



**Universidad del Azuay**

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

**Escuela de Psicología Clínica.**

**Depresión Infantil por Maltrato Intrafamiliar.  
Estudio de Caso en Cemisol 1**

**Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:  
Psicóloga Clínica Infantil**

**Autor: María del Carmen Estrella Vásquez.**

**Director: Dra. Ana lucía Pacurucu.**

**Cuenca, Ecuador.**

**2010**

**Dedicatoria:**

**Este trabajo va dedicado a todas aquellas personas que han confiado en mí y me han brindado su apoyo incondicional para su realización.**

### **Agradecimiento**

**Agradezco a todos quienes me animaron a realizar este trabajo, a mis padres, mi esposo, mis hijos, mis hermanos y a todos en general que nunca me dieron la espalda y que siempre estuvieron a mi lado apoyándome y brindándome su afecto y comprensión.**

# Índice de Contenidos

## CAPÍTULO 1

### DEPRESIÓN INFANTIL

	Pág.
Introducción	1
1.1. Antecedentes	2
1.2. Etimología de Depresión Infantil	2
1.3. Definición de Depresión Infantil	3
1.4. Criterios diagnósticos de la Depresión Infantil según el DSM IV	3
1.5. Factores predisponentes de la Depresión Infantil	3
1.6. Etiología de la Depresión Infantil	4
1.7. Sintomatología de la Depresión Infantil según la edad	7
1.8. Clasificación de los Trastornos Depresivos en la Infancia	8
1.9. Evaluación de los síntomas concretos del Síndrome Depresivo en la Infancia	8
1.10. Lineamientos para evaluar la Depresión Infantil	10
1.11. Lineamientos para el Tratamiento de la Depresión Infantil	11
1.12. Conclusiones	12

## CAPÍTULO II

### MALTRATO INFANTIL

Introducción	13
2.1. Definición de Maltrato Infantil según la OMS	14
2.2. Clases de Maltrato Infantil	14
2.3. Causas del Maltrato Infantil	16
2.4. Teoría Etiopatogénica del Maltrato Infantil	17
2.5. Consecuencias del Maltrato Infantil	17
2.6. Riesgos del Maltrato Infantil	17
2.7. Indicadores del Maltrato Infantil	18
2.8. Conclusiones	20

## **CAPÍTULO III**

### **ESTRATEGIAS Y RECURSOS**

<b>Introducción</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Historia Clínica. Generalidades</b>	<b>22</b>
<b>3.2. Entrevista Clínica. Generalidades</b>	<b>22</b>
<b>3.3. Early Childhood Inventory. Generalidades</b>	<b>22</b>
<b>3.4. Inventario de Depresión Infantil de M. Kovacs. Generalidades</b>	<b>22</b>
<b>3.5. Test Proyectivo: HTP. Generalidades</b>	<b>23</b>
<b>3.6. Inventario para Maltrato y Abuso Infantil</b>	<b>24</b>
<b>3.7. Generalidades Test Proyectivo: La Familia. Generalidades</b>	<b>26</b>
<b>3.8. Observación Conductual. Generalidades</b>	<b>26</b>
<b>3.9. Conclusiones</b>	<b>26</b>

## **CAPÍTULO IV**

### **DIAGNÓSTICO**

<b>Introducción</b>	<b>27</b>
<b>4.1. Antecedentes</b>	<b>28</b>
<b>4.2. Historia Clínica</b>	<b>29</b>
<b>4.3. Entrevista a la Madre</b>	<b>31</b>
<b>4.4. Entrevista al Niño</b>	<b>31</b>
<b>4.5. Interpretación del HTP</b>	<b>32</b>
<b>4.6. Interpretación del Test de la Familia</b>	<b>33</b>
<b>4.7. Interpretación del Inventario de Depresión Infantil de M. Kovacs</b>	<b>34</b>
<b>4.8. Interpretación del Inventario de Frases de Maltrato y Abuso Infantil</b>	<b>34</b>
<b>4.9. Aplicación del Early Childhood Inventory</b>	<b>34</b>
<b>4.10. Diagnóstico según el criterio del DSM IV</b>	<b>34</b>
<b>4.11. Diagnóstico Diferencial de la Depresión Infantil según el DSM IV</b>	<b>35</b>
<b>4.12. Conclusiones</b>	<b>35</b>

## **CAPÍTULO V**

### **TRATAMIENTO Y PLAN DE APLICACIÓN**

	<b>Introducción</b>	<b>36</b>
<b>5.1</b>	<b>Descripción del Modelo Cognitivo de Beck para Depresión Infantil</b>	<b>37</b>
<b>5.2</b>	<b>Evaluación final del caso</b>	<b>43</b>
<b>5.3</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>44</b>
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXOS</b>	

## **Resumen**

El presente trabajo tiene por objeto el estudio de la Depresión Infantil en un niño que ha sufrido maltrato intrafamiliar, su diagnóstico y posteriormente la realización de Terapia Cognitivo Conductual para tratar los síntomas más críticos del trastorno como son el estado de ánimo triste y la baja autoestima que sufre el niño.

En el mismo se describen los aspectos más relevantes del trastorno como es su definición, su sintomatología, clases, diagnóstico, recursos para el diagnóstico, técnicas de evaluación, tratamiento y evolución.

Así mismo, se hace referencia al Maltrato Intrafamiliar como causa en este caso de depresión infantil, se ha hecho referencia a su definición, sus clases, causas y consecuencias y se lo tomado como el origen los conflictos adyacentes como son la baja autoestima, la ansiedad generalizada, los miedos y temores que siente el niño al haber atravesado a tan corta edad esta serie de conflictos que han marcado su personalidad.

## **Abstract**

The present work takes as an object the study of the Infantile Depression in a child who has suffered mistreatment intrafamiliar, his diagnosis and later the accomplishment of Therapy Cognitive Behavioral to treat the most critical symptoms of the disorder since it are the sad state of mind and the fall he auto thinks that the child suffers.

In the same one the most relevant aspects of the disorder are described since it is his definition, his symptomatology, classes, diagnosis, resources for the diagnosis, technologies of evaluation, treatment and evolution.

Likewise, one refers to the Mistreatment Intrafamiliar as reason in this case of infantile depression, one has referred to his definition, his classes, reasons and consequences and the taken like the origin the adjacent conflicts since it are the low auto esteem, the widespread anxiety, the fears and dreads that the child feels on having had crossed to so short age this series of conflicts that have marked his personality.

# **CAPÍTULO 1**

## **DEPRESIÓN INFANTIL**

### **Introducción**

La depresión Infantil es un tema muy importante a estudiar ya que desde que los niños nacen están propensos a una serie de estímulos y circunstancias que pueden generar conflictos en su personalidad.

Las mismas relaciones con la familia en muchos casos pueden generar estados depresivos debido a la disfuncionalidad parental, casos de migración, etc.

La depresión es a nivel mundial es uno de los trastornos que mayor número de niños sufren y que con sus diferentes manifestaciones como autoestima baja, bajo rendimiento escolar, aislamiento y aún conductas suicidas es necesario conocer su definición, sus causas, consecuencias y tratamientos posibles.

Así mismo es recomendable un tratamiento asertivo y oportuno para evitar que el trastorno se perennice en el futuro.

# I. DEPRESIÓN INFANTIL

## 1.1. Antecedentes

En la vida, todos alguna vez nos sentimos tristes o melancólicos, es decir deprimidos por alguna situación que va mas allá de lo que nosotros como Individuos podemos manejar, lloramos, estamos ansiosos, preocupados, sentimos culpa, etc.

Durante años, en psicología y psiquiatría, se pensó que los niños no podían presentar el mismo tipo de sintomatología depresiva que los adultos, por lo que no se podía hablar de Depresión Infantil como un trastorno definido, de hecho se creía que los niños no podían deprimirse, ya que el desarrollo cognitivo infantil no parecía lo suficientemente avanzado como para hablar del trastorno. Los rasgos depresivos que presentaban los niños se consideraban como parte del desarrollo ó como simples estados de ánimo que pasarían sin ningún problema ni trascendencia.

Entre los primeros estudios realizados en la Psicología Aplicada en los cuales se estudia la depresión en niños cuentan los nombres de Akerson(1942); Spitz (1945); y Bowlby(1951); entre otros.

En 1971 cuando se celebró el IV Congreso de Unión de Países, psiquiatras europeos, trabajaron ideas acerca del trastorno de depresión infantil y adolescente, y se validaron los criterios diagnósticos.

## 1.2. Etimología

De acuerdo con su etimología la palabra “*Depresión*” deriva del vocablo latín “*depressio*” cuya traducción literal es *hundimiento*, sensación bastante cercana a la que tiene los deprimidos de estar en el fondo de un pozo negro.

Y la palabra “*infante*” se deriva del latín *infantis* la cual empieza con la partícula *in* de negación y después el principio del verbo *for. faris* que es *habla* cuya traducción literal es *el que no habla*. Así se le empezó a llamar a los niños pequeños cuando todavía no hablan.

### 1.3. Definición

La depresión se define como un desorden caracterizado por una alteración en el estado de ánimo, acompañada de cambios en el comportamiento, a nivel escolar, en el hogar o la comunidad. La condición depresiva persiste e interfiere con las capacidades y acciones de la persona.

### 1.4. Criterios diagnósticos de la Depresión Infantil según el DSM IV

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

En la práctica actual según el DSM-IV, se considera que para que un niño sea diagnosticado con un Trastorno Depresivo Mayor, debe tener al menos 5 de los siguientes 9 síntomas, con una duración de 2 semanas:

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

La depresión infantil se manifiesta de distintas maneras:

### 1.5. Factores predisponentes a la Depresión Infantil

Hay una serie de factores que pueden favorecer la depresión infantil:

- **Acontecimientos estresantes.** Reiteración de experiencias de fracaso. La ansiedad que acompaña estos acontecimientos pueden provocar un estado de indefensión.

- **Hospitalización crónica.**
- **Conflictos familiares.** Separación, disputas, enfermedades crónicas de algún miembro, inestabilidad en la convivencia familiar...
- **Carácter autoritario o permisivo de los padres.**
- **Escuela: fracaso escolar.** El bajo rendimiento puede ser causa pero también síntoma de depresión.

## **1.6. Etiología de la Depresión Infantil**

La depresión infantil ha sido asociada a diversos factores predisponentes como los Biogénéticos, psicológicas y psicosociales.

### **1.6.1. Factores biogénéticos**

Según este modelo actuales, en la génesis de la depresión participan factores biológicos en los que se incluyen la disfunción del sistema neuroendocrino (aumentan los niveles de Cortisol y disminuye la hormona de crecimiento), por una disminución de la actividad de serotonina (neurotransmisor neuronal) y por efecto de la herencia (caso de padres depresivos).

### **1.6.2. Teorías psicológicas**

#### **1.6.2.1. Psicoanálisis**

Freud diferenció las reacciones depresivas normales, melancolía, de aquellas reacciones depresivas debidas a la pérdida de un ser querido, duelo.

En el duelo se produce una reacción de dolor y una sensación de vacío ante el mundo, pero sin una disminución de la autoestima.

La melancolía se caracteriza por los autoreproches excesivos y una disminución extraordinaria de la autoestima, una hipercrítica hacia sí mismo que en realidad se dirige hacia otros objetos.

#### **1.6.2.2. Conductismo:**

Probablemente la depresión sea debida a una disminución de los reforzadores contingentes con la conducta. Pero esto parece más un efecto que una causa.

**1.6.2.3. Teoría del Desarrollo** Según este enfoque la depresión infantil ocurre cuando en el desarrollo hay una falta de organización e integración de habilidades sociales, cognitivas o emocionales que influyen la resolución exitosa de las tareas de desarrollo más importantes.

#### **1.6.2.4. Modelo de la indefensión Aprendida (Seligman)**

Está basado en la idea de que el niño, se siente indefenso y deprimido cuando percibe que los eventos en su contexto son incontrolables e independientes de las respuestas emitidas por él, es decir, la exposición del niño a eventos incontrolables produce en él expectativas de falta de control de la situación. Estas expectativas de no control, originan los déficit motivacionales, cognitivos y conductuales característicos de la depresión.

La Teoría de la Atribución defiende que, el niño depresivo atribuirá a causas externas, (inestables y específicas) un evento positivo, mientras que cuando se trate de un evento negativo las causas serán internas. Estas atribuciones, son las que hacen que sus expectativas sean vistas por el sujeto como incontrolables.

#### **1.6.2.5. Cognitivismo**

**1.6.2.5.1. Indefensión:** estas conductas depresivas se desarrollan sólo cuando el hombre no tiene esperanza de controlar nunca las situaciones adversas en las que se encuentra.

#### **1.6.2.5.2. Modelo Cognitivo de Beck**

La Depresión surge en aquellos individuos que poseen una visión deformada de la realidad. Esta visión errónea se basa en presupuestos que impregnan y condicionan su percepción de la realidad.

Estas personas poseen unos esquemas distorsionados de la realidad que fácilmente se activan ante sucesos estresantes.

Esos esquemas generan lo que se llama la triada cognitiva y producen emociones indeseables. La causa de las depresiones son las ideas, pensamientos y creencias específicas que los depresivos tienen sobre el mundo y sobre sí mismos.

### **1.6.3. Factores psicosociales**

Desde el momento del nacimiento, o quizás antes, todo niño está sometido a un sin fin de estímulos, que forman parte de nuestro complejo entorno social.

Muchos de ellos pueden generar angustia y/o depresión en el nuevo ser en desarrollo. De esta forma existe una relación entre los sucesos estresantes de la vida y la depresión clínica.

Otro factor importante es la familia encargada de mantener el equilibrio de sus miembros en los niveles sociales, biológicos y psicológicos idóneos. La familia es el entorno más inmediato del niño, el apego entre madre e hijo, es el vehículo de una adecuada integración social y personal, que más tarde se vuelve indispensable para el normal desarrollo del niño y de las buenas relaciones con los padres.

La posición que se ocupa entre los hermanos tiene una fuerte influencia sobre la depresión. Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y auto eficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento y el manejo adecuado de la frustración.

Se ha detectado que los eventos vitales más significativamente asociados a la depresión infantil son la muerte de familiares cercanos como los padres, hermanos, abuelos, tíos y primos o mascota, la separación o divorcio de los padres, padre ausente, maltrato físico y/o verbal por parte de algún familiar cercano, abuso sexual y familia disfuncional.

En la actualidad se admite una compleja interacción de distintos factores biogénéticos como psicosociales que sirven de base para la aparición de las distintas conductas normales y patológicas.

## 1.7. Sintomatología de la Depresión Infantil según la edad

<p>Menores de 7 años</p> 	<p>El síntoma de presentación más frecuente, es la ansiedad. Manifiestan irritabilidad, rabietas frecuentes, llanto inmotivado, quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales), pérdida de interés por los juegos habituales, cansancio excesivo o aumento de la actividad motora y abulia. También pueden presentar un fracaso en alcanzar el peso para su edad cronológica, retraso psicomotor o dificultad en el desarrollo emocional.</p> <p>En niños pequeños, el trastorno depresivo mayor se asocia con frecuencia con los trastornos de ansiedad, las fobias escolares y los trastornos de eliminación (encopresis, enuresis).</p>
<p>Niños de 7 años a edad puberal</p> 	<p>Los síntomas se presentan fundamentalmente en tres esferas:</p> <p>a) <b>esfera afectiva y conductual</b>: irritabilidad, agresividad, agitación o inhibición psicomotriz, astenia, apatía, tristeza, y sensación frecuente de aburrimiento, culpabilidad y en ocasiones ideas recurrentes de muerte.</p> <p>b) <b>esfera cognitiva y actividad escolar</b>: baja autoestima, falta de concentración, disminución del rendimiento escolar, fobia escolar, trastornos de conducta en la escuela y en la relación con sus iguales.</p> <p>c) <b>esfera somática</b>: cefaleas, dolor abdominal, trastornos del control de esfínteres, trastorno del sueño (insomnio o hipersomnia), no alcanzar el peso para su edad cronológica y disminución o aumento del apetito</p>
<p>Adolescentes</p> 	<p>Los síntomas son semejantes a los de la edad puberal, y aparecen más conductas negativitas y disociales, abuso de alcohol y sustancias, irritabilidad, inquietud, mal humor y agresividad, hurtos, deseo e intentos de fugas, sentimientos de no ser aceptado, falta de colaboración con la familia, aislamiento, descuido del aseo personal y autocuidado, hipersensibilidad con retraimiento social, tristeza, anhedonia y cogniciones típicas (autorreproches, autoimagen deteriorada y disminución de la autoestima). En ocasiones pueden tener pensamientos relativos al suicidio.</p> <p>Es frecuente que el trastorno depresivo se presente asociado a trastornos disociables, trastornos por déficit de atención, trastornos de ansiedad, trastornos por abuso de sustancias y trastornos de la conducta alimentaria.</p>

## **1.8. Clasificación de los trastornos depresivos en la Infancia**

En la infancia hay que examinar las limitaciones cognitivas y afectivas en diversos estudios del desarrollo y como estos modifican la expresión y experiencia de las emociones en general.

McConville postula tres tipos de depresión infantil:

**1.8.1. Depresión Afectiva:** Se caracteriza por expresiones de tristeza, indefensión y desesperanza. Se da más frecuentemente entre los seis y ocho años.

**1.8.2. Depresión de Autoestima Negativa:** Es más frecuente a partir de los ocho años.

Estos sentimientos eran consecuencia de ideas fijas acerca de una autoimagen negativa. Es por el resultado de experiencias directas y repetibles de pérdida.

**1.8.3. Depresión con sentimiento de Culpa:** Se consideraban a sí mismos más negativamente y pensaban que estarían mejor muertos, para reunirse con la persona fallecida o porque se habían portado mal.

## **1.9. Evaluación de los síntomas concretos del Síndrome Depresivo en la Infancia**

**1.9.1. Humor deprimido.-**Para averiguar el estado de ánimo del niño se le puede preguntar: ¿Cómo te sientes?, ¿Te sientes triste por dentro y estás así la mayor parte del tiempo? La evaluación de la duración y la periodicidad del humor depresivo deber ser precavida para poder diferenciar períodos largos o cortos de tristeza a un verdadero estado depresivo.

**1.9.2. Culpabilidad excesiva.-** Sentirse culpable de cosas que obviamente no son responsabilidad del niño, sentir que deberían castigarle más de lo que lo hacen.

**1.9.3. Anhedonia.-** Es decir una completa carencia de placer e interés en todas las actividades de la vida del niño. ¿Pensas que lo pasas mejor o peor que tus amigos?, ¿Te diviertes con ellos igual que lo hacías antes?.

**1.9.4. Ideación y conducta suicida.-** Hay que valorar directamente con el niño ya que en muchas ocasiones los padres ignoran los pensamientos, planes o conductas

suicidas de sus hijos. El niño es la mejor fuente de evaluación de estos síntomas. En muchos casos inducir al niño a hablar de esto permite que se sienta aliviado.

**1.9.5. Cambios en los patrones de sueño.-** Las dificultades más comunes pueden ser: Conciliar el sueño, despertar intermitente, despertar matutino temprano, aumento del tiempo para dormir y sensación de no haber descansado. El síntoma que se describe con mayor frecuencia es la dificultad para conciliar el sueño. El niño permanece como mínimo una hora en la cama sin dormir después de haber decidido acostarse.

**1.9.6. Cambios en el apetito.-** Se debe diferenciar de la anorexia. Hay que centrarse en la pérdida del apetito tomando en cuenta como era la alimentación antes de la depresión.

**1.9.7. Dificultad para concentrarse.-** Se tomará en cuenta la información otorgada especialmente por el maestro; sin embargo las quejas de cansancio y fatiga son un buen indicador del trastorno. Suelen decir que se encuentran cansados o fatigados por la mañana y menos a lo largo del día.

**1.9.8. Agitación o lentitud psicomotora.-** Incapacidad para permanecer quieto y el desarrollo de hábitos diferentes constituyen los signos más frecuentes de la agitación psicomotora en los niños; así como el letargo en la actividad psicomotora.

Síntomas psicóticos.- Mientras que las ilusiones se basan en estímulos reales y no son motivos de angustia los delirios son fantasías más elaboradas y sin un estímulo real. Hay que discriminar los tipos de delirios que pueden ser de persecución, de culpa, pecado, etc.

**1.9.9. Cogniciones distorsionadas.-**Las actitudes disfuncionales son creencias que establecen condiciones poco realistas, inflexibles e inadecuadas para determinar la propia valía que favorecen la aparición de la depresión porque es muy fácil que los acontecimientos normales de la vida diaria obstaculicen los intentos del niño por cumplir tales condiciones, de forma que estas actitudes facilitan que tales acontecimientos cotidianos se vivan como estresantes y que conduzcan a pensamientos negativos y distorsionados sobre uno mismo, el mundo y el futuro (“soy un inútil”) o, lo que es lo mismo, a una baja autoestima, indefensión y pesimismo, lo que a su vez provocará el resto de síntomas depresivos.

Igualmente, la tendencia a pensar que la causa de todos los acontecimientos negativos que les ocurren está en ellos mismos, que esa causa afectará a todo lo que hagan y que no cambiará (estilo atribucional depresivo; p. ej., “me han suspendido en “mates” por mi culpa, porque soy un torpe y todo me sale mal y nunca podré aprobar nada”), facilita que, cuando tales acontecimientos suceden, provoquen desesperanza e indefensión y, por ende, depresión.

Finalmente, un déficit en el repertorio de conductas que los niños necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas, favorece que el niño no sea capaz de afrontar, resolver y adaptarse a los cambios negativos que implican los acontecimientos estresantes y que, por tanto, el estrés perdure, se intensifique, y que se desencadene una depresión incluso ante un estrés inicialmente muy leve. En este sentido, numerosas investigaciones han demostrado que los niños deprimidos presentan un déficit de habilidades sociales y, de hecho de la aparición posterior de depresión (Kupersmidt y Patterson, 1991).

#### **1.10. Lineamientos para la evaluación de la Depresión Infantil**

Para la evaluación de conductas interiorizadas, se utilizan pruebas de lápiz y papel que pueden ser entrevistas estandarizadas, inventarios, escalas, cuestionarios, test pictóricos y otros.

Las pruebas de lápiz y papel, se utilizan a partir de los seis años, que es la edad normal de inicio de la lectura y escritura; sin embargo se debe siempre asegurarse de que la prueba resulte comprensible para el niño.

La primera recopilación de datos se realizará en el entorno del niño, padres, familiares cercanos, maestros, amigos o compañeros. Se utilizará la entrevista semiestructurada, así como los cuestionarios, escalas ó inventarios que se consideren necesarios y la Historia Clínica en donde se recogerá información sobre antecedentes patológicos del niño y de los padres.

En el presente estudio de caso se efectuó la valoración con la Escala de Depresión Infantil de M. Kovacs, el Early Childhood Inventory (ECI), Inventario de Frases Abuso y Maltrato Infantil y los test proyectivos como Familia y HTP.

En cuanto a la conducta manifiesta del niño se realizó la observación de la conducta manifiesta así como el registro de conductas y la aplicación del juego infantil.

Para evaluar se debe tomar en cuenta algunos factores como el nivel de desarrollo del niño, su grado de madurez intelectual, su labilidad emocional y el carácter interiorizado de la conducta deprimida.

La entrevista a los padres es un instrumento importante de recolección de datos, tanto del niño deprimido como de la familia, así también a los maestros y compañeros de clase.

Para la evaluación y detección de la Depresión Infantil se deben usar escalas estandarizadas como el Inventario de Kovacs.

En la evaluación es importante la exploración de la expresión facial y conducta motora, adaptación social (tanto con padres, amigos y maestros), ejecución de tareas, estrategias de resolución de problemas, concepto de sí mismo, del mundo y la motivación, expresión afectiva y estado de ánimo.

La entrevista empezará con los padres; sin embargo, hay síntomas que tendrán más validez de lo que nos diga el niño que de lo que digan los padres.

Las escalas de evaluación están diseñadas para que las conteste el paciente pero también para que las rellenen personas significativas de la vida del niño. Estas pueden tener limitaciones especiales cuando se administran a los niños más pequeños dadas las variables lingüísticas y cognitivas.

El clínico debe comprobar el grado de acuerdo entre el niño y los padres. Si las razones del desacuerdo no son evidentes, es útil enfrentar al niño con el informe de los padres y preguntarle porque cree que han respondido de forma diferente. Si persiste el desacuerdo clarificarlo juntos.

### **1.11. Lineamientos para el tratamiento de la Depresión Infantil**

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

Se debe tener en cuenta la participación de los padres y realizar intervenciones hacia en entorno del niño (familiar, social y escolar).

Una de las psicoterapias más acertadas en el tratamiento de la depresión infantil es la Terapia Cognitivo Conductual, que se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo que le rodea y del futuro. Tales

distorsiones contribuyen a su depresión y puede identificarse y tratarse con esta técnica.

Defiende que la depresión está producida por estilos particulares de pensamiento que incluyen una visión negativa acerca de sí mismo, del mundo y de su futuro.

Además en los esquemas y pensamientos depresivos, se encuentran contenidos una serie de errores cognitivos:

- Interferencia arbitraria
- Abstracción selectiva.
- Sobregeneralización.
- Maximización y minimización.
- Personalización.
- Pensamiento dicotómico

### **1.12. Conclusiones**

En este capítulo se ha podido estudiar los diversos criterios que forman el trastorno depresivo.

Que la depresión etimológicamente es un hundimiento de la persona y en este caso del niño que la padece, que su principal síntoma es el ánimo triste que domina los otros estados de ánimo del niño, que sus causas pueden ser de diversa índole como lo es genética cuando en la familia ha habido ya antecedentes de depresión, por circunstancias ambientales como un divorcio de los padres, un duelo, un alejamiento de personas que lo cuidan, etc.

También nos damos cuenta que puede ser un causas psicosociales como lo son las faltas de reforzadores sociales o por una falta de organización de habilidades sociales, cognitivas o emocionales, otra teoría dice que la depresión es el producto de una visión deformada que tienen del mundo y de sí mismos.

## **CAPÍTULO II**

### **MALTRATO INFANTIL**

#### **Introducción**

En este capítulo se tratará sobre el maltrato infantil, este es un tema muy actual e importante debido a la gran cantidad de casos que surgen cada día en todos los ámbitos de la sociedad y de las diversas consecuencias y al tratarse de una relación familiar mal estructurada.

Es un tema muy delicado ya que esta inmiscuida la familia que en términos normales sería quien propina los cuidados y afecto que el niño necesita en lugar de golpes y violencia física y emocional.

En este capítulo se estudian las causas, consecuencias y riesgos de este tipo de relación disfuncional que cada día es más común; así como la mal entendida disciplina dentro del hogar.

## II. MALTRATO INFANTIL



*"Detrás de un niño maltratado hay siempre una persona que daña y otra que calla..."*

### **2.1. Definición de Maltrato Infantil**

Para la "OMS " (Organización Mundial de la Salud), el abuso ó maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para su salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño o niña en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder".

### **2.2. Clases de Maltrato infantil**

**2.2.1. Maltrato psicológico ó emocional:** Ocasiona perturbación emocional, alteración psicológica o disminución de la autoestima en el menor agredido. Incluye las amenazas de causar un daño en su persona o bienes o en los de sus progenitores, u otros parientes o personas encargadas de su cuidado. Es el daño que de manera intencional se hace contra las actitudes y habilidades de un/a niño/a, afectando su autoestima, su capacidad de relacionarse, expresarse y sentir, deteriorando su personalidad, socialización y desarrollo emocional. Es el tipo de maltrato más difícil de definir y detectar, ya que las secuelas en la conducta y en el aspecto psicológico del

maltratado/da no son específicas. La intencionalidad también es difícil de demostrar, dadas la ambigüedad de las situaciones, las creencias y la confusión por parte de los adultos al justificar su comportamiento ante la rebeldía o desobediencia del menor.

El maltrato psicológico ocurre:

- . Al ignorar al niño/niña, como si no existiera para sus padres o cuidadores.
- . Cuando hay rechazo por los adultos a las necesidades, valores y solicitudes del menor.
- . Si se aísla al niño/a de su familia y/o comunidad y del contacto humano.
- . Al exponer al menor a ataques verbales y amenazas, en un clima de miedo, hostilidad y ansiedad.
- . Si se da agresión verbal, o se acostumbra llamar al niño/a de manera áspera y sarcástica.
- . Cuando hay presión o constante exigencia para alcanzar un desarrollo rápido y logros a nivel que no corresponde con el desarrollo neurológico ni mental, de tal forma que el menor siente que nunca será suficientemente bueno.
- . Si el niño/a está expuesto a situaciones que transmiten y refuerzan conductas destructivas y antisociales: es la corrupción.

**2.2.2. Maltrato físico:** Es toda forma de agresión no accidental infringida al menor por el uso de la fuerza física, produciendo lesiones severas (quemaduras, hematomas, fracturas, envenenamientos u otros que pueden causar la muerte) o traumas físicos menores (provocados por palmadas, sacudidas, pellizcos o similares que no constituyen un riesgo sustancial para la vida). Los traumatismos craneales, quemaduras extensas y traumas viscerales son la causa más frecuente de muerte por maltrato.

Las lesiones físicas provocadas tienen características diferentes en localización, forma y color que las producidas de forma fortuita.

El castigo físico es utilizado por muchos padres como método disciplinario, pero su uso regular se considera maltrato pues afecta al desarrollo, dignidad y autoestima.

**2.2.3. Abuso sexual:** Es la satisfacción sexual por parte de un adulto utilizando un niño ó niña. Algunas de sus formas son: manipulación del menor con fines pornográficos, someterlo a que observe actitudes sexuales, hablar sobre temas obscenos, mostrar o tocar genitales y penetración sexual (violación o incesto En la

mayoría no hay actos físicamente violentos, ya que el agresor usa promesas o amenazas para someter a la víctima.

El abuso sexual se debe distinguir de las actividades sexuales normales de los niños como juegos sexuales o exploratorios, masturbación, caricias o tocamientos genitales entre niños/as que se encuentran en el mismo estadio de desarrollo madurativo. El abuso sexual se produce cuando estas actividades tienen como finalidad la satisfacción de las necesidades del agresor y ocurren entre un niño/a y un adulto/a o adolescente, que por su edad o desarrollo tiene con el menor una relación de responsabilidad, confianza o poder.

**2.2.4. Explotación:** Es la utilización de menores en trabajos u actividades en beneficio de otros, que van en detrimento de la salud física y mental del menor, de su educación o de su desarrollo espiritual, moral o socio-económico.

**2.2.5. Maltrato institucional:** Es el cometido por un servidor de una institución pública o privada, como resultado de la aplicación del reglamento, prácticas administrativas o pedagógicas aceptadas expresa o tácitamente por la institución. Puede darse en orfanatos, casas de acogida, escuelas, guarderías, etc.

### **2.3. Causas del Maltrato Infantil**

Entre las causas del maltrato infantil tenemos:

- Violencia intrafamiliar.
- Sociedad machista.
- Disfunciones conyugales.
- Marginalidad.
- Falta de empleo.
- Falta de educación.
- Vínculo filial indeseado.
- Estrés.
- Necesidades básicas insatisfechas.
- Autoritarismo.
- Padres con desordenes psicológicos o psiquiátricos.
- Alcoholismo y drogadicción.

- **2.3.1. La Teoría etiopatogénica**

Hoy en día es la que mejor explica el fenómeno del maltrato infantil.

Este es un modelo integral que abarca la existencia de diferentes niveles que están encajados unos dentro de otros interactuando entre sí.

Según este modelo coexisten factores compensatorios que se encuentran disminuidos como: armonía marital, apego a los hijos, condiciones económicas positivas, satisfacción personal; frente a un incremento de los factores estresores (historia familiar de abuso, baja autoestima, trastornos psíquicos y psicológicos, farmacodependencia, alcoholismo, hijos no deseados, falta de estabilidad económica, etc.); los mismos que actuarían desencadenando respuestas agresivas entre los miembros de la familia.

## **2.4. Consecuencias del maltrato infantil en niños y adolescentes**

- Conductas autoagresivas.
- Fugas de la casa.
- Hiperactividad.
- Aislamiento.
- Bajo rendimiento escolar.
- Delincuencia juvenil.
- Abuso de drogas y alcohol.
- Miedo generalizado.
- Depresión.
- Rechazo a sí mismo.
- Culpa.
- Vergüenza.
- Problemas Interpersonales.

## **2.5. Riesgos**

El maltrato es un problema social cuyos riesgos son muy altos ya que en muchos casos los niños han muerto por golpes, quemaduras, contusiones cerebrales, etc.

El maltrato continúa de una generación a otra. De modo de que un niño que hoy es maltratado tiene un alto riesgo de ser un maltratador cuando sea adulto.

## **2.6. Indicadores de maltrato infantil**

### **2.6.1. Físicos:**

- Magulladuras o hematomas en el rostro.
- Fracturas.
- Heridas o raspaduras en boca, labios, encías, ojos, genitales externos, parte posterior de los brazos, piernas y dorso.
- Lesiones abdominales, dolor localizado, vómito constante.
- Mordedura humana con medidas de adulto (más de 3 cms. entre caninos).
- Intoxicación por sustancias químicas (medicamentos).
- Ausentismo escolar relacionado con la lesión.
- Vestimenta inadecuada que oculta la lesión.

### **2.6.2. Indicadores psicológicos y emocionales**

- Cansancio, apatía permanente.
- Cambio significativo en la conducta escolar sin motivo aparente
- Conductas agresivas y/o rabietas severas y persistentes.
- Relaciones hostiles y distantes.
- Actitud hipervigilante (en estado de alerta, receloso,...)
- Niño que evita ir a casa (permanece más tiempo de lo habitual en el colegio, patio o alrededores).
- Tiene pocos amigos en la escuela.
- Muestra poco interés y motivación por las tareas escolares
- Después del fin de semana vuelve peor al colegio (triste, sucio, etc.)
- Presenta conductas antisociales: fugas, vandalismo, pequeños hurtos, etc.
- Intento de suicidio y sintomatología depresiva
- Regresiones conductuales (conductas muy infantiles para su edad)



### **2.6.3. En los Padres y/o Cuidadores**

- Parecen no preocuparse por el niño.*
- No acuden nunca a las citas y reuniones del colegio.*
- Desprecian y desvalorizan al niño en público.
- Sienten a su hijo como una "propiedad"
- Expresan dificultades en su matrimonio.
- Recogen y llevan al niño al colegio sin permitir contactos sociales.
- Los padres están siempre fuera de casa.
- Compensan con bienes materiales la escasa relación personal afectiva que mantiene con sus hijos.
- Abusan de sustancias tóxicas (alcohol y/o drogas).
- Trato desigual entre los hermanos.
- No justifican las ausencias de clase de sus hijos.
- Justifican la disciplina rígida y autoritaria.
- Ven al niño como malvado y siempre es el niño quien hace las cosas mal.
- Ofrecen explicaciones ilógicas, contradictorias no convincentes o bien no tienen explicación.
- Habitualmente utilizan una disciplina inapropiada para la edad del niño.
- Son celosos y protegen desmesuradamente al niño.

### **Conclusiones:**

En este capítulo podemos observar las diferentes circunstancias que llevan al maltrato infantil como son la falta de educación, las carencias personales, las malas relaciones de pareja, etc. y son los niños quienes sufren las principales riesgos al no poder defenderse de los abusos de los mayores.

Se observa que uno de los mayores riesgos de este problema, es que los niños aprenden a relacionarse de un modo erróneo y ven como normal esa forma de manifestar sus emociones y al llegar a la edad adulta ellos también se convierten en agresores.

## **CAPITULO III**

### **ESTRATEGIAS Y RECURSOS**

#### **Introducción**

En el presente capítulo se realiza una descripción de los métodos y recursos para evaluar y luego poder realizar el diagnóstico de la Depresión Infantil.

Se pretende dar a conocer las generalidades de cada uno de los recursos y técnicas utilizados y cual es su objetivo dentro del diagnóstico clínico, que es lo que evalúan los distintos inventarios y escalas y que es lo que nos aportan los test de orden proyectivo en cuanto a la personalidad profunda del niño..

Asimismo se describen las distintas técnicas como la Entrevista y la Historia Clínica que están enfocadas en recopilar información importante para la historia del paciente y su tratamiento posterior.

### **III. ESTRATEGIAS Y RECURSOS**

Las estrategias y recursos utilizados para el diagnóstico de la Depresión Infantil con los que se ha trabajado han sido:

#### **3.1. Historia Clínica**

Mediante este recurso se obtiene información valiosa del paciente sobre su motivo de consulta, sus antecedentes de filiación, embarazo, parto, primera infancia, enfermedades, escolarización, hábitos, relaciones familiares, etc.

#### **3.2. Entrevista Clínica**

Se la utiliza en la evaluación conductual e implica:

Evaluar

Tratar

El objetivo es identificar las conductas problema y la naturaleza o ambientales en donde se desarrollan. Se centra en el momento actual.

Al inicio se recomienda preguntas abiertas y luego más estructuradas.

#### **3.3. Early Childhood Inventory ECI**

Es un cuestionario basado en los criterios de DSM IV para la valoración de los síntomas emocionales y conductuales como déficit de atención con o sin hiperactividad, conducta oposicionista, ansiedad, trastornos de adaptación social, trastornos de sueño, trastornos por estrés postraumático, trastorno del estado de ánimo; etc.

Consta de 108 ítems distribuidos en dos versiones, una para padres y otra para maestros.

La puntuación de este cuestionario se hace determinado si el síntoma ocurre con la suficiente frecuencia como para que sea considerado parte de un trastorno

#### **3.4. Inventario de Depresión Infantil de M. Kovacs**

Es un cuestionario de 27 preguntas para evaluar depresión Infantil. Es una serie de preguntas valoradas de 0, 1 o 2 puntos y de acuerdo a los puntos acumulados se clasifican los diferentes estados de depresión infantil.

##### **3.4.1. Administración de la escala de Depresión de Kovacs.**

Se le deben leer las tres oraciones al niño, para que éste escoja la que mejor describa cómo él se siente. Las instrucciones vienen al inicio del protocolo.

## **Forma de Calificación de la Escala de Depresión Infantil de Kovacs para niños y niñas de 8 a 13 años.**

### **Baremo**

Puntaje Oscila entre 0 y 54

Niños normales: Puntajes de 6 o menos puntos.

Niños con Depresión Leve: de 7 a 13 puntos

Niños con Depresión Moderada de 14 a 19 puntos

Niños con Depresión Severa: Mas de 20 puntos.

Los ítems más críticos a tomar en cuenta en la depresión severa son:

4, 7, 9, 10, 13, 24 en el factor de depresión

1 y 15 en la falta de entusiasmo, depresión enmascarada bajo poco entusiasmo.

20,23, 25 y 26 en la caída de las relaciones interpersonales.

**Importante:** si obtiene más de 4 ítems severos, se recomienda tomar contacto con alguno de sus padres y/o la maestra para un monitoreo más cercano de la depresión.

Si los allegados concuerdan con lo severo de la depresión es urgente referir al especialista en salud mental más cercano.

Factor 1° = depresión: Ítems 2, 4, 5, 7, 9,10, 13,16,18,21, y 24

Factor 2° = falta de entusiasmo: Ítems: 1, 3, 6, 8, 12, 15, 17 y 19

Factor 3° = dificultades en las relaciones interpersonales: Ítems 11, 14, 20, 22, 23, 25, 26 y 27.

31

Síntomas a observar en un depresión severa:

- tristeza o estado de ánimo depresivo}
- pobre concepto de sí mismo
- auto-culpa,
- auto-desprecio,
- auto-desaprobación,
- poco interés en las relaciones interpersonales o actividades sociales.

### **3.5. H.T.P.**

El test de la casa/árbol/persona es un test proyectivo basado en la técnica gráfica del dibujo, a través del cual se realiza una evaluación global de la personalidad del niño, su estado de ánimo, emocional, etc. La realización de dibujos es una forma de lenguaje simbólico que ayuda a expresar de manera inconsciente los rasgos más

íntimos de la personalidad.

Con los dibujos recreamos cuál es la manera de vernos a nosotros mismos, así como la forma que verdaderamente nos gustaría ser. Cada dibujo constituye un autorretrato proyectivo a diferente nivel: Con el test HTP se pueden determinar diversos aspectos de la personalidad y el estado de ánimo: Con el dibujo de la persona realizamos una autoimagen muy cercana a la conciencia, incluyendo los mecanismos de defensa que utilizamos en la vida cotidiana. En el dibujo de la casa proyectamos nuestra situación familiar y con el del árbol el concepto más profundo de nuestro Yo.

Es un test muy valioso por el hecho de poder aplicarse a personas de todas las edades, desde niños a adultos.

Los dibujos son expresión de aquello que el niño siente, constituye una de las muchas formas del lenguaje simbólico, que moviliza niveles relativamente primitivos de la personalidad. Las personas tienden a expresar en sus dibujos, una visión de sí mismos tal como son o tal como les gustaría ser

### **3.6. Inventario de Frases Abuso y Maltrato Infantil**

Este inventario tiene como objetivo constituirse en una prueba cualitativa que ayude en el psicodiagnóstico y tratamiento de niños que han sido víctimas de maltrato y abuso infantil.

Esta prueba ha sido confeccionada a raíz de las expresiones verbales más comunes recogidas en el trabajo clínico con niños que habían sufrido maltrato y abuso infantil y se convierte en una forma más efectiva de expresar ciertos aspectos que los niños no pueden expresar fácilmente por sí solos.

Este inventario consta de 56 ítems valorados con respuestas de Si o No y una columna de observaciones para anotar las reacciones del niño.

Esta prueba evalúa cinco aspectos esenciales:

#### **3.6.1 . Trastornos físicos:**

- quejas somáticas
- enuresis.

### **3.6.2. Trastornos del comportamiento:**

- Introversión
- Agresión
- Acting out: robar, mentir, fugas, etc.
- Dificultades en el control de impulsos.

### **3.6.3. Trastornos emocionales:**

- Culpa.
- Miedos
- Vergüenza.
- Depresión.
- Anestesia Emocional.
- Baja autoestima.

### **3.6.4. Trastornos Cognitivos:**

- Distorsión de la percepción.
- Fallas de memoria.
- Disminución del rendimiento escolar.
- Disociación.

### **3.6.5. Trastornos Sociales:**

- Retraimiento social.
- Aislamiento.
- Estigmatización.
- Conflictos Familiares.
- Seudomadurez.
- 

**3.6.6. Calificación:** La evaluación se la realiza comparando las respuestas del niño con la clave.

De los 46 ítems (exceptuando los 10 de distractores) si coinciden con la clave en un número mayor del 50%, se debe indagar sobre la posibilidad de que el niño evaluado este sufriendo realmente una situación de maltrato.

De acuerdo a los resultados más altos se tendrá una visión clara de cuales son los ejes que se encuentran más afectados en el niño.

### **3.7. Test de la Familia**

El "*Test del dibujo de la familia*" es un test proyectivo que evalúa fundamentalmente el estado emocional de un niño, con respecto a su adaptación al medio familiar

La interpretación del test de dibujo de familia se realiza en cuatro planos:

- plano gráfico.
- plano de las estructuras formales.
- plano del contenido.
- clase de apego.

El Test proyectivo del dibujo de la familia permite la expresión de tendencias inconscientes de los niños, en cuanto a los sentimientos hacia los suyos y la situación en que se coloca a si mismo en la familia.

Es una herramienta complementaria a las evaluaciones familiares, que permite reconocer ciertas orientaciones psicosociales de su funcionamiento y el de su entorno.

### **3.8. Observación de conductas**

Mediante la observación podemos analizar la conducta del paciente y cuales son sus más emergentes necesidades en cuanto a la mejoría de su estado de ánimo y salud.

Podremos también encaminar de mejor manera la terapia de acuerdo a las necesidades cambiantes del paciente.

### **3.9. Conclusiones**

En este capítulo se ha podido trabajar con distintas técnicas y recursos para obtener el diagnóstico del niño, estas técnicas han sido de mucha utilidad ya que al utilizarlas de forma conjunta se ha podido comprobar de distintas maneras el estado anímico del niño ya sea con los inventarios estandarizados así como con los test proyectivos y con todos ellos en conjunto se ha tenido un diagnóstico más preciso de la situación por la que atraviesa actualmente el niño.

## **CAPÍTULO IV**

### **DIAGNÓSTICO**

#### **Introducción**

En este capítulo se han colocado los diversos resultados de las pruebas aplicadas al niño, las entrevistas, observaciones y material bibliográfico para comparar, calificar y diagnosticar los diversos síntomas que aquejan al niño.

De acuerdo a estos resultados se tendrá una visión más clara y definida del conflicto anímico que sufre y se podrá delimitar y enfocar el tratamiento para el niño para lograr una mejoría en su estado anímico para así trabajando conjuntamente mejorar sus condiciones emocionales.

#### **IV. DIAGNÓSTICO**

Para realizar el diagnóstico del caso de Manuel se utilizaron los siguientes recursos

Historia Clínica

Entrevista

Observación

Test Proyectivos: HTP y Familia.

Inventario de M. Kovacs

Inventario de frases para Maltrato y Abuso Infantil.

Early Childhood Inventory (ECI)

##### **4.1- Antecedentes**

Manuel, (nombre ficticio) tiene 11 años de edad, se encuentra en quinto año de Educación Básica. Desde pequeño el niño ha sufrido frecuentes agresiones de tipo verbal y física por parte de su padre. Estas agresiones también las han sufrido sus hermanos y su madre. Las causas del problema son esencialmente la baja educación e instrucción del padre así como el alcoholismo del cual es víctima; y los escasos recursos económicos de los cuales disponen para buscar otro lugar para vivir.

Según refiere la madre de Manuel (Susana), este es un buen niño, le ayuda en lo que puede en la casa, es muy obediente y cariñoso tanto con ella como con sus hermanos. Él le ayudaba a costear ciertos gastos ya que no le alcanza el dinero, pero lo que es triste es que a veces el padre le quita el dinero para irse a beber.

Su esposo le tiene mucho coraje el niño por ser el más grande y le exige que se haga cargo de los gastos de la casa, le dice que es un vago, que salga a trabajar y que se encargue de cuidar también a los hermanos menores.

Manuel salió de su casa luego de que el padre (José) lo agrediera muy fuertemente. Su abuela y su madre lo dejaron en la casa de acogida Cemisol 1 hasta que puedan conseguir un lugar a donde ir a vivir lejos del padre.

Manuel ingresa al Centro, con claras evidencias de agresiones físicas (moretones en diferentes partes del cuerpo, rasguños, cicatrices, etc.) y emocionalmente se lo ve muy triste, llora con facilidad, presenta sentimientos de culpa, ansiedad, retraimiento y pesimismo.

Los factores críticos a tratar en el caso de Manuel son: Tristeza y baja autoestima.

Como posibles soluciones al conflicto se planteó que Manuel ingrese a Terapia Cognitiva Conductual para tratar de eliminar los sentimientos negativos como la tristeza, el retraimiento, la ansiedad y la baja autoestima reemplazando estos otros más positivos.

#### **4.2. Historia Clínica**

Manuel nace el 23 de julio de 1998 en Déleg, provincia de Cañar, actualmente tiene once años con nueve meses y cursa quinto año de educación básica.

Su madre se llama Susana y tiene 37 años, su nivel de instrucción es primario completo y actualmente se dedica a la agricultura y venta de hortalizas, tiene cuatro hijos de los cuales Manuel es el mayor, le sigue Juana de 9, Luis de 7 y Miguel de cinco años.

El niño ingresa a Cemisol 1 el día 28 de marzo del 2010 tras sufrir una serie de agresiones de orden físico y psicológico por parte del padre quien tiene como profesión albañil y es alcohólico.

La madre cuenta que Manuel fue su primer embarazo y que este no fue deseado, tuvo algunos problemas durante el embarazo por cuanto sufría de anemia y muchos nauseas. El parto se adelanta debido a los esfuerzos del trabajo de agricultura y el niño nace a los ocho meses de gestación por parto normal observándose bajo peso. Respira y llora enseguida de nacer y no presenta mayores problemas.

La madre lo alimenta con leche materna hasta el año y medio de edad.

En cuanto al desarrollo psicomotor el niño controla la cabeza a los dos meses, se sienta a los siete mese, gatea a los diez mese se para al año y camina al año tres meses.

En cuanto al desarrollo del lenguaje su madre dice que balbuceo a los seis meses y empezó a decir sus primeras palabras al año de edad, el control esfinteriano vesical y anal lo realizó a los dos años de edad.

Ha realizado las vacunaciones en el Centro de Salud y refiere que el niño sufrió de Sarampión a los seis años.

En cuanto a traumatismos al año de edad se cayó de la cama y se hizo un fuerte moretón en la frente, a los ocho años se cayó de una peña y se rompió la cabeza por lo que lo llevaron al Hospital.

Ha sufrido persistentemente de gripes, dolores de cabeza, dolor de las piernas, a veces diarrea y dolores de garganta para lo cual ha tomado medicación.

En cuanto al desarrollo de sus hábitos Manuel empezó a comer solo a los dos años, se viste a los tres años y se asea y baña solo desde los cuatro años.

Cortesía/Sociabilidad: Es un niño que muestra un carácter muy tímido y ansioso, no quiere hablar de lo que le ha sucedido y muestra poco interés en relacionarse con otros niños dentro del Centro. Muestra grandes evidencias de angustia y lo único que dice en comienzo es que quiere ir con su madre.

En cuanto a la escolaridad esta comienza a los cinco años en la escuela de Déleg y luego se cambia al trasladarse a vivir en San Joaquín en donde actualmente se encuentra estudiando.

Como antecedentes familiares el padre sufre de alcoholismo al igual que el abuelo paterno quien murió atragantado en el alcohol. El padre ha estado enfermo del hígado y del estómago. La madre ha tenido problemas renales, frecuentes dolores de cabeza.

En las evaluaciones realizadas a Manuel sale con un CI de 105 lo que indica una inteligencia normal, muestra gran ansiedad y retraimiento, poco interés en las relaciones interpersonales, baja autoestima y mucha angustia.

Evaluación realizada por:

---

Ma. Del Carmen Estrella.

### **4.3. Entrevista a la Madre**

La madre del niño (Susana), tiene 37 años de edad, visita a Manuel una o dos veces por semana en el Centro, se muestra colaboradora pero algo nerviosa al hablar de lo que ha sucedido con el niño.

Según nos cuenta el padre del niño es un hombre muy violento a quien ella también teme por haber sufrido en varias ocasiones lesiones por parte de él. y peor aún cuando está bebido, en varias ocasiones ella con sus hijos han tenido que pedir refugio en casa de vecinos o familiares que viven cerca para evitar las agresiones.

Cuenta que ella ha tratado de irse a vivir en otro lado pero que por las amenazas de su esposo no ha concluido sus planes. Su hermana que vive en Machala le quiere llevar para allá para que se separe del esposo.

Al comienzo se muestra temerosa y dice que ella ha tratado de defender a Manuel a igual que a los otros niños pero que no ha podido hacer mucho.

Al parecer siente temor de que se le diga que ella es culpable por no haber hecho más en esta situación.

En cuanto a la entrevista accede de buena manera al indicarle que no tiene ninguna implicación de orden legal, sino que más bien lo es para tratar de comprender que es lo que ha pasado y cual es la mejor forma de ayudar al niño.

### **4.4. Entrevista al Niño**

Nombre: Manuel

Fecha de nacimiento: 23/Julio/1998.

Edad: 11 años, 9 meses.

Escolaridad: Quinto de básica.

Fecha de ingreso: 28 de marzo 2010.

El niño asiste a consulta debido a que se siente muy triste y con constantes deseos de llorar así como con dificultades para relacionarse con otras personas y sentimientos de culpa y claras evidencias de estados de ansiedad

Se muestra muy sensible, temeroso y tímido, no quiere hablar y se encuentra muy nervioso, no quiere asistir a la escuela y se encuentra muy triste al estar alejado de su madre y sus hermanos.

Manuel presenta el estado de ánimo triste, inseguro y vulnerable desde aproximadamente un mes. Su madre cuenta que se debe a los malos tratos de su

padre quien en muchas ocasiones lo golpea e insulta e incluso mete en tanques de agua con la intención de ahogarlo.

El niño frente a las agresiones del padre llora, se queda quieto, baja la cabeza. Luego se encierra y no habla con nadie.

En algunas ocasiones ha huido de la casa pero al no tener a donde ir a regresado a su hogar.

Manuel nos cuenta que es bueno, es colaborador y es responsable con sus hermanos, pero que se lleva muy mal con su padre, especialmente cuando este esta alcoholizado ya que es allí cuando lo golpea y lo quiere matar. Esta información ha sido corroborada por la madre.

Frente a estas situaciones de abuso físico, la madre lo han llevado a donde los vecinos y donde la abuela del niño para que se quede allí, pero esta vez desde la escuela lo remitieron a la casa de acogida. El padre tiene denuncias por maltrato en la Comisaria de la Mujer.

#### **4.5. Interpretación del HTP**

**4.5.1. Casa:** Inadecuación a las relaciones sociales, dificultad para mantener la integración del yo, relaciones emocionales dolorosas, conflictos hogareños, inadaptación, forma de relacionarse ruda, descortés, evasión, aislamiento, problemas en relaciones interpersonales, introversión, inhibición, rechazo al hogar, aislamiento, inaccesibilidad, incomodidad para con quienes vive, inseguridad, tendencia a alejarse de los demás.

**4.5.2. Árbol:** trazo fuerte agresividad, rápido, continuado: impaciencia, prisa, vivacidad, trazo curvo: predominio de la imaginación.

Tamaño: pequeño: Sentimientos de inferioridad, inseguridad personal, fluctuación, falta de apoyo o estabilidad emocional

Tronco aguda ansiedad, indiferencia, falta de tacto, necesidad de compensar la inseguridad, primitivismo, explosividad, impulsividad, carga y descarga instantánea de afectos, infantilismo, regresión, inmadurez, imaginación, sensibilidad, apego a los rodeos, depresión, resignación, inhibición, desarrollo defectuoso, debilidad, falta de madurez, angustia, inadaptación.

**4.5.3. Figura humana** Identificación sexual, sentimientos de pequeñez, rechazo, inferioridad, regresión, depresión, bajo nivel de energía, Yo agotado, conflictos graves y profundos.

Ubicación mitad inferior depresión, sentimientos de fracaso.

Lado izquierdo: Introversión se siente sobre vigilado, cohibición, agresividad, síntomas somáticos, dificultad en la escritura y lectura, inadaptación, dependencia.

Ojos grandes: observación, curiosidad, satisfacción sexual a través de la mirada, rasgos paranoides, infantilismo deseo de aprobación, falta de coordinación entre la vida instintiva y la racional, síntomas somáticos en esta área.

Desadaptación, evasividad, depresión, autismo, dificultad en el contacto, sentimientos de culpa, poca habilidad manual, problemas de desarrollo, agresividad, impulsividad.

## **4.6. Interpretación del Test de la Familia**

### **4.6.1. Plano gráfico**

En este aspecto puede observarse que el dibujo se encuentra en una zona determinada de la hoja por lo que demuestra cierta inhibición en el trazo, el trazo es fuerte lo que muestra rasgos de fuerza y agresividad, los dibujos son estereotipados.

### **4.6.2. Plano de las estructuras formales.**

En el dibujo se produce un predominio del plano racional ya que la mayor parte de las figuras tienen líneas rectas con escaso movimiento lo cual indica inhibición.

### **4.6.3. Plano del contenido**

Se puede observar una desvalorización de los personajes de su propia familia ya que prefiere dibujar a su tía y primos, así mismo el no está presente en el dibujo.

### **4.6.4. Clase de apego**

La clase de apego que predomina es el Inseguro Evitativo debido a las siguientes características:

- Ausencia de detalles alrededor.
- Figuras sin base.
- Figuras incompletas.
- Impresión general de felicidad.
- Sonrisas automáticas ó forzadas.
- Pérdida de individualismo (figuras iguales, misma expresión).
- Brazos ausentes.
- Familia flotando en el aire.
- Predominio de rigidez y tensión.
- Autoimagen infravalorada (no se dibuja a sí mismo).
- Distancias grandes entre los personajes.
- Omisión de la madre y del niño.
- Cabezas de tamaño exagerado.

#### **4.7. Inventario de Depresión Infantil de M. Kovacs.**

El test de depresión infantil de M. Kovacs, es uno de los cuestionarios más aplicados por llevar a un diagnóstico claro y fidedigno de la Depresión Infantil.

Manuel de acuerdo a la aplicación de este test obtiene 29 puntos

De acuerdo a esto sufre de Depresión Infantil Severa, con pérdida de entusiasmo e deterioro de las relaciones interpersonales.

En la aplicación del test de Kovacs el niño alcanza una puntuación de 29 puntos, lo cual indica que sufre de Depresión Severa, pérdida de entusiasmo y problemas en las relaciones sociales.

#### **4.8. Inventario de Frases para Maltrato y Abuso Infantil**

Manuel en este test tiene una fuerte alteración en el Eje Emocional (15 puntos) en el eje del Comportamiento (11 puntos).

En el Eje Cognitivo 5 puntos, en el Eje Social 4 puntos y en el Eje Físico 1 punto

En total alcanza un total de 46 puntos, lo que indica que realmente se encuentra atravesando una situación de maltrato y abuso familiar.

#### **4.9. Early Childhood Inventory (ECI)**

En este cuestionario el niño presenta los siguientes trastornos Ansiedad generalizada, y ansiedad de separación, trastorno del estado de ánimo (depresión mayor), trastorno por estrés postraumático, trastorno del Vínculo de tipo inhibido, trastorno del sueño y fobia social.

#### **4.10. DSM IV**

Según el Manual Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV) Manuel tiene los siguientes signos de Depresión Infantil:

- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días, indicado por el relato subjetivo o por observación de otros.
- Marcada disminución del interés o del placer en todas, o casi todas, las actividades durante la mayor parte del día, casi todos los días.
- Insomnio
- Retraso psicomotores casi todos los días.
- Fatiga.
- Sentimientos de desvalorización o de culpa excesiva o inapropiada.
- Menor capacidad de pensar o concentrarse.

#### 4.11. Diagnóstico diferencial de la Depresión Infantil según el DSM IV

El diagnóstico diferencial de la depresión infantil se lo debe realizar los siguientes trastornos:

<b>Trastornos psiquiátricos no afectivos</b>	<b>Trastornos psiquiátricos polo afectivo</b>	<b>Otros cuadros</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</li><li>• Trastornos de ansiedad</li><li>• Trastorno de conducta alimentaria</li><li>• Trastorno de personalidad</li><li>• Trastorno de conducta</li><li>• Trastornos psicóticos</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Distimia</li><li>• Trastorno bipolar</li><li>• Trastorno adaptativo</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Síndrome premenstrual</li><li>• Duelo no patológico</li></ul>

#### 4.12. Conclusiones

De acuerdo a los diferentes Inventarios, escalas y test realizados, así como los criterios del DSM IV al niño se encuentra atravesando un cuadro de Depresión Infantil con rasgos de autoestima negativa.

## **CAPÍTULO V**

### **TRATAMIENTO Y PLAN DE APLICACIÓN**

#### **Introducción**

Este capítulo tiene como fin describir el tratamiento y el plan de trabajo que se ha pensado en seguir con el niño para tratar la depresión y los otros síntomas que corren paralela a esta en el niño.

Se describe como se trabajando y los resultados obtenidos en este periodo; así mismo se describe el modelo a seguir en la terapia, los planes de trabajo y la evolución del caso.

## **V. TRATAMIENTO Y PLAN DE APLICACIÓN**

La Terapia Cognitiva Conductual se basa, en que ante una situación determinada, el sujeto genera una idea que a su vez produce un sentimiento ó emoción. Si ante situaciones diferentes nuestras ideas son negativas, nuestras emociones también serán negativas. (Haydee Aguado Molina)

En la depresión se producen una serie de pensamientos automáticos de carácter negativo ante distintas situaciones, haciendo que la persona se sienta triste, inútil, humillada. Si sucede algo malo ellos se sienten que son los culpables de lo que ocurre, asumiendo la responsabilidad. En cambio si sucede algo bueno restarán los méritos.

El tratamiento de Manuel se basa en Terapia conductual Cognitiva, las mismas que se realizaron dos veces por semana, durante 8 semanas, en un total de dieciséis sesiones, cuyo objetivo fue identificar las cogniciones distorsionadas de sí mismo y del mundo que le rodea y cambiarlas por otras más adaptativas.

El tratamiento entrenó al niño a detectar esas ideas distorsionadas, después a discutirlos y finalmente reemplazarlos por otras más adaptativas. A su vez se trabaja también en la autoestima del niño, mediante el descubrimiento e interiorización de sus cualidades y la aceptación de sus defectos y el deseo de mejorar las situaciones que son susceptibles de cambio, en técnicas para solucionar problemas, fomento de habilidades sociales, relajación para rebajar los estados ansiosos y técnicas para aprender a reconocer los pensamientos negativos.

Al niño se le enseña a reconocer emociones ajenas y propias y su relación con determinadas situaciones y se reforzarán los pensamientos adecuados.

### **.5.1 El Modelo Cognitivo de Beck**

Según este modelo el niño que sufre de depresión tiene una visión negativa de sí mismo, del mundo en el que se mueve y de su futuro.

Los niños con depresión, no discuten ni se plantean la validez de sus pensamientos a pesar de que existan evidencias objetivas que los cuestionen. Al mismo tiempo también ignora de los errores lógicos que comete sistemáticamente.

La Terapia cognitiva conductual se basa en el análisis cognitivo, el reconocimiento de las emociones y la relación de estas con la conducta y la cognición y el cambio de atribuciones cognitivas negativas.

Por otro lado incluyen la intervención conductual, como el entrenamiento en habilidades sociales, la ayuda en la resolución de problemas o otros procedimientos como el modelamiento o la relajación.

De acuerdo a esto las distorsiones se producen de acuerdo a los siguientes esquemas:

#### **5.1.2. Interferencia arbitraria**

Se extraen conclusiones precipitadas sin disponer de la información suficiente o datos en contra.

#### **5.1.3. Abstracción selectiva.**

Se focaliza en detalles concretos de las situaciones fuera de contexto o irrelevantes al tiempo que omite la información relevante.

#### **5.1.4. Magnificación y minimización.**

Consiste en maximizar los errores y minimizar los logros.

#### **5.1.5. Sobregeneralización.**

Elaborar conclusiones generales a partir de hechos particulares.

#### **5.1.6. Personalización.**

Se atribuye la responsabilidad de los eventos externos sin base objetiva para dicha atribución.

#### **5.1.7. Pensamiento dicotómico.**

Categoriza a la experiencia en categorías, ubicándose a sí mismo en el polo negativo.

#### **5.1.8. Evaluación.**

Los Autorregistros se usaran para la evaluación y para recolectar información sobre:

- Actividades agradables.
- Nivel de satisfacción en las actividades agradables.
- Estado de ánimo.

#### **5.1.9. Pasos a seguir según el Modelo Cognitivo de Beck para el tratamiento de la Depresión Infantil.**

##### **5.1.9.1 Autorregistros**

Se realizan de acuerdo al siguiente esquema de tres columnas.

A )En la columna de la izquierda se detallan las situaciones desencadenantes.

b) En la columna central se describen los pensamientos automáticos y su credibilidad.

c) En la derecha se anotan las emociones experimentadas y su intensidad.

En cuanto al tratamiento psicoterapéutico en sí se seguirán los siguientes pasos para lograr en Manuel una mejoría de su estado de ánimo depresivo:

#### **5.1.9.2 Identificación de cogniciones distorsionadas negativas.**

Mediante la entrevista a Manuel nos podemos dar cuenta cuales son las ideas erradas que el tiene sobre su vida y el entorno que le rodea.

Entre ellas:

- Que Él es responsable de que su padre se enoje con él porque no trae suficiente dinero a casa.
- Que su padre sea un alcohólico y que cuando se encuentra en este estado lo golpeé, insulte y que en algunas ocasiones haya intentado ahogarlo metiendo la cabeza del niño en un balde con agua.
- Que él no es responsable del cuidado de sus hermanos menores.
- Que los insultos y agresiones que recibe de su padre no son producto de su mal comportamiento sino del estado de violencia e ignorancia de su padre.
- Que no es su culpa que su madre no tenga la suficiente determinación para apartarse de un hombre que lo que hace es lastimar y golpear a quien esta a su lado.
- Que el hecho de que su padre no tenga un mejor trabajo no es su culpa.

#### **5.1.9.3. Reemplazo de cogniciones distorsionadas negativas por otras más adaptivas.**

Se ha trabajado con Manuel para que el entienda que los sucesos que ha sufrido no han sido por culpa suya.

- Que el comportamiento del padre es el que está errado debido a varios aspectos como el alcoholismo, el cual le hace perder el control, la falta de educación que influye directamente en las ideas erróneas que tiene sobre sus relaciones de familia.
- El hecho de que no tenga un trabajo estable y que el dinero no sea el suficiente para solventar los gastos de la familia.
- Que seguramente su padre también ha sido víctima de maltrato intrafamiliar y que para él erróneamente es un modelo normal para manejar las relaciones intrafamiliares.
- Que por su falta de educación no puede descargar sus tensiones de una forma más productiva sino refugiándose en el alcohol y golpeando y maltratando a los miembros de su familia.

#### **5.1.9.4. Adquisición de un conjunto de habilidades de afrontamiento para modificar los síntomas depresivos y para solucionar problemas.**

1. Adquisición de habilidades de afrontamiento
2. Modificar los estados de ánimo depresivos mediante la planificación de actividades placenteras como reforzadores positivos y distracción de ideas recurrentes negativas.

Se realizó una lista de actividades que a Manuel le agrada realizar entre ellas:

- Jugar pelota
- Dibujar
- Jugar a las escondidas
- Ver televisión.
- Escuchar música.
- Conversar.
- Contar historias.
- 

#### **5.1.9.5 Adoptar una forma más adaptativa de procesar la información.**

En cuanto a este aspecto se han trabajado en los siguientes temas:

#### **5.1.9.6. Reducir los niveles de ansiedad, ira y hostilidad.**

Reconocer las sensaciones y de ellas las emociones negativas que terminan en reacciones de irritabilidad, agresividad, llanto, aislamiento; distraerlas y cambiar de actividades o de lugares para dispersar estos sentimientos.

**5.1.9.7. Identificar los primeros signos de ansiedad:** Respiración acelerada, sudor, enrojecimiento, presión en el pecho, etc.

Distraer el pensamiento negativo mediante la ocupación con pensamientos más positivos y alegres, salir, buscar un acto más positivo a realizar, contar hasta 10, respirar profundamente, relajar los músculos, trasladarse a un lugar más tranquilo y agradable con la mente, etc.

#### **5.1.9.8 Adquirir una nueva gama de habilidades sociales para mejorar las relaciones interpersonales.**

Con Manuel se ha trabajado en mejorar sus relaciones interpersonales que se hallan muy deterioradas. En principio se muestra muy receloso con las personas adultas y con los niños que se encuentran a su alrededor.

Sin embargo mediante juegos y conversaciones en grupo poco a poco se muestra más abierto y receptivo con los compañeros y cuidadores. Los objetivos de este nivel fueron:

Ser más comunicativo.

Ser más sociable.

Preocuparse por lo que le sucede a las personas de su entorno.

Lograr más amigos

Ser más activo en juegos y actividades comunes con los otros niños y compañeros.

#### **5.1.9.9. Adquirir habilidades para encontrar reforzadores positivos.**

Busca situaciones mediante las cuales obtenga una recompensa para esforzarse por mejorar tanto su estado de ánimo como en las relaciones interpersonales.

- Comprar caramelos.
- Salir a jugar los domingos al parque.
- Ver Televisión.
- Pintar libros.
- Escuchar música.
- Trabajar sobre sus cualidades.
- Abandonar los pensamientos negativos.

#### **5.1.9.10. Habilidades para la solución de problemas**

- Identificar y definir el problema.
- Analizar el problema en sus aspectos más pequeños. Ir desde lo más simple a lo más complejo.
- Buscar soluciones las mejores soluciones posibles al problema y anotarlas.
- Tener la mayor cantidad de posibilidades para la solución del problema.
- Generar alternativas a la solución del problema.
- Si no se tiene claro el asunto buscar ayuda.
- Predecir las consecuencias de las posibles soluciones.
- Revisar y tomar la decisión más idónea al problema.
- Evaluar los efectos reales de la solución posible.

#### **5.1.9.11 En Autoestima:**

- Validar los sentimientos y pensamientos del niño.
- Conectar los pensamientos con los sentimientos y la emoción que estos le producen. Es normal que si pensamos que nuestra vida es muy mala y que no tiene solución los problemas que tenemos no sintamos tristes, aislados, solos. etc.
- Identificar las metas que el niño quiere lograr para mejorar su situación. Aceptar las cualidades físicas y emocionales que tenemos y tratar de convivir y aceptarnos con ellas.
- Descartar las etiquetas y autoreproches que durante mucho tiempo han estado con él.
- Buscar un modelo de cómo quisiera ser y tratar de adquirir las características positivas de este personaje sin anular la propia personalidad.
- Concientizar los logros conseguidos, vivir el aquí y el ahora. Que cosas positivas he logrado durante este tiempo. Sentirme mejor comunicarme y tener mejores relaciones con las personas y niños que comparten mi espacio.
- Evitar compararse con los demás cada persona es como es con sus defectos y virtudes, pero podemos esforzarnos por ser mejores.
- Querer ser el mejor Manuel que pueda yo ser, sin compararme con los demás.
- No generalizar las experiencias negativas ni perdurarlas en el tiempo: Siempre voy a estar triste, Nada me resultará bien haga lo que haga, Mi vida siempre va a ser así de mala. etc.
- Pensar que si hoy no ha sido un buen día mañana si lo será y esforzarse para que sea así.
- Juegos grupales sobre que publicitarías de ti mismo si te estarías vendiendo a alguien.
- Valorar y recordar la experiencia más bonita que has tendí en tu vida. Cuando en Navidad de hace unos dos años vino a visitarle su padrino y le regalo un carro a control remoto.
- Identificar que personas o situaciones le producen temor. Quedarse sin su mamá.
- Pensar que podría pasar para que se sienta muy feliz y tratar de lograr esa meta.

## 5.2 Evaluación final

Luego de las sesiones de terapia y de permanecer en Cemisol 1, Manuel parece estar más tranquilo y menos ansioso. Su madre ha continuado visitándolo regularmente y al parecer Manuel ha entendido que estar en la Casa de Acogida por unas semanas ha sido bueno para él, ya que ha encontrado un lugar seguro, en donde puede conversar con personas interesadas en él, un lugar en donde ha encontrado compañeros y amigos de juego y que han colaborado recíprocamente a entender sus problemas y a saber que esto les pasa a muchos niños de la misma edad, una especie de terapia de grupo en donde cada uno puede exponer sus problemas y los otros niños ayudan a resolver y a entender los problemas.

También es un lugar en donde se respetan normas aunque no siempre estén de acuerdo con las mismas, aprender que hay consecuencia en cada uno de nuestros actos y saber que si se actúa bien las consecuencias serán buenas y también lo contrario.

Al final del tratamiento se volvió a conversar con la madre sobre los distintos planes que tiene sobre su vida y la de su familia y ella nos cuenta que tiene ya hecha la denuncia en la Comisaría de la Mujer y del Niño y que tiene ya medidas de Amparo para ella y su familia.

También nos dice que irá a vivir en la costa con su hermana y que de este modo estará alejada del padre de Manuel.

Al enterarse Manuel de esta noticia se pone muy feliz, salta, ríe y sale a contarle a Juan su nuevo mejor amigo la noticia.

Dos días después la madre de Manuel, Susana, lo ha venido a llevar, Manuel se despide cariñosamente de todos, sus compañeros quienes han hecho una tarjeta de despedida para él.

Todos nos despedimos y le deseamos buena suerte.

Se puede observar durante estos últimos días un gran cambio en el estado de ánimo del niño, está más feliz, no se aísla, duerme mejor y no se siente fatigado como antes, En cuanto a sus relaciones con los otros niños Manuel ha encontrado amigos con quienes comparte juegos e historias y cuando llega un niño nuevo es él quien le ayuda los primeros días que son muy difíciles para ellos a adaptarse y sentirse más seguros.

### 5.3. Conclusiones

En el caso de Depresión Infantil de Manuel que fue objeto de estudio se han podido sacar las siguientes conclusiones:

-Luego de permanecer en niño en la Casa de Acogida Cemisol 1, al cabo de aproximadamente dos semanas de haber comenzado las evaluaciones y el tratamiento, su estado de ánimo ha mejorado mucho, se lo ve más alegre los niveles de ansiedad han disminuido en forma evidente se encuentra más tranquilo, así como también su estado de irritabilidad y angustia

-Su autoestima ha tenido una mejoría importante, se acepta mejor así mismo y ha concientizado sus logros y metas, evita compararse con los demás y etiquetarse como antes lo hacía.

-Ha dejado de culparse por varios aspectos de su vida anterior y se ha dado cuenta de las ideas erradas que tenía sobre las situaciones que le han tocado vivir en cuanto a la relación con su padre.

-Las relaciones interpersonales han mejorado mucho, se muestra más comunicativo y expresivo con los niños así como con las personas adultas, cuenta sus experiencias, juega más activamente y se ha integrado a las diversas actividades dentro del Centro, trata de ayudar a los niños que han ingresado recientemente y que se encuentran tristes.

-Su forma de resolver los problemas ha cambiado, ahora los analiza en sus diferentes aspectos y busca varias alternativas para solucionarlos de la forma más idónea

-Evita generalizar las experiencias negativas. "Hoy me ha ido mal, pero mañana seguramente me irá mejor".

-Reconoce cuando una emoción negativa aparece y trata de apartarla de la mente buscando distraerse en otra cosa.

-Pensar en el Aquí y Ahora y como puede mejorar su situación actual sin enfocarse solamente en los episodios negativos que ha vivido dejando atrás el pasado en la medida posible.

## **BIBLIOGRAFÍA**

BEIGBEDER DE ANGOSTA, Carolina, BALARI, Zulema, COLOMBO, Rosa Inés,

“Abuso y Maltrato Infantil: Inventario de Frases”.

*BUWLBY, J.*; “La Perdida Afectiva: Tristeza y Depresión”. Barcelona 1997. Primera edición.

OCEÁNO; “Enciclopedia de Psicología Infantil”. Océano, 1997, Madrid, España.

MEHRENS, W.; LEHMANN, I.; “Biblioteca de Psicología Educativa”, 1993, Compañía Editorial Continental, México.

MERANI, L. A. “Diccionario de Psicología y Psiquiatría Infantil”. 1983, ed. Grijalbo.

DSM IV. “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales”. Masson, 2000.

HAEUSSLER, Isabel, “Confiar en uno mismo: Programa de Autoestima”, 1995, Madrid-España, ed: Impresos y Revistas.

HERNANGÓMEZ, CRIADO, L. “¿Por qué estoy Triste?, Archidona (Malaga), 2000, ed. Aljibe.

RODRIGUEZ, J., MENDEZ, F. “Técnicas de Modificación de la Conducta”. 1993 Segunda edición. Ed. Prentice Hall.

ROSA, J. A. “Como descubrir sus puntos de Poder” 1987,ed. Artes Gráficas EMA, Madrid, España.

SARASON G. I., SARASON R. B.”PSICOLOGIA ANORMAL, “El Problema de la Conducta Inadaptada”, editorial Prentice Hall, séptima edición.

TOMATI, Z. G. “Grafología a la Conducta por la Letra y el Dibujo”, 1993, Ed. Bonum.

PASTOR, C. y SEVILLA J. “Tratamiento Psicológico de la Depresión Infantil”. Valencia, 2000, ed. Cetecova.

<http://www.cura-depresion.com/test-depresion.html> (27-02-2010/08h02)

<http://www.cura-depresion.com/test-de-depresion.html><http://www.cura-depresion.com/test-de-depresion.html> (27-02-2010/08h10)

<http://www.cura-depresion.com/escala-de-depresion-beck.html> (27-02-2010/08h12)

<http://www.cura-depresion.com/escala-depresion-hamilton.html> (27-02-2010/08h15)

<http://www.cura-depresion.com/escala-depresion-yesavage.html>(27-02-2010/08h18)

<http://www.cura-depresion.com/escala-de-depresion-zung.html> (27-02-2010/08h20)

<http://www.cura-depresion.com/sintomas-depresion.html> (27-02-2010/08h30)

<http://www.cura-depresion.com/depresion-causa.html> (27-02-2010/08h35)

<http://www.cura-depresion.com/tipos-de-depresion.html> (27-02-2010/08h40)

<http://www.cura-depresion.com/autoestima.html> (27-02-2010/08h45)

<http://www.cura-depresion.com/depresion-infantil.html><http://www.cura-depresion.com/depresion-infantil.html> (27-02-2010/08h50)

<http://www.cura-depresion.com/tratamiento-depresion.html> (27-02-2010/08h55)

<http://www.cura-depresion.com/depresion-ninos.html> (27-02-2010/09h00)

<http://www.cura-depresion.com/psicologia-depresion.html> (27-02-2010/09h10)

<http://www.cura-depresion.com/suicidio-y-depresion.html> (27-02-1010/09h20)

[http://www.atenpsi.es/depresion\\_infantil.htm](http://www.atenpsi.es/depresion_infantil.htm) (27-02-2010/19h30)

<http://www.mailxmail.com/curso-depresion-como-tratarla/tecnicas-psicoterapeuticas-depresion> (27-02-2010/20h00)

[http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5 No.6.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/5%20No.6.pdf) (18-03-2010/20h00)

<http://www.relaciones-humanas.net/depresioninfantil.html> (18-03-2010/21h00)

[http://www.terapia-infantil.com.mx/depresion\\_infantil.php](http://www.terapia-infantil.com.mx/depresion_infantil.php) Depresión Infantil: Los niños también se deprimen. (18-03-2010/21h30).

<http://crialosconamor.blogspot.com/2010/01/depresion-infantil.html> (18-03-2010/22h00)

<http://www.cuidadoinfantil.net/depresion-infantil.html> (18-03-2010/23h00)

<http://www.psicodiagnosis.es/areaclinica/trastornosemocionales/ladepresionenniosyadoloscentes/index.php> (18-03-2010/23h45).