

UNIVERSIDAD PANAMERICANA
Facultad de Ciencias Psicológicas
Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social



**Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional
en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos.**
Práctica realizada en Iglesia Nuevo Amanecer San Raymundo.
(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Glenda Sucely Alfaro López

Guatemala, octubre 2013

**Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional
en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos.**

Práctica realizada en Iglesia Nuevo Amanecer San Raymundo.

(Sistematización de Práctica Profesional Dirigida)

Glenda Sucely Alfaro López (Estudiante)

Licenciada Cristina Rodas (Asesora - Tutora)

Guatemala, octubre 2013

AUTORIDADES DE UNIVERSIDAD PANAMERICANA

M. Th. Mynor Augusto Herrera Lemus

Rector

M. Sc. Alba Aracely Rodríguez de González

Vicerrectora Académica y Secretaria General

M.A. César Augusto Custodio Cobar

Vicerrector Administrativo

AUTORIDADES DE FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS

Licda. Julia Elizabeth Herrera Quiroz

Decana



DICTAMEN
APROBACION PARA ELABORAR
INFORME DE PRÁCTICA PROFESIONAL DIRIGIDA

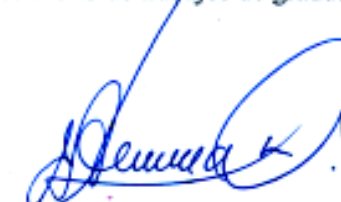
ASUNTO: Alfaro López, Glenda Sucely
Estudiante de la Licenciatura en Psicología
Clínica y Consejería Social de esta
Facultad, solicita Autorización para
realizar Práctica Profesional Dirigida para
completar requisitos de graduación.

Guatemala, 04 de febrero 2012

Después de haber estudiado el anteproyecto presentado a esta decanatura para cumplir requisitos de aprobación para elaborar informe Final de Práctica Dirigida.

Que es requerido para obtener el título de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social resuelve:

1. El anteproyecto presentado con el nombre de: Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos, está enmarcado dentro de los conceptos requeridos para un informe Final de Práctica Profesional Dirigida.
2. Habiendo cumplido con lo descrito en el Reglamento Académico de la Universidad Panamericana en opciones de Egreso, de la Práctica Art. 9 incisos del a) al i).
3. Se autoriza el nombramiento de la Licenciada Cristina Rodas como Asesora – Tutora, de conformidad con lo establecido en la normativa para el desarrollo de trabajos de graduación.


Licda. Elizabeth Herrera

Decano Facultad Ciencias Psicológicas.





UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala, 24 de noviembre 2012.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos, Práctica realizada en la Iglesia "Nuevo Amanecer" San Raymundo, presentado por la estudiante: Alfaro López Glenda Sucely, quien se identifica con número de carné 0808627 de la carrera de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social; cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que continúe con el proceso correspondiente.

Licenciada Cristina Rodas

Asesora - Tutora



UNIVERSIDAD
PANAMERICANA

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala. 16 de febrero 2013.

En virtud de que el informe final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida con el tema: Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos, Práctica realizada en la Iglesia "Nuevo Amanecer" San Raymundo, presentado por la estudiante: Alfaro López Glenda Sucely, previo a optar al grado Académico de Licenciada en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, se extiende el presente **Dictamen Favorable** para que se continúe con el proceso correspondiente.



Lic. Mario Alfredo Salazar Marroquín

Revisor de Estilo



**UNIVERSIDAD
PANAMERICANA**

"Sabiduría ante todo, adquiere sabiduría"

**UNIVERSIDAD PANAMERICANA. FACULTAD DE CIENCIAS PSICOLÓGICAS,
Guatemala a los veintitrés días del mes de febrero año dos mil trece.**

En virtud que el Informe Final de la sistematización de la Práctica Profesional Dirigida: Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos, Práctica realizada en la Iglesia "Nuevo Amanecer" San Raymundo, presentado por la estudiante: Alfaro López Glenda Sucely previo a optar al Grado Académico de Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, cumple con los requisitos técnicos y de contenido establecidos por la Universidad, y con el requisito de Dictamen del Asesor (a) y del revisor (a), se autoriza la impresión del Informe de Práctica Profesional Dirigida.



Licda. Elizabeth Herrera Quiroz
Decano
Facultad de Ciencias Psicológicas

Nota: Para efectos legales, únicamente el sustentante es responsable del contenido del presente trabajo.

Contenido

Resumen	i
Introducción	ii
Capítulo 1	
Marco de Referencia	
1.1 Planteamiento del problema	1
1.2 Objetivo general	2
1.3 Objetivos específicos	2
Capítulo 2	
Referente Teórico	
2.1 Trastorno Depresivo	3
2.2 Estrategias para combatir la depresión infantil	13
2.3 Terapias psicológicas más utilizadas según Kovacs (1996)	15
2.4 El tratamiento farmacológico, se basa en el uso de drogas como	15
2.5 Consejos para prevenir la depresión infantil	16
2.6 Desarrollo evolutivo del niño	18
Capítulo 3	
Referente Metodológico	
3.1 Descripción del paciente	21
Capítulo 4	
Presentación de Resultados	
4.1 Informe clínico	27
4.2 Discusión de caso	40
Conclusiones	42
Recomendaciones	43
Referencias Bibliográficas	44
Anexos	46

Resumen

A continuación se presenta una sistematización de Práctica; como parte del proceso final de la Licenciatura en Psicología Clínica y Consejería Social, de la Universidad Panamericana, que tiene como título “Factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos”.

Es importante mencionar que Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales IV Texto Revisado -DSM-IV-TR, La característica esencial del trastorno depresivo mayor es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que los niños tienen tristeza todo el tiempo, no disfrutan las actividades que antes realizaban, presentan retraimiento social, baja autoestima, dificultad para concentrarse alteraciones en las funciones biológicas y síntomas somáticos. Por lo cual es de suma importancia conocer los factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño que presenta síntomas depresivos y determinar el tipo de tratamiento para la paciente. Esta se desarrollada a través de capítulos que dan forma al planteamiento del problema, los objetivos y el tratamiento aplicado. Para lo cual se tomó a un paciente de 7 años aplicando tratamiento psicoterapéutico.

En el capítulo 1 Marco de Referencia, en el se incluye el planteamiento del problema y los objetivos.

En el capítulo 2 Marco Teórico; que describe el trastorno depresivo mayor, causas de la depresión, epidemiología de la depresión, **influencia de la familia y la escuela, instrumentos de evaluación**, dos tipos de depresión, vulnerabilidad ante la depresión, estrategias para combatir la depresión infantil, tratamiento para este trastorno.

En el capítulo 3 Referente Metodológico; en que se describe al paciente y el tipo de investigación que se utilizó, el cual fue estudio de caso; centrándose en el paciente, describiendo su ambiente cultural, social y las circunstancias de la vida presente, pasada y las características de la paciente con el objetivo de llegar a conocer la naturaleza, curso, causas y resultados del trastorno.

Introducción

Factores familiares influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos; objeto de estudio que se presenta en este informe.

La depresión, se define como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de **depresión mayor**, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de **trastorno distímico**, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los factores determinantes en la aparición y mantenimiento del trastorno, está estrechamente relacionado con el entorno familiar. La depresión sería resultado, entre otros factores, de una pobre interacción padres - hijos. Estudios realizados al efecto han demostrado diversas características interactivas familiares peculiares entre los que destaca: baja implicación paterna y alta sobreprotección materna, más conflictos familiares, más problemas de comunicación, más irritabilidad, más abuso y negligencia. En el caso de padres depresivos, la transmisión de la depresión no implica, por tanto, sólo influencias genéticas sino que también conlleva influencias psicosociales.

Si bien el tipo de interacción puede relacionarse como causa de depresión a través de modelos psicológicos (conductuales, cognitivos) y biológicos, para algunos autores el conflicto familiar podría ser la respuesta de los padres a los problemas del hijo, o en otros casos, la depresión podría contribuir al mantenimiento del problema parental.

Capítulo 1

Marco de Referencia

1.1 Planteamiento del problema

Los casos de depresión mayor han sido encontrados con más frecuencia en los niños, en épocas anteriores se creía que solo las personas adultas sufrían de depresión, hay niños que tienen varios rasgos de depresión, sin embargo, no cumplen con los criterios que requiere el DSM IV TR. La depresión. Generalmente el factor desencadenante en niños es la falta de atención en el hogar, pérdidas familiares, nuevos familiares o cambios de algunos miembros de familias, estos niños presentan cambios significativos en su rendimiento escolar, los encargados de los niños aseguran que se comportan de tal manera porque no quieren estudiar pero desconocen que los niños tienen un trastorno depresivo ya que nuestra cultura a través del tiempo nos ha enseñado que los psicólogos solo están para atender a los niños con retraso mental. Lo más difícil en estos casos es hacer entender a los familiares que lo que el niño tiene no es un juego y que si no es tratado podría ser peor cuando ya esté en la adolescencia.

Según las pruebas aplicadas y el diagnóstico del DSM-IV los pacientes que tiene Trastorno Depresivo Mayor presentan tres o más de los siguientes síntomas en los últimos doce meses. Siempre se les ve con estado de ánimo deprimido, han perdido el interés para disfrutar aquellas actividades que antes disfrutaban, han perdido peso significativamente, les cuesta dormir en las noches por distintas razones, se fatigan con facilidad y pierden energía rápidamente, tienen sentimientos excesivos de inutilidad o culpa. Presencia de poca actividad, conflictos con los miembros de la familia, tendencias agresivas, abatimiento, resignación, temor a sufrir. Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas.

Según Angold y Rutter (1992) cuando se encuentran diferencias, la prevalencia de la depresión en este intervalo de edad es mayor en los varones que en las niñas. La depresión se entiende la experiencia de un estado de ánimo generalizado de infelicidad. Esta experiencia subjetiva de tristeza o disforia es, asimismo, una característica fundamental de la definición clínica de la

depresión. Las descripciones de niños y adolescentes que se consideran depresivos sugieren que, además, éstos manifiestan otros problemas.

De acuerdo a los que se ha expresado en este apartado, cabe el planteamiento de la siguiente interrogante: ¿Qué factores familiares influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos?

1.2 Objetivo general

Determinar qué factores familiares influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos.

1.3 Objetivos específicos

Identificar los factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos.

Profundizar en otros factores determinantes que pueden influir en los síntomas depresivos del paciente.

Capítulo 2

Referente Teórico

2.1 Trastorno Depresivo

Según Gonzáles. (2002) en su libro depresión en niños afirma que: la **depresión infantil** DI, puede definirse como una situación afectiva de tristeza mayor en intensidad y duración que ocurre en un niño. Se habla de **depresión mayor**, cuando los síntomas son mayores de 2 semanas, y de **trastorno distímico**, cuando estos síntomas pasan de un mes.

Los partidarios de una depresión infantil específica se ubican en dos tendencias, a saber: los evolucionistas, que opinan que la depresión infantil se va transformando según la época evolutiva de la vida del niño en la que se presenta, sostienen pues la existencia de una *DI Evolutiva*, y aquellos que sostienen la existencia de la depresión infantil con una sintomatología propia, no equiparable a la del adulto, especialmente relacionada con problemas de conducta, de allí el nombre de *DI Enmascarada*, puesto que muchos profesionales equivocan su diagnóstico.

Criterios y síntomas emocionales

Los expertos en el tema de depresión infantil, a través de numerosas investigaciones han llegado a la aceptación de los siguientes síntomas característicos y criterios de la depresión infantil según Del Barrio (1997): tristeza, irritabilidad, anhedonia (pérdida del placer), llanto fácil, falta del sentido del humor, sentimiento de no ser querido, baja autoestima, aislamiento social, cambios en el sueño, cambios de apetito y peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida.

Esta definición operativa puede ser utilizada como guía diagnóstica y tiene la ventaja de representar un núcleo de coincidencia de un amplio espectro de la comunidad científica

Causas de la depresión infantil

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

- **Conductual:** a través de la ausencia de refuerzos según Lazarus, A. (1962), deficiencia de habilidades sociales y acontecimientos negativos ocurridos en la vida del niño.
- **Cognitivo:** la existencia de juicios negativos; Beck, A. (1967), experiencias de fracasos, modelos depresivos (Bandura), indefensión aprendida, ausencia de control y atribuciones negativas.
- **Psicodinámico:** en relación a la pérdida de la autoestima (del yo-según Freud), y la pérdida del objeto bueno.

Factores Biológicos

Se han efectuado diferentes estudios para averiguar las posibles causas psicobiológicas y psicofisiológicas de la depresión en población infantil. Los estudios han intentado replicar los resultados hallados en población adulta. Los resultados no han estado concluyentes.

Algunas líneas de investigación han planteado la hipótesis del déficit funcional serotoninérgico como elemento facilitador del trastorno afectivo, pero, tampoco sin poderse llegar a conclusiones definitivas.

Factores Genéticos

Según diversos estudios efectuados, los factores genéticos podrían explicar un porcentaje elevado (50%) de la varianza en la transmisión de los trastornos afectivos. Los estudios

familiares que evalúan hijos de padres deprimidos han verificado que la posibilidad de que éstos lleguen a desarrollar el trastorno es entre 3 y 6 veces más elevada en comparación con niños que no presentan este factor de riesgo. Igualmente, el riesgo de desarrollar otra psicopatología, como ansiedad o incluso trastornos de conducta, es también mayor. De todas formas se habla de factores predisponentes no causales. La presencia o no del trastorno y su tipo en población de riesgo, dependería de los factores internos del sujeto interactuando con el entramado de circunstancias personales, familiares y sociales. Bandura, A (1965)

Factores socio-familiares

Parece bastante probable que un factor determinante en la aparición y mantenimiento del trastorno, está estrechamente relacionado con el entorno familiar. La depresión sería resultado, entre otros factores, de una pobre interacción padres - hijos. Estudios realizados al efecto han demostrado diversas características interactivas familiares peculiares entre los que destaca: baja implicación paterna y alta sobreprotección materna, más conflictos familiares, más problemas de comunicación, más irritabilidad, más abuso y negligencia. En el caso de padres depresivos, la transmisión de la depresión no implica, por tanto, sólo influencias genéticas sino que también conlleva influencias psicosociales.

Si bien el tipo de interacción puede relacionarse como causa de depresión a través de modelos psicológicos (conductuales, cognitivos) y biológicos, para algunos autores el conflicto familiar podría ser la respuesta de los padres a los problemas del hijo, o en otros casos, la depresión podría contribuir al mantenimiento del problema parental. Lazarus (1962)

Factores estresantes

Aquí se pueden incluir los factores externos que cursan generando un estado de estrés continuado. Es el caso de las separaciones, divorcios o discordia de la pareja. El elemento relevante para el niño no es tanto la ruptura en sí, sino, el estado en que queda la relación

afectiva entre los padres. Una relación de amenazas, coerciones, entre otros, produce evidentemente una transición con más carga emocional para el niño y lo hace más vulnerable al desarrollo de la patología.

Otro factor potencialmente generador del trastorno es el caso de pérdida de un ser querido, especialmente en niños ya frágiles. La pérdida de la madre o padre puede requerir, dependiendo de la edad, una atención especializada para facilitar el proceso de duelo. Ello puede ser especialmente necesario en aquellos casos de muerte repentina o en accidentes trágicos.

En la actualidad más bien se admite una compleja interacción de distintos factores tanto de carácter biológico como social que sirven de base a la aparición de las distintas conductas normales y patológicas. Es necesario que se dé una cierta vulnerabilidad personal, familiar y ambiental que combinadas dan lugar a la aparición de una conducta desajustada. En el caso de la **DI**, los elementos que suponen una vulnerabilidad son de naturaleza biológica, personal, social y demográfica. Del Barrio, (1997)

Aunque las causas de la depresión son complejas y pueden variar de un niño a otro, hoy se conocen diversos factores que incrementan la probabilidad de que un niño desarrolle una depresión. Algunos de estos factores son biológicos, otros son ambientales y otros psicológicos y, generalmente, las causas de la depresión incluyen una combinación de todos ellos ya que, de hecho, parecen existir procesos de interacción entre ellos.

Para algunos investigadores y profesionales la mayoría de las depresiones se producen por desequilibrios en los niveles cerebrales de ciertos neurotransmisores (las sustancias químicas que transmiten información de una neurona a otra), especialmente por una reducción en los niveles de serotonina, norepinefrina y dopamina. No obstante, esta explicación no resuelve del todo la cuestión del origen de la depresión ya que plantea a su vez la pregunta de cuál es la causa de esos desarreglos bioquímicos. La investigación ha demostrado que estos desarreglos pueden ocurrir en respuesta a factores ambientales como: los acontecimientos estresantes, especialmente los acontecimientos que supongan la pérdida de algo que el niño considera importante. Por ejemplo, la pérdida de uno de los padres por muerte o separación, la muerte de un abuelo, el cambio de colegio, el fracaso escolar, el rechazo social, las malas notas o una enfermedad grave pueden

precipitar un episodio depresivo en un niño. Sin embargo, todo los niños, tarde o temprano, se ven sometidos a alguno de estos acontecimientos y, aún así, sólo un 5-10% de los niños desarrollan una depresión.

Una posibilidad es que ciertos niños hayan heredado una predisposición biológica a un mal funcionamiento de los mecanismos de regulación de los neurotransmisores que hace que sea más fácil que cualquier acontecimiento estresante, por leve que sea, desencadene desequilibrios en los niveles de serotonina, norepinefrina o dopamina. De hecho, en algunas familias el trastorno depresivo mayor se presenta generación tras generación. Sin embargo, no todos los niños que tienen la predisposición genética para la depresión la padecen y ésta también puede afectar a niños que no tienen una historia familiar de depresión.

Otra posibilidad es que ciertos niños tengan una predisposición o vulnerabilidad psicológica a la depresión que habrían adquirido a lo largo de su vida por el tipo de educación, ambiente familiar o social, aprendizajes y circunstancias vitales que habrían experimentado. Esta vulnerabilidad psicológica facilitaría que esos niños sufran más acontecimientos estresantes, y que su impacto sea más adverso y duradero. Entre los factores psicológicos de vulnerabilidad identificados destacan las actitudes disfuncionales, el estilo atribucional negativo y el déficit en habilidades sociales y de solución de problemas.

Finalmente, un déficit en el repertorio de conductas que los niños necesitan para relacionarse eficazmente con los demás y para resolver problemas (habilidades sociales y de solución de 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. Por ejemplo, la falta de habilidades sociales podría conducir a un niño que se hubiera cambiado recientemente de colegio a situaciones de rechazo social o de aislamiento social en su nuevo colegio y, por consiguiente, a un incremento de las experiencias negativas (p. ej., burlas, críticas) y a un descenso o ausencia de reforzadores positivos sociales (p. ej., falta de comunicación) y, finalmente, a la depresión. En este sentido, numerosas investigaciones han demostrado que los niños deprimidos presentan un déficit de habilidades sociales y, de hecho, dicho déficit es uno de los mejores predictores de la aparición posterior de depresión. Angol y Rutter (1992).

Epidemiología de la depresión infantil

Los porcentajes de **DI** detectados entre la población infantil es alrededor del 8-10%, de acuerdo a numerosas investigaciones. Diversos estudios señalan que el sexo femenino se ha asociado sistemáticamente al incremento de la probabilidad de desarrollar depresión, efectivamente la sintomatología es más alta en las niñas que en los niños, sobre todo en los rangos que sobrepasan los 12 años, antes de esta edad es raro encontrar diferencias entre los dos sexos, según Del Barrio, (1997). En cuanto a la clase social, algunos autores señalan que se encuentra con más frecuencia en los niños de clase baja y media que en los de clase alta.

Influencia de la familia y la escuela en la depresión infantil

La familia es el entorno más inmediato del niño, su microcosmos y en sus cuidados y atención se basa la posibilidad de supervivencia del sujeto humano, pero no sólo su supervivencia física, sino personal ya que el niño desde los 0 meses hasta los 3 años, desarrolla todos los elementos básicos con los que más tarde va a construir su vida futura: lenguaje, afectos, hábitos y motivaciones.

El apego con el que la madre y el hijo se atraen mutuamente es el vehículo de una adecuada integración social y personal del niño. Los apegos inseguros se han relacionado con todo tipo de problemas de conducta y también con la depresión, así como un apego seguro es la meta ideal de prevención de la aparición de depresión infantil. Así mismo la depresión materna aparece claramente definida como uno de los factores de riesgo asociados al desencadenamiento de una depresión en el niño.

Más tarde también son indispensables para el normal desarrollo emocional del niño las buenas relaciones con los padres. Una y otra vez numerosos expertos han señalado cómo las malas relaciones con los padres son la fuente específica de muy diversos problemas infantiles, y también claro está de la depresión.

En relación con la familia también se ha estudiado el puesto que se ocupa entre los hermanos. En muchas investigaciones aparece la posición intermedia como la más vulnerable a desarrollar trastornos de tipo emocional.

Los padres deben prestar especial atención a la construcción de una adecuada autoestima y autoeficacia en el niño, así como incentivar en ellos la capacidad de afrontamiento, y el manejo adecuado de la frustración, todo ello constituye la prevención primaria de la **DI**.

En cuanto a la escuela, sabemos que la localización precoz de cualquier deficiencia de aprendizaje en un niño y su pronta solución es imprescindible para lograr una situación de progreso normal y aceptable, eliminando así la posibilidad de trastornos afectivos que conlleven a la aparición de depresión infantil.

Muchos autores han relacionado la **DI** con el rendimiento escolar, unas veces considerándolo como causa y otras como efecto de la depresión. De hecho un niño deprimido puede descender su ejecución en la escuela, pero también puede comenzar sus síntomas depresivos por un fracaso académico. De allí radica la importancia de una buena evaluación y seguimiento por parte del maestro para detectar estos cambios en el alumno.

Instrumentos de evaluación de la depresión infantil

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

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

Cuando se revisa la literatura especializada, se define con toda evidencia que los instrumentos de mayor uso en la evaluación de la DI son fundamentalmente dos: el Child Depression Inventory CDI Kovacs y Beck, (1977) y el Child Depression Scale CDS Tisher y Lang, (1974). En la actualidad el cuestionario más utilizado es el modificado de M. Kovacs CDI de 1992.

Al recurrir a estos instrumentos de evaluación se deben 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, por todo ello es conveniente pasar el cuestionario dos veces.

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

Dos tipos de depresión

Los dos tipos más comunes de depresión en los niños son el trastorno depresivo mayor y el trastorno distímico. El trastorno depresivo mayor (a veces denominado depresión unipolar) se caracteriza por la presencia la mayor parte del día, casi cada día, durante al menos dos semanas consecutivas, de estado de ánimo triste o irritable, o de pérdida de la capacidad para disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Además, durante ese período el niño también experimenta al menos otros cuatro síntomas de una lista de siete que incluye cambios de apetito o peso (o incapacidad para conseguir el peso apropiado para su edad), cambios en el patrón de sueño (insomnio o hipersomnía) y en la actividad psicomotora; falta de energía; sentimientos de infravaloración o culpa; dificultad para pensar, concentrarse o tomar decisiones, y pensamientos recurrentes de muerte o ideación, planes o intentos suicidas. Cuando la aparición de estos síntomas no se ha producido por el efecto directo de una enfermedad médica o de la ingestión de medicamentos o drogas, o no se explica mejor por la muerte reciente de un ser querido, y cuando tales síntomas se experimentan con un intenso sufrimiento e interfieren con la capacidad para estudiar, jugar o salir con los amigos y, en general, con el funcionamiento cotidiano del niño,

estamos ante la presencia de un trastorno depresivo mayor. No todos los niños con trastorno depresivo mayor padecen de todos los síntomas y con la misma duración. La gravedad de los síntomas varía según el niño y también puede variar con el tiempo. Algunos padecen de unos pocos síntomas, otros tienen muchos; algunos experimentan tales síntomas durante semanas, otros durante meses.

El trastorno distímico o distimia es un tipo de depresión menos grave, que incluye síntomas depresivos no tan incapacitantes como los del trastorno depresivo mayor, pero que, sin embargo, son muy prolongados, crónicos, e interfieren también en el funcionamiento y el bienestar del niño. En concreto, la distimia en los niños se caracteriza por la presencia durante un período mayor a un año de un estado de ánimo triste o irritable prácticamente a diario y la presencia adicional de al menos dos de los siguientes seis síntomas: baja autoestima, pesimismo o desesperanza, pérdida o aumento de apetito, cambios en el patrón de sueño, falta de energía o fatiga, y dificultad para concentrarse o tomar decisiones. Estos síntomas pueden variar en intensidad a lo largo de los años o incluso desaparecer durante períodos breves de tiempo que no suelen durar más de dos meses.

Los trastornos depresivos infantiles no son problemas pasajeros que desaparecen con el tiempo. En la edad infantil, si no hay un tratamiento adecuado, la duración media de un trastorno distímico es de cuatro años, mientras que la de un episodio de depresión mayor es de siete a nueve meses (Birmaher y cols, 1996; Craighead, Curry y McMillan, 1994). Los trastornos adicionales más frecuentes que acompañan al trastorno depresivo mayor, del trastorno distímico, son los trastornos de ansiedad, los trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbado, y los trastornos por consumo de sustancias (Kovacs, 1996).

En resumen, la depresión, como trastorno, afecta a todos los aspectos de la vida cotidiana de un niño y conlleva cambios importantes en su forma de sentir, de pensar y de comportarse, así como cambios físicos. Estos cambios no indican falta de carácter o una debilidad personal; la depresión no es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad. Sin embargo, la inmensa mayoría de los niños que padecen de depresión puede mejorar con el tratamiento adecuado.

Vulnerabilidad ante la depresión

Aunque la depresión puede afectar a todo tipo de niños, existen algunos especialmente vulnerables a padecerla. Los trastornos depresivos mayores y los distímicos son aproximadamente dos o tres veces más frecuentes entre los hijos de las personas que sufren estos trastornos que entre los hijos de las personas sin depresión. Sin embargo, no se sabe con seguridad si este aumento en el riesgo significa que la depresión se hereda genéticamente. Puede que ese aumento también refleje la influencia de factores psicosociales, por ejemplo, factores relacionados con el ambiente familiar y con el aprendizaje por observación de comportamientos paternos poco adaptativos. Hernández (2002)

Rasgos importantes de un niño depresivo, según su edad, Bermher y Cols (1996)

Menores de 6 años	6 -12 años	13-18 años
Irritabilidad y tristeza.	Tristeza	Tristeza, variabilidad, irritabilidad (malhumor, ira y rebeldía)
Menos juego con amigos.	Aburrimiento	Pasotismo.
Problemas con las comidas, pérdida de apetito, no ganancia de peso, pérdida de peso, engullir.		Pérdida de apetito, ganancia lenta de peso, pérdida de peso, comer en exceso, obesidad.
Pesadillas, terrores nocturnos, resistencia a irse a la cama, insomnio intermedio.		Insomnio, hipersomnia.
Menos actividad física.	Hipomotilidad, agitación	
		Cansancio, fatiga , falta de energía.
"Tonto", preocupación por	Baja autoestima,	Preocupación imagen corporal,

el castigo, preocupación por el fracaso.	autodesprecio, autoagresividad, autocrítica, sentimientos de culpa.	baja autoestima, autodesprecio.
	Problemas atencionales.	Menos pensamiento abstracto, indecisión.
Autoagresiones en la cabeza, arañazos, tragarse objetos, mayor riesgo de lesiones.	Ideas, planes e intentos de suicidio.	Ideas, planes e intentos de suicidio y suicidios violentos.

Fuente: Elaboración propia

2.2 Estrategias para combatir la depresión infantil

Tratamientos existentes

Existen varios tratamientos para la depresión infantil, tanto psicológicos como farmacológicos, aunque sólo algunos de ellos presentan hoy en día garantías científicas suficientes sobre su eficacia. Los resultados de un reciente estudio meta-analítico de Michael y Crowley (1987) permiten concluir que el tratamiento de primera elección para la depresión infantil es actualmente el psicológico, en particular, las terapias conductual y cognitiva, y hacen énfasis que no está totalmente demostrada la eficacia de ningún tratamiento farmacológico en la depresión de los niños.

La terapia conductual se centra fundamentalmente en aumentar el número de actividades placenteras que el niño depresivo realiza y en reducir sus experiencias vitales negativas mediante el aprendizaje de habilidades de afrontamiento. La realización de las actividades placenteras no sólo elevan el estado de ánimo debido a su carácter de reforzadores positivos, sino también porque distraen al niño de sus rumiaciones cognitivas negativas y combaten directamente el retraimiento y la pasividad, asociados con los episodios depresivos. Para ello, y mediante

protocolos de entrenamiento que incluyen juegos y tareas dentro y fuera de las sesiones, se establece un programa progresivo de actividades placenteras dirigidas a objetivos y se enseña al niño estrategias y habilidades para afrontar las situaciones de estrés y solucionar los problemas que están relacionados con su depresión. En concreto, en un programa conductual se enseñan al niño habilidades sociales, estrategias para manejar los sentimientos de ira, hostilidad, rabia o ansiedad (p. ej., mediante relajación, actividad física, por medio del dibujo o la escritura), habilidades de autorreforzamiento (presentarse reforzadores positivos uno mismo contingentemente con la realización con éxito de una conducta deseada), habilidades para la toma de decisiones basadas en un análisis de costes y beneficios, estrategias para dividir un problema grande en pasos más pequeños y manejables, entre otros.

El objetivo fundamental de la terapia cognitiva es cambiar las actitudes disfuncionales y los pensamientos negativos que sobre sí mismo, el mundo y el futuro tienen los niños con depresión. Esta clase de terapia va más allá del simple "poder del pensamiento positivo" (como tratan de hacer creer muchos libros de auto-ayuda que pueblan las librerías). Para ello, a lo largo de la terapia se utilizan técnicas de modelado cognitivo, de entrenamiento en autoinstrucciones positivas y de reestructuración cognitiva que, mediante juegos y tareas para realizar dentro y fuera de la consulta, pretenden que el niño aprenda a identificar sus pensamientos negativos, a entender la conexión entre estos pensamientos y los sentimientos y comportamientos sintomáticos que presenta, a evaluar los datos a favor y en contra de tales pensamientos y a sustituirlos por interpretaciones más razonables. En definitiva, la terapia cognitiva trata de ayudar al niño a pensar de una forma más adaptativa para que así pueda mejorar su estado de ánimo, motivación y comportamiento.

Habitualmente, los programas de tratamiento psicológico para la depresión infantil suelen combinar tanto la terapia conductual como la cognitiva y además, una parte muy importante de los mismos se dirige a los padres pues como ya se dijo, los niños hasta los 12 años dependen mucho del comportamiento de éstos. Los objetivos concretos de estas intervenciones con los padres se centran en enseñarles:

- a. Métodos positivos para disciplinar y manejar la conducta de sus hijos.
- b. Habilidades personales para el control de sus propias emociones de ira y hostilidad.

- c. Procedimientos para aumentar la autoestima de los niños.
- d. Habilidades para escuchar empáticamente a sus hijos.
- e. Habilidades para planificar actividades recreativas para la familia que estén pensadas para el niño y que se realicen con ellos, de manera que así se incremente el nivel de actividad del niño y se refuercen las conductas no depresivas del niño.

El tratamiento de la depresión infantil ante todo debe ser individualizado, adaptado a cada caso en particular y a la fase del desarrollo que se encuentra el niño, en base a su funcionamiento cognitivo, su maduración social y su capacidad de mantener la atención. Debe además involucrar de una manera activa a los padres, y realizar intervenciones hacia el entorno del niño (familiar, social y escolar) El tratamiento se divide en tratamiento de fase aguda y fase de mantenimiento. El tratamiento en Fase Aguda, incluye: Psicológico, Farmacológico y Combinado.

2.3 Terapias Psicológicas más utilizadas según Kovacs (1996)

- Cognitivo – Conductual: Se basa en la premisa de que el paciente deprimido tiene una visión distorsionada de sí mismo, del mundo y del futuro. Tales distorsiones contribuyen a su depresión y pueden identificarse y tratarse con esta técnica.
- Conductual: Se basa en la aplicación de técnicas de modificación conductual, manejo adecuado de situaciones, entre otros.

2.4 El Tratamiento Farmacológico; se basa en el uso de drogas como

- Antidepresivos Tricíclicos, para lo cual se requiere un EEG basal, y mediciones de tensión arterial, frecuencia cardíaca y peso.
- Los Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ISRS, son en la actualidad los más

utilizados, por su eficacia, aparente bajo perfil de efectos colaterales, baja letalidad por sobredosis y fácil administración una vez al día.

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

Así mismo, el Tratamiento en Fase de Mantenimiento va a depender del estado clínico del paciente, su funcionamiento intelectual, su sistema de apoyo, la presencia o no de estresores ambientales y su respuesta al tratamiento.

A modo de conclusión, en la actualidad la existencia de la depresión infantil es un hecho comúnmente aceptado por la comunidad científica especializada, por lo que ha cobrado gran importancia su estudio y tratamiento. Algunos han llegado a denominar a la depresión como la enfermedad del siglo XXI.

2.5 Consejos para prevenir la depresión infantil

Decálogo para padres (familiares y educadores) para prevenir la depresión infantil (Murray, L, (1992)

1. Predique con el ejemplo. Sonría, muéstrese de buen humor, disfrute sus vacaciones y tiempo libre, piense en voz alta de forma sensata.
2. Ayude a su hijo (sobrino, nieto, alumno) a divertirse y sentirse bien. Programe actividades agradables y divertidas, invite a los amigos de sus hijos, sorpréndale con planes novedosos y atractivos, destaque sus logros, tenga en cuenta sus preferencias.
3. Ahórrele sufrimientos innecesarios. Cuide de su salud (vacunaciones, higiene, hábitos de sueño, alimentación), prepárelo para situaciones estresantes (p. ej., la muerte de un ser querido, el inicio de la escolarización).

4. Promueva la armonía familiar (escolar). Manifiéstele su cariño de palabra y con hechos, fomente la comunicación familiar, evite las disputas conyugales en su presencia.
5. Edúquelo con afecto y coherencia. Actúe de común acuerdo con su pareja, fije normas de conducta razonables y exija su cumplimiento, sea comprensivo y flexible, colabore con el colegio.
6. Potencie sus cualidades, aficiones y pasatiempos. Inscríbalo en un gimnasio o club, despierte su interés por la lectura, la música, el cine, el teatro, las manualidades, el coleccionismo, entre otros, anímele a probar experiencias enriquecedoras (nuevos sabores, juegos, deportes, entre otros.).
7. Entrénelo para tolerar la frustración. No acceda a sus demandas irracionales, ignore sus rabietas, enséñele a respetar su turno, retrasar gradualmente la satisfacción de sus peticiones aplazables, demore progresivamente la gratificación, haga que comparta sus juguetes y pertenencias.
8. Hágalo responsable, no culpable. Valore sus esfuerzos (su estudio, su trabajo), no sus resultados (sus notas, sus ganancias). Fíjese objetivos realistas y felicítelo por alcanzarlos, "¡en hora buena por tus notables notas!" en lugar de "la próxima vez quiero todas sobresalientes".
9. Moldee un estilo cognitivo racional. Evite las etiquetas y el lenguaje absolutista, "eres un mal hijo", "nunca me haces caso", utilice el método socrático, en vez de facilitarle la solución hágale pensar, "¿qué podríamos hacer para resolver...? ¿y qué más?", converse con él, rebata sus ideas y creencias irracionales.
10. Fortalezca su autonomía. Enséñele destrezas básicas (asearse, vestirse, cocinar, administrar el dinero, entre otros), déle la oportunidad de que practique, ayúdele todo lo necesario pero no le resuelva sus problemas, permítale participar progresivamente en la toma de decisiones.

2.6 Desarrollo evolutivo del niño

Teoría psicogenética sociocultural psicoanalítica según: Jean Piaget Lev Vygotsky Sigmund Freud Jerome Henri Erikson Wallon Bruner. Beck, A (1967)

Freud	Erickson	Piaget	Heri Wallon
<p>La emoción permite construir una simbiosis afectiva con el entorno de 0 a 2 años.</p> <p>La obtención del placer y al mismo tiempo, de conflicto y frustración es la boca. Oral a lo largo del 1º año.</p> <p>Las actividades que priman son chupar, morder, mascar y vocalizar de vida.</p> <p>El niño establece relaciones con los otros de 2 a 3 años y los objetos.</p>	<p>El niño pasa a depender en forma absoluta de su madre y la familia, quienes deben proporcionar un cuidado continuo, consistente y adecuado.</p> <p>El niño usa sus músculos para moverse, niñez temprana vocalizar, desarrollará una sensación de ser.</p> <p>De 1 a 3 años autónomo y aparte de sus padres.</p>	<p>Búsqueda de placer Sensorio-motriz.</p> <p>El niño usa sus sentidos para conocer el mundo De 0 a 2 años.</p> <p>Incorporativa: Esos cuidados generarán en él/ella una sensación de De 0 a 2 años confianza básica, que se traducirá en un sentido de esperanza y optimismo frente a la vida.</p> <p>Aparición de acciones mentales que aún no son</p>	<p>Se confía inicialmente de sus reflejos primera etapa evolutiva motriz y emocional.</p> <p>Preoperacional: Presencia del juego simbólico, la seriación, la intuición, el De 2 a 7 años animismo, el egocentrismo, la yuxtaposición y la reversibilidad segunda etapa evolutiva.</p> <p>Se desarrolla la manipulación de objetos y la imitación.</p> <p>Sensorio-motriz y proyectivo.</p>

<p>Las necesidades orales ahora son sustituidas por las preocupaciones anales.</p> <p>Anal: Corresponde a la edad del aprendizaje de control de esfínteres de 1 a los 3 años y medio y por lo tanto, el niño encuentra placer en dicha actividad.</p> <p>Se fija la noción de autonomía del niño.</p> <p>Tiene lugar, desde la perspectiva freudiana, el Complejo de Fálica Edipo. De 3 a 5/6 años</p> <p>Se da una configuración</p>		<p>categorizables como operatorias.</p> <p>Desarrollo de un pensamiento lógico.</p> <p>Operacional</p> <p>Capacidad para resolver problemas de manera lógica.</p> <p>Concreto.</p> <p>Aún no puede pensar en términos abstractos.</p> <p>De 7 a 11 años tercer etapa evolutiva.</p> <p>Toma de conciencia y afirmación de la personalidad en la construcción del yo.</p> <p>Toma la iniciativa para establecer relaciones más cercanas</p> <p>locomotora</p>	<p>Oposicionismo, intento de afirmación,</p> <p>insistencia en la propiedad</p> <p>Personalismo de los objetos.</p> <p>Busca la gracia en las habilidades expresivas y motorices.</p> <p>Búsqueda de la aceptación y admiración de los otros de 3 a 6 años.</p> <p>Periodo narcisista, representación de roles.</p>
---	--	--	---

<p>estructurante del psiquismo humano.</p> <p>El niño (a) se percata más agudamente de su medio externo.</p>		<p>genital con el progenitor del sexo opuesto.</p> <p>La identificación con el padre del mismo sexo es crucial en de 3 a 6 años esta etapa.</p> <p>La persona puede pensar de manera abstracta, hacer representaciones mentales.</p> <p>Operacional</p> <p>Ahora es capaz de lidiar con situaciones hipotéticas formal y pensar en las distintas posibilidades.</p> <p>Luego comienza la etapa de la adolescencia</p>	
--	--	---	--

Fuente: elaboración propia

Capítulo 3

Referente Metodológico

3.1 Descripción del paciente

Población

La Iglesia de San Raymundo; prestó las instalaciones para que practicantes realizarán el servicio de psicoterapia a personas necesitadas que son miembros activos de dicho templo; a la cual asistieron adultos, niños y adolescentes. Una mayoría de estas personas atendidas son de escasos recursos; por lo que no pueden tener acceso a un tratamiento psicológico; algunos de los participantes tienen ideas divergentes en cuanto al tratamiento psicológico, por lo que resultó un poco complicada; la intervención psicológica con este tipo de padres, que no colaboraron de una manera directa en el proceso. También es una población vulnerable a la delincuencia juvenil; lo cual se percibió por medio de la observación.

Sujeto

Es el primer hijo de ambos, ellos estaban estudiando tercero básico cuando se enamoraron y comenzaron a andar de novios, a los pocos meses Amabel resultó embarazada por lo que no pudo concluir sus estudios, la madre de Amabel los obligó a juntarse y Juan tuvo que dejar los estudios y ponerse a trabajar para poder mantener a su nueva familia, fue un niño no deseado porque es hijo de unos niños. Ella se frustró mucho cuando supo de su embarazo, pero amaba a Juan y decidieron tener al bebé.

A los dos años de estar juntos Juan se involucra sentimentalmente con la hermana mayor de Amabel, ella los descubre y decide dejarlo, pero le dijo que lo iba a dejar con el niño, él acepta la propuesta y al tiempo ella se relaciona con alguien más, al principio no visitaba al niño por rencores de adultos pero de allí los abuelos paternos hablaron para que pudiera ver a Tony por lo menos una vez a la semana.

Tony es un niño de siete años de edad, actualmente vive con su abuelita por parte de su padre ya que sus padres se separaron debido a que el padre fue infiel, “refiere la abuela de Tony” el problema comenzó a darse con más frecuencia cuando nació el hermanito de él, actualmente tiene un año, ahora Tony se encoleriza con más frecuencia. Reta a los adultos y pelea con los tíos, ellos lo tratan mal ya que a veces esta de muy mal humor y tiene que ponerle un alto, él ve a la madre de vez en cuando pero cuando está con ella, él se enoja y pide ir de regreso a casa ya que ella se centra en su nuevo bebé y lo regaña por cualquier cosa, el padre tenía una nueva pareja y se lo llevo a vivir lejos de los abuelos pero él maltrataba con frecuencia a la pareja de su padre por lo que ella decidió dejarlo y nuevamente el regresó a casa de sus abuelos. De la misma manera lo hace con su madre, maltrata a su nueva pareja, pero ellos decidieron ir a vivir lejos de él, en la escuela es muy agresivo le pega a todos y se opone con los adultos. Ya aprendió a leer y escribir pero la maestra refiere que es agresivo con sus demás compañeros. La maestra solicitó a la abuela que lo llevara con alguien que lo ayudara ya que ella suponía que el niño tiene hiperactividad, que es en realidad reactividad ante la amenaza.

Instrumentos

Para el diagnóstico se utilizaron pruebas proyectivas Test de la familia, test del árbol, test de la figura humana, test de persona bajo la lluvia, láminas de CAT y fábulas de DUSS.

Test del Árbol

Detecta los sentimientos más prohibidos y profundos del sujeto, más arraigados en la personalidad, persistentes, y más difíciles de modificar. Presencia de huellas de experiencias o traumatismos más tempranos según el tratamiento especial que proporcione a determinadas zonas del tronco, cualidad de su sociabilidad, destructividad (agujeros, marcas, formas y cortes en las ramas...), impulsos instintivos que se pueden hallar fuera del control yoico o existencia de insuficiente capacidad de contención personal (ausencia de copa, trazos que se salen fuera de la copa...)

Test de la figura humana

Evalúa la adecuación a la edad que se le da, en el tamaño, trato que proporciona a las diferentes zonas corporales significativas simbólicamente (cabello, relacionado con la vitalidad sexual, nariz, desplazamiento del órgano sexual por excelencia, cuello, pies, piernas juntas, pestañas, pelvis, genitales como indicador de patología seria, dedos, énfasis en la musculatura o exhibición corporal, la desnudez relacionada a factores de homosexualidad, omisión, énfasis o distorsión de zonas sexuales...) y al trato de los diferentes complementos personales (de la vestimenta, la corbata en especial, bufanda, cinturón, cigarrillos o pipas, polos, lápices, palos o bastones, pelotas de fútbol, armas...), qué sexo dibuja primero, cómo dibuja cada sexo y qué papel social les asigna, la organización gestáltica de las figuras, entre otros elementos, proporcionarán indicadores de adecuación o inadecuación sexual, social, entre otros.

Test de persona bajo la lluvia

En la interpretación del dibujo se busca obtener la imagen corporal del individuo bajo condiciones ambientales desagradables, tensas en las que la lluvia representa el elemento perturbador.

Resulta muy útil su comparación con el dibujo de la figura humana, en el mismo individuo, ya que en éste falta dicho elemento estresante, esto nos permite comparar sus defensas frente a situaciones relajadas o de tensión. El ambiente desagradable hace propicia la aparición de defensas que suelen no mostrarse en el test de la persona. En este último, existen defensas que se mantienen ocultas, a veces tan solo insinuadas, precisamente porque la persona no tiene que hacer frente a una situación desagradable.

La persona bajo la lluvia, agrega una situación de estrés en la que el individuo ya no logra mantener su fachada habitual, sintiéndose forzado a recurrir a defensas antes latentes. Es decir, el dibujo de la persona es una situación no estresante, en tanto si lo es la persona bajo la lluvia. En cuanto al uso del papel, si el individuo modifica la posición del mismo, nos está dando una primera señal, que podrá interpretarse, a la luz de los demás datos, como oposición, rechazo de órdenes, sugerencias, indicaciones; conducta acaparante, invasiva, entre otros.

Test de la familia

Es de utilidad para explorar las dinámicas y conflictos familiares, lugares de salud y debilidad vistos desde una técnica proyectiva.

Láminas del C.AT.

El CAT es un método proyectivo o, como prefieren sus autores, un método aperceptivo: un método para el estudio, de la personalidad a través de la exploración de la significación dinámica de las diferencias individuales en la percepción de estímulos preestablecidos. El Test deriva directamente del TAT de Henry Murray. En sus objetivos específicos no se sobrepone ni reemplaza al TAT. Así como el TAT es útil en el examen de la personalidad de los adultos, es poco lo que se adecua para su aplicación en niños, del mismo modo como el CAT es inadecuado para adultos. El CAT fue desarrollado para hacer accesible a la comprensión la relación del niño con las personas y los impulsos importantes para él. Las láminas fueron diseñadas para responder a preguntas acerca de la alimentación en particular y la oralidad en general, para explorar la rivalidad entre hermanos, para aclarar la disposición del niño ante las figuras parentales y el modo como las percibe o concibe, para conocer la percepción que tiene el niño de sus padres como pareja, el Complejo de Edipo de Psicoanálisis. Además se pretende provocar las fantasías del niño acerca de la agresión, acerca del modo en que se siente acogido por el mundo de los adultos, del temor a estar solo de noche, su posible relación con la masturbación, sus conductas de higiene y la reacción de los adultos ante ellas. Se desea conocer la estructura del niño y sus modos de reacción y dominio de los problemas que le presenta su desarrollo.

Examen mental

Tony se presenta a consulta en estado de alerta, con aspecto general satisfactorio, higiene adecuada, bien vestido, con una disposición corporal relajada. Establece poco contacto visual. Su actitud es colaboradora, sin embargo, acapara el tiempo conversando sin parar. Muestra dificultad para expresar sus estados internos, muestra rigidez cuando habla de sus sentimientos. Su expresión facial es generalmente aburrimiento, somnolencia e indiferencia.

Su habla es espontánea con un volumen alto, ritmo rápido y entonación monótona. No presta atención a instrucciones y se muestra inseguro en la ejecución de tareas. Hasta el momento ha presentado una buena memoria remota, reciente e inmediata.

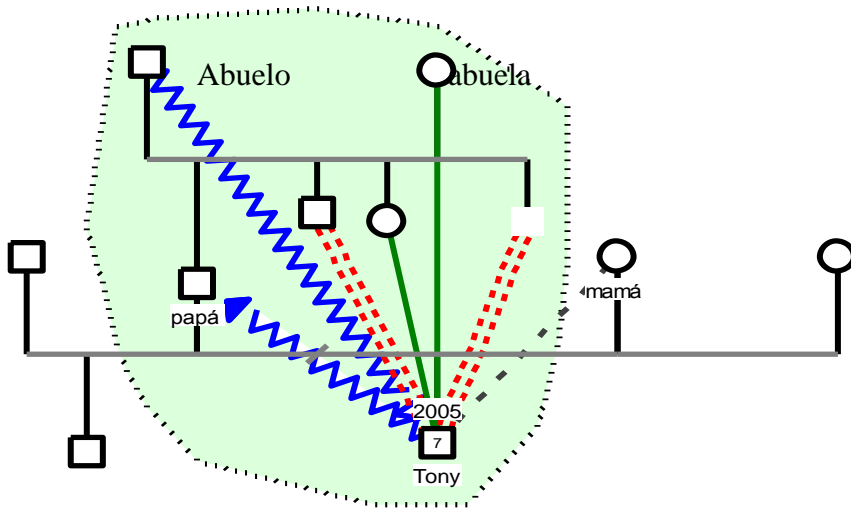
Su pensamiento es circunstancial, es perseverativo ya que fija en un solo pensamiento, frase o palabra. Niega cualquier dificultad que se le plantee y esquivo los temas emocionalmente estresantes.

Su estado de ánimo no es congruente con el contenido de su pensamiento, ya que expresa sentirse bien, se muestra sonriente, pero su expresión verbal indica que está triste.

El contenido del pensamiento se concentró en la madre no estaba con él y que el padre lo agrede físicamente y emocionalmente. Su expresión emocional fue congruente con el discurso y la intensidad de las emociones a un nivel apropiado.

Está bien orientado en tiempo, espacio y persona.

Genograma



Fuente: Elaboración propia

Hombre

Mujer

Nota: Actualmente vive con los abuelos, con la abuela tiene una relación de armonía, con el abuelo hay una relación de violencia emocional, con el padre hay una relación de violencia física, con la madre tiene una relación distante, con las parejas distante pero también hostil, con el hermano tiene una relación de discordia y conflicto.

Tipo de Investigación

El tipo de investigación que se utilizó fue el estudio de caso; este método suele emplearse en la investigación de los trastornos de conducta. Se centra en un individuo, describiendo su ambiente cultural, social, entre otros, las circunstancias de su vida presente y pasada y las características de la persona. Normalmente su objetivo es llegar a conocer la naturaleza, curso, causas, correlatos y resultados de trastornos y los problemas de comportamiento. R. Wick-Nelson, A. Israel (1994).

Capítulo 4

Presentación de Resultados

4.1 Informe clínico

I. Datos Generales

Nombre:	Tony Muñoz
Edad:	7 años
Nacionalidad:	Guatemalteca
Sexo:	Masculino
Ocupación:	Estudiante
Religión:	Cristiana Evangélica
Dirección:	lote 31 sector d San Raymundo
N/ Refiere:	La abuela, secretaria de escuela dominical
Miembros de Familia:	7

II. Motivo de consulta

Es referido por la abuelita que es la secretaria de escuela dominical de la iglesia quien afirma que su nieto tiene hiperactividad porque eso le han dicho algunas maestras porque dicen que no le hace caso a nadie.

La abuelita refiere porque ha tenido varios reportes de la escuela y le han dicho que si no cambia su conducta lo van a expulsar.

III. Historia del problema actual

Este problema comenzó a darse con más frecuencia cuando nació el hermanito de él, actualmente tiene un año, ahora Tony se encoleriza con más frecuencia. Reta a los adultos y pelea con los tíos, ellos lo tratan mal ya que a veces esta de muy mal humor y tiene que ponerle un alto, el ve a

la madre de vez en cuando pero cuando esta con ella, él se enoja y pide ir de regreso a casa ya que ella se centra en su nuevo bebé y lo regaña por cualquier cosa, el padre tenía una nueva pareja y se lo llevo a vivir lejos de los abuelos pero él maltrataba con frecuencia a la pareja de su padre por lo que ella decidió dejarlo y nuevamente el regresó a casa de sus abuelos. De la misma manera lo hace con su madre, maltrata a su nueva pareja, pero ellos decidieron ir a vivir lejos de él, en la escuela es muy agresivo le pega a todos y se opone con los adultos. Ya aprendió a leer y escribir pero la maestra refiere que es agresivo con sus demás compañeros. La maestra solicitó a la abuela que lo llevara con alguien que lo ayudara ya que ella suponía que el niño tiene hiperactividad, que es en realidad reactividad ante la amenaza.

IV. Antecedentes

Es el primer hijo de ambos, ellos estaban estudiando tercero básico cuando se enamoraron y comenzaron a andar de novios, a los pocos meses Amabel resultó embarazada por lo que no pudo concluir sus estudios, la madre de Amabel los obligó a juntarse y Juan tuvo que dejar los estudios y ponerse a trabajar para poder mantener a su nueva familia, fue un niño no deseado porque es hijo de unos niños. Ella se frustró mucho cuando supo de su embarazo, pero amaba a Juan y decidieron tener al bebé, tuvo complicaciones a la hora del parto y le tuvieron que hacer cesárea ya que no era posible que fuera parto normal. Recibió lactancia materna dos meses.

Su alimentación sólida comenzó a los cinco meses con papilla y banano raspado.

Mantuvo fija la cabeza a los cuatro meses, se sentó a los siete meses.

Se paró a los 10 meses gateo a los ocho meses e hizo esto por cuatro meses. Caminó al año.

Las enfermedades que sufrió Tony fue rotavirus y una bacteria cuando tenía seis meses que le producía como quemaduras en todo su cuerpo, para curar esto le echaban cremas y lo inyectaban.

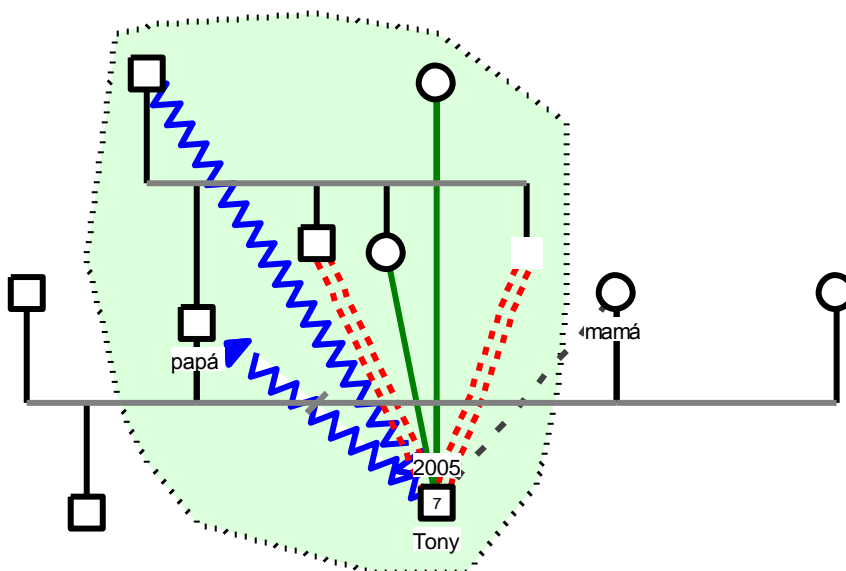
No lloró el primer día de clases, inició el colegio a los cinco años.

Actualmente está en primero primaria y al principio le costó pero poco a poco aprendió a leer y a escribir.

A los dos años de estar juntos Jorge se involucra sentimentalmente con la hermana mayor de Amabel, ella los descubre y decide dejarlo, pero le dijo que lo iba a dejar con el niño, él acepta la propuesta y al tiempo ella se relaciona con alguien más, al principio no visitaba al niño por

reencoros de adultos pero de allí los abuelos paternos hablaron para que pudiera ver a Tony por lo menos una vez a la semana.

V. Genograma



Fuente: elaboración propia

Nota: Actualmente vive con los abuelos, con la abuela tiene una relación de armonía, con el abuelo hay una relación de violencia emocional, con el padre hay una relación de violencia física, con la madre tiene una relación distante, con las parejas distante pero también hostil, con el hermano tiene una relación de discordia y conflicto.

VI Examen mental

Tony se presenta a consulta en estado de alerta, con aspecto general satisfactorio, higiene adecuada, bien vestido, con una disposición corporal relajada. Establece poco contacto visual. Su actitud es colaboradora sin embargo acapara el tiempo conversando sin parar. Muestra dificultad para expresar sus estados internos, muestra rigidez cuando habla de sus sentimientos. Su expresión facial es generalmente aburrimiento, somnolencia e indiferencia.

Su habla es espontánea con un volumen alto, ritmo rápido y entonación monótona. No presta atención a instrucciones y se muestra inseguro en la ejecución de tareas. Hasta el momento ha presentado una buena memoria remota, reciente e inmediata.

Su pensamiento es circunstancial, es perseverante ya que fija en un solo pensamiento, frase o palabra. Niega cualquier dificultad que se le plantee y esquiva los temas emocionalmente estresantes.

Su estado de ánimo no es congruente con el contenido de su pensamiento, ya que expresa sentirse bien, se muestra sonriente, pero su expresión verbal indica que está triste.

El contenido del pensamiento se concentró en la madre no estaba con él y que el padre lo agrede físicamente y emocionalmente. Su expresión emocional fue congruente con el discurso y la intensidad de las emociones a un nivel apropiado.

Está bien orientado en tiempo, espacio y persona.

VI. Interpretación de pruebas

Interpretación test de la figura humana

Acorde a su sexo; indica que se identifica y estereotipa las conductas de su sexo.

La figura de frente indica un deseo de enfrentamiento a las exigencias del medio ambiente, tiene franqueza y es socialmente estable.

Es pequeño, indica sobrevaloración del medio ambiente, un posible ocultamiento, pasar desapercibido por el medio ambiente y una relación sumisa.

Esta abajo: indica pesimismo, inseguridad, tendencia a la depresión, presencia de poca actividad física.

Esta a la izquierda: Indica inhibición, también manifiesta inseguridad, evasión e introversión.

Está en la parte inferior: muestra posible fijación con los conflictos ocurridos en etapas anteriores.

Interpretación del test de persona bajo la lluvia

Dibujo pequeño: timidez, aplastamiento no-reconocimiento auto desvalorización, inseguridad, temores, retraimiento, sentimientos de inadecuación, sentimientos de inferioridad, dependiente.

Transmite sensación de encierro o incomodidad. También transmite sencillez, introversión, humildad, falta de vitalidad, economía, ahorro, avaricia, inhibición, inadecuada percepción de sí mismo.

Margen izquierdo: representa el pasado, lo inconsciente y preconscious; lo materno y lo primario. Introversión, encerrarse en uno mismo. Pesimismo, debilidad, depresión, fatiga, desaliento, pereza, agotamiento. Lo que queda sin resolver lo traumático. Línea recta definida pero tosca: tendencias agresivas.

Dibujo hacia la izquierda: dirección hacia el pasado. Se refiere a conflictos sin resolver. Algo del pasado que aún les pesa y frena su evolución. Conflictos con la madre necesidad de búsqueda interior.

Nubes: presión, amenaza. Hay que tener en cuenta el número de las nubes pues a veces representa figuras parentales. Puede representar tendencias autoagresivas o dolencias psicósomáticas (nubes infladas).

Lluvias torrenciales: mucha presión, situación muy estresante, agobiante, como que no hay defensa que alcance. Necesita seguridad cualquier situación la percibe como amenazante.

Ausencia de paraguas: Falta de defensas, cuando la ausencia de paraguas se acompaña con figura de anchos hombros implica que es una persona que se defiende con su cuerpo, que se expone y corre riesgos.

Ojos sin pupilas o del mundo. Inmadurez emocional, egocentrismo, negación de sí mismo o el mundo. Dependencia materna. Vaciedad.

Boca abierta o rota. Dificultad de introyecciones adecuadas,

Cuerpo cuadrado: primitivismo, debilidad mental.

Sin pies. Desaliento, abatimiento, falta de ilusión tristeza, resignación. Es el que no llega nunca. Falta de confianza en sí mismo e inseguridad.

Historia del test de la persona bajo la lluvia

Es un niño que su papá y su mamá lo mandaron a la tienda a comprar y no se dieron cuenta que estaba lloviendo bien recio, él niño corrió y corrió pero no tenía con que cubrirse, su papá y su mamá cerraron la puerta y él no se podía regresar de la tienda pero después decidió mojarse para entrar de nuevo a su casa.

Interpretación test del árbol

Árbol sin base: inseguridad, fluctuaciones y desarraigo, falta de apoyo de estabilidad. También deseos de asegurarse en la persona una situación. Necesita seguridad.

Ramas caídas: introversión, pesimismo desaliento.

Tronco más grueso de arriba: capacidad de concentración e introversión, idealismo y espiritualidad.

Árbol con frutos: (árbol propio de adolescentes) deseos de mostrar su propia capacidad. Búsqueda de resultados inmediatos.

Interpretación del test de la familia

Trazo débil: delicadeza de sentimientos, timidez, inhibición de los instintos.

Sector inferior de la página: instintos primordiales de conservación de la vida, se puede asociar con depresión y apatía, significa lo sólido y lo concreto.

Dibujo pequeño: se asocia con sentimientos de inferioridad, inseguridad, timidez, retraimiento o depresión. Percibe el ambiente como amenazante y se inhibe ante él.

Miembro ausente, la madre: ausencia física y emocional, desvalorización, niega una realidad que produce ansiedad y problemas asociados con la figura.

Personajes en contacto: comunicación entre los miembros de la familia, aunque él no está junto con esa familia sino arriba del padre.

Brazos cortos: dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas.

Piernas juntas: tensión rigidez dificultad en el control de los impulsos, temor a sufrir.

Fábulas de Duss

Fábula 1

Fábula del pájaro

No sabía donde están sus padres, se va con su mamá, luego se encuentra con su papá ya no con su mamá, porque se equivocó de camino, luego fue con su papá al nido y como era tarde le preguntó, qué vamos a comer y el papá no podía salir del nido porque el nido estaba flojo y cuando el papá se salió se cayó el nido y el pájaro bebé se lastimó no podía ir con su papá y el

pajarito comenzó a gritar pio, pio porque se lastimó, su mamá al escuchar sus chillidos llegó a rescatarlo, quien te hizo esto le preguntó la mamá y el pajarito le dijo que como el nido de mi papá estaba flojo, pero él de todas formas se fue el nido se cayó y me lastime el ala.

Fábula 2 Fábula del aniversario de matrimonio

Podría ir a ver los jardines para ver si estaban buenos y a ver si sus padres salían a ver el jardín y tal vez puedo echarles agua al jardín dijo el niño y los padres llegaron enojados y le dijeron porque le echaste agua a los jardines si te dijimos que no lo hicieras, pensó el niño y luego dijo el niño, que haré, que haré, y luego ellos salieron a ver los jardines y cuando vieron que tenía una cubeta lo regañaron y toda la gente se fue y le dijeron que has hecho y él les dijo que se le olvidó que le habían dicho que no hiciera eso.

Fábula 3 Fábula del corderito

Decir está bien y empezó a comer hierba y se terminó toda la hierba de ese lugar y de allí se alejó más y más y ya era noche y la mamá estaba va de pensar en él y un lobo hizo “auuuu” y el lobo iba detrás del corderito y llegó un pastorcito y le dijo aléjate lobo malvado y el lobo se fue y luego llegó la mamá.

Fábula 9 Fábula de la noticia

La noticia que le dieron es que era su primer día de clases y el dijo urra urra, y cuando vi una luz era la luz porque en su colegio tenía que ir de noche y como solo en su colegio había luz no quería salir del colegio, porque los que salían desaparecían. Tenía miedo y no quería salir pero su papá lo llegó a traer y se fueron a la feria, luego se fueron a su casa pero tenía miedo porque estaba oscuro y tocaron y pensaron que alguien malo les iba a abrir la puerta pero se sintieron felices cuando vieron que la que abrió la puerta fue la mamá.

Fábula 10 Fábula del mal sueño

Que un ogro lo mató porque el niño le estaba pegando al ogro porque le caían mal los ogros porque lo habían despeinado y luego dijo el ogro ya me cansaste y lo ahorcó y luego el niño se despertó y le dijo no me pegues ogro y dijo porque soñé esto y cuando vio el ogro estaba allí, no

era un sueño y se puso a llorar porque el ogro lo quería ahorcar de verdad y se puso un sombrero y lloró y luego sus padres salieron con una hacha y el ogro agarró el hacha y se las quitó y dejaron allí al pobre niño llorando.

- a. Indicaciones generales durante la prueba: colaborador.
- b. Circunstancias familiares o sociales de interés: en varias ocasiones el padre es el malo, los padres lo dejan solo.
- c. Antecedentes personales o acontecimientos significativos: ninguno.
- d. Interpretación y comentarios: desea ser siempre el centro de atención porque no es así pero le gustaría que así fuera.
- e. Recomendaciones o propuestas: trabajar más autoestima.
- f. Análisis de reciliencia: ninguna.

Interpretación de fábula del pájaro

Tiene más respuestas neuróticas: porque en su historia volará primero con el padre, pero reacciona y dice que tomo un camino equivocado, luego se irá con la madre. Pero él le pide comida al padre y este se va y cuando se va lo deja caer y se golpea fuerte el ala, luego su madre llega a rescatarlo y él le da queja de lo que su padre acaba de hacer. El paciente desearía que su madre lo llegara a rescatar porque su padre lo golpea mucho emocional y físicamente, él desea que su madre haga algo por él para cambiar esto y que su padre cuide más de él o que ya no lo golpee.

Interpretación del aniversario de matrimonio

El sale queriendo llamar la atención de ambos padres, pero lo que logra conseguir es que lo regañen porque hizo algo indebido, con la actitud que el demuestra todos los invitados se van y los padres se quedan solos con él. El desea tener la atención de sus padres, que ellos no vean más a la gente sino que se centren por completo en él.

Interpretación de la fábula del corderito

Demuestra estar resignado a ya no tomar más la leche y acepta que el otro corderito se tome su leche pero se termina el pasto muy rápido y decide buscarlo en otro lugar pero cuando está en ese lugar llega un lobo e intenta comérselo, pero luego aparece un pastorcito el cual lo salva del lobo, el paciente desearía tener a su mamá junto a él pero como no es así decide ir a otra parte a buscar ese cariño, peor cuando está en busca de ese cariño aparece alguien que lo ataca, me imagino que se refugia en la abuela pero hay alguien que lo separa para que esté satisfecho en ese lugar y ese alguien pueden ser los tíos que no le dejan a la abuela solo para él y en ese momento aparece su salvador su escape.

Interpretación de fábula de la noticia

El paciente al recibir la noticia de que iba a asistir al colegio sintió felicidad ya que iba a compartir con otros compañeritos, la única luz que él ve en todo su alrededor es la escuela a la que el asiste ya que allí se siente bien, es mas no quisiera salir de allí según el relato, hasta estar con alguien que le de protección, al parecer le gusta estar en el centro de estudios y lo que más desearía es que su padre llegara por el ya que actualmente sus tíos lo hacen, de nuevo aparece la madre que es la que les abre la puerta y los libra a los dos del peligro de la calle, pide con mucha frecuencia la protección de la madre.

Interpretación de la fábula del mal sueño

El ogro del cuento puede ser su tío ya que cuanta con mucha frecuencia que él le pega, un día le saco sangre del labio y el manifestó estar molesto porque nadie lo defendía, en el relato el paciente menciona que el ogro lo estaba ahorcando pero que era un sueño y él se despierta feliz de que era solamente un sueño, pero cuando abre los ojos se da cuenta que no es un sueño y los padres llegan al rescate pero no logran hacer nada por el ya que el ogro los vence y los separa y luego trata de ahorcarlo de nuevo, lo que el paciente nos proyecta es que los padres nunca están allí para protegerlo y que siempre hay algo que se interpone entre ellos.

Test C.A.T.

Lámina 1

Tontos pollitos, tomando sopa y el tercer pollito va a traer café y les dijo quien quiere café y los otros dijeron yo, y había un palo allí y se tropezó y les tiro el café encima, los pollitos dijeron jamás te volveremos a ver y se fueron volando y adiós nuestra amistad se acaba y le dijo uno al otro ahora que ya no estamos con ese pájaro seremos felices y pasaron 10 años y dijeron que los dos extrañaban a su amigo y fueron al nido y cuando vieron ya no había nadie y luego había un pájaro halcón grande, y el halcón les pegó a los dos y los mató, y llegó el pájaro amigo de ellos y le dijo porque has hecho esto y el halcón le dijo mate a tus amigos porque ellos no te querían.

Lámina 2

Osos halando

El que gane se queda con la cuerda,, el osito esta halando, el oso grande les ganó y les dijo yo me quedo con la cuerda y el osito se le prendió a la cara y le quitó el pelo, el oso le pegó al niño y le dijo porque me pegaste y él le dijo porque tú me aruñaste, y le dijo la mamá porque le pegaste y ella le dijo me las vas a pagar osote, tonto oso me las vas a pagar, nada me impedirá que yo le pegue a mi hijo dijo el osote.

Interpretación del C.A.T Tres pollitos en torno a una mesa

El paciente proyecta falta de afecto por el hermano, ya que en su relato dice que ellos lo dejaron porque el cometió un error de tirarles el café encima pero fue porque se tropezó no porque él quiso. La madre no lo defiende ni dice nada ante esta situación sino mas bien el padre es el que los mata cuando ellos llegan queriendo reconciliarse con él, además el paciente no se lleva bien con su hermano ya que la madre lo regaña porque cuando se ven ella no le toma tanta importancia a él sino que siempre está al tanto de su hermanito, le gustaría que su padre desapareciera a el otro niño ya que le hace daño que el este con la madre.

Interpretación de la lámina de osos halando

El niño esta proyecta que el padre ganó el juego, según se da a notar el es la sog a ya que el que gana se queda con la sog a, él niño se enoja y le pega en la cara al padre, el padre se enoja y le pega, la madre llega al rescate y el dice que se las va a pagar porque no puede estarle pegando de esa manera la niño, proyección que necesita que la madre lo defienda del padre ya que el padre siempre le pega y no hay nadie que lo defienda.

VII. Diagnóstico diferencial

Trastorno negativista desafiante: a menudo se encoleriza e incurre en pataletas, le gusta discutir con adultos, desafía activamente a los adultos o rehusa cumplir sus obligaciones, molesta deliberadamente a otras personas, acusa a otros de sus errores o mal comportamiento, es susceptible o fácilmente molestado por otros, es colérico y resentido, es rencoroso o vengativo.

Depresión: pasa la mayor parte del día solo y llorando, se siente desconsolado y siente que nadie lo quiere.

Hiperactividad: No puede mantenerse sentado, molesta a los demás, cuesta que realice sus tareas, solo lo hace con supervisión de alguien.

Justificación: Según las pruebas aplicadas y el diagnóstico del DSM-IV el paciente tiene rasgos del Trastorno Depresivo Mayor. Por que presenta tres o más de los siguientes síntomas en los últimos doce meses.

Siempre se le ve con estado de ánimo deprimido, ha perdido el interés para disfrutar aquellas actividades que antes disfrutaba, ha perdido peso significativamente, le cuesta dormir en las noches porque su papá se levanta temprano o se acuesta tarde, se fatiga con facilidad y pierde energía rápidamente, tiene sentimientos excesivos de inutilidad o culpa.

Según los resultados obtenidos en las pruebas, cabe destacar que Abraham tiene falta de apoyo de estabilidad, introversión pesimismo y desaliento, auto-desvalorización, inseguridad, evasión, anhela pasar desapercibido por el medio ambiente, sumiso.

Muestra una posible fijación con los conflictos ocurridos en etapas anteriores.

Deseos de mostrar su propia capacidad. Presenta que existe una situación muy estresante, agobiante como que no hay defensas que alcances.

Presencia de poca actividad, conflictos con la madre, tendencias agresivas, abatimiento, resignación, temor a sufrir. Dificultad para conectarse con el mundo y con las demás personas.

IX. Diagnóstico multiaxial

EJE I F91.8 Trastorno Depresivo Mayor

EJE II Z03.2 sin diagnóstico

EJE III Z03.2 sin diagnóstico

EJE IV Problemas de relaciones familiares. Abandono de la madre.

EJE V EEAG 61-70

Recomendaciones del caso

Se recomienda trabajar sobre autoestima.

Que el padre no lo trate como una persona mayor, sino que lo entienda como niño que es.

Que la abuela trate de hacer entender al padre de Tony que él lo necesita y que no merece sus golpes.

Que la madre dedique tiempo específico para estar solo con Tony y que lo haga sentir bien.

Que la familia trate de estar unida pero para ayudar a Tony, que le ponga atención y que traten de entenderlo.

4.2 Discusión de caso

La depresión es un trastorno que afecta a niños, debido a distintas causas familiares, la principal causa es por problemas familiares, lo lamentable es que los padres no aceptan que los niños tienen varios síntomas depresivos y que si no se tratan pueden causar serios daños en la personalidad de un niño. (Kovaccs, 1996)

La depresión; es un síntoma cuando aparece la tristeza y una enfermedad cuando al síntoma se le añaden otros para dar un síndrome; ella es un fenómeno de primer orden en la práctica médica actual, con un valor real de prevalencia.

La depresión no solo constituye un problema médico, sino que paralelamente forma parte de un fenómeno social.

Los pacientes deprimidos tienen múltiples factores de riesgo que pueden dar lugar al proceso morboso, entiéndase por riesgo a la probabilidad que tiene un individuo a desarrollar una enfermedad dada a lo largo de un periodo preestablecido.

Entender a un niño que sufre síntomas depresivos es sumamente complicado para aquellos que no tienen la información que este trastorno es un problema que ellos no desean tener, por lo cual suelen aislarlos y tratarlos mal logrando con esto ayudarlos más a hundirse en el trastorno.

Las familia dl pacientes se niega a entender el problema del niños, porque tienen creencia erróneas, argumentan que su hijos es normal y que no necesitan ayuda de nadie, lo cual impide lograr un proceso terapéutico completo y eficiente, debido a que el apoyo familiar es de suma importancia para el paciente ya que son los aliados más importantes en el proceso.

Se logró trabajar autoestima en el paciente, ya que antes de asistir a terapia no se valoraba ni mostraba cariño, ahora se les ve un cambio ya que demuestra interés y cariño por otros, incluso en su alimentación ha mejorado ya que antes de asistir a terapia le costaba trabajo comer, pero ahora come con normalidad.

Se logró una alianza terapéutica efectiva, ya que contaba lo que le pasaba en la semana, les gustaba asistir a terapia y ponían mucho de su parte para hacer las tareas que se les asignaban, ya que al principio costó involucrarlo en la terapia.

Los abuelos y tíos del paciente después de varias sesiones y pláticas con ellos, trataron de cambiar y mejoraron su situación familiar, tomando la determinación de unirse y apoyar al niño

ya que tenían claro que sin la ayuda de ellos iba a ser muy difícil la recuperación y también lograron entender que se necesita de su apoyo para lograr el objetivo de la terapia.

Hubiera sido de mayor beneficio compartir más tiempo con Tony, ya que fue uno de los retos más grandes, y ver los resultados fue satisfactorio.

El padre de Tony no quiso involucrarse en el proceso ya que afirmó que su hijo no tenía ningún problema por lo que fue difícil hablar una sola vez con él ya que no colaboró y se mostró renuente y no aceptó las recomendaciones que se le dieron para apoyar al niño.

Lastimosamente no se pudo tener un contacto directo con la madre, únicamente por teléfono ya que refirió que no deseaba llegar a la cita porque no quería tener problemas con su actual pareja, porque a él no le gustaba que fuera a ver a su hijo porque suponía que al tener contacto con su pareja anterior había la posibilidad que ella regresara con él.

El no contar con el material necesario ni el espacio disponible para la aplicación de la terapia de juego fue una limitante en la evolución del paciente.

Conclusiones

1. Se pudo determinar algunos de los factores familiares que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos, los cuales son desintegración familiar, violencia emocional y violencia física, por parte de los familiares más cercanos.
2. Se alcanzó identificar algunos de los factores principales que influyen en el desarrollo emocional en un niño de 7 años que presenta síntomas depresivos, estos van de la siguiente manera; factores biológicos, patrones de crianza y falta de interés en los hijos.
3. Se profundizó otros factores externos influyentes de los síntomas depresivos y los que más sobresalen es la falta de atención hacia los menores, falta de comprensión por parte de los padres, malas técnicas de corrección y apoyo por parte de la pareja para corregir al niño.

Recomendaciones

1. Sería bueno que los padres de familia siguieran apoyando a Tony en el proceso terapéutico y tuvieran en cuenta los síntomas de la depresión.
2. Beneficiaría a la población de San Raymundo identificar los principales factores que causan depresión, para tratar de prevenir este trastorno.
3. Conocer los distintos factores externos que influyen en la depresión infantil, ayudaría considerablemente a las familias de los niños que tienen rasgos depresivos.
4. Sería de gran ayuda para la población de San Raymundo que tuvieran un psicólogo de planta, para que pueda orientar a los miembros de la iglesia.
5. Valdría la pena que los padres de familia recibieran charlas de cómo entender a sus hijos, ya que la mayor parte de la población a pesar de tener una buena idea de cómo guiar a sus hijos, no saben cómo aplicar la educación en los mismos, esto serviría de gran ayuda a dicha población.
6. Es necesario que los pastores de la iglesia de San Raymundo promuevan en los miembros la salud psicológica, ya que muchos tienen miedo de ir con un psicólogo debido a que tienen ideas irracionales a cerca de los promotores de salud mental.

Referencias Bibliográficas

Angol y Rutter (1992). *Other family influences. Child and adolescent psychiatry*. Boston: Blackwell Scientific Publications.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2000). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, texto revisado (DSM IV-TR)*. Ed. España. Barcelona: Masson

Bandura, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative response. *Journal of Personality and Social Psychology*

Beck, A (1967) *Depression: Clinical, experimental, and theoretical aspects*. New York: International Universities Press.

Birmaher y Cols, (1996) *Causas de depresión en niños*.

Calviño M. (2004) *La acción comunitaria en la salud mental*. Psicología online Facultad de Psicología de la Universidad de La Habana, Cuba.

Del Barrio. (1997) *Factores biológicos de la depresión infantil*.

Freud, S. (2001). *Tres ensayos para una teoría sexual: Las metamorfosis de la pubertad*. Argentina: Obras Completas. Amorrortu.

Hernandez D.J. (1994) Children's changing access to resource: A historical perspective. *Social Policy Report: Society for Research in Child Development*.

Kovacs y Beck (1992) *Children's Depression Inventory*. Nort Tonowanda, NY: Multi-Health Systems.

Lazarus, A. (1962) The use of motive imagery in the treatment of children's phobia. *Journal of mental Science*, 108, 191-192.

Millon, Theodore & Davis, Roger D. (2004). *Trastornos depresivo mayor. Más allá del DSM-IV*. (1ª. Ed.) Barcelona: Masson.

Mitchell, J. y Crowley. (1987). Scope and significance of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Murray, L. (1992). The impact of postnatal depression on infant development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*.

Ortiz Uribe, F. y García Nieto, Ma. P. (2000). *Metodología de la investigación: el proceso y sus técnicas*. (2ª. Ed.) México: Limusa.

Spitz (1946). *Anaclitic depression*. In *The psychoanalytic study of the child*, vol. 2. New York: International Universities Press.

Vásquez MJ, Feria M, Palacios L, De la peña F. (2010). *Guía Clínica para el Trastorno Depresivo Mayor*. Instituto nacional de psiquiatría Ramón de la fuente. (2010). México: Patricia Fuentes de Iturbe

Wick., Nelson. Israel, A. (1994) *An evaluation of enhanced self-regulation traig in the treatment of child*. *Jornal of Pedriatric Psychology*.

Tisher y Lang (1984). *Cognición in emotion: Concept and action*. In C.E Izard, J. Kagan, R.B. Zajonc (Eds.), *Emotion, cognition, and behavior*. New York. Cambridge University Press.

Anexos

Actividad del Bullying

OBJETIVO GENERAL:

- Promover autonomía en la emisión de juicios sobre situaciones de la vida cotidiana y sus consecuencias en la personalidad de sus hijos.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Identificar la relación que tienen con sus hijos
- Promover acciones para evitar el triangulo del bullying
- Aplicar el dialogo como medio eficiente de comunicación y solución de conflictos.
- Describir la forma de actuar frente a situaciones de conflictos
- Explicar el impacto que causa el bullying en la autoestima de cada individuo.
- Fomentar y fortalecer los valores familiares

ACTIVIDADES:

- Charla con padres de familia
- Preguntas y respuestas
- Enumeración de causas y consecuencias del maltrato familiar
- Opiniones de los padres de familia







PLANIFICACIÓN DE TALLERES

TEMA: Como Disciplinar a los hijos
No. DE SESIONES: 1 sesiones de 2 horas
ESTUDIANTES RESPONSABLES: Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina
OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: Producir una patrón específico de comportamiento en los hijos
DIRIGIDO A: Adultos (padres y madres de familia)

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Establecer reglas y límites para los hijos	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Lluvias de Ideas ✓ Charla dirigida 	Se realizo una presentación donde se explico el concepto de disciplina, el objetivo de disciplinar , algunas maneras de disciplinar lo importante de establecer limites y como educar y orientar a los hijos de manera eficaz	Se utilizo una presentación con cañonera	2 horas a padres	Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina
Educación con estrategias adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Dinamica 				
Aprender a distinguir entre comportamiento normal irresponsabilidad y desafío					

V.o.Bo. 
 Montja Hernández de González
 Pasora Igelsia San Raymundo

PLANIFICACIÓN DE TALLERES

TEMA: El Bullying
No. DE SESIONES: 2 sesiones de 2 horas
ESTUDIANTES RESPONSABLES: Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina
OBJETIVO GENERAL DEL TEMA: Determinar las causas que conllevan al Acoso Escolar
DIRIGIDO A: Adultos niños y adolescentes

OBJETIVO ESPECIFICO	ACTIVIDAD	METODOLOGÍA	RECURSOS	TIEMPO	RESPONSABLE
Clasificar los tipos de Bullying Prevenir el acoso escolar Estrategias para detectar el Bullying	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Lluvias de Ideas ➤ Charla dirigida ➤ Dinamica ➤ Video clip 	Se realizo una presentación donde se explica que significa la palabra Bullyn Lo que es el agresor y la victima. Cuando se esta en presencia del Bullying Tipos de Bullying en el emocional fisico. El triangulo del bullying Consecuencias del Bullying Consejos practicos	Se utilizo una presentación con cañonera Se pasaron video clip con victimas y victimarios del bullying	2 horas a padres 2 horas niños y adolescentes	Alfaro López Alida Esmeralda, Alfaro López Glenda Suceely, Quiché Mendoza Hellen Carolina

Vo.Bo. 
 Morica Hernández de González
 Pastora Igelsia San Raymundo