que esta le asigna a las cosas que suceden se puede revisar lo que los psicólogos sociales denominan atribución. Los sujetos interpretan su entorno, lo que sienten y eligen cómo reaccionar ante él. Cuando existen problemas o trastornos generalmente se debe a que se responsabiliza erróneamente a una determinada área de la realidad por el conflicto. “El planteamiento cognoscitivo de Beck predice que las atribuciones de los individuos depresivos serán personales; es decir se culparán a sí mismos de cualquier cosa mala que suceda. Cuando sucede algo bueno por lo general se lo atribuyen a la

suerte...parecen sentirse incapaces de controlar su entorno” (Irwing y Barbara Sarason, 308).

Una importante característica de la teoría cognitiva es el centrarse en el presente. Las decisiones y conducta están determinadas por las la interacción de los procesos cognitivos y las condiciones de la situación actual.

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 y operante...la teoría del aprendizaje social 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. (D. Friedberg, M. MacClure, *Practica Clínica*, 15)

Muchas técnicas y herramientas terapéuticas de la terapia cognitiva tienen origen y orientación conductual. A la terapia cognitiva le interesa de sobremanera el presente así que gran parte de su acción se enfoca en la interacción entre el sujeto y las situaciones; de manera que gran parte del tratamiento terapéutico consiste precisamente en preparar al sujeto para confrontar cada situación de una forma emocional y conductualmente más adecuada. “Los últimos avances en la psicología conductual también han hecho hincapié en las cogniciones del paciente. Browsers ha definido un modelo interactivo en contra del “situacionismo” de los enfoques conductistas clásicos” (Beck, Rush, Shaw, Emery, 18). La rehabilitación del paciente no es solamente la modificación de conducta o solamente la corrección de ideas erróneas, es un conjunto de ambos factores en un determinado contexto.

Para el tratamiento cognitivo conductual de enfermedades mentales las técnicas conductuales y técnicas cognitivas empleadas están proporcionadas de acuerdo al problema y grado de severidad. El paciente realiza tareas de autoayuda, trabaja en la modificación de pensamientos distorsionados y disfuncionales, programación de actividades, entrenamiento en habilidades sociales (Irwing y Barbara Sarason, 307).

1.4 TEORÍA COGNITIVA DE LA DEPRESIÓN

Perspectiva Cognitiva de la depresión.

Una de las más importantes aplicaciones de la terapia cognitiva conductual es sin duda en el tratamiento de la depresión. Desde sus orígenes la teoría cognitiva ha dedicado mucho esfuerzo en el desarrollo de postulados específicos para este trastorno, especialmente para su abordaje terapéutico. El modelo cognitivo de la depresión, que Aaron Beck desarrolló durante su carrera propone tres conceptos básicos: La triada cognitiva, los esquemas y los errores cognitivos (Beck, Rush, Shaw, Emery, 19).

La triada cognitiva de la depresión postula que la causa del padecimiento se debe básicamente a la visión negativa de sí mismo, del mundo y del futuro (19). Beck afirmaba que la depresión más que ser una enfermedad del estado de ánimo es una enfermedad del pensamiento. Una persona deprimida malinterpreta los hechos y se concentra íntegramente en los aspectos negativos de sí mismo y de cualquier situación pasada, actual y futura. (Irwing y Barbara Sarason, 305).

Los esquemas mentales consisten en representaciones arbitrarias de la realidad que la persona deprimida maneja e insiste en mantener a pesar de existir evidencias objetivas de que están erradas, siendo esta la razón del porqué la persona deprimida persiste en actitudes que aparentemente la obligan a sufrir.

Los errores en el procesamiento de la información son los responsables de que el sujeto depresivo considere sus conceptos negativos como realidades absolutas y validas (Beck, Rush, Shaw, Emery, 20 - 21). “Una persona deprimida culpa a sus defectos personales de cualquier desgracia. La conciencia de sus supuestos defectos se vuelve tan intensa que oscurece por completo cualquier concepto positivo de sí mismo cualquier situación ambigua se interpreta como evidencia de un defecto” (Irwing y Barbara Sarason, 305).

Entre los errores cognoscitivos que en la depresión usualmente distorsionan la realidad se encuentran el generalizar demasiado, es decir, que si algo es cierto en un caso esto se aplica para cualquier caso ligeramente similar. La abstracción selectiva, donde el depresivo se evalúa a sí mismo en base a sus debilidades y defectos y le da importancia únicamente a los sucesos negativos. Responsabilidad excesiva, donde se culpa a sí mismo por todo lo malo que ocurre, suposición de la causalidad temporal, como una especie de predicción en la que si algo en el pasado fue cierto en adelante siempre lo será. La creación de catástrofes, en las que se tiende a pensar y esperar siempre lo peor de cualquier situación. Pensamiento dicotómico, donde todo debe llevar el calificativo extremista de bueno o malo, sin posibilidad de puntos intermedios (306).

Ya que las emociones son también objeto de consideración dentro de la terapia cognitiva; en el tratado de la depresión también juegan un papel muy importante. La siguiente cita describe ampliamente este aspecto:

Es bastante evidente que la riqueza de la experiencia humana es un combinación de experiencias y emociones, la mayoría de las personas dirán que lo que les parece más real son sus sentimientos y emociones...desprovisto de los sentimientos que hacen la vida rica y vibrante en vez de mecánica, los seres

humanos operarían a un nivel puramente “cerebral”...la persona depresiva es como un ser puramente “cerebral”...Paradójicamente aunque la capacidad del depresivo para experimentar sentimientos positivos está apagada, sí experimenta en un grado muy agudo vibraciones de emociones desagradables (Beck, Rush, Shaw, Emery, 41).

Perspectiva conductual de la depresión

Los conductistas consideran que las personas deprimidas tienden a afrontar situaciones estresantes mediante el retraso; es decir, antes de actuar prefieren asegurarse buscando información. La constante y excesiva búsqueda de apoyo exterior ocasiona que los demás prefieran alejarse de las personas deprimidas, ya que, básicamente pasan demasiado tiempo quejándose o lamentándose buscando afecto. Esta dinámica ocasiona que las personas alrededor del sujeto deprimido tengan pensamientos como “podría sentirse mejor si lo intentara”, o “porque simplemente no se esfuerza”; lo que obviamente empeora la situación (Irwing y Barbara Sarason, 303).

Otro fenómeno dentro del cuadro depresivo, desde la perspectiva conductual, afirma que es común que las personas que padecen trastornos del estado de ánimo, en especial las personas depresivas, tienden a actuar diferente en situaciones sociales diferentes; intentan ocultar su comportamiento negativo para ser más socialmente aceptables, este hecho deteriora a largo plazo sus relaciones interpersonales, por lo que los conductistas señalan que una de las características más importantes del trastorno depresivo es el déficit de habilidades sociales; de hecho el tratamiento conductual de la depresión incluye principalmente la enseñanza y entrenamiento de habilidades sociales en el sujeto (303).

Teoría cognitiva conductual en la depresión infantil

La terapia cognitiva también ha depositado su atención en la descripción y tratamiento de la depresión en niños y adolescentes. Primeramente comparte el criterio de la dificultad agregada que este trastorno del estado de ánimo representa debido a su particular forma de manifestarse en este grupo de la población. “Reconocer los signos y síntomas de la depresión en niños y adolescentes es fundamental para establecer un tratamiento eficaz. Pero la depresión puede adoptar muchas formas y no es fácil reconocerlas” (D. Friedberg, M. MacClure, *Practica Clínica*, 219).

Basado en el modelo cognitivo los niños deprimidos suelen manifestar síntomas en varias áreas. En cuanto a la sintomatología, concuerda casi por completo con las características y manifestaciones antes mencionadas, vuelve a enfatizar la probabilidad de la sustitución del estado de ánimo deprimido y triste por irritabilidad. Según esta teoría los niños deprimidos parecen enfadados que siempre están de mal humor; carecen de esperanza de que su situación pueda cambiar por lo que podrían existir ideas de muerte. A pesar de su corta edad también se manifiestan atribuciones negativas y responsabilidad excesiva, generalizaciones con respecto a los eventos negativos. Interpretan negativamente su conducta, la conducta de otros y el entorno; es común la baja autoestima y sentimientos de inadecuación en su medio (220).

Los niños deprimidos pueden aparentar “estar en la luna”, tienen serias dificultades de atención y predomina la indecisión; se muestra como un niño apático y aislado (220).

Puede mostrarse agresivo, muchas veces los niños que discuten con sus padres, pelean con sus compañeros de clase y con sus hermanos presentan trastornos del estado de ánimo. En ocasiones los problemas con el entorno se juntan con escasas habilidades sociales disparando así sus sentimientos depresivos. Estos niños suelen tener

dificultades para explicar con palabras lo que les ocurre y lo que sienten o simplemente sentirse incómodos haciéndolo, razón por la cual expresan su malestar con conducta problemática; este fenómeno es generalmente observado en niños menores a 9 años, los niños mayores manifiestan más comúnmente los síntomas de tristeza. (223).

Por todas estas características de la depresión infantil, la psicoterapia con niños lejos de ser fácil o difícil es más bien particular, pues desde la aplicación y utilización de medios estructurados y proyectivos para su evaluación, así como el empleo de técnicas para el tratamiento requiere de especial paciencia, insistencia y creatividad.

Tratamiento cognitivo conductual de la depresión infantil

Como en cualquier modalidad terapéutica y perspectiva teórica es indispensable que el primer paso sea una completa evaluación del trastorno a ser tratado. La recopilación de todo tipo de información respecto al caso es fundamental, nunca esta demás la cantidad de datos obtenidos, mientras más mejor. De igual manera las fuentes de información deben ser múltiples. En este caso el niño es la fuente inicial pero se debe proceder a recopilar datos proporcionados por los padres, maestros y demás cuidadores.

Como lo recomiendan Robert Friedberg y Jessica M. MacClure en su obra ya antes nombrada, para la parte de evaluación se puede contar con variedad de instrumentos de evaluación y entrevistas estructuradas no solo con el objetivo de confirmar y formalizar un diagnóstico sino también para precisar su gravedad. Se recomienda una consulta previa con un médico para descartar el posible origen físico de los síntomas (227).

En lo que se refiere a los instrumentos de evaluación se recomiendan el empleo de autoinformes, cuestionarios, técnicas proyectivas, entrevistas y observaciones por uno o varios observadores. Como cuestionarios y medios de autoinforme utilizados se sugiere el empleo de el Cuestionario de Depresión para Niños CDI, mismo que puede ser

empleado no solo como medio de diagnóstico sino también como instrumento para valorar la evolución del tratamiento. La Escala Revisada de Puntuación de la Depresión en Niños CDRS-R, misma que proporciona una medida general de la depresión, además puede ser aplicada a los padres además del niño. Existen más cuestionario y escalas de autoinforme que podrían ser empleados (228).

Luego del empleo de técnicas evaluativas es importante el análisis de las posibles discrepancias plasmadas en estas. Durante las sesiones se debe corroborar la información obtenida de las pruebas, ya que, es posible que en algunas de ellas se haya exagerado o minimizado los síntomas, así mismo debe ser valorada la congruencia de lo manifestado por los padres y lo manifestado por el niño. Además el análisis de la información de las pruebas empleadas puede ser empleado como valoración evolutiva de un tratamiento (229).

Ya en lo que se refiere a las técnicas empleadas en el proceso terapéutico, estas deberán ser seleccionadas de acuerdo a las características y severidad del trastorno, así como deberán ser tomadas en cuenta la edad, nivel de desarrollo cognitivo o capacidades que la técnica requiera. Primeramente se debe asegurar que el paciente no corra ningún riesgo durante la intervención; luego se debe confirmar en base al nivel de desarrollo cognitivo del niño que las técnicas cognitivas le servirán de ayuda, aspectos como lenguaje y madurez. Después, ya en el inicio de la terapia, lo mejor es iniciar con técnicas sencillas considerando el bajo nivel de actividad y motivación propias de la depresión. Técnicas de activación conductual fomentaran la interacción social y disminuyen el aislamiento. La programación de actividades agradables y entrenamiento en habilidades sociales son buenas opciones para empezar a combatir los síntomas de la depresión. Además al ser sencillas, el éxito alcanzado por el niño incrementará su motivación (230).

La programación de actividades contrarresta la anhedonía, la fatiga y el aislamiento social. “¡Pero hay que recordar que los niños deprimidos no disfrutaban tanto con estas actividades como antes de estar deprimidos!” (242). Se debe enfatizar el disfrute que se tenía en las actividades seleccionadas antes de la depresión. Esta actividad requiere de creatividad para hacerla más dinámica, puede incluir participación paterna (244).

Socializar adecuadamente o hacer amigos es sumamente difícil para los niños deprimidos. El entrenamiento de habilidades sociales les brindará seguridad ante todo. Como iniciar y responder interacciones, como hacer y responder preguntas, asertividad, contacto ocular y expresión facial, hacer peticiones son entre otras las habilidades que en el proceso terapéutico pueden enseñarse al niño mediante *role playing*, historias, juegos, trabajo en grupos. También se diferencian habilidades sociales positivas de las negativas. Es importante tener en cuenta el nivel de desarrollo cognitivo del niño (248)

La identificación de pensamientos y emociones es el inicio del análisis racional. Se requiere que el terapeuta tenga inicialmente un papel activo directivo para incentivar al niño. Puede existir limitación o resistencia a hablar de las emociones ocasionadas por la propia depresión. Motivar al registro de pensamientos, emociones y posteriormente intentar identificar las distorsiones en ellos es un medio sumamente factible (352).

Existen herramientas terapéuticas autoinstruccionales como “el cofre del tesoro” o la “casa de la moneda” que nos brindan la oportunidad de que creativamente y activamente se estimula al niño a emplear herramientas para enfrentar la depresión. En la primera técnica el niño puede colocar en un cofre frases positivas de afrontamiento y recurrir a ellas cuando requiera. La segunda técnica, utilizando una analogía, se motiva al niño a cambiar pensamientos negativos y estropeados por positivos de afrontamiento más

adaptativos como si estuviera cambiando dinero viejo y obsoleto por dinero nuevo y valioso (254).

Ya como parte del análisis racional dentro del proceso terapéutico existe gran cantidad de creativas e innovadoras variables de técnicas de reatribución que buscan promover en los niños la formulación de una idea más correcta de la verdadera responsabilidad de los sucesos y acontecimientos que lo afectan, sobre todo de los negativos. De la misma manera la comprobación de hipótesis permiten contrastar y cuestionar los pensamientos automáticos y conclusiones anticipadas e infundadas que predisponen negativamente al niño. Igualmente las técnicas de *continuum* permiten suavizar los pensamientos absolutistas de los niños deprimidos mediante el análisis racional al sembrar dudas en las etiquetas extremistas que el niño asigna a personas o situaciones (258, 260)

Una de las más importantes características de la terapia cognitiva es su versatilidad; pues no solamente se ajusta a un sin número de circunstancias, situaciones y patologías que requieran asistencia terapéutica, sino que a su vez puede integrar o integrarse a aspectos de otras corrientes teóricas, razón por la cual la terapia cognitivo conductual es, en la actualidad, una de los postulados terapéuticos más empleados en el mundo.

CAPÍTULO 2

PRESENTACIÓN DEL CASO

Caso GABRIEL

2.1 DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gabriel es un niño de 8 años, oriundo de la ciudad de Cuenca. Actualmente cursa el cuarto año de educación básica en un centro educativo particular de la ciudad; es el primero de dos hijos, vive con su madre, Carla de 24 años y su hermana Doménica de 6 años. No tiene ningún tipo de contacto con su padre desde hace varios años. La sintomatología a continuación descrita se manifiesta de forma evidente desde hace aproximadamente 3 meses.

2.2 CARACTERÍSTICAS Y SINTOMATOLOGÍA.

En el centro educativo donde Gabriel estudia, su maestra es quien inicialmente se manifiesta sumamente preocupada por él. Ella refiere haber observado un cambio “drástico” en el comportamiento y desempeño escolar de Gabriel al iniciar el año lectivo. Siendo Gabriel un niño que, en años anteriores, destacaba por sus sobresalientes calificaciones, su particular capacidad de aprendizaje y asimilación de conocimientos, así como un nivel de comprensión sumamente alto y constantemente destacado por todos y cada uno de sus maestros en años anteriores; inesperadamente estas cualidades y características se ven alteradas, razón por la cual la madre de Gabriel es citada en numerosas ocasiones al plantel educativo para informarle y consultarle sobre la situación.

Carla, la madre de Gabriel, también manifiesta haberse percatado de que Gabriel se comporta diferente desde hace algún tiempo; ella refiere haberle preguntado al mismo

Gabriel sobre lo que acontece, y comenta que el simplemente se niega a abordar el tema o responde que “no le pasa nada”.

La maestra de Gabriel comenta que los problemas con él comenzaron desde el primer día de clase; primeramente, tanto él como su hermana menor no iniciaron adecuada y normalmente el año lectivo pues empezaron a asistir a clase con casi un mes de retraso. La madre de Gabriel argumenta que esta situación se debió a circunstancias principalmente de índole económica, razón por la cual en el centro educativo donde estudian Gabriel y su hermana actualmente poseen pensión diferenciada. Esta circunstancia contribuyó inicialmente a que el rendimiento escolar de Gabriel se vea afectado; sumado a esto, con el transcurso de los días de clase su maestra observo en él un cambio en su habitual comportamiento en la escuela. Revelaba un marcado desinterés por las actividades académicas realizadas; la motivación y entusiasmo característicos en él estaban ausentes. No participaba en clase y sus tareas eran deficientes.

Gabriel manifestaba también una evidente falta de atención a las diferentes clases que recibía; así como una marcada dificultad para concentrarse contribuyendo así al descenso en su rendimiento académico y una evidente caída en sus calificaciones. Se mostraba descuidado con sus útiles y materiales escolares como cuadernos, prendas del uniforme y demás accesorios, mismos que fácilmente y con gran frecuencia perdía o dejaba olvidados. Su escaso interés y voluntad para aprender se vio extendido a los momentos de recreación y juego dentro de la escuela; parecía no disfrutar con nada. La maestra comenta que se volvió un niño retraído y poco sociable; solitario y generalmente aislado; aparentaba falta de energía y prefería la inactividad.

Su estado de ánimo se mostraba a veces deprimido o irritable, su comportamiento variaba de enlentecido y apático a rebelde y en ocasiones agresivo. Muchas veces manifestó abiertamente agresividad hacia sus compañeros de forma verbal o plasmada en trabajos en clase y comportamiento inadecuado. Ante los llamados de atención de los distintos maestros Gabriel se mostraba indiferente y poco o ningún efecto causaban cualquier regaño o consejo.

Por su parte la madre de Gabriel refiere que desde hace unos meses ha notado en él un cambio en la conducta y estado de ánimo. Está más aislado y callado que de costumbre, se comporta de manera rebelde y desobediente, prefiere estar solo o con su abuela exclusivamente. No come igual que antes, y casi todos los días le cuesta quedarse dormido, según comenta ella “puede pasar varias horas dando las vueltas en la cama y no se duerme”, esto hace que en la mañana le cueste mucho levantarse para ir a la escuela. No muestra interés por las tareas de la escuela, casi ni se preocupa por jugar o ver la televisión y conversa muy poco. La madre de Gabriel agrega que en ocasiones él se muestra irritable sin causa aparente, discute en duros términos con ella y pelea mucho con su hermana menor. También refiere que últimamente le han llamado mucho de la escuela para informarle del bajo rendimiento que está teniendo Gabriel actualmente; cuenta que en años anteriores siempre que conversaba con los maestros de Gabriel era para felicitarle por el desempeño del mismo.

Con el transcurso de los días, desde que las personas a su alrededor se han percatado de sus cambios, la situación de Gabriel no ha mejorado. Su estado de ánimo, intereses, capacidad de disfrute, comportamiento y desempeño en general se encuentran afectados y las esferas social, familiar, escolar se han visto notablemente perturbadas ocasionando que el desenvolvimiento global de Gabriel esté muy por debajo de su potencial.

2.3 PSICOBIOGRAFÍA Y ANTECEDENTES PERSONALES

Datos del embarazo y parto.

Gabriel nace en la ciudad de Cuenca en Febrero del 2002; hijo de Carla de 24 años y Ángel de edad y procedencia desconocidas. Es el mayor de dos hermanos, su hermana menor se llama Doménica y tiene 6 años.

La madre de Gabriel relata que durante su embarazo fue constantemente víctima de maltrato físico por parte del padre, quien entonces era su pareja y conviviente. A los 6 meses de gestación, luego de ser objeto de múltiples golpes, estuvo a punto de perder a su hijo; es entonces cuando decide separarse de su pareja. Después de unos meses volverían a convivir.

Gabriel nace a los 9 meses de gestación, parto por cesárea debido a que se estaba produciendo sufrimiento fetal. La madre comenta que cuando nació “estaba todo morado y no lloró”. Durante el parto ella perdió mucha sangre, razón por la cual permaneció en cuidados intensivos sin poder tener contacto con su hijo quien, durante ese tiempo estuvo al cuidado de su abuela, quien luego le informó que en el hospital se había caído y golpeado la cabeza. No hubo consecuencias ni secuelas de esta situación.

Desarrollo psicomotor y primera infancia

Luego de su nacimiento Gabriel queda al cuidado de su abuela con quien vivía en Cumbe, mientras su madre, por razones de trabajo afirma, vivía en Cuenca con el padre de Gabriel y veían a su hijo solo los fines de semana.

De esta manera hasta aproximadamente los cuatro años de edad Gabriel no tuvo una continua y adecuada convivencia con su madre; y cuando la tenía era víctima junto con ella de constante maltrato físico por parte de su padre, de quien se separarían

definitivamente en el año 2005 luego de tener otra hija. Desde entonces no tienen ningún contacto con él.

En cuanto al desarrollo psicomotor, la madre de Gabriel afirma que no experimentó ninguna complicación ni manifestó algún signo psicopatológico. No recuerda con exactitud las edades, pero refiere que no hubo inconvenientes ni retraso para fijar la cabeza y cuello, sentarse, gatear, caminar, hablar o controlar esfínteres. Por el contrario, siempre tuvo la impresión de que Gabriel fue muy precoz en ese aspecto, aunque reconoce que esta situación ocurrió mientras él estaba al cuidado de su abuela a quien durante toda la vida Gabriel ha demostrado un inmenso cariño y gran vinculación.

Relaciones e historia familiar.

Recién a los cuatro años de edad Gabriel se establece de manera casi definitiva con su madre y su hermana, aunque constantemente pasaba tiempo con su abuela llegando inclusive a manifestar explícitamente que prefiere estar con ella que con Carla su madre. Casi siempre ha compartido el hogar con otros miembros de su familia que incluían abuelos, tíos, primos o parejas de su madre. Hasta hace aproximadamente seis meses Carla convivió con Wilson, una pareja suya con la que mantuvo una relación de dos años y ocho meses, tiempo durante el cual Gabriel se encariño mucho con él y al que manifiesta abiertamente extrañar mucho. Desde entonces Gabriel vive con su madre y hermana únicamente.

En cuanto al comportamiento, rasgos de carácter, relaciones y vínculos de Gabriel, su madre lo describe como una persona que siempre ha sido tímida y un poco retraída; solitario e impaciente; inclusive antes de cambiar radicalmente su comportamiento y estado de ánimo. La relación entre Gabriel y su madre es relativamente buena, aunque “realmente no existe el apego y expresión de afecto esperados en una relación normal

madre e hijo”, esta descripción es referida por la misma madre de Gabriel. Carla asegura que Gabriel prefiere pasar más tiempo con su abuela que en su propia casa, comenta que ella cree que esto se debe a que su abuela fue la primera persona en cargarlo cuando nació. Con su madre Gabriel afirma ser bueno y obediente pero también reconoce que en ocasiones discute y la desobedece; no niega el cariño que le tiene. Carla comenta que con Doménica, su hermana, Gabriel pelea y discute mucho, sobre todo cuando él esta irritable; a pesar de eso se preocupan y cuidan mutuamente.

En cuanto a las relaciones con otros familiares, como ya se mencionó anteriormente, Gabriel muestra un apego y preferencia completamente consciente e incondicional por su abuela materna Luzmila. Con ella nunca discute, no la desobedece, Carla comenta que incluso se ha percatado de que Gabriel siente celos cuando Luzmila atiende a sus tíos o primos. La relación con su abuelo y tíos es regular; Gabriel refiere que sus primos y tíos lo molestan mucho y lo insultan. La madre reconoce que algunos miembros de su familia no son vistos con cariño por parte de Gabriel. Comenta que hace dos años aproximadamente en una reunión familiar un hermano de Carla en estado de embriaguez intento apuñalar a varios miembros de su familia entre los que se encontraba ella; toda esta escena fue presenciada por Gabriel y ocasionó que se genere temor y rechazo hacia su tío. Generalmente no discute con los miembros de su familia.

Comportamiento con otros niños y ajuste social.

En lo relacionado a su ajuste social y heterosexual, tanto la madre de Gabriel como su maestra afirman que no existen problemas. No tiene ningún inconveniente para socializar con hombres y con mujeres, siempre se ha ajustado y adaptado bien a las situaciones sociales, nuevos amigos y sus compañeros. Todos estos criterios no se

aplican a los cambios experimentados y observados en la conducta de Gabriel detallados en la descripción de la sintomatología.

Referencia Intrapersonal.

Por su parte, Gabriel reconoce que últimamente no se siente “tan bien” como antes compartiendo, estudiando y jugando con sus amigos y compañeros; prefiere jugar solo o escuchar música. Respecto a su situación en la escuela refiere que generalmente se distrae fácilmente o no atiende a clase; al preguntársele con que se distrae o en qué piensa cuando no atiende a clase, refiere que se acuerda de su casa o piensa en su abuela. También se trato el tema del cambio en su comportamiento en casa y el incumplimiento de las tareas, al respecto manifiesta que prefiere pasar las tardes con su abuela, no se siente muy cómodo en su casa y en varias ocasiones durante las entrevistas se refería a la casa de su abuela como “mi casa”.

También acepta que muchas veces no se lleva muy bien con su madre, que ella no lo maltrata pero que ahora no conversan mucho. Manifiesta que a veces se le olvidan los deberes. Respecto a su dificultad para dormir, alimentación y falta de energía asegura que “tengo sueño pero no sé porqué no me duermo enseguida”, dice que come bien y que simplemente a veces no tiene ganas de jugar o esta aburrido.

Sobre el retraimiento mostrado en la escuela comenta que se lleva bien con sus compañeros y amigos pero que a veces “ya no quiere jugar”, luego agrega que hay días que no quisiera ir a la escuela. También cuenta que, en particular, existen dos compañeros con los que discute mucho y que ocasionan que le guste menos estar en clase. Lo molestan porque él no tiene padre y hacen que se sienta mal. Esta situación es de conocimiento de su maestra.

Rendimiento y adaptación escolar.

Hasta hace algunos meses el rendimiento escolar de Gabriel siempre había sido sobresaliente. En ningún nivel de educación básica que ha aprobado presentó inconvenientes, problemas de aprendizaje o comprensión.

Antecedentes psicopatológicos

Gabriel es s alérgico a los colorantes. El nunca ha sido objeto de intervenciones o tratamientos médicos importante; no ha sufrido ningún accidente ni ha padecido alguna enfermedad grave. No ha sido objeto de análisis o valoración psicológica ni recibido algún tipo de tratamiento farmacológico o psicoterapéutico.

Antecedentes Familiares.

Alcoholismo en el padre y tío materno de Gabriel. Abuela materna y madre hipertensas. Por parte de su familia materna existen antecedentes de deficiencia y enfermedades cardíacas y circulatorias.

2.4 VALORACIÓN DEL CASO Y OBSERVACIONES

Durante las entrevistas y trabajo con Gabriel se pudo evidenciar a un niño de 8 años de inteligencia normal, cuyas funciones cognitivas no demostraban ninguna alteración.

Gabriel inicialmente se mostró reservado. Se pudo apreciar un niño que se manifiesta retraído y temeroso al intervenir o contestar preguntas. Mantiene escaso contacto visual; mientras habla y escucha da muestras físicas de estar ansioso, ya que, juega con sus manos o con cualquier objeto que tenga cerca; tartamudea en ocasiones y mira mucho el suelo. La primera impresión es la de un niño triste.

Posteriormente el ambiente de confianza se fue incrementando en las entrevistas con Gabriel, sus respuestas dejaron de ser monosilábicas. Se mostró colaborador y dispuesto respondiendo cada una de las preguntas y participando de cada una de las pruebas aplicadas.

El nivel de confianza con el entrevistador fue aumentando gradualmente permitiendo así una correcta y profunda apreciación del caso y todos los factores que a éste le atañen. De esta manera se manifestó un niño con alteraciones en su estado de ánimo y comportamiento que impiden que se desenvuelva de manera óptima y satisfactoria.

Observaciones.

Entre los aspectos valorados, basándose en la información recopilada, obtenida del centro educativo donde Gabriel estudia, intervenciones de su madre, maestra y el propio examinado se pudieron establecer algunos aspectos puntuales:

Primeramente se evidenció durante las entrevistas con Gabriel y resultados de las pruebas aplicadas, que existe una problemática importante con respecto a la figura paterna ausente y cambiante en la vida de Gabriel. Para él es muy importante este aspecto al punto de que inicialmente decía en las primeras entrevistas que Wilson era su verdadero padre. Experimenta angustia respecto a esta imagen que inclusive niega o se avergüenza de no estar junto a su padre, a su vez que alberga gran resentimiento hacia esta imagen.

En las entrevistas por separado con la madre y la maestra de Gabriel, aparentemente las dos coinciden en la temporalidad de lo que ellas denominan como inicio de los cambios en Gabriel, o al menos cuando se hicieron evidentes. Su maestra asegura que Gabriel se mostró diferente desde el inicio del año lectivo, mientras que su madre afirma que sus cambios corresponden a unos 4 o 5 meses atrás; situación que en

relación con el punto antes detallado coincide con la partida de Wilson, la anterior pareja de la madre de Gabriel.

En la entrevista llevada a cabo con la madre de Gabriel se evidenció un posible foco conflictivo que consiste en sentimientos negativos, probablemente inconscientes de ella hacia Gabriel. Se logró entrever, en las declaraciones de Carla, algún tipo de resentimiento y rencor hacia Gabriel debido su escasa vinculación de este con ella y su preferencia por la compañía de su abuela en lugar de la de su propia madre. Aunque este fenómeno no fue objeto de ningún análisis más profundo, debe ser subrayado como observación pues interfiere directamente con la calidad de la relación entre Gabriel y su madre.

2.5 PRUEBAS APLICADAS

Con el objetivo de lograr una completa y profunda apreciación del caso de Gabriel y acceder a información de valor incuantificable, que posiblemente Gabriel no puede o se niega a comunicar, se emplearon las pruebas proyectivas y cuestionarios detallados a continuación.

Test de la Familia: Empleado como técnica proyectiva de exploración de la afectividad infantil y análisis de la concepción y relaciones familiares del examinado.

Cuestionario de depresión infantil de Kovacs CDI (*Children Depression Inventory*): Cuestionario que cuenta con una escala que va desde la normalidad, depresión leve, depresión moderada hasta depresión severa. Consta de 27 ítems de opción múltiple que abarcan la sintomatología y características de la depresión infantil en lenguaje adecuado para sujetos entre 8 y 13 años. Analiza 3 factores: depresión, falta de interés, y dificultades en las relaciones interpersonales.

Test de Sacks: Explora de forma indirecta dificultades y conflictos en las áreas familiar, relaciones heterosexuales, relaciones interpersonales, concepto de sí mismo.

Test de apercepción temática para niños CAT: Elegido como método proyectivo de investigación de la personalidad a través del análisis dinámico de las diferencias individuales en la percepción de estímulos estandarizados que enfocan las relaciones del niño con las figuras importantes, con sus impulsos y principales conflictos en esta etapa de la vida.

Cuestionario para padres y maestros ECI (*Early Childhood Inventory*): Escogido como cuestionario para administrar a la madre y la maestra de Gabriel basado en los criterios de del DSM-IV para valorar síntomas emocionales y conductuales relacionados con los trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia.

Resultados obtenidos:

Test de la familia

Observaciones: Latencia de más de dos minutos; más de veinte y cinco minutos para concluir el dibujo que incluye solo al padre y la madre. Resistencia y ansiedad presente durante toda la prueba.

Aspectos Importantes encontrados:

Tamaño: Agresividad ante presiones ambientales, fantasías compensatorias, inferioridad.

Emplazamiento: Fantasía, escape de la realidad, búsqueda de satisfacción en lo irreal

El sombreado: Ansiedad, angustia, reactividad emocional hacia la figura materna.

Borraduras: Conflictos emocionales, insatisfacción consciente, ansiedad.

Distancia: Falta de comunicación parental, incomunicación familiar, distanciamiento emocional entre padres y en la familia.

Valorización y desvalorización: Imagen paterna desvalorizada en relación a la imagen materna, ansiedad hacia la figura materna, desvalorización propia, desvalorización y negación de la familia, familia vista como desintegrada, posible rivalidad fraternal, agresividad.

Apego: El dibujo posee características de apego inseguro evitativo y apego desorganizado.

CDI

Puntaje Obtenido: 19

Diagnóstico: Depresión moderada

Depresión enmascarada de bajo entusiasmo, caída en las relaciones interpersonales.

Factor 1: Depresión puntaje 8

Factor 2: Falta de entusiasmo puntaje 6

Factor 3: Dificultades en las relaciones interpersonales puntaje 6

Factor crítico: Depresión

Test de Sacks

La puntuación final obtenida fue de 29. Puntaje que sugiere que el examinado debería ser remitido a orientación psicológica adecuada. Las áreas que en base al análisis de la prueba fueron halladas como más conflictivas son:

Actitudes hacia los padres

Actitudes frente a las relaciones heterosexuales.

Actitudes hacia el futuro y valores.

CAT

Resumen del análisis de las historias.

Lámina 1: Es una historia corta que enfatiza las necesidades orales propias del estímulo que generalmente produce la lámina 1; la imagen materna es vista como protectora; mecanismos defensivos de negación, aislamiento e introyección.

Lámina 2: En Un medio ambiente competitivo y hostil la historia gira alrededor de la rivalidad y hostilidad hacia las imágenes parentales, ansiedad por agresión, rivalidad con y entre los padres; miedo y ansiedad por ser sometido, dominado y destruido; mecanismos defensivos de aislamiento, represión e introyección. Ante un final real se evidencia la presencia de un Súper Yo severo.

Lámina 3: Una historia muy corta; evidencia descalificación y decepción de la figura paterna y a su vez una identificación con esta. Padre visto como viejo y débil, ansiedad y defensa a ser dominado, mecanismos defensivos de negación, represión, formación reactiva y aislamiento.

Lámina 4: Una historia marcada por excesiva felicidad y bondad. Medio ambiente visto como feliz y nutriente. Se manifiestan los temas referentes a la oralidad. Figura materna protectora; mecanismos defensivos de formación reactiva, aislamiento e introyección.

Lámina 5: Manifestación de un medio ambiente desolador, miedo al abandono y ansiedad ante la agresión. Descalificación de la imagen paterna, necesidad de cariño.

Súper Yo severo. Mecanismos de defensa de represión, aislamiento e introyección. Medio ambiente peligroso y desolador.

Lámina 6: Una historia que altera su trama abordando dos temáticas. El héroe es visto como protector en su papel de guardián y al mismo tiempo es descalificado y minimizado, necesidad de protección y cuidado. Medio ambiente peligroso. Son introducidos elementos referentes a temas orales, manifestación de agresividad latente. Miedo a la agresión, ansiedad por daño y pérdida; mecanismos defensivos de aislamiento introyección y simbolización. Súper Yo severo.

Lámina 7: Una historia llena de elementos de agresividad y violencia fomentados por el estímulo mismo de la lámina. Medio ambiente peligroso y hostil. La agresividad latente cobra fuerza, mucho miedo y ansiedad por ser agredido, dañado y destruido. Súper Yo severo. Posible agresividad recíproca con la figura paterna y decepción de la misma. Mecanismos defensivos de ambivalencia, aislamiento, introyección y anulación.

Lámina 8: Una historia donde muere el héroe el cual es visto como pequeño y frágil y se hace referencia a la intensidad del Súper Yo y la necesidad de cariño. Referencias sobre la oralidad, nuevamente ansiedad y temor ante la agresión. Medio ambiente hostil. Peleas en la familia. Mecanismos de defensa de aislamiento, represión, introyección y simbolización.

Lámina 9: En esta historia nuevamente existe una descalificación y desplazamiento de la figura paterna a quien el héroe burla y derrota. Padre visto como ausente, temor y defensa ante el abandono, mecanismos de defensa de formación reactiva, aislamiento, decepción del padre. Medio ambiente hostil.

Lámina 10: Un castigo severo por parte del Súper Yo, en este caso la figura paterna es vista como castigadora y agresora; existe una identificación con el sexo opuesto,

ansiedad y temor ante el daño físico, pérdida de amor, el castigo también hace referencia a al desaseo, se abordan temas de moralidad, héroe de sexo femenino visto como rebelde, sucio pero que aprende la lección. Mecanismos de defensa de negación, represión, aislamiento.

Informe Final - CAT

El análisis de las historias evidencia a un niño de inteligencia normal, con una autoimagen generalmente adecuada y completa que se identifica sin problemas con su edad y sexo.

Sus necesidades son de índole oral y sobre todo de defensa ante la agresión; también se manifiesta agresividad latente. La imagen materna es generalmente vista como adecuada, por su lado la imagen paterna es vista como un rival, agresiva, decepcionante y existe un marcado intento por descalificarla, desplazarla y burlarla. El medio ambiente es generalmente visto como hostil.

Los conflictos generalmente giran alrededor de la ansiedad y miedo a ser dañado agredido o destruido, más específicamente la agresividad es un tema recurrente en las historias relatadas, también se hace presente el miedo al abandono.

El Súper Yo es visto la mayoría de veces como severo y castigador; los mecanismos de defensas generalmente empleados son el de aislamiento, formación reactiva, represión, introyección y negación.

La integración del Yo y proceso de pensamiento generalmente es adecuada y ajustada

ECI

En base a la concordancia en las respuestas procuradas por la madre y maestra del examinado a los ítems del ECI se establece que Gabriel manifiesta síntomas emocionales y conductuales incluidos en las categorías señaladas a continuación en orden de gravedad revelada.

F.- Que corresponde a trastornos del estado de ánimo, enfocado a depresión mayor y distimia.

A.- Que corresponde a déficit de atención con/sin hiperactividad. En este caso existe énfasis en los ítems que sugieren déficit de atención

D.- Que corresponde a ansiedad por separación.

De forma individual la madre señala que Gabriel cumple con los ítems señalados en las categorías E y H, que corresponden a ansiedad generalizada y trastorno del sueño. Por su parte la maestra de Gabriel señala que cumple con los ítems de la categoría L de trastorno del vínculo.

2.6 INFORME PSICOLÓGICO

Datos de afiliación:

Nombre: Gabriel Edad: 8 años Fecha de Nacimiento: 02/2002

Nivel de instrucción: 1ra Incompleta Lugar de Procedencia: Cuenca

Motivo de consulta.

La maestra de Gabriel recomienda que el examinado sea objeto de valoración y seguimiento psicológico debido a que desde hace algunos meses manifiesta un cambio

marcado en su estado de ánimo y comportamiento, además de un preocupante descenso en sus calificaciones y rendimiento escolar.

Fuente de información.

Mixta: Directa de mediana confiabilidad. Indirecta por parte de la madre y maestra del examinado. Alto grado de confiabilidad.

Conformación Familiar.

Gabriel es el primero de dos hijos, su hermana menor es Doménica de 6 años. Sus padres son Carla de 24 años y Ángel de edad desconocida. Actualmente vive con su madre y su hermana únicamente.

Psicobiografía.

Gabriel nace en la ciudad de Cuenca en Febrero del 2002. Parto por cesárea, complicaciones al 6to mes de embarazo y al momento del parto. Desde su nacimiento quedó al cuidado de su abuela en Cumbe por motivos de trabajo de sus padres quienes vivían en Cuenca. A la edad de tres años sus padres se separan debido a maltrato físico que el padre propinaba a la madre y al mismo Gabriel. Ningún problema en el desarrollo psicomotor. Hasta los 5 años vive con su madre y con su abuela de forma intermitente en ambos casos. Ha convivido con otros familiares como abuelos, tíos y primos. En ocasiones también ha compartido la vivienda con las parejas de su madre. La última de ellas fue Wilson, con quien su madre llevaba una relación de casi tres años y cuya partida afectó mucho a Gabriel.

El examinado manifiesta un particular apego y vinculación con Luzmila, su abuela materna, con quien ha compartido desde su nacimiento. La madre de Gabriel y su maestra lo describen como un niño muy inteligente, sin problemas de aprendizaje,

ajuste, adaptación y socialización que sin embargo se muestra retraído y aislado. Hasta ahora no ha manifestado ningún síntoma psicopatológico.

Resultados de pruebas.

Test de la familia: Marcada resistencia y ansiedad; agresividad ante presiones ambientales, fantasías compensatorias, escape de la realidad, inferioridad, reactividad emocional hacia la figura materna; conflictos emocionales, insatisfacción consciente, falta de comunicación parental, incomunicación familiar, distanciamiento emocional entre padres y en la familia; imagen paterna desvalorizada en relación a la imagen materna, desvalorización y negación de la familia; apego inseguro evitativo y desorganizado.

CDI: Depresión moderada enmascarada de bajo entusiasmo, caída en las relaciones interpersonales. Factor crítico Depresión

Test de Sacks: El examinado debería ser remitido a orientación psicológica adecuada. Las áreas encontradas como conflictivas son actitudes hacia los padres, actitudes frente a las relaciones heterosexuales y actitudes hacia el futuro y valores.

CAT: Examinado de inteligencia normal, con una autoimagen generalmente adecuada y completa, identificado adecuadamente en edad y sexo. Necesidades orales, de defensa ante la agresión; agresividad latente. Imagen materna es vista como adecuada, imagen paterna es vista como un rival, agresiva, decepcionante y existe un marcado intento por descalificarla, desplazarla y burlarla. El medio ambiente visto como hostil. Conflictos giran alrededor de la ansiedad y miedo a ser dañado agredido o destruido, la agresividad es un tema recurrente, miedo al abandono. Súper Yo severo y castigador; mecanismos de defensas de aislamiento, formación reactiva, represión, introyección y negación. Integración del Yo y proceso de pensamiento adecuado y ajustado.

ECI: Síntomas emocionales y conductuales correspondientes a los trastornos del estado de ánimo de depresión mayor y distimia.

Durante las entrevistas y pruebas aplicadas el examinado no mostro alteraciones en sus funciones mentales superiores.

2.7 DIAGNÓSTICO MULTIAXIAL

Eje 1: Trastornos clínicos.

Episodio depresivo mayor, Leve

Eje 2: Trastornos de la Personalidad. Retardo mental

Rasgos de personalidad indeterminados dada la edad del examinado. En estudio

Eje 3: Enfermedades médicas

Ninguna enfermedad medica actual.

Eje 4: Problemas Psicosociales y ambientales.

Ausencia en el hogar de una imagen paterna. Caída del rendimiento escolar. Situación económica inestable.

Eje 5: Evaluación de la actividad global.

60/100 Síntomas de trastorno del estado de ánimo, dificultad en la actividad social y escolar.

CAPÍTULO 3

DESCRIPCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DEL PROYECTO

3.1 RESEÑA DE LA ELABORACIÓN Y TÉCNICAS EMPLEADAS

El presente capítulo corresponde a una reseña de cómo fue elaborado el presente proyecto a lo largo de cada una de las etapas de desarrollo.

Como se manifestó en la propuesta de proyecto previamente presentada, fueron algunos los métodos de investigación que se requerían emplear para la elaboración del documento final a ser presentado.

En la realización del proyecto, si bien no se cumplió con exactitud el cronograma propuesto con relación a las fechas y tiempo a ser empleado en el desarrollo, si se logro seguir el orden establecido con el que cada capítulo, y las actividades para su elaboración, debían ser realizadas.

La presente descripción del desarrollo de la propuesta de asistencia psicoterapéutica será realizada en el orden con el que cada elemento del trabajo fue elaborado.

3.2 DESARROLLO DEL CAPÍTULO 2

La primera parte en ser desarrollada corresponde al capítulo dos, que consiste en la presentación y descripción del caso sobre el que fue basado el proyecto de la propuesta. Luego de aprobada la realización del trabajo, el primer paso fue el respectivo acercamiento con Gabriel, previo a iniciar la recopilación de toda la información para la presentación del caso. Un encuentro para presentarse mutuamente y una breve sesión no estructurada fueron llevadas a cabo con este objetivo.

Para la recopilación de información del caso fueron necesarias varias entrevistas con Gabriel, con su madre y con su maestra. Las entrevistas con la maestra y con su madre tuvieron el objetivo de que cada una de ellas manifieste la perspectiva particular que tenían del conflicto de Gabriel, pues tanto su madre como su maestra están en capacidad de proporcionar valiosa información acerca del funcionamiento de Gabriel en varias áreas de su vida. Dentro del periodo de entrevistas, tanto Gabriel como su madre y su maestra participaron en la aplicación de pruebas y test considerados oportunos para precisar y establecer formalmente el diagnóstico.

Con la maestra de Gabriel se abordaron aspectos sintomáticos, valoración del comportamiento y actividad previa a la manifestación depresiva, además participo con las respuestas de cuestionario ECI. Con la madre las entrevistas tenían el mismo objetivo, de manera que principalmente se procuro recolectar información, enfatizando el aspecto psicobiográfico. La madre de Gabriel también participó con la aplicación del cuestionario ECI. Cabe resaltar que en todas las entrevistas llevadas a cabo, ya sea con Gabriel, la madre o la maestra, se empleó la observación como técnica de investigación.

Terminada la recopilación de información se procedió a la revisión documentada de todos los datos recolectados, en este caso no se encontraron documentos o información importante cuya fuente sean otros profesionales de la salud o referencias acerca de antecedentes patológicos. La información fue clasificada y se procedió a la revisión bibliográfica necesaria para la corrección de las pruebas psicológicas y el establecimiento formal del diagnóstico. Para el Test de Sacks, CDI y ECI se contó con las respectivas escalas de calificación, para el CAT y Test de la Familia se recurrió al texto y manual propios de la prueba. Para el establecimiento formal del diagnóstico se recurrió al manual DSM-IV.

En la redacción del capítulo correspondiente a la presentación y descripción del caso Gabriel se procuró seguir la estructura manejada en la mayoría de historias clínicas, es decir, presentar la información personal, en este caso limitada debido a aspectos de privacidad, antecedentes patológicos, psicobiografía enfatizando desarrollo, relaciones, eventos de importancia, aspectos personales y familiares. Luego fueron expuestas las pruebas que se aplicaron, su objetivo, utilidad y los respectivos resultados obtenidos. Al final del capítulo se incluye un breve informe psicológico, a manera de resumen del caso, al final del cual fue establecido el diagnóstico formal.

Para la elaboración del capítulo dos las técnicas de investigación empleadas fueron la observación, entrevista, revisión documentada, revisión bibliográfica, aplicación de pruebas y test psicológicos y registro de información relevante. Los recursos utilizados fueron materiales, espacios y medios necesarios para las entrevistas, aplicación de pruebas, registro, revisiones y redacción.

3.3 DESARROLLO DEL CAPÍTULO 1

El segundo capítulo en ser desarrollado fue el que corresponde al marco teórico de la propuesta de asistencia psicoterapéutica, en este caso se trata del capítulo uno. La realización de este capítulo fue evidentemente distinta a la del segundo en aspectos metodológicos y en lo que se refiere a las actividades necesarias.

En este caso es importante resaltar que la estructura con la que está elaborado el capítulo corresponde a una descripción de aspectos necesarios para comprender la intención, importancia y significado del proyecto.

Depresión:

Definición / Aspectos Importantes: Se exponen conceptos manejados por diversas fuentes, las múltiples perspectivas abarcan muchos de los aspectos que se deben considerar sobre la depresión, se resalta la importancia del estudio y tratado de este trastorno, el interés social que encierra y los alcances de la enfermedad en la comunidad.

Manifestación sintomática / Criterios diagnósticos: Describe brevemente las características generales de la depresión. Se abordan los aspectos inclusivos y diferenciales que deben ser considerados para la elaboración de un diagnóstico formal.

Teorías de la depresión: Explicación del trastorno depresivo según las perspectivas biológica, psicodinámica y humanista existencial.

Depresión infantil

Generalidades / manifestación sintomática / criterios diagnósticos: Corresponde a lo que formal e informalmente puede ser referido como manifestaciones de la depresión infantil. Varias perspectivas ilustran que este trastorno puede, en los niños, hacerse presente de forma encubierta o con sintomatología poco común.

Teoría Cognitivo Conductual.

Generalidades: Se trata de una breve reseña en la que se exponen los parámetros y principales postulados de esta corriente.

Teoría cognitivo conductual de la depresión

Perspectiva cognitiva / perspectiva conductual: Explicación del trastorno depresivo según la visión cognitiva y definición de lo que conductualmente es la depresión.

Teoría y tratamiento cognitivo conductual de la depresión infantil: Finalmente se hace referencia a como la teoría cognitivo conductual aborda y considera las características de la depresión en los niños. También se hace una breve reseña de la metodología y técnicas empleadas para el tratamiento de la depresión con niños.

De esta manera se pretende crear la imagen necesaria para revisar el desarrollo del proyecto, presentación del caso y propuesta de tratamiento psicoterapéutico.

Las referencias bibliográficas y electrónicas dentro del marco teórico están citadas, al igual que todo el documento, bajo los parámetros del formato MLA para presentación de trabajos académicos. En la bibliografía al final de todo el trabajo se encuentran debidamente especificadas las fuentes correspondientes a libros, textos y vínculos electrónicos. Las estrategias investigativas fueron la revisión bibliográfica y documentada, además del debido registro de información relevante. Los recursos empleados fueron los medios y espacios necesarios investigación y redacción del capítulo.

3.4 DESARROLLO DEL CAPÍTULO 4

El capítulo 4 corresponde al desarrollo de la propuesta de asistencia terapéutica para un niño que manifiesta sintomatología de depresión infantil. Se trata del capítulo más importante del proyecto.

Inicialmente se incluye una reseña del caso Gabriel, corresponde a un resumen del capítulo dos para no dejar de tener presentes algunos aspectos importantes sobre el caso al momento de valorar la propuesta psicoterapéutica.

La propuesta psicoterapéutica es resultado de valorar e interpretar la información obtenida en la presentación del caso Gabriel y referirla al material y fuentes bibliográficas con las que fue elaborado el marco teórico.

Se emplearon la revisión bibliográfica y documentada para la elaboración de la estructura de las sesiones que conforman el plan de tratamiento psicoterapéutico para Gabriel. La propuesta incluye 3 etapas de tratamiento.

La primera etapa comprende las seis primeras sesiones terapéuticas cuyo objetivo es básicamente familiarizar, preparar, y motivar a Gabriel para su participación en el proceso. Incluye ejercicios de relajación, actividades lúdicas y de trabajo en autoestima

La segunda etapa comprende 10 siguientes sesiones, la estructura de cada sesión se mantienen en base a lo sugerido para la primera etapa. En este caso el objetivo y enfoque es el abordaje de los aspectos sintomáticos y cognitivos de Gabriel.

La tercera y última etapa comprende el cierre del plan psicoterapéutico y la preparación de Gabriel para la finalización de las sesiones. El enfoque se centra en reforzar aspectos de las otras etapas del plan que se consideren necesarios, procurar la concientización de dar continuidad a lo aprendido en la terapia y evidenciar la renovación que representa finalizar el proceso de recuperación. La estructura de las sesiones se mantiene procurando mayor participación y dirección por parte de Gabriel.

Al final de cada etapa del plan psicoterapéutico se plantea la modalidad de evaluación para cada una de ellas, así como la fase de seguimiento que debe ser llevada a cabo luego de finalizadas las sesiones terapéuticas.

Al final del capítulo se incluyen las reflexiones sobre el caso que corresponden a las respuestas a las interrogantes planteadas en la propuesta del proyecto

Los recursos empleados en este capítulo son propiamente todo el material que se recopiló en los capítulos uno y dos, las referencias bibliográficas detalladas en la bibliografía y los medios necesarios para la redacción y desarrollo del capítulo.

3.5 CONCLUSIONES

Finalmente se incluyen en el trabajo las respectivas conclusiones, mismas que provienen de las apreciaciones obtenidas a lo largo de la realización de todo el proyecto. Corresponden a una valoración general, y en ciertos casos específica, de la importancia de haber llevado a cabo la propuesta del trabajo y aquello que pueda establecerse como aprendido en cada una de las etapas de realización.

Se precisa de la revisión documentada para la elaboración de las conclusiones.

CAPÍTULO 4

PROPUESTA DE ASISTENCIA TERAPÉUTICA PSICOLÓGICA PARA SER APLICADA EN EL CASO DE UN NIÑO CON SINTOMATOLOGÍA DE DEPRESIÓN INFANTIL.

4.1 RESEÑA DEL CASO GABRIEL

Gabriel es un niño de 8 años, nacido en la ciudad de Cuenca en febrero del 2002; hijo de Carla y Ángel y hermano mayor de Doménica. En el transcurso de su gestación así como en el parto existieron complicaciones; sin embargo no existió ni existe actualmente ninguna secuela de aquello. Su período neonatal y primera infancia lo vivió al cuidado de Luzmila, su abuela materna y de manera intermitente con sus padres. Su padre deja definitivamente el hogar cuando Gabriel tenía 3 años, su madre y él fueron víctimas de maltrato hasta entonces. De esta manera se establece con su madre y con su hermana, viviendo ocasionalmente con su abuela. Gabriel manifiesta abiertamente que prefiere la convivencia con su abuela que en su casa con Carla su madre. Hasta hace algunos meses en casa de Gabriel también vivía Wilson, una pareja de su madre cuya relación duro casi tres años, finalmente Wilson se fue a vivir a Guayaquil.

Durante su desarrollo no atravesó ni padeció ninguna complicación de tipo médica, psicoevolutiva o psicológica. No manifestó ningún signo psicopatológico que haya podido ser objeto de atención, ni recibió ningún tipo de tratamiento.

Sus relaciones de familia pueden ser consideradas normales, ha tenido problemas con algunos familiares pero ninguno de importancia. De igual manera desde que inició la escuela no tuvo ninguna dificultad en adaptarse a las normas impuestas por la institución y por los maestros; sociabilizó sin ningún problema con sus compañeros

desenvolviéndose con total normalidad; su rendimiento escolar siempre fue sobresaliente.

Desde hace algunos meses Gabriel ha manifestado drásticos cambios en su comportamiento y su estado de ánimo tanto en casa como en la escuela, también su rendimiento académico ha descendido notablemente. Según referencias de su madre y su maestra, Gabriel se muestra deprimido e irritable la mayor parte del tiempo llegando en ocasiones extremas a mostrarse agresivo. En la escuela pasó de ser un niño perfectamente ajustado a un niño aislado, tímido, poco sociable, que evidencia desinterés por las labores académicas, tareas, juegos e interacción con sus compañeros; la mayor parte del tiempo pasa distraído, inactivo, parece que no tuviera energía o que preferiría no asistir a la escuela. Discute con frecuencia con algunos compañeros, situación que antes no ocurría.

En la casa el comportamiento de Gabriel no difiere mucho del de la escuela, aunque en este caso se suman comportamiento rebelde, irritabilidad, alteraciones en el sueño y la alimentación, además del estado de ánimo deprimido, aislamiento y escasa comunicación. Al parecer la sintomatología tiene su origen aproximadamente 6 meses atrás.

Gabriel refiere sentirse sin ánimos para jugar, a veces quisiera no ir a la escuela y reconoce su aislamiento alegando que prefiere pasar solo. No puede precisar que le ocurre, sin embargo, reconoce sus cambios de comportamiento y su bajo rendimiento académico debido a su desinterés principalmente, el cual es evidente en casi todas las actividades.

A Gabriel le fueron administradas de algunas pruebas psicológicas con el objetivo de profundizar su caso. Las pruebas aplicadas fueron el test de Sacks, CAT, CDI, test de la familia; por su parte la maestra y la madre de Gabriel respondieron el cuestionario ECI.

Entre los resultados obtenidos destacan una alteración en los sentimientos, percepción y vinculación hacia la figura paterna, alteración de la imagen familiar, alteraciones y conflictos en las relaciones heterosexuales y conflictos hacia los padres. Temor y ansiedad ante la agresión. En los cuestionarios suministrados tanto a Gabriel como a su madre y a su maestra las respuestas sugieren la presencia de un trastorno del estado de ánimo de tipo depresivo.

Diagnóstico:

En base al análisis del caso, sintomatología y periodo de tiempo de los síntomas, se pudo determinar que Gabriel cumple con los criterios diagnósticos del episodio depresivo mayor, de intensidad leve.

4.2 PLANTEAMIENTO DE LA PROPUESTA TERAPÉUTICA

La psicoterapia enfocada en el niño siempre tendrá un alto grado de particularidad en relación a la psicoterapia común. Es necesario comprender y tener en cuenta todo el tiempo al paciente en cuestión; su capacidad de comprensión y abstracción, la lógica de su mundo, sus intereses, interpretación que asigna a los hechos, contextos en los que se desenvuelve son, entre otros, aspectos a considerar que difieren sustancialmente con los de los adultos y que no pueden ser vistos nunca como inferiores.

Un punto fundamental a tener en cuenta es la posición del niño frente al problema. Por lo general al llegar a psicoterapia el nivel de conciencia de la “enfermedad” que el niño posee es completamente diferente al usualmente visto en el adulto. Con frecuencia

el niño no está al tanto de su enfermedad, se siente confundido respecto a lo que le ocurre, sus sentimientos y emociones están sumamente inestables, puede percibir algo extraño en él sin embargo casi nunca llega solo o voluntariamente en busca de ayuda, generalmente son los padres, maestros u otros allegados quienes solicitan ayuda y asistencia. Por estas razones ocurre que el interés del niño en el proceso terapéutico será mínimo; así que es deber del terapeuta motivarlo para que participe activamente en su recuperación

La ausencia casi total de expectativas respecto a la psicoterapia y la escasa o nula motivación del niño no necesariamente representan una desventaja o aspecto negativo. Durante el proceso de motivación que el terapeuta obligadamente debe realizar se fortalecerá la confianza terapéutica, una de las claves del éxito del proceso; además podrán ser demostradas al paciente las facultades empáticas, tolerantes y de aceptación que el terapeuta posee, generando en el niño el sentimiento de bienestar y distensión necesario para que colabore con cada una de las actividades.

Es igualmente importante que el niño perciba al terapeuta como una persona que bajo ninguna circunstancia juzgará o castigará sus sentimientos y que por el contrario siempre lo verá como una persona normal y no como un niño conflictivo. El terapeuta debe poner énfasis en proyectar la confianza y seguridad para que el niño acuda a él en cualquier momento y dejar en claro que sus encuentros no se deben a ningún tipo de castigo por ser un niño diferente o inferior a los demás.

Ya en el caso de Gabriel, el primer paso luego de terminado el proceso evaluativo y diagnóstico detallado en la presentación del caso, será especificar los objetivos terapéuticos.

¿Qué exactamente buscamos con el proceso terapéutico para Gabriel? La respuesta a la pregunta será la clave para conseguir su bienestar psicológico, para lo cual es necesario un profundo conocimiento todos los aspectos. Al determinar qué es lo que podría mejorar la situación de Gabriel es necesario establecer precisamente el campo de acción terapéutica; es decir, de todos los aspectos de la vida de Gabriel que podrían proporcionarle bienestar, cuales son aquellos en los podremos influir de manera directa e indirecta y cuales están ajenos a nuestra acción.

¿Qué puede ayudar a Gabriel? En base a la información recopilada en las entrevistas con él, su madre, su maestra y las pruebas aplicadas podemos establecer algunos aspectos:

Factores externos que promueven el conflicto: Existe inestabilidad laboral y emocional de la madre de Gabriel. La situación económica familiar de Gabriel es precaria, en los hechos Gabriel no se establece definitivamente en su casa.

Sentimientos, emociones, tensión interna que favorecen y mantienen el conflicto: Ansiedad, ambivalencia, confusión hacia las figuras parentales y la familia, desinterés y displacer en las actividades, ansiedad y confusión ante las relaciones interpersonales.

Patrones y síntomas conductuales del conflicto: Comportamiento rebelde, irritable y en ocasiones agresivo en la casa y la escuela. Falta de atención en clase. Aislamiento social

Conflictos a nivel familiar: Relación tensa con su madre. Ausencia e inestabilidad de la figura paterna. Ningún contacto con su padre.

Aspectos cognitivos apreciados: Visión negativa del mundo y del futuro, rasgos que sugieren abstracción selectiva y pensamiento dicotómico

Los factores externos citados, así como los conflictos a nivel familiar, salvo la relación tensa con la madre, muy difícilmente podrán ser directamente influenciados debido a que corresponden a situaciones cuyo curso y evolución son ajenos al proceso terapéutico con Gabriel.

Beck señala en su tratado sobre la depresión que al momento de plantearse metas es de gran ayuda, además de importante, identificar los síntomas para clasificarlos y plantearlos como problema resoluble y así establecerlos como objetivo terapéuticos (Beck, Rush, Shaw, Emery, 1955). En el caso de Gabriel, la mayoría de los síntomas que experimenta, incluyen ampliamente su conflicto. Tomando en cuenta la clasificación de los síntomas empleada por Beck se podría considerar lo siguiente:

Síntomas afectivos: *Tristeza*, no precisamente caracteriza el caso de Gabriel sin embargo está presente dentro del cuadro manifestado por él. *Vergüenza*, es común en la depresión, sobre todo de los aspectos socialmente indeseables, más de una vez Gabriel evidencio este sentimiento respecto a no tener padre. *Cólera*, que alterna y contrasta con los sentimientos de tristeza, en Gabriel se evidencian más sentimientos de cólera que de tristeza. *Ansiedad*, generalmente se hace presente en Gabriel al sentirse abrumado por su emociones y al verse incapaz de manejarlas, se ha identificado que la situación de la figura paterna negativa cambiante e inestable genera en él mayores niveles de ansiedad.

Síntomas motivacionales: Pérdida de la motivación / incremento de la evitación, posiblemente el síntoma que más contrasta en Gabriel en relación con su desenvolvimiento previo.

Síntomas cognitivos: *Indecisión*, misma que ha comprometido sobre todo su rendimiento escolar, sin dejar de lado como ha afectado sus relaciones interpersonales. *Pensamiento dicotómico*, sobre todo apreciado en como Gabriel percibe a las personas significativas a su alrededor. *Problemas de memoria y dificultad para concentrarse*, en Gabriel existe un claro predominio de la dificultad para concentrarse volviéndolo deficiente al momento de atender y cumplir sus obligaciones académicas.

Síntomas conductuales: *Pasividad, evitación e inercia*, al parecer este constituye uno de los principales síntomas a tratar para lograr el éxito del proceso terapéutico. *Problemas de habilidades sociales*, que según la referencia del mismo Gabriel dificulta las relaciones con sus compañeros y lo desmotiva en la escuela.

Síntomas físicos: *Alteraciones del sueño y alimentación*, si bien es cierto aun no se han visto marcados efectos de estos síntomas, sin embargo, podrían requerir la intervención de un especialista.

Cada uno de los síntomas podría constituir un objetivo a tratar dentro de la propuesta psicoterapéutica. Técnicas cognitivas y conductuales pueden ser empleadas, o más bien, adaptadas al caso de Gabriel.

4.3 PLAN DE ACCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.

Beck propone para el tratamiento de la depresión 15 sesiones, mismas que se llevarán a cabo durante 12 semanas y cuya frecuencia varía a lo largo del transcurso de la psicoterapia. Para el caso de Gabriel, donde nos encontramos frente a un cuadro de depresión infantil donde gran parte de la sintomatología esta directamente influenciada por aspectos externos ajenos al influjo del proceso psicoterapéutico, y que además existen síntomas que comprometen alimentación y sueño, la propuesta psicoterapéutica será de 20 sesiones de 40 minutos a ser llevadas a cabo durante 16/17 semanas; de esta

manera el periodo terapéutico que corresponde a la introducción y adaptación del paciente al ambiente y metodología empleada podrá ser más extenso, así mismo podrá ser más fácilmente evaluada cada fase de la psicoterapia.

La propuesta de psicoterapia será planificada y llevada a cabo básicamente en tres partes.

Primera Parte

Objetivos y estructura de las sesiones

En Gabriel se contrasta el ánimo deprimido con la irritabilidad, muestra pérdida del interés y además se han empezado a manifestar problemas de alimentación y el sueño.

Con el afán de promover el sólido establecimiento de rapport terapéutico, trabajar en el aspecto de motivación, fundamental para el proceso, y básicamente los síntomas afectivos de tristeza y ansiedad esta primera parte del plan psicoterapéutico incluye 6 sesiones que se desarrollaran durante las primeras tres semanas de tratamiento llevándose a cabo 2 sesiones semanales.

Las sesiones en esta primera parte del plan psicoterapéutico serán desarrolladas bajo la siguiente planificación:

- Primero se trabajarán actividades y ejercicios de relajación
- Segundo se realizará una actividad lúdica
- Actividades encaminadas a trabajo en autoestima

Las actividades a realizarse en estas primeras 6 sesiones involucran también el diálogo con Gabriel acerca de sus expectativas sobre la terapia, explicación de las generalidades de la misma y al final investigar reacciones frente la sesión y las razones de los sentimientos y emociones experimentadas en ella; determinar si existe algún

elemento o problema urgente; sobre todo es importante determinar si se sintió mejor, igual o peor al final de la sesión.

Explicación de técnicas a emplearse

Relajación

La sesión iniciará con el empleo de técnicas de relajación pues está considerada una herramienta conductual de mucha utilidad para contrarrestar ansiedad y emociones como la ira y cólera. La relajación también brindará la oportunidad de que Gabriel se sienta menos tenso, sobre todo en las primeras sesiones. Un punto importante a considerar es que actualmente Gabriel tendría dificultades con el sueño; el entrenamiento en esta actividad de relajación puede posteriormente ser ampliada para facilitar y normalizar el ciclo de sueño y descanso.

La técnica de relajación progresiva sería óptima y efectiva en el caso de Gabriel. Ir relajando grupos musculares de forma paulatina y progresiva es muy recomendable, además de alternar relajación con tensión muscular, lo que será de mucha ayuda para los niños ya que muchas veces se les dificulta permanecer quietos. Es importante tener en cuenta que el tiempo empleado para la relajación con niños no debe extenderse demasiado, la voz del terapeuta tendrá un tono suave y cálido y a su vez que el ritmo debe ser más lento que el habitual.

Con el objetivo de hacer el ejercicio de relajación más interesante para el niño se puede emplear la técnica en la que el paciente imagina que tiene delante 10 velas las cuales va apagando con sus exhalaciones; así la comprensión del control del ritmo de respiración durante el ejercicio será sencilla. El empleo de música que promueva la relajación puede ser también de gran utilidad. (Técnica de relajación obtenida de West Jane, *Terapia de juego centrada en el niño*)

Actividades lúdicas

A continuación de la relajación las actividades lúdicas que se llevara a cabo incluyen elementos de la terapia de juego como son el relacionarse a través de juguetes o actividades, relacionarse a través de roles o palabras y relacionarse a través de de las artes plásticas.

Dado que es obvia la mayor facilidad que encuentran algunos niños para comunicarse usando elementos intermediarios como formas de expresión o identificación, en el caso de Gabriel las actividades lúdicas que pueden emplearse para relacionarse por medio de juguetes o actividades incluyen:

Juguetes de construcción y rompecabezas, pues construir y destruir estructuras muchas veces es una expresión de sentimientos acerca de la integración. Los juegos con armas, pues se ha observado que en el caso de los niños suelen emplear las armas para defender las partes atemorizadas e indefensas de la personalidad y además atacar amenazas externas, a veces sirve para librarse de lo viejo y dar paso a lo nuevo, es un buen indicador de agresividad, que no necesariamente es mala. Además juegos “clásicos” como juego con la pelota, carreras, etc.

Relacionarse a través de roles o palabras se puede conseguir con actividades como los juegos con títeres ya que constituyen una muy buena fuente de juego simbólico y auxiliar cuando un niño encuentra difícil comunicar abiertamente algún aspecto de su vida. Las actividades de regresión terapéutica donde se le permite al niño actuar como un bebe son una gran fuente de ayuda pues otorga al niño la posibilidad de volver a sentir la seguridad que en algún periodo sintió, o experimentar una fase del desarrollo que no se manejó bien.

Relacionarse a través de artes plásticas es una de los más grandes métodos de autoexpresión, la realización de diferentes pinturas y dibujos pueden ser tomadas como actividades netamente lúdicas a su vez que pueden proporcionar material indudablemente proyectivo. Las variables que con Gabriel pueden emplearse son dibujos con crayones, pintura de dedos, plastilina, arcilla, juego con arena y agua. (Actividades lúdicas obtenidas de West Jane, *Terapia de juego centrada en el niño*)

Trabajo en autoestima

Posterior a las actividades lúdicas se llevaran a cabo ejercicios encaminados al trabajo en autoestima, mismos que están planteados en base a categorías.

La primera actividad está enfocada en el “*sentido de la propia identidad*”; lleva por nombre ¿Cómo soy yo? Pretende llegar a una concientización y aceptación integral de nuestras virtudes y defectos, trabajar y cambiar lo que podamos y aceptar aquello que no podemos cambiar. Consiste en responder, con ayuda y mediante el dialogo con el terapeuta, las siguientes preguntas:

¿Cuáles son mis mejores cualidades?

¿Qué cosas no me gustan de mí?

¿Puedo cambiarlas? Si – No ¿Por qué?

¿Cómo reacciono ante las cosas que no me gustan?

Me da rabia / siento vergüenza / me resigno y me aguanto / lo acepto y lucho por cambiar

¿Cómo me describo mejor? ¿Qué es lo más importante de mí?

Finalmente se obtienen conjuntamente conclusiones sobre el ejercicio. El mensaje es “si algún defecto se puede corregir, hay que intentarlo. Si son defectos que no se pueden evitar, trato de animarme y llevarlo con buen humor, sin vergüenza ni amargura. No pierdas nunca la ilusión por ti mismo”

La siguiente actividad está enfocada en la “*seguridad y pertenencia*”, lleva por nombre “La Familia de Yanira”. Una foto o un dibujo de una familia con una niña se exhibe como la familia de Yanira, el terapeuta comenta que la familia de Yanira es una familia feliz y que le gusta salir a pasear, se citan algunas características similares, en este caso con la familia de Gabriel, pero no debe ser una familia exactamente igual. A continuación se trabajan las siguientes preguntas:

¿Qué personas forman tu familia?

¿Cuáles son las personas más importantes para ti?

¿Cuáles son las tres cosas que más te gustan de tu familia?

¿Qué es lo que más te gusta hacer cuando está toda tu familia reunida?

Cuenta alguna historia bonita que haya pasado en tu casa

¿Estás contento con la familia que tienes? Mucho / bastante / regular / poco / muy poco

¿Sientes vergüenza de alguien o por algo que sucede en tu familia? Si – No ¿Podrías contarlo?

Finalmente se obtienen conjuntamente conclusiones sobre el ejercicio. El mensaje es “eres tan importante para tu familia como ella lo es para ti. No lo dudes. Tu familia depende de ti”

La siguiente actividad está enfocada en “*autonomía y responsabilidad*”, se llama “las notas”. El terapeuta relata la hipotética historia de un personaje ficticio llamado Jaime. Este personaje está triste y preocupado porque su maestra ha entregado sus calificaciones donde su rendimiento ha sido bastante bajo, situación que se ha venido repitiendo desde hace algún tiempo. Jaime se esfuerza pero no consigue mejorar del todo, a pesar de esto ni sus padres ni maestros están descontentos con él pues saben que Jaime es cumplidor y responsable. Jaime está preocupado cada día más. A continuación se trabajan las siguientes preguntas.

¿Tienen razones para preocuparse de Jaime? Si – No ¿Por qué?

¿Qué opinas de la actitud de los padres y maestros?

¿Qué valoran más los maestros de sus alumnos? Ordena según la importancia.

Que saquen buenas notas / que sean simpáticos y graciosos / que ayuden y se interesen por los demás / que sean buenas personas / que sean trabajadores y responsables con sus deberes / que sean inteligentes / que sean obedientes

¿Qué tres cosas te gustaría que valoraran de ti tus padres y maestros?

Finalmente se obtienen conjuntamente conclusiones sobre el ejercicio. Se debe enfatizar el valor del esfuerzo y la importancia de la responsabilidad ante las obligaciones.

La siguiente actividad pretende trabajar el aspecto de “*lenguaje autodirigido, autocontrol y atribución causal*”, el ejercicio lleva por nombre “pensar muchas cosas buenas”; el terapeuta relata la historia de Paúl, un personaje ficticio que siempre está alegre. Suele estar tranquilo y sereno incluso cuando tiene que hacer algo trabajoso o surge algún contratiempo. Su amigo Andrés no lo entiende pues a él le preocupan muchas cosas como las tareas, arreglar el cuarto, conseguir que le compren lo que

desea, estar en la calle todo el tiempo, las peleas de su casa, etc. Un día Andrés pregunto a Paúl ¿Cómo consigues estar siempre contento? “Es fácil” le dijo ”yo pienso mucho en las cosas buenas que me pasan cada día; por ejemplo cuando consigo resolver un ejercicio en clase, cuando recojo rápidamente mi cuarto y me queda más tiempo para jugar, cuando me quiere mi mama y cosas así; en lo desagradable solo pienso si veo que puedo encontrar una solución. Haz la prueba. Piensa en las cosas buenas que te pasan cada día y estarás contento”. A continuación se trabajan conjuntamente las siguientes preguntas:

¿Te parece buena la técnica de Paúl? Si – No ¿Por qué?

¿Te fijas más en las cosas buenas que te pasan o en las malas?

¿Pierdes fácilmente la calma y el buen humor cuando surgen problemas?

Muchas veces / bastantes veces / regular / pocas veces / casi nunca

Hay personas como Andrés que parecen siempre estar de mal humor y otras como Paúl que siempre están contentos ¿A quién te pareces más?

Finalmente se obtienen conjuntamente conclusiones sobre el ejercicio. El mensaje es “cuando sientas tristeza o disgusto por algo que has hecho o te ha pasado, acuérdate de las cosas buenas”.

La siguiente actividad pretende trabajar el aspecto de “*competencia y solución de problemas*”, el ejercicio lleva por nombre “las cosas importantes”; el terapeuta relata una historia ficticia donde Rebeca celebró el sábado pasado su cumpleaños, invitó a todos en clase y todos asistieron menos Laura, una niña buena y responsable pero algo callada y aislada. Cuando Rebeca iba para el colegio se encontró a Laura y le contó lo bien que todos habían pasado y le pregunto por qué no fue. Laura se avergonzó y dio

una serie de pretextos no muy convincentes. Cuando Rebeca volvió a casa y comentó con su madre lo de Laura ella respondió que la familia de Laura tenía problemas de dinero desde hace algún tiempo y que quizá Laura no fue al cumpleaños porque no podía llevar ningún regalo ni vestir bien como los demás, razón por la cual debió sentir vergüenza y por eso se aparta del resto de compañeros. Rebeca se quedó muy pensativa al respecto. Luego se trabajan conjuntamente las siguientes preguntas:

¿Hay razón para que Laura se sienta avergonzada? Si – No ¿Por qué?

¿Qué debería hacer? Explicará los demás lo que le pasa para que le comprendan / hacer todo lo que hacen los demás para que no se enteren lo que pasa / esperar hasta que todo se solucione / aceptar la situación familiar y actuar sin ningún tipo de vergüenza.

Algunos le dan demasiada importancia a las apariencias y a lo que puedan decir los demás. ¿Qué cosas y cualidades de los demás son importantes para ti?

Finalmente se obtienen conjuntamente conclusiones sobre el ejercicio. El mensaje es “hay cosas que son importantes y otras que no lo son, hay que aprender a descubrir las importantes”. En el caso de Gabriel se podría re plantear la historia sustituyendo la fiesta de cumpleaños por una celebración del día del padre y el secreto de Laura por la ausencia del padre; así se puede observar la reacción y lo que piensa al respecto, ya que, en ese caso la situación hipotética sería muy parecida a circunstancias de la vida de Gabriel.

La última actividad de trabajo en autoestima planteada para esta primera parte del plan de psicoterapia corresponde nuevamente al trabajo en el área de “*sentido de la propia identidad*” llamada “el cine”. Primeramente el terapeuta y en este caso Gabriel deberán ambientar el lugar de la sesión como un cine. Luego el terapeuta propone emplear ampliamente la imaginación para suponer que están en una sala de cine y que

ese día han ido para ver dos películas en las que Gabriel es el protagonista. Se da la orden de cerrar los ojos e imaginar que adelante esta una pantalla de cine en la que se proyecta algo de su vida. Entonces se trabaja los siguientes planteamientos:

1ra película: “proyecta en la pantalla el mayor éxito de tu vida, algo que te gusta recordar siempre porque fue muy importante para ti” ¿De qué trata la película?

2da película: “Hay películas que no nos gusta ver porque son de miedo, aburridas, desagradables o porque odiamos el tema que tratan. En la pantalla se proyectara algo en lo que no nos atrevemos a pensar, que no nos gusta o que nos desagrada recordar” cuenta lo que ha pasado por la pantalla.

Finalmente se obtienen conjuntamente conclusiones sobre el ejercicio, se comenta acerca de los temas sobre los cuales se han basado las dos películas imaginarias y sobre las reacciones y sentimientos sobre las mismas. (Actividades para trabajo en autoestima obtenidas de Machargo Salvador Julio, *Programa de actividades para el desarrollo de la Autoestima*)

Se debe señalar que en esta parte de la terapia las tareas para la casa pueden iniciar desde la segunda o tercera sesión, mismas que consisten en aplicar lo que recuerde del ejercicio de relajación al momento de acostarse a dormir, sobre todo cuando tenga problemas para conciliar el sueño. Un reporte de cómo lo trabajado en la sesión lo ha ayudado durante el transcurso de los días. La variedad y creatividad sugerida para el reporte podría incrementar la capacidad de disfrutar algunas actividades que se veía incapaz de disfrutar.

Una vez concluida la primera parte del plan psicoterapéutico que corresponde a las seis primeras sesiones se puede realizar una valoración en base a entrevistas con la

madre y maestra respecto a sus percepciones sobre la evolución de Gabriel a lo largo y al final de esta etapa. Cualquier aspecto del que se hayan percatado es importante.

Además directamente con Gabriel es importante especificar cómo se siente respecto a las sesiones, comparar su nivel de motivación con el que tenía la inicio del proceso psicoterapéutico. En este punto de la terapia es fundamental verificar el estado de sintomatología conductual y física que Gabriel manifestaba. En el caso de los síntomas físicos se debe revisar el progreso de las alteraciones respecto a la alimentación y el sueño, ya que, si no ha sido evidente alguna mejoría se puede recomendar a la madre la visita de Gabriel a un médico especialista.

Segunda Parte

Objetivos y estructura de las sesiones

La segunda parte del plan psicoterapéutico abarca las siguientes diez sesiones a ser llevadas a cabo durante diez semanas con una frecuencia de una sesión semanal.

Esta parte de la psicoterapia se centrará en abordar el aspecto cognitivo de la sintomatología que Gabriel ha venido manifestando. La vergüenza respecto a su carencia paterna, su falta de motivación y sobre todo las características de su pensamiento, indecisión, pensamiento dicotómico y dificultades de concentración.

Para este momento Gabriel, con su experiencia en la primera etapa terapéutica, debe mostrarse más conectado y consciente de su situación y sus características, pudiendo abordar los conflictos de manera más racional. Como Beck lo establece en su propuesta terapéutica para el tratamiento de la depresión, existen modalidades y métodos en los cuales los síntomas más evidentes y perjudiciales pueden ser establecidos como objetivos terapéuticos. Además las sesiones en esta etapa del proceso siguen una línea

en su estructura, básicamente están planificadas para enfocarse en la modificación de los aspectos del pensamiento y esquemas mentales que contribuyen al mantenimiento de estado depresivo.

La estructura que en esta etapa de la psicoterapia tendrán las sesiones será la siguiente:

- Los primeros minutos de la sesión (5 aproximadamente) se los empleará en crear un ambiente distendido en relación al entorno y prepara el enfoque necesario para las actividades que vendrán a continuación. Se revisaran las opiniones, consideraciones y efectos de la sesión anterior y hablar a muy breves rasgos de lo que representara la sesión del día.
- A continuación puede realizarse un ejercicio o actividad breve relacionada con relajación, sin completar todo el ejercicio que se llevaba a cabo en las primeras sesiones, más bien como un resumen de lo que antes se realizaba, algo que a su vez para Gabriel represente que está entrenado y es capaz de manejar y controlar las tensiones al inicio de la sesión.
- Esta parte de la sesión se enfocará en los aspectos cognitivos de la situación de Gabriel. Inicialmente pueden abordarse las características sintomáticas y luego las características del pensamiento. Un solo aspecto o síntoma puede ser trabajado en este espacio de las sesiones, pudiendo tomar más de una sesión según lo requiera.
- Finalmente el cierre de la sesión incluye una exposición conjunta, paciente terapeuta, de lo abordado en ese día, los sentimientos y emociones experimentadas en las diferentes actividades realizadas, recordar las tareas enviadas, si es que las hay.

Para las actividades en la tercera parte de las sesiones de esta segunda etapa del proceso terapéutico se recomienda iniciar con el abordaje de la manifestación sintomática.

Actividades para trabajar aspectos cognitivos

Trabajo sobre características sintomáticas y del pensamiento

- Falta de motivación, evitación, indecisión, displacer

Como Beck lo señala, la pérdida de la motivación suele ir acompañada de una marcada tendencia de evitar actividades e incapacidad para disfrutar de ellas. De igual manera la indecisión también caracteriza a los pacientes deprimidos, ya que consideran que las circunstancias externas son las responsables de su depresión, así que si se aleja de ellas estará mejor.

Un buen comienzo en esta parte de la terapia puede ser la planificación de actividades. Durante dos sesiones conjuntamente con Gabriel elaborar un horario en las que estén incluidas las actividades que debe realizar diariamente, será importante incluir aquellas que tiende a evitar o que haya dejado de disfrutar. Una buena técnica motivacional para incitar a realizar actividades que generalmente el paciente evita es animarlo a realizarlas, en primera instancia, como un “experimento”, así en la terapia se puede analizar el resultado obtenido, siendo una gran oportunidad para confrontar posibles indicios de pensamientos automáticos.

La realización del horario y plan de control de actividades puede ser llevada a cabo incluyendo dibujos o colores para identificar las diferentes actividades, además se incluirá la planificación de actividades agradables, es decir, aquellas que serian llevadas a cabo a manera de premio o como reconocimiento, pudiendo integrarse un elemento conductual de recompensa, para lo cual se debe investigar conjuntamente que

actividades disfruta, siempre teniendo en cuenta que el niño deprimido no disfrutara de estas actividades agradables tanto como antes. Una buena opción es preguntar ¿Cómo te divertirías antes de estar deprimido? Las diferentes actividades que se registren y planifiquen deben necesariamente incluir, además de las obligaciones y tareas, jugar por las tarde, ver algún programa de televisión y otras actividades por las que se ha perdido el placer.

Las tareas para la casa en esta actividad incluyen el registro de lo acontecido por el empleo y cumplimiento de la programación de actividades, además de la inclusión de actividades que recuerde o que se le ocurran. Un buen incentivo para llevar a cabo esta actividad podría ser el reconocimiento mediante la entrega de sellos por la participación y cumplimiento, los cuales serán acumulables. El control y registro de actividades se llevara a cabo desde este punto hasta el final de la terapia. (Actividades para trabajo en motivación, evitación, indecisión y displacer obtenidas de Beck Aaron T y otros, *Terapia Cognitiva de la Depresión* y Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

Sentimiento de Vergüenza

Continuando con los síntomas como objetivos de trabajo, en esta ocasión se aborda la vergüenza que experimenta Gabriel al confrontar su realidad de ser un “niño sin padre”. Esta situación frecuentemente le ocasiona conflictos a nivel social e intrapersonal. En los casos de depresión se debe diferenciar los sentimientos de vergüenza con los de culpa, generalmente aquello que ocasiona vergüenza social el sujeto podría desencadenar sentimiento de culpa y en el caso de Gabriel existen indicios de que siente parcial responsabilidad de su situación parental, aunque cabe aclarar que el nivel de severidad de esta situación no es grande ni riesgoso.

Dentro de la sesión terapéutica se pueden trabajar los sentimientos de vergüenza a manera de confrontación. Es muy difícil que el sujeto admita espontáneamente su vergüenza, y en el caso de Gabriel no es la excepción, el terapeuta explica que la vergüenza casi siempre es creada por uno mismo. Un claro ejemplo, y muy instructivo, es plantear la siguiente instrucción: “piensa en algo de lo que antes te daba vergüenza y ahora no”, de esta manera podrá evidenciarse, aunque sea muy levemente, la característica autoimpuesta de la vergüenza. Otra pregunta que evidencia claramente este aspecto es ¿existen cosas de las que te avergüenzas y otras personas no?

Trabajada esta fase confrontativa en la que el sentimiento de vergüenza se pone en evidencia como una percepción personal, se refuerza el aprendizaje con una técnica para manejar la vergüenza, en este caso admitir de manera abierta aquello que genera el sentimiento desagradable. De ahora en adelante cuando Gabriel se enfrenta a las situaciones que hacen brotar en él este sentimiento debe recordar reconocer que está sintiendo vergüenza. Este ejercicio debe integrarse al calendario y registro de actividades, dentro de lo registrado a diario se debe incluir aquellos instantes en los que la vergüenza experimentada por no tener padre aparece, a manera de tarea para la casa se debe detallar como lo hizo sentir, como se comportó y las consecuencias. Lo registrado respecto a este sentimiento será revisado en todas las sesiones que sean necesarias, poniendo el terapeuta en evidencia la tendencia en la que la vergüenza disminuye mientras más se la confronta. (Actividades para trabajo en sentimientos de vergüenza obtenidas de Beck Aaron T y otros, *Terapia Cognitiva de la Depresión*)

- **Sentimientos de cólera, irritabilidad e ira.**

Las sesiones en esta parte de la terapia también estarán dirigidas a los sentimientos de cólera, irritabilidad e ira presentes en Gabriel. Si bien es cierto, la ira y cólera no son propiamente síntomas característicos de la depresión y no siempre estarán presentes, sin

embargo, como se detalló anteriormente, en los niños deprimidos es muy común y Gabriel no es la excepción. Los sentimientos de ira y cólera de la persona depresiva pueden aparecer al principio de la enfermedad y ser sumamente persistentes, o curiosamente pueden aparecer cuando el paciente comienza a experimentar mejorías, en cuyo caso su periodo suele ser corto.

La ira es un sentimiento que está sumamente ligado a la intolerancia y al parecer este es el caso de Gabriel. La situación inestable de una figura paterna presente en casa y su relación con su madre generan en él profunda molestia, en más de una ocasión ha manifestado estar triste y a la vez molesto con Wilson, la anterior pareja de su madre, por haberse marchado; y por su parte los conflictos con su madre han sido constantes.

En este punto del plan terapéutico, para Gabriel será en gran parte evidente que es capaz de tener influencia y control en varios aspectos de su vida que en él generaban sentimientos negativos, situación que facilitara la comprensión de que la ira y cólera en él presentes también pueden ser manejados. La corta edad de Gabriel obliga a que no se espere comprensión, aceptación y control total así como una completa racionalización de los aspectos cognitivos trabajados, pero el entendimiento acerca del origen y hacia donde van dirigidos sus sentimientos será un enorme progreso en su condición.

Con el avance conseguido con Gabriel, para el trabajo de la ira y cólera serán de gran ayuda las técnicas de relajación, pero además llevar a cabo un ejercicio de “silla vacía” o “role playing” puede representar una creativa e interesante forma de si bien no redireccionar correcta y completamente estos sentimientos de Gabriel por lo menos poner en evidencia aquello que verdaderamente representan. En este caso los personajes que participaran pueden ser la madre de Gabriel, Wilson y/o algunos de sus compañeros contra quienes se ha mostrado agresivo.

La creatividad con la que se lleve a cabo el ejercicio motivara la participación de Gabriel, disfraces y decoración del lugar y opcionalmente la filmación de la actividad son variables alternativas. Este ejercicio debe ser complementado con el respectivo cierre dentro de la sesión con todos aquellos sentimientos y pensamientos que envolvieron el transcurso de la actividad. (Actividades para trabajo en sentimientos de cólera e ira obtenidas de Beck Aaron T y otros, *Terapia Cognitiva de la Depresión* y Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

- **Características del pensamiento, atribución.**

En el transcurso de la sesiones de esta instancia de la terapia es importante abordar el proceso de atribución que Gabriel realiza para comprender su situación. Se debe buscar el establecimiento de una idea correcta de la responsabilidad que tiene cada uno de los factores (personas y situaciones) que conforman su entorno.

Si bien el principal problema de Gabriel en este aspecto no es precisamente el responsabilizarse o responsabilizar erróneamente a determinados factores culpándolos de su situación, existen aspectos que no ve o no considera influyentes. Por ejemplo, para Gabriel la principal responsabilidad de que no tenga padre es de su madre básicamente, luego en determinados momentos ha dejado entrever que también se siente en parte responsable de esta situación; la ansiedad, vergüenza y cólera que en él se genera puede nublar la posibilidad de ampliar su análisis y comprensión de todas los aspectos de la situación; es verdad que Gabriel es un niño de 8 años únicamente, y el juicio correcto frente a esta situación se vuelve difícil inclusive para un adulto; sin embargo, se ha visto que aparte de que conoce otros aspectos como el alcoholismo y maltrato por parte de su padre, comprende perfectamente la gravedad y consecuencias de estos factores, sin embargo le es difícil incluirlos en el juicio que realiza para considerar la situación.

Una técnica de análisis racional perfectamente comprensible y aplicable en niños es la reatribución. Una vez más, lo que se buscaría con Gabriel sería ampliar su perspectiva de los elementos que conforman su situación. El Pastel de Responsabilidad (o Pizza de la Responsabilidad) es una técnica en donde inicialmente Gabriel recibe ayuda para realizar una lista con todos los factores que influyen para determinar una situación que le preocupa. Empleando pinturas, tijeras, cartulinas y demás materiales necesarios se elabora un pastel dividido en varias (8 recomendablemente) porciones de igual tamaño y características. El ejercicio consiste en que Gabriel asigne a cada factor influyente de la situación las porciones de responsabilidad que considera reales. En un análisis conjunto con el terapeuta se pondrá en evidencia la existencia de más aspectos que deben ser considerados y como estos ejercen influencia en lo que a Gabriel le preocupa.

Es importante no solo que Gabriel vea como se incrementa la responsabilidad de estos aspectos en su situación, sino que a su vez se percate de como disminuye la carga de responsabilidad en aquellos aspectos que él consideraba como únicos y exclusivos para determinar sus conflictos. Aparte de re analizar y re atribuir el nivel de responsabilidad que tienen todo aquello que está en el entorno de sus conflictos, el terapeuta debe procurar la concientización de que una situación puede tener varias facetas que debe ser vistas y tomadas en cuenta.

Este ejercicio puede ser de gran utilidad para Gabriel al enfocar el tema de su relación con su madre, la decisión de Wilson de marcharse, y otros aspectos que se ya en la terapia determinen. Este ejercicio puede ser de gran ayuda en el tratamiento de rasgos absolutistas o pensamiento dicotómico que Gabriel suele manifestar. (Actividades para trabajo en atribución obtenidas de Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

- **Automonitorización y reconocimiento de pensamientos.**

Una de las sesiones en esta etapa del plan psicoterapéutico debe estar dirigida a una nueva revisión conjunta, terapeuta – Gabriel, de las respuestas referidas en el cuestionario CDI. Esta es una técnica de automonitorización en la que se promueve la identificación de pensamientos que muchas veces a las personas deprimidas les cuesta aceptar, situación que se ve reforzada por el pesimismo de que “nada va a mejorar”.

En este caso se toma en cuenta las respuestas proporcionadas en el CDI (*Children Depression Inventory*) pues corresponden a pensamientos, sentimientos e información que el niño admite, debido a que está a su alcance y a su vez es consciente de ella. La información recopilada de las otras pruebas no es precisamente manifiesta ni completamente consiente, no se puede prever la reacción del sujeto al serle revelada.

En el caso de Gabriel sería de gran ayuda el análisis y confrontación de los sentimientos y emociones que reconoció y con los que identifico al contestar el cuestionario, en este caso lo ratificado por Gabriel refiere sentimientos de tristeza, sentimientos de inseguridad y ansiedad ante el futuro, falta de motivación, indecisión, problemas en la alimentación y el sueño, sentimientos de soledad, aislamiento.

Encontrar cambios en el trabajo con las respuestas entre lo que Gabriel refirió al serle aplicado el cuestionario y lo que en ese momento de la terapia considera es además un indicador de la evolución del plan terapéutico. (Actividades para trabajo en automonitorización obtenidas de Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

- **Resolución de conflictos.**

A medida que se logran avances en la terapia con Gabriel se puede poner en evidencia como va cambiando el enfoque de las sesiones, de los síntomas a técnicas útiles para cuando sean necesarias. La resolución de conflictos es un importante

componente de la terapia cognitiva, a la vez que es aplicable también en niños. En el caso de los niños deprimidos existe la dificultad de toparse con el ánimo deprimido y la dificultad o escasa voluntad para tomar decisiones hasta el punto de considerarse una tarea casi imposible.

El ejercicio de resolución de problemas consta de cinco pasos básicos. El primero es obviamente *identificar el problema*, como actividad dentro de la sesión, es importante que se trate de un problema específico, concreto, cotidiano y en lo posible sencillo para lograr que la actividad sea comprendida y aprendida fácilmente. Para Gabriel, con el objeto de simplificar, se puede enfocar el problema en las discusiones y peleas con su hermana. El segundo paso consiste en que de manera conjunta se generen varias *soluciones alternativas* para el problema, se debe procurar en todo momento ir a la par del proceso de análisis y reflexión que Gabriel realice, nunca adelantarlo. En el tercer paso se *valoran cuidadosamente las opciones planteadas*, se determinan las consecuencias a corto y a largo plazo de cada una de ellas; este paso podría resultar abstracto y se debe poner especial cuidado y paciencia recordando que lo que se espera es que Gabriel sea quien genera, valora y decide. El cuarto paso es la discusión conjunta acerca de las *opciones planteadas* y de cómo implementar la más viable. En el quinto paso se plantea una forma alternativa de *refuerzo* que podría servir de incentivo; cuando Gabriel pruebe una solución nueva podría autoadministrarse un refuerzo o recibirlo de manera externa.

Volviendo a la dificultad que representa plantear la resolución de conflictos en pacientes deprimidos; existe un planteamiento alternativo que podría facilitar la participación, de Gabriel en este caso. Consiste en distanciarlo un poco de la situación mediante el planteamiento de que asuma el papel de un héroe o un modelo de rol al momento de decidir o inclinarse por una solución ante un problema. En la resolución de

conflictos se le pregunta ¿Cómo resolvería el problema? Así se pueden generar más ideas. (Actividades para resolución de conflictos obtenidas de Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

- **Fomentar el control y dirección de su propia recuperación**

En la parte final de la segunda etapa del plan psicoterapéutico las sesiones, mismas que podrían ser las tres últimas de esta etapa, adquieren una estructura en donde el paciente se vuelve más directivo, la temática y la forma de revisión del control y registro de actividades puede estar determinada por Gabriel, inclusive se puede delegar parcialmente el establecimiento de la agenda. De esta forma plantea Beck el seguimiento de su propuesta de tratamiento de la depresión; básicamente programa que las sesiones mantengan una misma estructura y formato.

Las actividades antes planteadas para las sesiones de esta etapa pueden ser retomadas o replanteadas en estas últimas sesiones según se considere necesario. De igual manera un tema abordado puede abarcar más de una sesión terapéutica. Todos los detalles sobre las actividades realizadas y situaciones que de ellas deriven formaran parte del registro y control de actividades.

El método de valoración de esta etapa del plan psicoterapéutico es el mismo adoptado para la primera parte. En esta fase se podría considerar la re-aplicación de alguna o algunas pruebas que le fueron administradas a Gabriel en la fase de diagnóstico; de todas formas se espera que para este momento del proceso se evidencie algún progreso o mejoría.

Tercera parte.

La tercera parte del plan terapéutico se llevará a cabo en el mismo formato que la segunda etapa. La frecuencia de las sesiones continuara siendo semanal y se extenderá durante 4 semanas.

Preparación para el final de la psicoterapia.

En esta última parte del proceso se continuará tomando en cuenta el planteamiento que Beck realiza para estructurar su plan terapéutico para la depresión, según el cual el enfoque que en esta fase se centrará en preparar al paciente para la finalización de la terapia. Se debe procurar fomentar la continuidad de lo aprendido a lo largo de las actividades durante la terapia, además se debe poner cuidado en plantear la imagen de la terapia como un proceso de aprendizaje que debe continuar aún después de concluidas las sesiones. También resulta una buena estrategia identificar conjuntamente problemas y situaciones que se pueden presentar, de esta manera se los desarrolla se planifican y se practican estrategias de validación, afrontamiento y resolución.

- Habilidades sociales

Como enfoque final se adoptará el trabajo en las habilidades sociales de Gabriel, mismas que pueden resultarle de gran utilidad al encarar situaciones que generalmente no podía manejar de una forma que no sea alterando su ánimo y comportamiento habitual.

El *Role Playing* es un método muy efectivo para el trabajo con niños al momento de brindar instrucciones o evidenciar estrategias para el manejo de situaciones sociales. Para un niño deprimido muchas veces solo iniciar una conversación o hablar con desconocidos representa un verdadero desafío. El principal problema es el manejo de la

seguridad para desenvolverse, llegan a considerarse inútiles incrementando el aislamiento social que ya manifestaban, además de acentuar el ánimo deprimido.

Generalmente la mejor forma en la que se puede ayudar a un niño es reforzando su comunicación, practicar el diálogo con otros niños y con los miembros de la familia les brindará la oportunidad de expresarse emocionalmente de una forma más adecuada.

Como hacer preguntas, como mantener una conversación, asertividad, empatía, contacto ocular y expresión facial, tolerancia, como compartir intereses, solucionar conflictos, son entre otros aspectos que pueden trabajarse con el objetivo de prevenir tensiones incómodas, calmar situaciones, autocontrol.

En el caso de Gabriel, las instrucciones concretas de cómo desenvolverse a nivel social podría representar la modalidad más adecuada para él. Empleando el *Role Playing*, ya sea dramático o utilizando muñecos se pueden simular situaciones en donde conjuntamente Gabriel y el terapeuta confronten conflictos y se adopte una correcta forma de solucionarlos. Esta modalidad ofrece la oportunidad de que Gabriel pueda aprender de manera activa o mediante la observación de un modelo de rol, según el papel que represente él y el terapeuta respectivamente, a la vez que la retroalimentación que recibirá en el proceso consolidará el entendimiento de todas las instrucciones.

Desde que Gabriel comenzó a manifestar síntomas de depresión, uno de los aspectos de su vida directamente afectados ha sido sus relaciones con sus compañeros y con su madre. Representar una situación donde la interacción social sea positiva y bien llevada basándose en eventos referidos por Gabriel como discusiones, peleas, momentos en los que Gabriel era increpado por sus compañeros por su situación paterna, reacciones de rebeldía y discusiones de él con su madre u otras situaciones que se crea prudente plantear para ser trabajadas mediante este ejercicio; pedir un cuaderno para igualarse,

preguntar las tareas, conversar sobre la escuela con su madre, hacer un cumplido, son en realidad las situaciones que representan un desafío para Gabriel y que afrontarlas adecuadamente mejorara notablemente su adecuación inter e intrapersonal. Es importante que durante el ejercicio se escenifiquen también como se afrontan estas situaciones de manera errónea para poder evidenciar y valorar todos sus aspectos. Además plantear y trabajar situaciones que Gabriel no haya enfrentado pero que de darse el caso podrían ser un foco de conflicto sería una acertada extensión de la actividad; representar a un compañero molesto, o a su madre molesta podrían ser opciones. (Actividades para habilidades sociales obtenidas de Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

- **Cierre de la terapia**

También existen actividades autoinstruccionales que pueden ser de gran ayuda para trabajar el cierre de la terapia, pues son ejercicios que Gabriel puede continuar por su cuenta y representan un método de autoreforzo que pueden recordarle directrices y aspectos trabajados y aprendidos durante la terapia; además pueden ser empleados como un simbolismo de que la finalización de las sesiones terapéuticas significan renovación y cambio en la vida de Gabriel.

Conjuntamente con Gabriel se elaboran frases positivas de aliento y apoyo, frases que ayuden y fomenten el correcto afrontamiento, frases que recuerden lo aprendido y trabajado en las sesiones, frases motivadoras y cualquier elemento que pueda representar un tipo de asistencia para él. Estas frases son plasmadas en tarjetas de cartulina y decoradas. También se debe confeccionar un cofre, baúl o cajón al que se denominara “el cofre del tesoro”, las tarjetas elaboradas, mismas que serán denominadas “botín”, serán colocadas dentro del cofre. La instrucción que recibirá Gabriel será la de que cada vez que se sienta mal, inundado por sus emociones o

enfrente situaciones que lo desestabilicen puede ir en busca de su “botín” de frases positivas que lo animaran y recordarán la terapia. En el cofre pueden incluirse otros objetos que le gusten.

El “cambio de monedas” es otra herramienta divertida que enseña métodos autoinstruccionales mediante una analogía similar al cofre del tesoro. Los pensamientos y frases positivas de afrontamiento en este caso son comparadas con monedas nuevas y brillantes o billetes nuevos de gran valor (previamente deben ser confeccionados o emplear billetes y monedas de juguete). Se da la instrucción de ir a la casa de la moneda y acuñar nuevas monedas emocionales. Conjuntamente con Gabriel se pueden plasmar en papeles rotos, viejos y gastados pensamientos negativos, patrones de conducta disfuncionales que antes se manifestaban, temores, sentimientos y ánimo desagradables, actitudes y problemas característicos de los aspectos sintomáticos de Gabriel; entonces lo alentamos a que lleve el dinero viejo a la casa de la moneda donde los cambiará por el dinero nuevo antes descrito. El ejercicio fomenta el aprendizaje de que es verdaderamente posible cambiar pensamientos viejos y disfuncionales por nuevos más adaptativos; llevar el “dinero nuevo” en su bolsillo será un recordatorio de sus capacidades y control adquiridos. Además representa adecuadamente la renovación que tenía por objetivo las sesiones terapéuticas, el remplazo de un antiguo y afectado por un nuevo y mejorado Gabriel.

Finalizada esta etapa del plan psicoterapéutico nuevamente pueden realizarse re aplicaciones de pruebas empleadas en la parte diagnóstica; revisar el rendimiento de Gabriel en la escuela y consultar a su familia sobre sus apreciaciones acerca de los efectos hasta entonces evidenciados de la terapia. (Actividades para cierre de la terapia obtenidas de Friedberg y McClure, *Práctica Clínica*)

4.4 FINALIZACIÓN Y SEGUIMIENTO

De esta manera finalizan las sesiones terapéuticas y el plan de tratamiento con Gabriel. Como en la mayoría de tratamientos es recomendable un tiempo prudente de seguimiento; una vez más basándose en el modelo de Beck las sesiones de seguimiento y control pueden ser realizadas luego de un mes de finalizadas las sesiones “oficiales”, luego a los dos y después a los 6 meses. En estas se pretenderá valorar la evolución de la depresión, ya sea una evidente mejoría, estancamiento o recaída sintomática. La estructura y temática de estas sesiones puede ser la manejada durante cualquiera de las etapas del plan terapéutico, la agenda u orden del día se establecerá de acuerdo a lo que se considere necesario basándose en la valoración realizada en cada sesión.

Aspectos importantes que deben ser señalados son el hecho de que al inicio de cada sesión terapéutica, ya sea las que forman parte del plan o del seguimiento, se debe valorar la experiencia obtenida de la sesión anterior, así se reforzara y retroalimentará aspectos que hayan quedado pendientes. A lo largo de todas las sesiones que se lleven a cabo se debe registrar la información que se crea necesario, pertinente e importante. Así mismo es importante mantener un diálogo y contacto constante con la madre de Gabriel con el objetivo de estar al tanto de cualquier evento o situación que pueda influir o sea consecuencia directa del proceso psicoterapéutico.

Así concluye la propuesta de tratamiento psicoterapéutico para Gabriel, que pone en evidencia la planificación que podría servir de base o de guía para un caso similar donde un niño cumpla con los criterios diagnósticos de un trastorno depresivo

4.5 REFLEXIONES

Lo más apropiado para finalizar el presente trabajo es responder lo más sencilla y objetivamente aquellas interrogantes planteadas cuando la elaboración de este documento era una propuesta.

¿En un caso de depresión infantil qué instrumentos son los más apropiados para precisar un diagnóstico?

Las pruebas seleccionadas que fueron detalladas para ser empleadas con el objetivo de poner en evidencia las características del caso de Gabriel conforman una batería producto de revisiones y valiosas sugerencias.

Se procuró proyectar una imagen que se aproxime a lo que representa la sintomatología de Gabriel, áreas afectadas, su perspectiva frente a sus problemas, familia y entorno; además de cómo personas cercanas a él perciben la manifestación del conflicto.

Test proyectivos, cuestionarios de auto reporte y otros aplicados a su madre y su maestra fueron el material elegido para procurar crear la imagen necesaria para lograr una objetiva valoración. Se si consiguió o no este objetivo puede tener una respuesta relativa, pero la intención en alcanzarlo no debería ser objetada.

¿Es importante tener en cuenta más de una fuente de criterios diagnósticos para un caso de depresión infantil?

En la exposición de los capítulos uno y dos constantemente se esta resaltando cuan amplias pueden ser las consideraciones respecto al trastorno depresivo en la población infantil. El manual de trastornos diagnósticos DSM-IV acertadamente especifica los aspectos que no se deben pasar por alto, signos característicos de la depresión y puntos de referencia para una correcta apreciación diferencial.

En base a la experiencia durante la elaboración del presente trabajo, fue determinante y de fundamental ayuda tomar en cuenta otros criterios, respaldados, que se referían a los signos y señales de la depresión en los niños. Como se mencionó anteriormente, la depresión en los niños es una enfermedad especial, puede enmascarse y distraernos por lo que requiere particular atención a cada detalle.

¿Por qué la postura teórica cognitivo conductual ha sido seleccionada para basar en ella la presente propuesta de tratamiento?

Sería reiterativo exponer cuan efectiva y avalada es la postura teórica cognitivo conductual desde su establecimiento oficial. En su lugar lo más lógico es precisar que se consideró que para Gabriel un tratamiento apoyado en la revisión y confrontación de las características del pensamiento, exploración emocional, valoración de patrones de comportamiento y directa acción sobre estos representaría una efectiva asistencia, donde las actividades poseen modalidades y son perfectamente aplicables en niños y cuyos resultados, buenos o malos, podrían ser evidentes en un plazo aceptable.

¿Cómo será la propuesta en lo que a las sesiones terapéuticas planteadas se refiere?

La principal referencia tomada en cuenta para estructurar el esquema y frecuencia de las sesiones es el planteamiento que Aaron Beck y otros realizan para el tratamiento de la depresión señalan en su libro “Terapia Cognitiva de la Depresión”.

La totalidad de las sesiones planteadas se separan en 3 etapas, cada una con objetivos particulares. La estructura de las sesiones se mantiene a lo largo de toda la propuesta.

Las actividades incluidas para trabajar durante las sesiones terapéuticas incluyen ejercicios de relajación, actividades lúdicas y para el trabajo en autoestima, técnicas y estrategias terapéuticas cognitivo conductuales también basadas en la modalidad cognitiva para niños y adolescentes y terapia de juego cognitivo conductual.

¿Qué información se considera básica poseer para iniciar la estructuración del plan de propuesta terapéutica?

En este caso, realmente cabría una aseveración general que se maneja en planificación psicoterapéutica. Mientras se conozca mayor cantidad de información acerca del caso podrá ser más fácil y correctamente valorado; por consiguiente la planificación del tratamiento tendrá menos errores.

Se considera que para Gabriel es de fundamental importancia que el terapeuta que planifique y ejecute la propuesta de tratamiento conozca los aspectos de su crianza, las características de las relaciones que desarrolló con cada uno de sus padres y con su abuela, la importancia que con el tiempo ha ido adquiriendo la presencia de una figura paterna. También es necesario conocer sobre el funcionamiento familiar, escolar, académico y social de Gabriel previos a la manifestación sintomática, pues tener presente este contraste puede orientar cualquier propuesta de intervención.

Para iniciar el planteamiento de la propuesta terapéutica definitivamente fue necesario determinar la intensidad y predominio de algunos síntomas sobre los demás; así se optó por iniciar la planificación reforzando autoestima y motivación, lo cual facilitará la participación en las demás etapas del proceso psicoterapéutico.

¿Cuál sería la manera más apropiada de evaluar el plan de acción?

Las sesiones están planificadas considerándolas en 3 etapas luego de las cuales puede realizarse una valoración. La valoración incluye retomar algunas actividades realizadas al momento de recopilar la información necesaria para la estructuración diagnóstica.

Entrevistas con la madre y con la maestra de Gabriel para actualizarse de su desempeño en casa y en la escuela, indagar sobre posibles modificaciones en los

aspectos conductuales y manifestación anímica, además del curso y evolución sintomática.

Con Gabriel propiamente se podrán evidenciar cambios a nivel anímico, conductual y cognitivo en el transcurso de las sesiones. Al final de cada fase de la propuesta terapéutica podrá ser empleado un re-test de pruebas como el Test Sacks, el CDI, y Test de la familia. Re-aplicar el CAT podrá arrojar información significativa sobre todo al final del proceso terapéutico, incluso en las sesiones del periodo de seguimiento.

¿En qué manera ayudara a Gabriel la propuesta psicoterapéutica? / ¿Qué fortalezas y aspectos positivos de Gabriel contribuirán al éxito de la asistencia psicoterapéutica?

Lo más adecuado es reiterar aspectos antes manifestados. Gabriel era hasta hace poco uno de los niños mejor ajustados y de rendimiento sobresaliente en la escuela; en más de una ocasión su maestra manifestó considerarlo un niño muy especial, ya que, lo caracterizaba una particular facilidad para asimilar lo impartido en las clases. Se mostraba como un niño sumamente perceptivo, participativo, con mucha iniciativa y sobre todo sumamente inteligente; rasgos que de ninguna manera ha perdido, sino que se han visto opacados por otros extensamente detallados en los capítulos anteriores.

Gabriel demostró indicios de todas y cada una de estas cualidades en las entrevistas que fueron mantenidas con él. Son precisamente características como esas las que de seguro se convertirán en verdaderas herramientas para superar sus conflictos, ya sea que una propuesta terapéutica como la presente se lleve a cabo, o sea otra la forma en la que se pretenda orientar el camino que deba seguir

CONCLUSIONES

En la búsqueda y recopilación de información pertinente para el desarrollo del presente trabajo se pudo evidenciar cuan extenso puede llegar a ser el conocimiento acerca de un trastorno específico, en este caso de la depresión. Solamente lograr establecer una definición significa un increíblemente difícil y profundo proceso que requiere de incontables contribuciones, donde cada aporte posee la validez suficiente como para ser tomado en cuenta.

Percatarse de esta situación no solo es consecuencia de encontrarse con una interminable cantidad de material al consultar información; sino más precisamente, ya al momento de elaborar un documento como el presente se tiene la oportunidad de corroborar de primera mano que existen detalles en cada elemento, facetas que pueden cambiar la perspectiva con la que valoramos un conflicto o una posible solución. Seguramente existen muchas más cosas que bien pudieron haber sido incluidas, aspectos verdaderamente importantes o fragmentos que quedaron inconclusos. Por el contrario, en el contenido del presente trabajo, muy difícilmente se podría determinar si algo de lo incluido podría ser omitido o considerar que esta demás.

En este caso lo más importante para la realización de cada capítulo ha sido seleccionar aquellas citas, referencias e información que verdaderamente represente y transmita aquello que se está intentado comunicar. Describir un caso, explicar de lo que se trata y lo que lo compone, exponer sus posibles causas, determinar las probables explicaciones según varios puntos de vista y bosquejar una propuesta para brindar ayuda es, en resumen, de lo que se trata la presente exposición. Pero detrás de toda la estructura empleada para redactar cada una de las etapas existe la intención de presentar las circunstancias que afectan a un niño normal y que han desencadenado un particular episodio en su vida.

Las diferentes situaciones y eventos a lo largo de la vida de Gabriel y los aspectos de su vida en el hogar constituyen a lo que podría denominarse como una realidad diferente para él. ¿Cómo ayudar a Gabriel? No podemos cambiar su historia ni a cada elemento de su entorno; pero entregarle “armas” para entender, lidiar y aceptarlo es únicamente lo que se pretende. Su situación familiar que ha ocasionado en él un evento especial en su vida será a su vez lo que lo prepare para el futuro.

No se puede saber a ciencia cierta de que manera cada persona puede responder a un intento por brindarle ayuda, tampoco se puede especular al respecto, solamente esperar lo mejor y que nuestro esfuerzo se sobreponga a nuestras limitaciones personales.

La depresión representa un aspecto verdaderamente preocupante en la vida del hombre. Podemos estar en constante contacto con personas que la padecen y sin embargo no llegar a comprender y asimilar completamente que alguien sobrelleve una enfermedad que consiste en estar triste, sufrir y perder el sentido le había asignado a la vida. Enfocarse en el estudio y tratamiento de la depresión puede ser, como tantas otras cosas en la vida, gratificante o frustrante.

Tampoco nos podemos aferrar a una verdad absoluta al encarar a la depresión, pues esta verdad no existe. Intentar adentrarnos en su mundo no será nunca un esfuerzo en vano porque siempre vamos a encontrar algo nuevo, y es eso precisamente el principal justificativo del seguimiento y exposición de un caso particular.

Si podría establecerse una sola verdad absoluta esta sería que la presente propuesta corresponde a una recopilación de técnicas y planteamientos que no están agrupadas sin objetivo o para cubrir espacios vacíos, sino verdaderamente cada una de ellas está pensada y referida a Gabriel, un niño de 8 años que está deprimido.

BIBLIOGRAFÍA

- Beck Aaron T. – Rush A. John – Shaw Brian F. – Emery Gary, Terapia Cognitiva de la Depresión, Editorial Desclée de Brouwer, S.A., Bilbao, 2002
- Brachetti de Areco Evelyn - ¿Cómo ayudo al chico que amo? – Editorial Poligráfica C.A. – Guayaquil – 2002
- Friedberg Robert D. – McClure Jessica M., Práctica Clínica de Terapia Cognitiva con Niños y Adolescentes, Editorial Paidós Ibérica, Madrid, 2005
- Le Gall Andre, Fracasos Escolares: Diagnóstico y Tratamiento, Editorial Universitaria, Buenos Aires 1963
- Le Moal P., El Niño Excitado y Deprimido, Editorial Planeta, Barcelona. 1976.
- Lydon William – Jones John V., Terapias Cognitivas Con Fundamento Empírico: Aplicaciones Actuales y Futuras, Editorial El Manual Moderno, México D.F., 2002
- Machargo Salvador Julio – Programa de actividades para el desarrollo de la Autoestima – Editorial Escuela Española – Madrid - 1996
- Polaino-Lorente Aquilino, Las Depresiones Infantiles, Ediciones Morat S.A., Madrid, 1988
- Rojtenberg Sergio L. – Depresiones y Antidepresivos de la Neurona y de la Mente de la Molécula y de la Palabra - Editorial Médica Panamericana – Buenos aires 2007.g
- Sarason Irwing G – Sarason Barbara R., Psicología Anormal, El problema de la Conducta Inadaptada, Editorial Prentice Hall. México D.F., 1996

- West Janet – Terapia de juego centrada en el niño – Editorial El Manual Moderno –
México D. F. - 2000

- DSM-IV-TR Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales Texto
Revisado, Editorial Masson, Barcelona, 2005

Referencias electrónicas

http://www.alcione.cl/nuevo/index.php?object_id=370, fecha y hora de consulta
19/04/2010 21:30

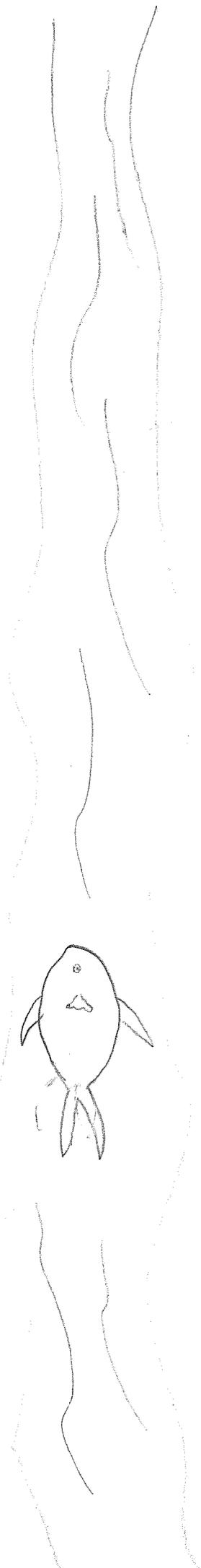
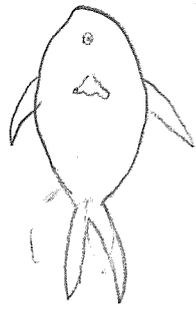
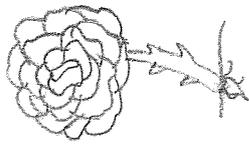
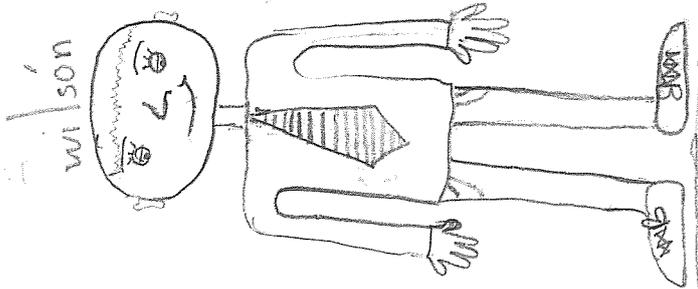
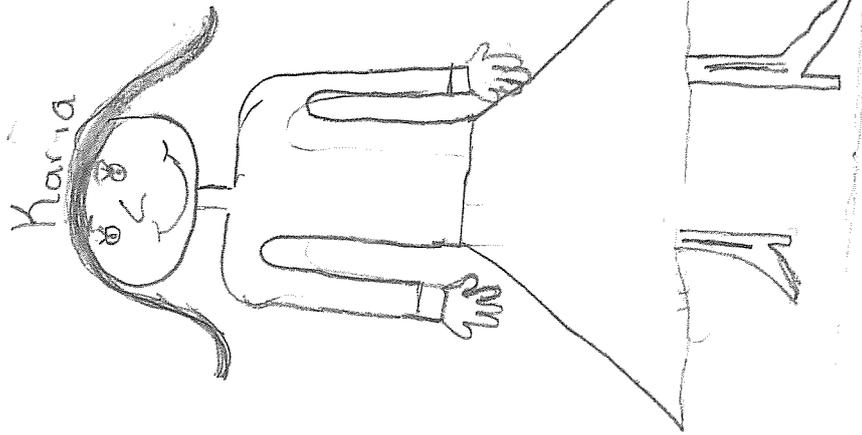
<http://www.cun.es/areadesalud/enfermedades/psiquiatricas/depresion/>, fecha y hora de
consulta: 21/02/2010 23:00

<http://drromeu.net/depresi.htm>, fecha y hora de consulta 15/04/2010 23:00

[http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=Slzxsahgfrewq+o141385572001000100006&
script=sci_arttext&tlng=es](http://scielo.bvspsi.org.br/scielo.php?pid=Slzxsahgfrewq+o141385572001000100006&script=sci_arttext&tlng=es), fecha y hora de consulta 22/02/2010 16:30

ANEXOS

- Dibujo de la Familia
- Hoja de respuestas del CDI (*Children Depression Inventory*)
- Hoja de respuestas del Test de Sacks
- Hojas de interpretación del CAT
- Hoja de respuestas del ECI (*Early Childhood Inventory*) proporcionadas por la maestra de Gabriel
- Hoja de respuestas del ECI (*Early Childhood Inventory*) proporcionadas por la madre de Gabriel



Nombre Gabriel XXXX

Fecha 22/III/10

Unidad/Centro

Nº Historia

Edad: ___ años ___ meses. Sexo Masculino Curso escolar 4to Básica.

7.6 CUESTIONARIO - CDI-

Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado.

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces. f
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien.
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien. f
 Las cosas me saldrán bien.
3. Hago bien la mayoría de las cosas. o
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas f
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces o
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas. f
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy o
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía. o
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. No pienso en matarme
 pienso en matarme pero no lo haría o
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días f
 Tengo ganas de llorar muchos días
- Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces. f
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente o
 No quiero en absoluto estar con la gente.
13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme f
 me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan. o
 Soy feo
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes 2
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme. f
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando en cuando o
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer f
 Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad. f
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad

20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces 2
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
22. Tengo muchos amigos
 Tengo muchos amigos pero me gustaría tener más
 No tengo amigos
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños. 1
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.
25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera 0
 Estoy seguro de que alguien me quiere.
26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen. 1
 Nunca hago lo que me dicen
27. Me llevo bien con la gente 0
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

Puntaje Obtenido: 19

Depresión Moderada

Puntajes altos: Depresión enmascarada de Bajo entusiasmo
 Caída en las relaciones Interpersonales.

Factor 1: Depresión → 8

Factor 2: Falta de Entusiasmo → 5

Factor 3: Dificultades en las relaciones interpersonales → 6

Factor crítico: Depresión.

TEST DE SACKS

(Niños de ambos sexos)

Nombres: Gabriel Edad: 8 años
Escolaridad: 4to de Básica
Escuela: Centro educativo "NOVA"
Fecha de examen: 19/III/10

Instrucciones:

Complete las siguientes oraciones en forma ordenada y con una letra bien clara.

- 1.- A veces mi padre... es bueno 0
- 2.- Cuando todo me resulta mal... pido ayuda 0
- 3.- Yo siempre he querido y he deseado... ser bueno 1
- 4.- Se que es una tontería, sin embargo tengo miedo de... fantasmas 0
-
- 5.- Después de algunos años... era triste 2
- 6.- Los que me mandan y me ordenan son... malos 2
- 7.- Cuando yo era más chiquito(chiquita)... hacía cosas 0
-
- 8.- En comparación con otras familias, mi familia... es buena 0
-
- 9.- Si yo pudiera mandar... un dicho 0
- 10.- Yo me encuentro mejor en compañía de... mi madre 0
- 11.- Algunas veces mis sustos y temores... fantasmas 0
- 12.- Un amigo sincero y de verdad (una amiga sincera y de verdad)... es Jonathan 0
-
- 13.- Yo sería muy feliz... mi tío estirado aquí 1
- 14.- Yo pienso que muchas niñas (yo pienso que muchos niños)... son malos 2
-
- 15.- Cuando pueda mandar a los demás yo... fuera bueno 0
- 16.- Mis compañeras(compañeros) no saben que... soy bueno 1
-
- 17.- En la clase mis profesores(maestras)... son buenos 0
-
- 18.- Mi madre y yo... somos buenos 0
- 19.- Lo que me va a pasar... es malo 2
- 20.- Me disgusta mucho que... me no laste 1
- 21.- No me gustan las personas que... son malos 2
- 22.- Mi madre... trabaja 1
- 23.- Cuando no me resulta un trabajo... pido ayuda 0

24.- Me gustaría tener.....	<i>fuerza</i>	0
25.- Mi familia me trata como.....	<i>bien</i>	0
26.- Cuando yo sea persona mayor.....	<i>locare quitars</i>	0
27.- Yo pienso que el matrimonio.....	<i>es feo</i>	2
28.- Si mi padre quisiera.....	<i>sea fuerte</i>	1
29.- Yo recuerdo muy bien.....	<i>mi abuelito que murio</i>	1
30.- Cuando veo llegar a la profesora o profesor.....	<i>me pongo feliz</i>	0
31.- Yo quiero a mi madre pero.....		2
32.- Quisiera perder el miedo de.....	<i>los fantasmas</i>	0
33.- Yo creo que tengo la capacidad.....	<i>ser bueno</i>	0
34.- Cuando era yo más pequeño(pequeña) mi familia.....	<i>peleaba</i>	2
35.- Yo espero que.....	<i>haga lo mio</i>	0
36.- Cuando veo a dos enamorados.....	<i>nada</i>	2
37.- Mi falta más grande ha sido.....	<i>que le atropella a mi perro</i>	0
38.- Cuando me hacen una injusticia.....	<i>me voy a mi casa</i>	0
39.- Yo estaría contenta(contento) si mi padre.....	<i>Viviera conmigo todos los días</i>	2
40.- Una buena niña(niño).....	<i>chora es malo</i>	2

Observaciones:

- Usted puede escribir lo que desee.....
-
-
-
- Las cosas que me disgustan son.....
-
-

Apreciación Psicológica:

.....

.....

.....

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia N° 1 (Lam del T.A.T. N° 1)

1. Tema principal:

La mamá gallina alimentaba a sus pollitos, ellos comían gusanos y luego iban a la escuela y jugaban. Se alimentaban bien para ser gallos

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: Estudiante
Intereses: comer rasgos: feliz habilidades: jugar
Adecuación: (✓.✓.✓.✓) /// imagen corporal / concepto de sí mismo Completo

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) come, estudia, juega, crece

Inferencia dinámica Necesidades de cariño

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: Escuela, juego, gusanos

Implicando necesidad de o para: Superación, amistad - cariño,

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: Sombra del gallo

Implicando necesidad de o para: Ansiedad ante la figura paterna

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Nutrición - Provecho

5. Figuras paterna y materna (masc fem X) vistas como: feliz que alimenta y la relación del sujeto es:

Figuras de sus contemporáneos (masc X fem) vistas como: hermanos y la relación del sujeto es: hermandad

Figuras infantiles: (masc fem) vistas como: y la relación del sujeto es:

6. Conflictos significativos: Oralidad

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos:

De desaprobación

De falta o pérdida de amor

De ser abandonado

Otros

De enfermedad o lesión

De pérdida o de carencia ✓

De ser destruido

De ser abrumado y dejado sin ayuda

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión formación reactiva racionalización aislamiento regresión
introyección negación anulación otro

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen inmediato justo demasiado severo
a destiempo injusto demasiado indulgente
inhibiciones tartamudeo tiempo de reacción alargados o pausas

10. Integración del yo, manifiesta en sí misma: (✓.✓.✓.✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe desenlace: feliz infeliz
real irreal
Solución: adecuada inadecuada
Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓.✓.✓)
Estructurado inestructurado estereotipado original apropiado racional
bizarro completo incompleto inapropiado

Inteligencia: (✓) superior superior al promedio promedio inferior al promedio deficiente

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 2 (Lam del T.A.T. Nº 2)

1. Tema principal:

Las osos contra los lobos, los osos competían contra los lobos ha jalar mas fuerte la osca. los osos son mas fuertes, juegan para saber quien es el rey, gana los osos, los lobos quedan fríos

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: ninguna
Intereses: ser el rey + fuerte rasgos: competitivo habilidades: fuerza
Adecuación: (✓.✓.✓.✓) ✓✓ imagen corporal / concepto de si mismo completa.

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) Compite contra cazador, es mas fuerte, gana y es el rey
Inferencia dinámica Defensa contra la agresión, compensación
b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: ninguna

Implicando necesidad de o para: _____

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: Ninguna

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Hostil, desigual

5. Figuras paterna y materna (masc/ fem) vistas como: rivales y la relación del sujeto es: toma partido con uno

Figuras de sus contemporáneos (masc/ fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

Figuras infantiles: (masc/ fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

6. Conflictos significativos: Rivalidad con las figuras paternas, agresividad latente.

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: _____

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor _____

De ser abandonado _____

Otros ser dominado, sonetido

De enfermedad o lesión _____

De pérdida o de carencia _____

De ser destruido ✓

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____
introyección _____ negación _____ anulación _____ otro _____

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen _____ inmediato ✓ justo _____ demasiado severo ✓
inhibiciones _____ tartamudeo _____ a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
tempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓.✓.✓.✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe ✓✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____
real ✓ irreal _____
Solución: adecuada ✓ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓.✓.✓)
Estructurado ✓ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____
bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 3 (Lam del T.A.T. Nº 3)

1. Tema principal:

El rey león gobierna la selva, era viejo, su hijo era un ratón y empezó a gobernar porque el león ya no podía. El hijo gobierna igual que el padre

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: ser el que gobierna
Intereses: gobernar rasgos: igual a su padre habilidades: joven
Adecuación: (✓.✓✓.✓✓✓) ✓✓✓ imagen corporal / concepto de si mismo completa

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) Es mas joven y capaz que su padre, pero gobierna igual a el
Inferencia dinámica Defensa y descalificación de la imagen paterna / identificación
b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: Ninguna

Implicando necesidad de o para: _____

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: Pipa / Baston

Implicando necesidad de o para: Defensa y ansiedad ante la agresión

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Poco Determinado

5. Figuras paterna y materna (masc/ fem) vistas como: Vieja, debil y la relación del sujeto es: lo descalifica.

Figuras de sus contemporáneos (masc/ fem) vistas como: Joven, gobierna y la relación del sujeto es: identifica con su padre

Figuras infantiles: (masc/ fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

6. Conflictos significativos: Defensa, descalificación hacia la imagen paterna

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: _____ De enfermedad o lesión _____
De desaprobación ✓ De pérdida o de carencia _____
De falta o pérdida de amor _____ De ser destruido _____
De ser abandonado _____ De ser abrumado y dejado sin ayuda _____
Otros Sea dominado

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión ✓ formación reactiva ✓ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____
introyección _____ negación _____ anulación _____ otro Decepción Negación

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen ninguno inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____
a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
inhibiciones _____ tartamudeo _____ tiempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓.✓✓.✓✓✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe ✓✓✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____
real ✓ irreal _____
Solución: adecuada ✓ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓✓.✓✓✓)
Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____
bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Cabriel Historia Nº 4 (Lam del T.A.T. Nº 4)

1. Tema principal:

Los canguros. Los canguros eran animales saltarines, buenos, felices. Su mamá les llevaba a la escuela, el mayor iba en bicicleta, la menor era cargada por su madre. Su mamá los alimentaba

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: estudiante
Intereses: estudia, comer rasgos: feliz, bueno habilidades: ninguna
Adecuación: (✓.✓✓.✓✓✓) ✓✓✓ imagen corporal / concepto de si mismo completo

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) lleva bicicleta, va a la escuela, es reconocido

Inferencia dinámica posible formación reactiva
b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: comida, oralidad

Implicando necesidad de o para: carino, afecto, cuidado

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: Ninguno

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Alegría, Nutrición

5. Figuras paterna y materna (masc_fem^X) vistas como: protectora y la relación del sujeto es: ninguna

Figuras de sus contemporáneos (masc^X_fem) vistas como: ajustado, bueno y la relación del sujeto es: identificación

Figuras infantiles: (masc_fem^X) vistas como: hermana y la relación del sujeto es: protección

6. Conflictos significativos: Oralidad, posible formación reactiva

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: _____

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor ✓

De ser abandonado _____

Otros _____

De enfermedad o lesión _____

De pérdida o de carencia _____

De ser destruido _____

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión ✓ formación reactiva ✓ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____

introyección ✓ negación _____ anulación _____ otro _____

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen Ninguno inmediato _____ justo _____ demasiado severo _____

inhibiciones _____ tartamudeo ✓ a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

tempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓.✓✓.✓✓✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe ✓✓✓ desenlace: feliz ✓ infeliz _____

real _____ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓✓.✓✓✓)

Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____

bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 5 (Lam del T.A.T. Nº 5)

1. Tema principal:

Un gato vivia en un castillo solitario donde habitaba un rey viejo amado que ya habia muerto, el gato gobernaba todo el castillo, debia huir del castigo y encontrar los pasadizos secretos

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: niño
Intereses: _____ rasgos: Solitario habilidades: ninguna
Adecuación: (✓.✓.✓.✓) ✓ imagen corporal / concepto de si mismo Completa

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) vive solo el castillo de un rey muerto, explora el castillo
Inferencia dinámica Soledad, descalificación al padre
b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: pasadizos, castillo

Implicando necesidad de o para: Defensividad

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: _____

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Peligroso, tenebroso, desolado

5. Figuras paterna y materna (masc/ fem) vistas como: muerta y la relación del sujeto es: forma su vida

Figuras de sus contemporáneos (masc/ fem) vistas como: solo y la relación del sujeto es: identificación

Figuras infantiles: (masc/ fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

6. Conflictos significativos: Miedo a la agresión y castigo, sentimiento de soledad

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: ✓

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor ✓

De ser abandonado ✓

Otros _____

De enfermedad o lesión _____

De pérdida o de carencia _____

De ser destruido _____

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____

introyección _____ negación _____ anulación _____ otro _____

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen persecución inmediato X justo _____ demasiado severo X

inhibiciones _____ tartamudeo ✓ a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

tempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓.✓.✓.✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____

real ✓ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓.✓.✓)

Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____

bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 6 (Lam del T.A.T. Nº 6)

1. Tema principal:

Osos de la cueva, viene un cazador, ellos se refugian en la cueva, el oso bebe cuidaba la cueva mientras los grandes buscaban comida. El oso bebe asustado poracuida la cueva pero como era pequeño necesitaba ayuda. Un cue les trae comida. El oso bebe se va de noche y se cae de un arbol su madre lo encuentra y lo cuida

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: Guardian,
Intereses: Cuidar, cuidar, divertirse rasgos: agresivo, tímido habilidades: cuidar, asustado,
Adecuación: (✓.✓.✓.✓) ✓ imagen corporal / concepto de si mismo agresivo, pequeño, lastimado

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) Intenta cuidar la cueva, necesita ayuda, de aburre, se lastima
Inferencia dinámica Agresividad latente, necesidad de placer, miedo a la agresión
b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: Ave, cazador

Implicando necesidad de o para: Comida - oralidad - expresión de la agresividad

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: _____

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Peligroso

5. Figuras paterna y materna (masc_fem X) vistas como: protección y la relación del sujeto es: busca cuidado

Figuras de sus contemporáneos (masc_fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

Figuras infantiles: (masc_fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

6. Conflictos significativos: Miedo a la agresión, oralidad, agresividad latente, necesidad de placer, miedo

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: ✓

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor _____

De ser abandonado _____

Otros _____

De enfermedad o lesión _____

De pérdida o de carencia ✓

De ser destruido _____

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión _____ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____
introyección ✓ negación _____ anulación _____ otro Simbolización

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen agresividad por escape inmediato _____ justo _____ demasiado severo X
a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

inhibiciones _____ tartamudeo ✓ tiempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓.✓.✓.✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____
real _____ irreal _____

Solución: adecuada ✓ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓.✓.✓)

Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____
bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 7 (Lam del T.A.T. Nº 7)

1. Tema principal:

El tigre y los monos. Ambas bandos no se llevaban, los tigres mataban monos y los monos mataban tigres. Había una guerra entre ellos. Los tigres eran más salvajes que los monos y siempre ganaban pero un día nació un mono pequeño y se enfrentaron más y se odiaban, las mujeres no peleaban y venían a sus hijos. Otra guerra entre tigres y monos todas murieron, solo sobrevivieron 2 y 34 hicieron nises

2. Héroe Principal: edad: Joven sexo: masculino vocación: luchador
Intereses: pelea contra los tigres rasgos: agresivo/negativo habilidades: pelear
Adecuación: (✓.✓.✓.✓) ✓ imagen corporal / concepto de sí mismo pequeño, fuerte

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) Pelea contra los agresores, gana al agresor

Inferencia dinámica Agresividad latente / temor a la agresión

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: ninguno

Implicando necesidad de o para: _____

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: Ninguno

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Peligroso. Hostil

5. Figuras paterna y materna (masc fem) vistas como: Agresor y la relación del sujeto es: lucha

Figuras de sus contemporáneos (masc fem) vistas como: Compañeros y la relación del sujeto es: luchar juntos

Figuras infantiles: (masc fem) vistas como: niñas asesinadas la relación del sujeto es: venganza

6. Conflictos significativos: Agresividad latente, posible figura paterna violada y agresiva, miedo a la agresión

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos:

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor _____

De ser abandonado _____

Otros _____

De enfermedad o lesión

De pérdida o de carencia _____

De ser destruido

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión _____ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento regresión _____
introyección negación _____ anulación otro ambivalencia - Decepción

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen morte inmediato _____ justo _____ demasiado severo

inhibiciones _____ tartamudeo a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____
tempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en sí misma: (✓.✓.✓.✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe desenlace: feliz _____ infeliz

real _____

irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓.✓.✓)

Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____

bizarro _____ completo incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 8 (Lam del T.A.T. Nº 8)

1. Tema principal:

"Chimpaceses" los chimpaces vivían y tenían todo como humanos, eran llamados hombres mono porque se parecían mucho a ellos humanos, salían por la noche a buscar comida, se peleaba contra otro grupo de monos salvajes, un día lastimaron a su hijo y este moría, todos lloraron y entonces terminó la pelea

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: Masculino vocación: ninguna
Intereses: comer rasgos: ninguna habilidades: ninguna
Adecuación: (✓✓✓✓) ✓ imagen corporal / concepto de si mismo completo, pequeño, inferior

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) mueren en una batalla, todos lloran por el

Inferencia dinámica Castigo, miedo a la agresión
b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: ninguno

Implicando necesidad de o para: _____

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: ninguno

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): hostil - Peligroso

5. Figuras paterna y materna (masc fem) vistas como: Peligrosos y la relación del sujeto es: mueren

Figuras de sus contemporáneos (masc fem) vistas como: pequeño-debil y la relación del sujeto es: mueren

Figuras infantiles: (masc fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

6. Conflictos significativos: temor y preocupación por la agresión, necesidad de preocupación por el y cariño, calidad

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: ✓ De enfermedad o lesión _____
De desaprobación _____ De pérdida o de carencia _____
De falta o pérdida de amor: ✓ De ser destruido ✓
De ser abandonado _____ De ser abrumado y dejado sin ayuda _____
Otros _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____
introyección ✓ negación _____ anulación _____ otro simplificación

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen héroe muerto inmediato _____ justo _____ demasiado severo ✓
a destiempo _____ injusto ✓ demasiado indulgente _____
inhibiciones _____ tartamudeo _____ tiempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓✓✓✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe _____ desenlace: feliz _____ infeliz ✓
real _____ irreal ✓
Solución: adecuada _____ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓✓✓✓)
Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____
bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia Nº 9 (Lam del T.A.T. Nº 9)

1. Tema principal:

El conejo bravo, El conejo bravo vivia en un castillo cuyo dueño se habia ido a Africa a cazar. El conejo conoce una hembra y tuvieron hijos, el dueño regresa. Al multiplicarse los conejos el dueño los queria sacar pero era algo muy triste. El dueño los lleva a Africa y vivian felices

2. Héroe Principal: edad: Joven sexo: Masculino vocación: oarbe en castillo
Intereses: vivir en el castillo rasgos: Bravo habilidades: ninguna
Adecuación: (✓✓✓✓) /// imagen corporal / concepto de si mismo completo

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) oarbe el castillo de el año, se reproduce

Inferencia dinámica Desplaza al lugar del padre

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos: Año, Uraje, lugar lejano

Implicando necesidad de o para: desplazar al padre

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos: ninguna

Implicando necesidad de o para: _____

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Hostil - solitario

5. Figuras paterna y materna (masc fem _____) vistas como: Cazador, desplazado, ausente
sujeto es: lo desplace la relación del

Figuras de sus contemporáneos (masc _____ fem) vistas como: pareja y la relación del sujeto es: se junta

Figuras infantiles: (masc fem) vistas como: hijos y la relación del sujeto es: se reproduce

6. Conflictos significativos: Desplazamiento, burkamiento y des-calificación de la figura paterna

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: _____

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor _____

De ser abandonado

Otros _____

De enfermedad o lesión _____

De pérdida o de carencia

De ser destruido _____

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión _____ formación reactiva racionalización _____ aislamiento regresión _____

introyección _____ negación _____ anulación _____ otro Decepción

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen puede ser abandonado inmediato _____ justo demasiado severo _____

inhibiciones _____ tartamudeo _____ a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

tempo de reacción alargados o pausas _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓✓✓✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe /// desenlace: feliz _____ infeliz

real _____ irreal

Solución: adecuada _____ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓✓✓✓)

Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional

_____ bizarro _____ completo _____ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio inferior al promedio _____ deficiente _____

Interpretación del T.A.T.

Nombre Gabriel Historia N° 10 (Lam del T.A.T. N° 10)

1. Tema principal:

Los perros. El Perro le pegaba a su hija perra porque no obedecía y para que no este con otros porque era muy pequeña, tampoco se lava ba las manos, se escapaba por las noches para estar con otros perros, su papa le castigo y ella aprendio la lección

2. Héroe Principal: edad: Niño sexo: femenino vocación: ninguna
Intereses: Rebelde, escape, perra rasgos: rebelde, desobediencia habilidades: ninguna
Adecuación: (✓.✓.✓.✓) ✓ imagen corporal / concepto de si mismo completo,

3. Necesidades e impulsos principales del héroe

a) Comportamiento necesario del héroe (tal y como aparece en la historia) es desobediente, desasada, es castigada

Inferencia dinámica Concepciones morales estrictas

b) Personajes, objetos o circunstancias introducidos:

Implicando necesidad de o para:

c) Personajes, objetos o circunstancias omitidos:

Implicando necesidad de o para:

4. Concepto del medio ambiente (el mundo como): Estricto. Castigador

5. Figuras paterna y materna (masc fem) vistas como: Castigadora y la relación del sujeto es: Aprende la lección

Figuras de sus contemporáneos (masc fem) vistas como: Perra y la relación del sujeto es: Se escapa para estar con el

Figuras infantiles. (masc fem) vistas como: _____ y la relación del sujeto es: _____

6. Conflictos significativos: figura paterna vista como castigadora
Evidencia de concepciones morales, identificación con el sexo opuesto

7. Naturaleza de las ansiedades: (✓)

De daño físico, castigo o ambos: ✓

De desaprobación _____

De falta o pérdida de amor ✓

De ser abandonado _____

Otros _____

De enfermedad o lesión _____

De pérdida o de carencia _____

De ser destruido _____

De ser abrumado y dejado sin ayuda _____

8. Defensas principales contra los conflictos y temores (✓)

Represión ✓ formación reactiva _____ racionalización _____ aislamiento ✓ regresión _____

introyección _____ negación _____ anulación _____ otro identificación - temores. Negaci

9. Severidad del superyó expresada como (✓)

castigo por crimen Maltrato inmediato _____ justo _____ demasiado severo X

inhibiciones _____ tartamudeo ✓ a destiempo _____ injusto _____ demasiado indulgente _____

10. Integración del yo, manifiesta en si misma: (✓.✓.✓.✓) (ver la escala del funcionamiento del yo)

Adecuación del héroe ✓ desenlace: feliz _____ infeliz _____

real ✓ irreal _____

Solución: adecuada _____ inadecuada _____

Procesos del pensamiento revelados por la organización del argumento: (✓.✓.✓.✓)

Estructurado _____ inestructurado _____ estereotipado _____ original _____ apropiado _____ racional _____

_____ bizarro _____ completo ✓ incompleto _____ inapropiado _____

Inteligencia: (✓) superior _____ superior al promedio _____ promedio ✓ inferior al promedio _____ deficiente _____

EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4 (versión padres)
 (Sprafkin & Gadow, 1996) - Versión experimental
 Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.
 Universitat Autònoma de Barcelona

Nombre: Gabriel Apellidos: XXXXX

Fecha: 22-03-10 Edad: 8 años Nivel: 4to Colegio: Centro Educativo Nova

INSTRUCCIONES

Responda a cada cuestión con una cruz (X) valorando el grado en que su hijo/a presenta cada una de las conductas descritas durante los últimos 6 meses.

		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	Usa palabras para comunicar sus necesidades		X		
2	Entiende cuando otras personas hablan con él/ella				X
3	Mantiene conversaciones con usted acerca de actividades o acontecimientos		X		
4	Pronuncia palabras para que otras personas puedan entenderlo				X
5	Parece tener una coordinación de movimientos pobre o torpe	X			
6	Tiene dificultades en la coordinación manual tales como al usar tijeras, lápices, bloques o manipulando objetos pequeños	X			
7	Tiene dificultades con su autocuidado (lavarse, comer, vestirse, etc.)	X			
8	Parece feliz cuando juega con otros niños/as				
9	Parece contento cuando juega solo/a			X	
10	Juega con otros niños/as de su edad		X		X
11	Busca ser consolado cuando se siente herido	X			
12	Quiere gustar a los adultos	X			

4

	CATEGORIA A: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido	X			
2	Tiene dificultad en prestar atención a tareas o actividades de juego (mirando un libro, dibujos, etc.)			X	
3	Parece no escuchar cuando se le habla directamente		X		
4	Empieza una actividad sin acabar la anterior			X	
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades			X	X
6	Evita realizar tareas que requieren esfuerzo mental (puzzles, etc.)			X	
7	Extravía cosas que necesita para sus actividades				X
8	Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor				X
9	Es olvidadizo/a en actividades diarias				X
10	Mueve en exceso manos y/o pies y se mueve en su asiento		X		
11	Tiene dificultad en permanecer sentado/a cuando se le pide que lo haga	X			
12	Corretea o trepa sobre las cosas cuando se le dice que no lo haga	X			
13	Le es difícil jugar tranquilo/a	X			
14	Se mueve constantemente o actúa como si estuviera movido por un motor	X			
15	Habla excesivamente	X			
16	Responde a las preguntas precipitadamente antes de que hayan sido completadas	X			
17	Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo	X			
18	Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as	X			
19	Cuando se le pide cambiar de actividad, tiene dificultades en atender a la nueva tarea	X			
20	Sueña despierto/a. Actúa como si estuviera ausente		X		

7

	CATEGORIA B: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
21	Pierde la paciencia	X			
22	Discute con los adultos	X			
23	Desafía o rechaza hacer lo que se le pide		X		
24	Molesta deliberadamente a otras personas		X		
25	Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento	X			
26	Es susceptible o frecuentemente se siente molestado por los demás	X			
27	Es colérico y resentido	X			
28	Es rencoroso o vengativo	X			

	CATEGORIA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
29	Miente en cosas importantes				
30	Fanfarronea, amenaza o intimida a los demás	X			
31	Inicia peleas físicas	X			
32	Roba cosas	X			
33	Destruye deliberadamente la propiedad de los demás	X			
35	Utiliza objetos como arma cuando pelea (tijeras, piedras, palos, etc.)	X			
36	Manifiesta crueldad física con los animales	X			
37	Manifiesta crueldad física con las personas	X			
38	Está preocupado por el sexo o presenta conductas relacionadas (roces, tocamientos, etc.)	X			

	CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
39	Se apropia de las cosas de otros niños	X			
40	Lanza objetos a otros niños	X			
41	Pisotea o destruye las cosas	X			
42	Hace demostraciones obscenas o gestos amenazantes a otros niños/as	X			
43	Insulta o hace bromas a otros niños/as para provocar conflictos	X			
44	Daña la propiedad de otros niños/as	X			
45	Pega, empuja o les pone la zancadilla a otros niños/as	X			
46	Atemoriza o hace daño a otros niños/as	X			
47	Se involucra en peleas con otros niños/as	X			
48	Irrita a otros niños/as para provocarles	X			

	CATEGORIA D: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
49	Se siente muy afectado cuando prevé ser apartado/a de su casa o de sus padres		X		
50	Le preocupa excesivamente que sus padres sufran algún daño o salgan de su casa y no vuelvan		X		
51	Le preocupa excesivamente que algún acontecimiento adverso (ser raptado/a, perderse, etc.) le separe de sus padres	X			
52	Trata de evitar ir a la escuela para quedarse con sus padres			X	
53	Le preocupa que le dejen solo/a en casa o con un canguro		X		
54	Tiene miedo de irse a dormir si no está cerca de sus padres	X	X		
55	Tiene pesadillas repetidas de ser separado/a de sus padres				
56	Se queja de que está enfermo/a cuando prevé ser separado/a de su casa o de sus padres				

CATEGORIA E: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
57				
58	X			
59	X			
60	X			
61	X			
62	X			
63	X			
64	X			
65	X			

CATEGORIA F: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
66				
67			X	
68			X	
69			X	
70	X			
71		X		
72			X	
73	No (0)		Sí (1)	
74	No (0)		Sí (1)	
75	No (0)		Sí (1)	
76				X
77	No (0)	X	Sí (1)	
	No (0)		Sí (1)	X

CATEGORIA G: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
78	X			
79	X			
80				

CATEGORIA H: Comparando con otros niños/as de la misma edad				
	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
81				
82				
83				
84				

	CATEGORIA I: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
85	Moja la cama por la noche				
86	Últimamente moja la cama por las noches, pero permaneció seco/a durante 4 meses por lo menos				
87	Moja su ropa interior durante las horas del día				
88	Mancha su ropa interior durante las horas del día				

	CATEGORIA J: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
89	Ha experimentado un hecho muy desagradable y continúa estando molesto/a por ello		X		
90	Tiene sueños o recuerdos angustiosos sobre un hecho extremadamente desagradable				
91	Habla o representa en juegos un hecho extremadamente desagradable	X			
92	Parece como si estuviera en un trance	X			

	CATEGORIA K: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
93	Se niega a comer suficiente comida para mantenerse en su peso saludable	X			
94	Tiene unos hábitos de comida extremadamente rígidos (no come alimentos sólidos, sólo comidas para bebés)	X			

	CATEGORIA L: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
95	Parece estar temeroso/a o disgustado/a aún con las personas de la familia (evita contacto y/o consuelo, mira de reojo)			X	
96	Busca afecto de la mayoría de los adultos aún siendo extraños	X			

	CATEGORIA M: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
97	Tiene una forma peculiar de relacionarse con los demás (evita el contacto visual, hace gestos o tiene expresiones faciales raras)	X			
98	No juega o no se relaciona bien con los demás niños/as	X			
99	No está interesado/a en hacer amigos/as	X			
100	No es consciente o no muestra interés por los sentimientos de los demás	X			
101	Tiene un problema importante con el lenguaje	X			
102	Tiene dificultad para llevar una conversación socialmente apropiada	X			
103	Habla de forma rara (repite lo que los otros dicen, confunde palabras como "tú" o "yo", usa frases o palabras extrañas, etc.)	X			
104	Es incapaz de fingir cuando juega	X			
105	Muestra una excesiva preocupación por un tema	X			
106	Se disgusta cuando se producen pequeños cambios en su rutina o en su entorno	X			
107	Hace movimientos extraños y repetitivos (agita los brazos, etc.)	X			
108	Tiene una extraña fascinación por partes de objetos	X			

OTROS PROBLEMAS O COMENTARIOS:

.....

.....

.....

Carb XXXX

EARLY CHILDHOOD INVENTORY-4 (versión padres)
 (Sprafkin & Gadow, 1996) - Versión experimental
 Unitat de Psicopatologia Clínica Infanto-Juvenil.
 Universitat Autònoma de Barcelona

Nombre: Gabriel Apellidos: XXXX

Fecha: 23/III/10 Edad: 8 Nivel: 4 Colegio: NOVA

INSTRUCCIONES

Responda a cada cuestión con una cruz (X) valorando el grado en que su hijo/a presenta cada una de las conductas descritas durante los últimos 6 meses.

		Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	Usa palabras para comunicar sus necesidades				X
2	Entiende cuando otras personas hablan con él/ella				X
3	Mantiene conversaciones con usted acerca de actividades o acontecimientos		X		
4	Pronuncia palabras para que otras personas puedan entenderlo				X
5	Parece tener una coordinación de movimientos pobre o torpe				
6	Tiene dificultades en la coordinación manual tales como al usar tijeras, lápices, bloques o manipulando objetos pequeños	X			
7	Tiene dificultades con su autocuidado (lavarse, comer, vestirse, etc.)	X			
8	Parece feliz cuando juega con otros niños/as			X	
9	Parece contento cuando juega solo/a			X	
10	Juega con otros niños/as de su edad		X		
11	Busca ser consolado cuando se siente herido		X		
12	Quiere gustar a los adultos		X		

5

	CATEGORIA A: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
1	No presta atención a los detalles o comete errores por descuido		X		
2	Tiene dificultad en prestar atención a tareas o actividades de juego (mirando un libro, dibujos, etc.)			X	
3	Parece no escuchar cuando se le habla directamente		X		
4	Empieza una actividad sin acabar la anterior			X	
5	Tiene dificultad para organizar tareas y actividades		X		
6	Evita realizar tareas que requieren esfuerzo mental (puzzles, etc.)				X
7	Extravía cosas que necesita para sus actividades			X	
8	Se distrae fácilmente por cosas que pasan a su alrededor			X	
9	Es olvidadizo/a en actividades diarias		X		
10	Mueve en exceso manos y/o pies y se mueve en su asiento	X			
11	Tiene dificultad en permanecer sentado/a cuando se le pide que lo haga	X			
12	Corretea o trepa sobre las cosas cuando se le dice que no lo haga	X			
13	Le es difícil jugar tranquilo/a		X		
14	Se mueve constantemente o actúa como si estuviera movido por un motor	X			
15	Habla excesivamente	X			
16	Responde a las preguntas precipitadamente antes de que hayan sido completadas		X		
17	Le es difícil esperar su turno en actividades de grupo				
18	Interrumpe conversaciones o se entromete en actividades de otros niños/as				
19	Cuando se le pide cambiar de actividad, tiene dificultades en atender a la nueva tarea			X	
20	Sueña despierto/a. Actúa como si estuviera ausente				X

7

	CATEGORIA B: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
21	Pierde la paciencia			X	
22	Discute con los adultos		X		
23	Desafía o rechaza hacer lo que se le pide		X		
24	Molesta deliberadamente a otras personas	X			
25	Culpa a otros de sus errores o mal comportamiento	X			
26	Es susceptible o frecuentemente se siente molestado por los demás		X		
27	Es colérico y resentido				X
28	Es rencoroso o vengativo	X			

2

	CATEGORIA C: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
29	Miente en cosas importantes		X		
30	Fanfarronea, amenaza o intimida a los demás	X			
31	Inicia peleas físicas	X			
32	Roba cosas	X			
33	Destruye deliberadamente la propiedad de los demás	X			
35	Utiliza objetos como arma cuando pelea (fijeras, piedras, palos, etc.)	X			
36	Manifiesta crueldad física con los animales	X			
37	Manifiesta crueldad física con las personas	X			
38	Está preocupado por el sexo o presenta conductas relacionadas (roces, tocamientos, etc.)	X			

0

	CATEGORIA PCS: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
39	Se apropia de las cosas de otros niños	X			
40	Lanza objetos a otros niños	X			
41	Pisotea o destruye las cosas	X			
42	Hace demostraciones obscenas o gestos amenazantes a otros niños/as	X			
43	Insulta o hace bromas a otros niños/as para provocar conflictos	X			
44	Daña la propiedad de otros niños/as	X			
45	Pega, empuja o les pone la zancadilla a otros niños/as	X			
46	Atemoriza o hace daño a otros niños/as	X			
47	Se involucra en peleas con otros niños/as	X			
48	Irrita a otros niños/as para provocarles	X			

0

	CATEGORIA D: Comparando con otros niños/as de la misma edad	Nunca 0	A veces 0	A menudo 1	Muy a menudo 1
49	Se siente muy afectado cuando prevé ser apartado/a de su casa o de sus padres				X
50	Le preocupa excesivamente que sus padres sufran algún daño o salgan de su casa y no vuelvan				X
51	Le preocupa excesivamente que algún acontecimiento adverso (ser raptado/a, perderse, etc.) le separe de sus padres				X
52	Trata de evitar ir a la escuela para quedarse con sus padres		X		
53	Le preocupa que le dejen solo/a en casa o con un canguro		X		
54	Tiene miedo de irse a dormir si no está cerca de sus padres		X		
55	Tiene pesadillas repetidas de ser separado/a de sus padres	X			
56	Se queja de que está enfermo/a cuando prevé ser separado/a de su casa o de sus padres		X		

3