

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA APLICADA A NIÑOS CON
SÍNTOMAS DEPRESIVOS

POR:

IVANA SAADY TEJADA CAMACHO

Tesis presentada como uno de los
requisitos para optar por el grado
de Magíster en Psicología Clínica

PANAMÁ, REPÚBLICA DE PANAMÁ

2011

UNIVERSIDAD DE PANAMÁ
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y POSTGRADO
MAESTRIA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Título de tesis: Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, enfocada en disminuir los síntomas de depresión en estudiantes con Trastorno Depresivo.

Código: 327-14-06-11-100

Nombre del estudiante: Ivana Tejada
(4-721-1108)

Especialidad: Maestría en Psicología Clínica

Duración estimada en meses: 3 meses

Fecha de inicio: 1 de agosto de 2011

Fecha de culminación: 31 de octubre de 2011

Unidad Ejecutora del Proyecto: Maestría en Psicología Clínica

Nombre del Asesor: Magíster Ricardo López

Firma del Asesor: _____

Firma del Coordinador del

Programa: _____

Firma del Director de

Investigación y Postgrado: _____

DEDICATORIA

Con mucha alegría y orgullo dedico mi trabajo de graduación, a mi familia, sobre todo a mi madre, ya que siempre ha sido un ejemplo de superación personal y profesional.

A mis abuelos que son una gran fuente de motivación, gracias por todos sus esfuerzos.

A mis amigos que nunca me dejaron olvidar mis metas y me alentaron siempre a seguir adelante.

A mis profesores y amigos psicólogos que han sido una inspiración y modelos de profesionales.

Y sobre todo a los niños que brindaron mucho de ellos mismos para la construcción de este documento.

AGRADECIMIENTO

Gracias, primero que todo a Dios, por darme las fuerzas y la guía para no olvidar mis sueños.

A mi madre, por todo su cariño, su sacrificio y sobre todo por su ejemplo, gracias.

A mi hermana, por su paciencia y apoyo.

Al personal administrativo y docente de la Escuela Martin Luther King, que colaboraron en la realización de esta investigación.

A los niños y padres de familia que aceptaron ser parte de esta experiencia.

A mi Profesor Asesor de Tesis: Mgter. Ricardo López, por su continuo apoyo y estímulo para crecer profesionalmente.

A mis amigos Azael Moreno, Yandra Ávila y Marjorie Pita que sin su apoyo, motivación y esfuerzo este trabajo no hubiese sido posibles.

A todas y cada una de las personas que continuamente me animaron para seguir a delante, gracias.

RESUMEN

El propósito de esta investigación fue evaluar la efectividad de la "Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia", metodología de *Leopoldo Bellak*, en la disminución de síntomas depresivos en niños entre nueve y once años.)

La investigación se realizó mediante un diseño de investigación pre-experimental, tipo estudio de caso con diseño pre-prueba y post-prueba, en el cual se aplicó un "Tratamiento Psicoterapéutico breve, intensivo y de urgencia" a un grupo de 8 niños con síntomas depresivos.

Para la medición de estos síntomas se aplicó "El Cuestionario Educativo Clínico Ansiedad-Depresión" a los 8 sujetos.

El tratamiento se ofreció en diez sesiones, generalmente una vez por semana. Estas diez sesiones incluyen la sesión de seguimiento; la cual se llevo a cabo un mes después de de finalizadas las primeras nueve sesiones.

Esta investigación concluye que el tratamiento con "La Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia" no logró ninguna disminución estadísticamente significativa de los síntomas depresivos; sin embargo, observasiosalmente, hubo una disminución visible de los síntomas depresivos entre los sujetos.

ABSTRACT

The purpose of this research was to evaluate the effectiveness of the "Intensive Brief, and Emergency Psychotherapy" methodology by *Leopoldo Bellak*, in reducing depression symptoms in children between nine and eleven years old.

The research was conducted through a pre-experimental study design, which was case based with pre and post-test assessments, in which "Intensive, Brief and Emergency Psychotherapy" was applied to 8 children with depressive symptoms.

To measure these depressive symptoms the "Anxiety and Depression Clinical Education Questioner" was applied to all 8 subjects.

The therapy was given during ten sessions, generally once a week. This included the follow up session, which was done one month after the initial nine sessions.

This research concluded that the treatment applied with "The Intensive Brief, and Emergency Psychotherapy" did not make any statistically meaningful decrease of depressive symptoms; however, observationally there was a clinically visible decline in depressive symptoms among the subjects.

ÍNDICE GENERAL

PORTADA	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
RESUMEN/ABSTRACT	iv
INTRODUCCIÓN	1

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN	4
2. TEORÍAS Y MODELOS QUE EXPLICAN LA DEPRESIÓN	5
2.1. EXPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA TEORÍA PSICODINÁMICA	5
2.2. EXPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LAS TEORÍAS CONDUCTUALES	19
2.2.1. LA DISMINUCIÓN DEL REFUERZO POSITIVO	20
2.2.2. ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL	21
2.2.3. EL MODELO DE NEZU	22
2.3. EXPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LAS TEORÍA COGNITIVAS	23
2.3.1. TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA REFORMULADA	23
2.3.2. TEORÍA COGNITIVA DE BECK	24
2.4 OTRAS TEORÍAS PSICOLÓGICAS	27
2.4.1. TEORÍAS BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN	27
3. DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS	28
3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DEPRESIÓN EN LOS NIÑOS	31
3.2. EL DSM-IV Y LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES	33

CAPITULO II
PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA

1. PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA	41
1.2. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PBIU	41
1.3 ENFOQUE QUE UTILIZA LA PBIU	45
1.4. LOS DIEZ PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PBIU	46
1.5. PERFIL BÁSICO DE LA PBIU	50
1.6. DESCRIPCIÓN DE CADA UNA DE LAS SESIONES DE PBIU	51
1.6.1. SESIÓN INICIAL	51
1.6.2. SEGUNDA SESIÓN	53
1.6.3. TERCERA SESIÓN	54
1.6.4. CUARTA SESIÓN	54
1.6.5. QUINTA SESIÓN	54
1.6.6. SEXTA SESIÓN	54
1.7. EL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA PBIU	55
1.7.1 GUIAR Y CONTROLAR LA INTENSIDAD DEL PROCESO	55
TERAPÉUTICO	
1.7.2. FACILITAR LA COMUNICACIÓN	55
1.7.3. EXPLICAR EL PROCESO TERAPÉUTICO AL FINAL DE LA	56
SESIÓN INICIAL EN TÉRMINOS SENCILLOS	
1.7.4. APRENDIZAJE FACILITADOR	56
1.7.5. TÉCNICAS PROYECTIVAS	56
1.7.6. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN EL TRATAMIENTO	
DE URGENCIA DE LAS REACCIONES EMOCIONALES A LA	56
ENFERMEDAD FÍSICA	
1.7.7. COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y EL TERAPEUTA	56
1.7.8. INTERPRETACIÓN	57
1.7.9. INSIGHT	57
1.8. MÉTODOS DE INTERVENCIÓN EN LA PSICOTERAPIA	57

1.9. PBIU DE LA DEPRESIÓN	59
1.10. PBIU CON NIÑOS	65
1.10.1. DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA PBIU CON NIÑOS	65
1.10.2. APROXIMACIÓN DE DIEZ PASOS A LA PBIU CON NIÑOS	69

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	72
2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	73
2.1. OBJETIVOS GENERALES	72
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS	72
3. HIPÓTESIS	72
3.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	73
3.2. HIPÓTESIS ESTADÍSTICA	74
4. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	74
5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES	74
5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	74
5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE	75
5.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	75
5.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE	75
6. POBLACIÓN Y MUESTRA	76
6.1. POBLACIÓN	76
6.2. MUESTRA	76
7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN	76

8. INSTRUMENTO Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN	77
9. MÉTODO DE INTERVENCIÓN	79
10. ESTADÍSTICO	79
11. PROCEDIMIENTO	78
12. LIMITACIONES	80

CAPÍTULO IV

RESULTADOS: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN	81
---	-----------

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	90
---------------------------------------	-----------

BIBLIOGRAFÍA	93
---------------------	-----------

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO #1 CONSENTIMIENTO INFORMADO	97
ANEXO #2 HISTORIAS CLÍNICAS	98
ANEXO #3 PROTOCOLO DEL TEST CUESTINARIO EDUCATIVO CLÍNICO DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN	121

CUADROS

CUADRO # 1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD	82
CUADRO # 2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO	83
CUADRO # 3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA ESCOLARIDAD	84
CUADRO # 4 COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CECAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	85

GRÁFICAS

GRÁFICA # 1 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD	82
GRÁFICA # 2 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO	83
GRÁFICA # 3 DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD	84
GRÁFICA # 4 COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CECAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO	86

INTRODUCCIÓN

Por mucho tiempo se consideró que la depresión no existía en niños y que era normativa en la adolescencia, en los últimos 30 años se empezó a reconocer la depresión mayor como un trastorno que también padecen los niños y adolescentes. Debido a la mayor comorbilidad y mayor agrupación familiar de la depresión en los individuos en quienes ésta se inicia tempranamente, se considera la posibilidad de que aquella que se inicia en la infancia o la adolescencia sea una forma más severa del trastorno.

La depresión es todo estado en el cual el sujeto empieza a presentar una disminución marcada en su actividad, tanto psicológica como motora. Todo se va enlenteciendo y el individuo va perdiendo su interés por las cosas que habitualmente le gustan, pierde el apetito, el sueño, se aísla, evita estarse comunicando, pierde la eficiencia laboral, empieza a tener faltas en su trabajo, etc. Así la define Jaime Armijo, psiquiatra que labora en el Centro de Atención Integral del Instituto de Salud Mental de Panamá, en una entrevista realizada para el diario La Prensa, en el año 2010.

La depresión, en términos generales, se produce en todas las etapas de la vida. Es más, las estadísticas, en términos generales señalan que un 10% de la población mundial (que es aproximadamente 6,300 millones de habitantes) ha tenido un episodio de depresión por lo menos una vez en la vida, según la Organización Mundial de la Salud. Esto muestra claramente cuál es la magnitud de este problema.

La niñez es una etapa de grandes cambios psicológicos y sociales que la colocan en situaciones de tener que hacer frente a nuevas formas de vida. Si a esto le sumamos la presencia de síntomas depresivos: sentimientos de culpa, pensamiento sobre la muerte y el

suicidio, disminución de la capacidad para el placer en casi todas las actividades; se convierte esta etapa en un momento difícil de superar.

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que afecta una gran parte de la sociedad actual. Uno de los estratos más afectados es el de los niños quienes desde los inicios de su vida escolar experimentan ciertos niveles depresivos; provocados por distintas situaciones que involucran una gran cantidad de compromisos que les exigen gran esfuerzo físicos y sobretodo intelectual. Existen muchas otras razones entre ellas familiares, sociales y económicas que conducen al niño al abismo de la depresión.

La mayoría de los niños experimentan la tristeza por la pérdida de un ser querido, como parte de los altibajos que puede presentarse en esta etapa de la vida. No obstante, para algunos la depresión puede ser el estado de ánimo predominante; en estos momentos cuando toma las proporciones de una alteración verdaderamente clínica, es cuando se requiere de la ayuda profesional. Si no es atendida tal depresión puede tornarse crónica y aún más puede conducir al suicidio

Es esta la razón primordial, por la que se hace necesario el estudio profundo de los distintos casos que presentan los niños con síntomas depresivos, sobretodo la aplicación de un programa de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia; tendiente a combatir la afección hasta lograr que el niño recupere su estabilidad y pueda desarrollar una vida libre de padecimientos de trastornos depresivos.

La presente investigación tiene su ámbito de aplicación en la escuela Martin Luther King, con niños de cuarto y quinto grado que presentan síntomas depresivos. Con el fin de lograr la disminución de estos síntomas, aplicaré un terapia breve según los parámetros de Bellak (1983); quien manifiesta que esta psicoterapia se enfoca a los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, por lo tanto busca encontrar el mejor punto desde el cual atender al paciente.

CAPÍTULO I
MARCO TEÓRICO

1. DEPRESIÓN

Los trastornos afectivos son, hoy en día, un grave problema de salud. La depresión afecta un gran número de personas en la población y se encuentra entre las primeras causas de discapacidad por enfermedad, según la Organización Mundial de la Salud.

La depresión es un trastorno mental común, que se presenta con estado de ánimo depresivo, pérdida de interés o de placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, sueño o apetito perturbado, bajo consumo de energía y falta de concentración. Estos problemas pueden convertirse en crónicos o recurrentes y conducen a importantes deficiencias en la capacidad del individuo para atender sus responsabilidades cotidianas. En el peor de los casos la depresión puede conducir al suicidio, una trágica fatalidad asociada a la pérdida de unos 850,000 vidas cada año.

La depresión es la principal causa de discapacidad y el cuarto de los principales contribuyentes a la carga mundial de morbilidad (AVAD) en 2000. Para el año 2020, la depresión se proyecta alcanzar el segundo lugar del ranking de AVAD calculado para todas las edades, ambos sexos. Según publicaciones de la OMS, hoy, la depresión es ya la segunda causa de AVAD en la categoría de edad 15-44 años para ambos sexos combinados.

La depresión se produce en las personas de todos los géneros, las edades y orígenes.

Algunos datos importantes, según la OMS, relacionados a la incidencia de este trastorno mental son:

- La depresión es común, ya que afecta a alrededor de 121 millones de personas en todo el mundo.
- La depresión es entre las principales causas de discapacidad en todo el mundo.
- La depresión puede ser confiablemente diagnosticada y tratada en atención primaria.
- Menos del 25% de los afectados tienen acceso a tratamientos efectivos.
- Los medicamentos antidepresivos y formas breves y estructuradas de psicoterapia son eficaces para 60-80% de los afectados y pueden brindarse en atención

primaria. Sin embargo, menos del 25% de los afectados (en algunos países menos del 10 por ciento) reciben dichos tratamientos.

- Barreras para un cuidado efectivo incluyen la falta de recursos, la falta de proveedores capacitados y el estigma social asociado con trastornos mentales, incluyendo depresión.

2. TEORÍAS Y MODELOS EXPLICATIVOS DE LA DEPRESIÓN

Winokur (1997) ha propuesto que la depresión unipolar desde la perspectiva clínica es un trastorno homogéneo pero etiológicamente es heterogéneo. La depresión es un problema de múltiples facetas caracterizado por un amplio número de síntomas que pueden, o no, estar presentes en cada paciente en particular. No todas las depresiones obedecen a las mismas causas. Por ello, en la actualidad hay un amplio número de teorías que intentan explicar la etiología de la depresión.

2.1 EXPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LA TEORÍA PSICODINÁMICA

Sigmund Freud y su discípulo Karl Abraham van a ser los primeros en articular un modelo psicológico para intentar comprender y explicar los fenómenos depresivos. La primera hipótesis explicativa sobre la melancolía la efectúa Freud en su correspondencia con Fliess, situando la psicogénesis en la sexualidad y el autoerotismo. Pero la primera aproximación sistemática a la construcción de un modelo para la Depresión la realizó Abraham en su trabajo "Notas sobre la investigación y tratamiento de la locura maníaco depresiva y condiciones asociadas" (1911). En esta época la Psiconeurosis era interpretada como consecuencia de una represión de la libido, lo que llevó a Abraham a comparar siguiendo a Freud Depresión con Ansiedad, ambas resultantes de instintos reprimidos. En este primer trabajo Abraham realizó un esfuerzo para incluir los desórdenes afectivos dentro de la comprensión psicoanalítica, valiéndose para ello de los principales conceptos analíticos formulados hasta entonces: los mecanismos de Represión y Proyección. Abraham insistía sobre la semejanza entre individuos deprimidos y obsesivos, fundada en la profunda ambivalencia que se da en ambos hacia los demás; la búsqueda de amor quedaba bloqueada por fuertes sentimientos de odio, que a su vez estaban reprimidos

debido a la incapacidad del individuo para reconocer su extrema hostilidad, la cual vendría seguida de una posterior proyección: "Las personas no me aman, me odian". En esta formulación la culpa masiva se debería a los deseos destructivos existentes que permanecen inconscientes. Por ello el sujeto coloca el goce en los auto reproches.

La manía aparece como manifestación clara, manifiesta, de lo que estuvo reprimido durante la fase depresiva. La explosión de "amor" y "odio" que se observa en la fase maníaca (frenesí de libertad en palabras de Abraham) es interpretada por él como una vuelta al periodo de la infancia previo a la instalación de la represión emocional. En un trabajo posterior ("La primera etapa pre-genital de la libido"; Abraham, 1916), y tras el intercambio de opiniones con Freud, Abraham varía su posición incorporando los periodos libidinales del desarrollo derivados de las teorías expuestas por Freud en la 3ª edición de los Tres ensayos sobre una teoría sexual (Freud, 1915). Probablemente Abraham se apartó de su primera formulación sólo para adecuarse a las etapas psicosexuales freudianas, pero ello permitió anticipar el papel de la Introyección en la Depresión.

En 1917, Sigmund Freud dió a la luz su trabajo "Duelo y Melancolía", escrito en 1915, si bien no fue publicado hasta después de la 1ª Guerra Mundial. En él describe diversos mecanismos patológicos en los que no interviene un trastorno de la sexualidad. Freud habla de relaciones objetales más que de represión, bosqueja el papel del Superyó y atribuye al Yo una mayor participación en la patología. Aparece también la hipótesis del narcisismo cuya influencia posterior va a ser decisiva en la explicación de la Depresión. Este trabajo va a influir también muy notablemente sobre la llamada Escuela Psicoanalítica Inglesa al incluir Freud en su formulación del inconsciente los objetos junto a los afectos e ideas. Freud denota la inquietud que le causa escribir sobre la Melancolía, término que refiere a varias clases de trastornos, señalando a la vez que el reducido grupo de pacientes en el que basa sus hallazgos quizá no baste para hacer generalizaciones válidas, si bien establece que se va a ocupar de la melancolía de naturaleza psicógena, diferenciándola de las afecciones somáticas. Para ello Freud ha unido sus conceptualizaciones de 1894 a las derivadas del examen de los trabajos de Abraham.

La exposición de Freud comienza efectuando una comparación entre duelo y melancolía, conceptos en los que aprecia las siguientes semejanzas y diferencias que recogemos sumariamente a continuación:

SEMEJANZAS

- * Sensación dolorosa de abatimiento por una pérdida.
- * Falta de interés por el mundo externo.
- * Pérdida de la capacidad de amar.
- * Inhibición de la actividad.

DIFERENCIAS

- * En la melancolía hay además disminución de la autoestima dando lugar a autorreproches y a expectativas irracionales de castigo.
- * El melancólico tiene una noción muy vaga de la naturaleza de su pérdida y es incapaz de reconocer la causa de su abatimiento (Aún cuando sabe qué ha perdido, no sabe lo que ha perdido con ello; se trata de una pérdida interna e inconsciente).

Los principales conceptos esbozados por Freud en su explicación dinámica de la Melancolía son:

Ambivalencia: Pertenece a lo reprimido. La pérdida supone sentimientos de amor (desea continuar con la unión libidinal Libido-Objeto) y odio (desea la pérdida del Objeto, e incluso puede ser el causante de la pérdida, desligando Libido de Objeto). El Odio recae sobre su Yo (como sustitución de Objeto) "calumniándolo, humillándolo, haciéndolo sufrir" (Freud, 1915; p. 2096). Esta lucha amor/odio permanece a nivel inconsciente. La ambivalencia puede referirse también a la elección de Objeto.

Identificación del Yo con el objeto: En base a este mecanismo Freud explica la contradicción entre la Pérdida sufrida y el efecto de la pérdida sobre el propio Yo. La

líbido no fue desplazada sobre otro Objeto, sino retraída al Yo. La identificación del Yo con el Objeto abandonado sustituye la carga erótica, y en consecuencia la relación erótica no puede ser abandonada a pesar del conflicto Sujeto Objeto. El amor por el Objeto es sustituido por la Identificación. Esto implica que la energía de fijación al Objeto erótico tiene que ser grande y que haya escasa resistencia de la carga de objeto. Freud cita a Otto Rank, para quien esta contradicción parece exigir que la elección de objeto se haya efectuado sobre una base narcisista. Sí esto es así la predisposición a la melancolía dependerá en parte del predominio de una elección de objeto de tipo narcisista. Esta cuestión va a ser objeto de una importante controversia posterior, particularmente por que en este caso se daría la regresión de la carga de objeto a la fase oral de la libido, perteneciendo por tanto al narcisismo. La melancolía resulta del cruce entre el proceso del duelo y el proceso de la regresión de la elección de objeto narcisista al narcisismo.

Retroceso a la fase sádica: Por influjo de la ambivalencia expresada el odio recae sobre el objeto sustitutivo (el Yo) haciéndolo sufrir y cifrando en ello el goce, goce referido a la venganza hacia el objeto amado, por el cual la melancolía se ofrece como refugio para que el paciente no tenga que exteriorizar su hostilidad. El intento de suicidio es en consecuencia explicable para Freud en el contexto del sadismo, como un retorno de la carga de objeto hacia sí, lo que le hace posible tratarse a sí mismo como objeto. El Yo queda entonces bajo el dominio del Objeto.

Abraham en habitual intercambio de ideas con Freud se dedica en su trabajo "Un breve estudio de la evolución de la libido considerada a la luz de los trastornos mentales" (1924) a organizar una tipología de la enfermedad basada en la fijación a distintas etapas libidinales en la que:

- a) Supone que el depresivo, en los intervalos sanos, es un obsesivo;
- b) El obsesivo es capaz de activar defensas para detener la profundización de la regresión, defensas con las que el depresivo no puede contar.

c) Lo “perdido” es una parte del Yo, lo que determina una actitud ambivalente del sujeto consigo mismo.

Abraham se interesa por los factores etiológicos, aportando ejemplos clínicos: Entre ellos la frecuente relación entre el comienzo de una depresión y el sufrir un desengaño amoroso (repetición inconsciente de la pérdida de un objeto de amor en la infancia); este desengaño infantil habría de tener lugar antes del periodo edípico, cuando la libido infantil aún es de tipo narcisista.

En el trabajo de 1924, Abraham resumió sus tres contribuciones al modelo psicoanalítico de la depresión, considerando los siguientes factores predisponentes:

- 1) Un factor constitucional, ligado con una excesiva acentuación del erotismo oral.
- 2) Especial fijación al nivel oral, expresado en la vida diaria por desproporcionadas lamentaciones ante las frustraciones y excesivas actividades orales (succión, alimentación).
- 3) Un daño severo al narcisismo infantil (sucesivos desengaños amorosos que conducen al prototipo infantil de depresión "Paratimia primaria").
- 4) Aparición del primer desengaño amoroso antes de que los deseos edípicos hayan sido superados.
- 5) Repetición del desengaño original en épocas posteriores de la vida.

La posición de Abraham podemos resumirla con sus propias palabras: "Cuando la persona melancólica sufre un desengaño insoportable infligido por su objeto de amor, tiende a expulsarlo y destruirlo como si se tratara de heces. Cumple a continuación el acto de introyectarlo y devorarlo, acto que es una forma específicamente melancólica de identificación narcisista. Su sádica sed de venganza puede satisfacerse ahora atormentando al Yo, actividad que es en parte fuente de placer" (Abraham, 1924)

En 1928 Sandor Rado, en su trabajo "El problema de la melancolía" propuso un nuevo modelo para la Depresión, influido por la publicación de Freud "El Yo y el Ello" (1923). Rado profundizó en el estudio de las fuertes demandas de gratificación narcisista, orientando la investigación hacia la autoestima, concepto que vendrá a ser eje de los trabajos posteriores, comparando al depresivo con el niño pequeño cuya autoestima depende directamente del amor y aprobación de los padres y no de sus logros personales, mostrando la consecuencia de su intolerancia a la frustración. Una persona segura de sí misma afronta estas experiencias sin sucumbir ante ellas. Para Rado el depresivo ejerce una conducta autocrática y dominante con el objeto amado, y si el objeto amoroso retira su amor entonces el paciente tiende a reaccionar de forma hostil. Si esta rebelión fracasa entonces el paciente ensaya otra vía. En el niño el castigo y la culpa permiten que aquél recupere el amor perdido. Conforme las figuras paternas son incorporadas al Superyó aparece la culpa y la reparación, incluso en ausencia de castigo real. Así la culpabilidad funciona como una especie de castigo intra-psíquico que permite recuperar el afecto. El Yo se muestra así como objeto de castigo para el Superyó, que representa simultáneamente tanto los aspectos amorosos como castigadores de los padres. La culpa sirve para reducir la tensión entre el Yo y el Superyó, restaurando la autoestima.

En la melancolía, los aspectos buenos del objeto amoroso (representación elaborada de las figuras paternas) son introyectados en el Superyó. Los aspectos malos, en cambio, son incorporados al Yo, que se convierte así en "víctima de las tendencias sádicas que emanan del Superyó; el Yo (cuando se completa el castigo) experimenta un gran alivio y con gran alegría se confunde con el objeto bueno" (Rado, 1928)

La posición de Rado amplía la hipótesis del narcisismo, poniendo el énfasis en la débil autoestima del melancólico y sus demandas de apoyo narcisista al mundo externo. Los autorreproches del melancólico son una expiación dirigida a recuperar el amor del objeto amoroso introyectado, ahora identificado con el Superyó. G. Gero en 1936 publica un trabajo titulado "La construcción de la Depresión" en el que analiza dos casos, constatando en ellos la gran intensidad de las exigencias narcisistas, intolerancia a la frustración, rabia, hostilidad y finalmente introyección del objeto amoroso. A partir de

estas evidencias cuestiona la universalidad de las estructuras obsesivas en la depresión. Revisa además la utilización del concepto de oralidad.

Para Gero, en la depresión la oralidad no se limita a la satisfacción de la zona oral, sino que alcanza a la satisfacción de todas las demandas de calor afectivo, contacto, cariño; pero eso no niega que el punto de fijación de los depresivos sea el erotismo oral; "La necesidad de ser acariciado y amado está dirigida a un objeto. Incluso si se trata de niños pequeños o bebés tales demandas exigen siempre un objeto" (Gero, 1936). De esta forma Gero se anticipa a autores de la Escuela Inglesa como Fairbain (1952), Guntrip (1961) y Kernberg (1976), entre otros.

Para Melanie Klein (1934, 1940) la predisposición a la Depresión se origina en las mismas características constitutivas de la relación madre-hijo. En su formulación de la posición depresiva los niños atraviesan un complejo de sentimientos de dolor hacia el objeto amado, incluyendo el temor a perderlo y el deseo de recuperarlo, previo a adquirir seguridad de que la madre realmente les ama (que la figura de la madre sea objeto total), así como estableciendo relaciones con otros objetos (por ejemplo, el padre). La ambivalencia se siente hacia objetos definidos (la madre buena y la madre mala se integran). Los impulsos destructivos pierden intensidad pero en esta fase pasan a ser percibidos como dirigidos a una persona; por ello van a jugar las defensas un papel esencial en la secuencia: Temor a perder el objeto amado / avidez destructiva / inhibición de los deseos instintivos / alteración por el establecimiento de relaciones afectivas y eróticas. La ansiedad que despierta el sentimiento de aniquilar o perder a la madre provoca una fuerte identificación con ella (reparatoria e inhibitoria de los sentimientos agresivos) y el Yo pone en juego las defensas maníacas, principalmente la negación, idealización, disociación y control omnipotente de los objetos externos e internos. Si el niño ve frustradas las posibilidades de instalar el objeto bueno en el interior de sí mismo nunca se sentirán seguros del amor recibido y estarán en disposición de volver a la posición depresiva, a los sentimientos de dolor, culpa y a la falta de autoestima.

En el contexto de influencia teórica de la Psicología del Yo, Joseph Sandler y Joffe (1965), y Sandler y Sandler (1978) describen una reacción depresiva como precursora de la Depresión; reducen el concepto de autoestima a un estado afectivo biológico, la

"sensación de estar a salvo" o el "estado ideal de bienestar", en el que búsqueda de objeto y de gratificación son una misma cosa.

Para estos autores la pérdida de objeto implica además la carencia del bienestar, origina dolor psíquico y sensación de indefensión. Esto se da cuando hay discrepancia entre el estado actual del sujeto y el estado ideal de bienestar, dolor que precede a las cogniciones y representaciones depresivas.

Otto Kernberg (1976) señala la existencia de unidades básicas en las representaciones internas (autoimágenes; imágenes objetales; disposiciones afectivas) pero nos señala que los afectos de placer y displacer son "actualización de elementos derivados de impulsos libidinales y/o agresivos. Sus aportaciones más relevantes se van a centrar en el estudio del narcisismo patológico.

Kernberg distingue cinco niveles de menor a mayor profundidad en el Duelo:

a) el Duelo normal

b) el Duelo neurótico, con la secuencia característica: Duelo excesivo consciente; Culpa inconsciente; Idealización del objeto perdido; Auto desvalorización como expresión de la culpa; Dependencia acusada del objeto.

c) el Duelo en las estructuras límites, que se manifestaría especialmente como un duelo patológico primitivo, la angustia ante la pérdida evoca una fantasía inconsciente (reacción paranoide) de que esta corresponde a un ataque que proviene del objeto, objeto malo que se ha destruido internamente (en correspondencia con la pérdida externa del objeto bueno), coexistiendo la rabia por ese ataque y la sensación de vacío interno relacionado con la pérdida del objeto bueno externo. Se teme además la venganza del objeto externo por proyectar en él la propia rabia, a la vez que se fantasea ser víctima de dicho ataque. En lugar de la reacción paranoide en casos de mayor gravedad puede darse una reacción esquizoide de indiferencia total, de aislamiento y pérdida de sentido de la vida.

d) el Duelo en las estructuras narcisistas, que consiste en una devaluación del objeto perdido, protectora del Yo patológico grandioso, mediante la falta de reacción,

eliminándose la auto-percepción de la rabia ante la pérdida de objeto que amenaza la grandiosidad narcisista del Yo.

e) el Duelo psicótico, en el que además de la pérdida de la capacidad de diferenciar el Yo del no Yo, se activan un conjunto de mecanismos defensivos primitivos, fusionándose el Yo (como identificación primitiva) con el objeto perdido.

Wolpert (1975) recupera la primitiva idea de Freud de que la patología maníaco depresiva sea una Neurosis actual determinada genéticamente, cuyos síntomas no tienen significado psicológico. Tras esta formulación Wolpert reserva los modelos dinámicos para la Depresión neurótica y la Depresión Unipolar. Finalmente, en esta línea, Ch. Brenner (1979) nos habla de que la predisposición a la Depresión se basa en las relaciones objetales de la etapa pre-genital. Anticipado ya por Helene Deutsch (1932), en los años cincuenta y posteriores los trabajos de Rado (1951) y Gero (1953) ponen en cuestión si los muy diferentes trastornos depresivos que se constatan en la clínica (Bipolar, Unipolar, Distimia) están sustentados por los mismos dinamismos psicológicos. Sobre el punto de partida de que en la depresión se da una pérdida de la autoestima Edward Bibring y Edith Jacobson desarrollan nuevos modelos.

Edward Bibring, en 1953, formula la hipótesis de que los intentos de reparación en vez de ser búsqueda de apoyo desde "objetos externos" o el Superyó, fueran reacciones ante la pérdida de autoestima que se da en la Depresión. Incluye otros matices diferenciales:

a) Que la autoestima puede disminuir y en consecuencia aparecer la Depresión debido a la frustración de aspiraciones de tipo narcisista, y no sólo de las de tipo afectivo (por ejemplo, los deseos de ser bueno, no odiar, no ser hostil o destructivo, ser limpio, ligados a fijaciones fálicas).

b) Cualquier frustración en estas necesidades produce indefensión y pérdida de autoestima.

En Bibring, como en la mayor parte de los autores psicoanalíticos hasta esa época, se da una reificación del concepto de Yo, personificándolo, como si el Yo sintiese, actuase, etc. En esta posición mistificadora la Depresión aparece como un "Estado Ego psicológico"

del Yo, un estado afectivo. Para Bibring la Depresión es un conflicto o tensión dentro del Sistema del Yo, y no un conflicto con el entorno: Toda Depresión es causada por una tensión intra-sistémica: la culpabilidad. A este punto de vista se adhieren Rapaport (1959) y Mahler (1966).

La principal contribución de Bibring ha sido el desarrollar el concepto de autoestima, y en opinión de Mendelson (1982) la formulación teórica de Bibring que sitúa a la Depresión en el Yo ha contribuido a aumentar la confusión en las teorías psicoanalíticas sobre la Depresión hasta los años 70.

Edith Jacobson, realiza en su obra *El Sí mismo y el mundo objetal* (1964) una reformulación del Sí mismo, diferenciándolo del Yo, mediante la adopción en su modelo de nuevos conceptos: auto representación (representación del Sí mismo); autoimagen (imagen del Sí mismo o representación endopsíquica); y representación objetal (representación endopsíquica de los "objetos" personas o cosas).

Para Jacobson si la autoimagen recibe una catexia libidinal tendremos una autoestima elevada, pero si recibe una carga de energías agresivas resultará en una disminución de la autoestima y consecuentemente aparecerá la depresión. Para que el niño tolere sus sentimientos de ambivalencia ha de atravesar un periodo de aprendizaje (de constantes oscilaciones en las cuales libido y agresión se dirigen al mismo objeto, primando una u otra temporalmente. Este proceso se prolonga hasta que el sujeto tolera la ambivalencia y la autoimagen puede recibir catexias de amor y odio, constituyéndose una representación endopsíquica estable, firme. Complementariamente la autoimagen se diferencia de las representaciones internas de los objetos. Sí en este proceso surge una autoimagen mal integrada, poco diferenciada, revestida de agresividad, aparecerán trastornos de la identidad, tendiendo a la baja autoestima, y predisponiendo a la depresión. Si tiene además dificultades para diferenciarse de los demás, surge la identidad psicótica.

En resumen, Jacobson considera que la pérdida de autoestima es el eje de la Depresión.

Así cualquier factor relevante para la autoestima lo será para la depresión. Los principales componentes determinantes son:

1) Las auto representaciones: (por ejemplo: la influencia de una imagen corporal deteriorada, devaluada, con bajos rendimientos)

2) El Superyó: (por ejemplo el Superyó primitivo, arcaico, mero reflejo de percepciones rígidas y fantásticas sobre las expectativas paternas, que le conducirá al fracaso ante la realidad).

3) El Yo ideal: (cuanto más fácilmente alcanzable es, mejora la autoestima; cuanto más irreal sea la meta para sus capacidades y entorno tanto menor será la estima y más probable la depresión).

4) Las Funciones críticas del Yo: (maduración del Yo con capacidad para discriminar lo razonable de lo no razonable).

La baja autoestima estaría compuesta por sentimientos de inferioridad, debilidad, pobreza o indefensión.

El modelo de Jacobson profundiza en las implicaciones madurativas y actuales de la autoestima, reformulando las ideas de Freud sobre la identificación regresiva de la melancolía. Jacobson opina que tal identificación surge cuando los límites entre las representaciones del Sí mismo y de los Objetos se borran, fusionándose ambas imágenes. En este momento el objetivo de la hostilidad del sujeto (la representación objetal que frustra) es indistinguible del sí mismo. Por ello el sujeto se auto reprocha, desprecia o agrede. La depresión que así surge es de tipo psicótico, y este modelo no puede generalizarse a las reacciones depresivas no psicóticas.

Consideraré a continuación la relación entre agresión, autoestima y depresión. Mendelson (1974) recoge la equiparación de Jacobson (1953) entre agresión y energía psíquica, de forma que la baja autoestima era motivada por una auto-representación que es investida por energías psíquicas agresivas. Esta agresión como energía psíquica agresiva está presente en la Depresión, pero no necesariamente como conducta o sentimientos agresivos; y hay que tener en cuenta que el concepto de energía psíquica no es más que una pura metáfora para representar fenómenos tales como: a) Deprivación temprana; b)

Deficiencia en las habilidades reales del sujeto respecto de las expectativas del Sí mismo (reales o no, relativas a valores, logros, etc.).

La autoestima no es considerada sólo como una manifestación o síntoma de la Depresión, sino como una predisposición o tendencia a la Depresión.

A pesar de la importante vía modélica y con implicaciones para el tratamiento que se abre con los postulados del psicoanálisis norteamericano, muchos autores psicoanalíticos más cercanos a la escuela inglesa o a las formulaciones freudianas puras continúan primando los modelos objetales o vinculares a la teoría del narcisismo. Es el caso de John Bowlby, quien en su conocido trabajo *Procesos de Duelo* (1961), señala tres fases en todo duelo: 1) protesta (urgencia por recuperar el objeto perdido); 2) desesperación (suma de las decepciones junto a la desesperación sentida y conducta desorganizativa); 3) separación (capacidad para tolerar la depresión). En la formulación de Bowlby, el duelo patológico no llega a alcanzar la tercera fase, quedando anclado en la segunda. Para León Grinberg, autor que se inspira en Freud y Klein, en su obra "*Culpa y Depresión*" realiza una minuciosa revisión en la que resalta que toda pérdida real o simbólica de objeto presupone para el inconsciente la pérdida de la parte del Yo que estaba ligada al Objeto. Toda relación objetal implica la coexistencia de un Objeto, un aspecto del Yo y el afecto experimentado hacia él. Para Grinberg, si en la relación con el objeto predominó la culpa y la ansiedad persecutoria, será más difícil y dolorosa la recuperación de la libido útil para el Yo. Esta persecución además se incrementa por diversos motivos; la desaparición del objeto, el abandono al sujeto; provocar sentimientos de impotencia, y sobre todo por haber empobrecido al Yo.

El incremento de la culpa persecutoria hace más difícil la elaboración del duelo, y en base a la persecución el objeto es vivido como actuante y amenazante para el Yo. Sólo cuando se supera esta situación aceptando la pérdida de Objeto se puede volver a utilizar la libido al servicio del Yo. Las tendencias reparatorias facilitan el establecimiento de nuevas relaciones objetales. Grinberg señala que cuanto mejor se han elaborado los duelos de identidad del Yo y partes del Yo, mejor se elaboran los duelos por pérdida de objeto. Para Hugo Bleichmar (1976) la Depresión depende tanto del elevado ideal narcisista, la imagen de Sí desvalorizada o de la agresividad de la conciencia crítica, pero señala que estos

factores causales no se adquieren en una época determinada del desarrollo, sino que se construyen estructurándose a lo largo de la vida del sujeto. Los acontecimientos en sí no tienen importancia, sino en el modo en que fueron codificados, significados por el sujeto. No se trata de aislar los sucesos reales depresivógenos, sino cómo el sujeto los percibió y como los elaboró posteriormente. Bleichmar subraya que predisponen a una Depresión

Narcisista Crónica todos los factores que tienden a crear un elevado ideal narcisista, más aspiraciones del Yo ideal como metas inalcanzables, todo ello junto a la construcción de una representación desvalorizada de sí.

Por último, Silvano Arieti (1978) realiza una descripción y explicación de la Depresión profunda o Unipolar. Para Arieti, dada una personalidad previa, el hecho (Pérdida, fracaso del vínculo o de la meta, éxito, situación ambigua) desencadenante de la crisis de depresión profunda causa la gran angustia y el dolor psicológico que es característico de la Depresión profunda, mediante el siguiente proceso:

a) Merced a su apreciación cognitiva del hecho el paciente advierte que este va a ejercer efectos desorganizantes en su vida y su autoimagen.

b) La configuración cognitiva dominante en el sujeto y sus correspondientes normas de vida ya no le van a ser útiles para hacer frente a la situación. El reconocimiento de este hecho reactiva un eco lejano pero resonante del dolor padecido en la primera infancia, cuando el paciente sintió haber perdido el amor de su madre o del sustituto materno. La pérdida actual tiene así el mismo valor que tuvo la pérdida del amor de la madre.

c) El paciente advierte que han fracasado todos los métodos que empleaba para impedir la catástrofe.

d) El paciente cree además que los métodos que ensaya son los únicos que puede o sabe usar. No puede poner en práctica los métodos utilizados por las demás personas (normales) para recuperarse de los estados de tristeza, ni cuenta con otros recursos sustitutivos. Se encuentra en una situación de impotencia que le impide elaborar el dolor.

e) La tristeza se transforma entonces en una depresión que continúa haciéndose cada vez más intensa.

Derivado de este modelo Arieti plantea tres hipótesis psicológicas, bien alternativas o complementarias, para la explicación del intento de suicidio que con frecuencia se presenta asociado a la Depresión profunda; 1) el paciente trata de autocastigarse; 2) el paciente busca alivio para su sufrimiento o desea terminar con una vida sin objeto; 3) en el nivel simbólico, el paciente trata de matar al otro dominante.

En la revisión de Bemporad (1978), el proceso psicodinámico y elementos constitutivos de la vivencia manifiesta de abatimiento está asociada a:

- a) Limitación de las fuentes de autoestima (el sujeto tiene necesidad patológica de dependencia).
- b) Temor a la gratificación autónoma (el sujeto no encuentra placer o motivos de autoestima en sus propios esfuerzos, sin valerse para ellos del otro dominante).
- c) La relación de compromiso (el sujeto se obliga a negarse gratificaciones autónomas a cambio de recibir sustento del otro dominante).
- d) Sensación de incapacidad para modificar el entorno (el sujeto carece de dominio sobre las funciones de autogratificación).
- e) Incompatibilidad cognitiva de las expresiones de agresión y enfado con la primacía del afecto depresivo.

Estos modelos descritos para la Depresión y la Distimia por Arieti y Bemporad no pierden su carácter psicodinámico por la inclusión de variables cognitivas en la psicogénesis de los trastornos.

La depresión se trata de una respuesta compleja sobre determinada que se da en el sujeto ante la inadecuación de sus recursos con las exigencias del entorno.

Las concepciones psicoanalíticas, mediante su evolución desde el estudio de la patología oral a la patología del Superyó, la culpa y el castigo, y el posterior centramiento en el Sí

mismo y la patología del narcisismo y la autoestima, han contribuido decisivamente a la comprensión de la depresión, pero quizás no la han explicado satisfactoriamente.

Cualquiera de los modelos particulares expuestos, aunque reposen en observaciones clínicas muy bien conducidas y elaboradas, adolecen de una verdadera base empírica. Las investigaciones experimentales que se han efectuado sobre esta materia no pueden ser traídas a colación como facilitadoras de resultados concluyentes, positivos o negativos. Por ello debemos entender que estos planteamientos nos abren vías para profundizar en el conocimiento de los fenómenos y procesos de la depresión y quizás algunas de estas propuestas permitan ser traducidas en propuestas útiles de tratamiento. Por último, la Depresión ha de entenderse como un hecho multifactorial en el que todos los niveles de abordaje, desde el bioquímico al fenomenológico y psicodinámico contribuyen a su adecuada comprensión y explicación. En el contexto de esta multideterminación, reducir la explicación de la Depresión a un sólo nivel de fenómenos supone un reduccionismo excesivo. Pero igualmente, pretender una integración superficial de niveles epistémicos conduce al mecanicismo.

2.2 EXPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LAS TEORÍAS CONDUCTUALES

Las aproximaciones conductuales al tratamiento de la depresión se caracterizan fundamentalmente por utilizar una metodología científica más que una teoría específica o un conjunto de técnicas (Antonuccio, Ward y Tearnan, 1989). Los tratamientos conductuales de la depresión tienden a confiar en los hallazgos empíricos de la psicología experimental, centrándose en los determinantes actuales de la conducta más que en la historia de aprendizaje. El modelo conductual sugiere que la depresión unipolar es fundamentalmente un fenómeno aprendido relacionado con interacciones negativas entre la persona y su entorno (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Estas interacciones con el entorno pueden influenciar y ser influidas por las cogniciones, las conductas y las emociones, y las relaciones entre estos factores se entienden como

recíprocas. Las estrategias conductuales se utilizan para cambiar los patrones poco adaptativos de conducta, cognición y emoción (Antonuccio et al., 1989).

En la actualidad hay varios modelos conductuales de la depresión (véase Antonuccio et al., 1989; 1995; Beckham y Leber, 1995; Beutler et al., 2000; Docherty y Streeter, 1993): la disminución del refuerzo positivo (Lewinsohn, 1974, 1975) y su reformulación (Lewinsohn, Hoberman, Teri y Hautzinger, 1985), el modelo de McLean (1982), el de Rehm (1977), el de Wolpe (1979), el de Bellack, Hersen y Himmelhoch (1981) y el de Nezu (1987). Dado el amplio número de enfoques conductuales expondremos brevemente los más relevantes.

2.2.1 LA DISMINUCIÓN DEL REFUERZO POSITIVO

Para Lewinsohn (1975), Lewinsohn, Youngren y Grosscup (1979) y Lewinsohn, Muñoz, Youngren y Zeiss (1986), la depresión puede ser el resultado de la reducción del refuerzo positivo contingente a las conductas del paciente. El total del refuerzo positivo que consigue un sujeto es función de: 1) el número de acontecimientos que son potencialmente reforzadores para la persona; 2) el número de hechos potencialmente reforzadores que tienen lugar; y 3) el conjunto de habilidades que posee una persona (p.ej., habilidades sociales) para provocar refuerzo para sus conductas proveniente del entorno.

Los aspectos cognitivos de la depresión tales como baja autoestima, culpabilidad, pesimismo, etc., son el resultado de las atribuciones que hace el sujeto acerca de su sentimiento de disforia.

Los planteamientos iniciales de Lewinsohn fueron posteriormente reformulados (Lewinsohn et al., 1985). Para Lewinsohn y colaboradores las teorías conductuales y cognitivas de la depresión habían sido hasta entonces demasiado limitadas y simples. Ellos proponen un modelo en el que se plantea que la ocurrencia de la depresión se considera como un producto de factores tanto ambientales como disposicionales; la depresión se conceptualiza como el resultado final de cambios iniciados por el ambiente en la conducta, el afecto y las cogniciones (ver Lewinsohn, Gotlib y Hautzinger, 1997). En la reformulación de la teoría de la reducción del refuerzo positivo se incluye el

fenómeno de la secuenciación de conexiones causales, que comienza cuando surge un acontecimiento potencialmente evocador de depresión, el cual interrumpe los patrones de conducta automáticos del sujeto, produciendo todo ello una disminución de la tasa de refuerzo positivo y/o un número elevado de experiencias aversivas. Como consecuencia de todo ello, se produce un aumento de la conciencia de uno mismo (estado en el que la atención se dirige a uno mismo), la autocrítica y las expectativas negativas, traduciéndose todo ello en un aumento de la disforia con consecuencias de todo tipo conductuales, cognitivas, interpersonales, etc.

Lewinsohn et al. (1985) propusieron varios factores que incrementarían la probabilidad de depresión (factores de vulnerabilidad): ser mujer, tener una edad entre 20 y 40 años, historia previa de depresión, susceptibilidad frente a acontecimientos aversivos, bajo estatus socioeconómico, baja autoestima y tener hijos con edades inferiores a 7 años. A su vez, Lewinsohn et al. (1985) también plantearon una serie de factores de protección frente a la depresión (inmunógenos): capacidad de iniciativa, competencia social autopercibida, exposición a una frecuencia elevada de acontecimientos positivos (ya sean aquellos producidos en la mente del individuo, o en el medio ambiente) y un grado elevado de apoyo social. Lewinsohn et al. (1985) indican que ambos tipos de factores, ya sean los de vulnerabilidad o los inmunógenos, podrían afectar a distintas conexiones causales en el modelo general.

2.2.2 ENTRENAMIENTO EN AUTOCONTROL

Rehm (1977) propuso un modelo de autocontrol para la depresión en el que intentó integrar los aspectos cognitivos y conductuales del trastorno. El entrenamiento en autocontrol para manejar la depresión hace énfasis en una combinación de la consecución progresiva de la meta, autorrefuerzo, manejo de contingencias y rendimiento conductual. En el entrenamiento de autocontrol, tal como lo desarrolló Rehm (1977), se entiende que la depresión es el resultado negativo de la relación entre recompensas y castigos. La teoría del autocontrol se centra en la contribución del individuo a esta relación negativa a través de las respuestas conductuales y cognitivas. Se teoriza que los individuos deprimidos

tienen una tendencia perfeccionista, pretenden metas inalcanzables, se centran en los aspectos negativos de su entorno y se aplican pocos refuerzos mientras que la tasa de autocastigo es elevada. Esta teoría no intenta minimizar el papel de los factores ambientales, sino que considera que los acontecimientos positivos ocurren con una baja frecuencia a causa de sesgos cognitivos disfuncionales y déficit de estrategias de autocontrol. A través de una regulación errónea de las expectativas y de las estrategias de autoevaluación, por su codificación selectiva y procesamiento y recuperación de los acontecimientos negativos, la persona deprimida tiene un mayor riesgo de autocastigarse.

2.2.3 EL MODELO DE NEZU

Nezu y sus colaboradores (Nezu, 1987; Nezu, Nezu y Perri, 1989) desarrollaron una formulación de la depresión donde la cuestión central para el comienzo y el mantenimiento de la depresión en un individuo son los déficit o la ineficacia de sus habilidades de solución de problemas. Nezu apuntó que había varios trabajos en los que se demostraba una asociación entre tener déficits en la solución de problemas y la sintomatología depresiva, tanto en los niños como en los adultos. Dada esta asociación Nezu y Ronan (1985) sugirieron que las habilidades de solución de problemas podían moderar la relación entre el estrés y la depresión. Hipotetizaron que la capacidad eficaz de solucionar los problemas podía actuar como un amortiguador de los efectos de las experiencias de vida negativas. Por otra parte, Nezu también indicó que la habilidad en la solución de problemas podía moderar la asociación entre un estilo atribucional negativo y la depresión.

De acuerdo con la formulación de Nezu (1987), los pacientes que tengan un déficit en habilidades de solución de problemas tendrán un mayor riesgo para desarrollar un episodio depresivo. De modo más específico, Nezu señaló que la depresión podía ser el resultado de carencias en alguno de los cinco componentes de la estrategia de solución de problemas: 1) orientación hacia el problema; 2) definición y formulación del problema; 3) generación de soluciones alternativas; 4) toma de decisiones; y 5) puesta en práctica de la solución y verificación. Nezu (1987) indicó que el comienzo de la depresión ocurre cuando el individuo tiene que hacer frente a una situación difícil. Si no se resuelve esta

situación problemática, es probable que se produzcan consecuencias negativas, lo cual se traduce a su vez en una disminución en el refuerzo de la conducta del sujeto.

2.3. EXPLICACIÓN DE LA DEPRESIÓN SEGÚN LAS TEORÍAS COGNITIVAS

Las terapias cognitivas son el resultado de una tradición intelectual que se remonta al menos a la filosofía estoica, y más recientemente a la psicopatología empírica, en cuanto que consideran que la interpretación del sujeto sobre un suceso es más importante que el suceso en sí mismo. Esto es, las teorías cognitivas hacen énfasis en que la percepción errónea de uno mismo, de los otros y de los sucesos puede dar lugar a un trastorno depresivo. La investigación apoya que los sujetos depresivos tienen una tendencia a evaluar negativamente, afectando a un amplio rango de procesos cognitivos (p.ej., autoconcepto, atribuciones). Este estilo cognitivo tiene una relación recíproca con las respuestas motivacionales y afectivas que se asocian con la depresión.

La reformulación atribucional del modelo de indefensión aprendida (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978) y la teoría cognitiva de Beck (Beck, Rush, Shaw y Emery,

1979) son las dos teorías cognitivas que tienen el mayor apoyo empírico entre los modelos cognitivos contemporáneos de la depresión.

2.3.1. TEORÍA DE LA INDEFENSIÓN APRENDIDA Y REFORMULADA

Seligman (1975) hipotetizó que la depresión se produce cuando el sujeto no es capaz de discriminar la relación (contingencia) entre su comportamiento y las consecuencias que le siguen, ya sean positivas o negativas. Como consecuencia de ello se produciría lo que Seligman denominó indefensión aprendida. Este término se refiere al estado de pasividad, así como a otras actitudes que se generan en el sujeto cuando se ha expuesto a un proceso en el que no existe contingencia entre la conducta y las consecuencias de la misma.

Posteriormente, Abramson et al. (1978) reformularon la teoría de Seligman, haciendo énfasis en el tipo de atribuciones que el sujeto hace sobre la causa de su indefensión. Para Abramson et al. (1978) estas atribuciones pueden variar en alguna de las siguientes dimensiones: interna-externa, global-específica y estable-inestable.

Por ejemplo, si un sujeto va a una entrevista de trabajo y no lo consigue, y atribuye el fracaso a su baja capacidad, estaría haciendo una atribución de tipo interno, estable y global. Si por el contrario, lo atribuye a que este tipo de trabajo no era adecuado para él, la atribución sería de tipo externa, específica e inestable. Estas tres dimensiones determinan el efecto sobre la autoestima, la cronicidad y la generalidad de la indefensión y la depresión (Abramson et al., 1978).

Se ha demostrado que es más probable que los individuos predispuestos a la depresión atribuyan los acontecimientos negativos a factores internos (es decir, a uno mismo), estables (es decir, irreversibles) y globales (es decir, que lo abarcan todo) (Peterson, Maier y Seligman, 1993). El patrón opuesto en las atribuciones sería el que se basa en hechos positivos. Abramson et al. (1978) también señalan que algunas de las características de la depresión vienen determinadas por el estilo atribucional de cada sujeto, como por ejemplo la presencia de una baja autoestima como resultado de una atribución personal.

2.3.2. TEORÍA COGNITIVA DE BECK

Actualmente la mayoría de los trabajos empíricos sobre la depresión se basan en la teoría cognitiva que propusieron Beck et al. (1979), según la cual la depresión es en gran medida el resultado de una interpretación errónea de los acontecimientos y situaciones que tiene que afrontar el sujeto.

Esta formulación teórica gira en torno a tres conceptos básicos: la cognición, el contenido cognitivo y los esquemas. La cognición se refiere al contenido, proceso y estructura de la percepción, del pensamiento y de las representaciones mentales. El contenido cognitivo es el significado que el sujeto da a los pensamientos e imágenes que tiene en su mente; para los terapeutas cognitivos la interpretación que haga el sujeto sobre un hecho (contenido cognitivo) tendrá una influencia importante en lo que siente.

Los esquemas son creencias centrales que se constituyen en los principios directrices que sirven para procesar la información procedente del medio. Aunque no se especifica claramente el origen de los esquemas erróneos, parece sugerirse que podrían ser el resultado del aprendizaje a través de la exposición a acontecimientos y situaciones anteriores, jugando un importante papel las experiencias tempranas y la identificación con

otras personas significativas. Los esquemas depresivos tienen que ver con acontecimientos tales como la desaprobación o la pérdida de los padres. De ello se deduce, que muy probablemente aquellos individuos que padecen una depresión episódica presentan esquemas menos patológicos o con menos áreas claves de vulnerabilidad (p.ej., confianza, seguridad, amor) que aquellos con depresión crónica.

La teoría cognitiva considera que hay cuatro elementos cognitivos clave que explican la depresión (Perris, 1989): 1) la tríada cognitiva, formada por una visión negativa sobre uno mismo, el mundo y el futuro; 2) los pensamientos automáticos negativos; 3) errores en la percepción y en el procesamiento de información; y 4) disfunción en los esquemas.

La tríada cognitiva (Beck, 1967) se refiere a que el contenido cognitivo de un sujeto deprimido acerca de sí mismo, su mundo y su futuro es disfuncional y negativo. El paciente deprimido se ve a sí mismo como indigno, incapaz e indeseable, el mundo lo ve lleno de obstáculos y de problemas insolubles y el futuro lo contempla como totalmente desesperanzador.

Los pensamientos automáticos negativos son aquellas cogniciones negativas específicas que desencadenan la activación emocional característica del paciente depresivo. Son pensamientos automáticos (el paciente no se da cuenta del mismo o de su proceso de interpretación), repetitivos, involuntarios e incontrolables. Entre el 60-80% de los pensamientos automáticos tienen un valor negativo (Friedman y Thase, 1995). Aunque todas las personas tienen pensamientos negativos de vez en cuando, en personas con un problema de depresión grave estos pensamientos ya no son irrelevantes, sino que predominan en su conocimiento consciente (Beck, 1991).

El pensamiento perturbado de la depresión es consecuencia del procesamiento erróneo o sesgado de la información que nos llega de nuestro medio (Beck, 1976; Haaga, Dick y Ernst, 1991). Los errores más importantes que se producen en el procesamiento de información de los individuos deprimidos son (Beck et al., 1979): la inferencia arbitraria (llegar a una conclusión en ausencia de evidencia que la apoye); la abstracción selectiva (extraer una conclusión basándose en un fragmento sesgado de información); la sobregeneralización (elaborar una regla general a partir de uno o varios hechos aislados);

la magnificación y la minimización (sobreestimar o infravalorar la significación de un acontecimiento); la personalización (atribuirse a uno mismo fenómenos externos sin disponer de evidencia para ello); y el pensamiento absolutista dicotómico (tendencia a valorar los hechos en función de dos categorías opuestas).

Estos errores, que se producen en el procesamiento de la información de las personas deprimidas, son un reflejo de la actividad de los esquemas cognitivos disfuncionales, que como ya indicamos anteriormente toman la forma de creencias centrales o «asunciones silenciosas» (Beck et al., 1979). Los esquemas son teorías o hipótesis simples que dirigen el proceso por medio del cual una persona organiza y estructura la información sobre el mundo (Freeman y Oster, 1997); determinan qué situaciones son consideradas como importantes para el sujeto y qué aspectos de la experiencia son importantes para la toma de decisiones (Freeman y Oster, 1997). Ejemplos de estas creencias son: «yo no puedo ser feliz si la mayoría de la gente que conozco no me admira», «si yo fracaso en mi trabajo, entonces yo soy un fracaso como persona». Por tanto, los esquemas son estructuras cognitivas que subyacen a la vulnerabilidad depresiva, a través de las cuales se procesan los acontecimientos del medio y la disfuncionalidad de los mismos causa errores en el procesamiento de información. A su vez, estas distorsiones cognitivas facilitan que se mantengan los esquemas disfuncionales, produciéndose finalmente la depresión (el paciente depresivo espera fracaso, rechazo e insatisfacción, y percibe que la mayoría de las experiencias confirman sus expectativas negativas).

La teoría cognitiva de la depresión también propone un modelo de diátesis-estrés. Se hipotetiza que la predisposición a la depresión se adquiere a través de las experiencias tempranas, las cuales van modelando esquemas potencialmente depresógenos (es decir, los esquemas con contenido negativo constituyen la diátesis cognitiva). Estos esquemas cognitivos disfuncionales permanecerán latentes hasta que son activados por un estímulo estresante (factores precipitantes, como, por ejemplo, la ruptura de una relación amorosa) para el cual el individuo está sensibilizado. Los esquemas depresógenos pueden permanecer en reposo e inactivos durante mucho tiempo o toda la vida si el sujeto no está expuesto a situaciones de riesgo; por consiguiente, el sujeto tendrá pocos pensamientos negativos (Eaves y Rush, 1984).

No todos los aspectos del modelo cognitivo de la depresión han recibido un apoyo empírico firme (Coyne y Gotlib, 1986; Segal y Shaw, 1986a; 1986b; Haaga et al., 1991). Las hipótesis relativas a la vulnerabilidad de los esquemas y el papel de las cogniciones en la etiología de la depresión son los aspectos que han recibido menor apoyo, además de ser los más difíciles de comprobar (Segal, 1988; Thase y Beck, 1992).

2.4. OTRAS TEORÍAS PSICOLÓGICAS

Además de los planteamientos conductuales y cognitivos-conductuales, se han propuesto otros muchos planteamientos psicológicos para explicar la depresión. De todos ellos, destaca el enfoque interpersonal. El modelo de terapia interpersonal se nutre en gran parte de las aportaciones de la teoría interpersonal de Sullivan (1953) y la teoría psicobiológica de Meyer (1957), con su énfasis en la relación recíproca entre factores biológicos y psicosociales de la psicopatología. Aunque el modelo de la terapia interpersonal «no hace asunciones acerca de las causas de la depresión» (Klerman y Weissman, 1993, p. 6), sugiere que las relaciones interpersonales de los sujetos pueden jugar un papel significativo tanto en el comienzo como en el mantenimiento de la depresión. Sin embargo, existen diferencias de conceptualización muy importantes entre las distintas teorías interpersonales que se han formulado para explicar la depresión (Vázquez y Sanz, 1995). Por ejemplo, la teoría de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984) parte de la tradición psicoanalítica, mientras que las de Coyne (1976), Coates y Wortman (1980) y Gotlib (Gotlib y Colby, 1987; Gotlib y Hammen, 1992) provienen de los enfoques cognitivo-conductuales.

2.4.1. TEORÍAS BIOLÓGICAS DE LA DEPRESIÓN

A pesar de la gran cantidad de investigación que se ha realizado en las últimas décadas acerca de la biología de la depresión, todavía es escaso el conocimiento sobre el papel de los factores biológicos en la etiología y patogénesis de la depresión mayor (Thase y Howland, 1995). La mayoría de las teorías de la depresión hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro. La investigación se centra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina

serotonina y la acetilcolina (véase Friedman y Thase, 1995; Thase y Howland, 1995). Friedman y Thase (1995) plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: 1) facilitación conductual; 2) inhibición conductual; 3) grado de respuesta al estrés; 4) ritmos biológicos; y 5) procesamiento ejecutivo cortical de la información. Los déficits en estos sistemas podrían ser heredados o adquiridos. Incluso, una explicación más plausible, sería que las anomalías en alguno de estos sistemas que pueda generar depresión en un individuo, se produjesen como consecuencia de la interacción entre los sucesos estresantes que experimenta dicho sujeto y su vulnerabilidad biológica (Post, 1992; Thase y Howland, 1995).

3. DEPRESIÓN EN NIÑOS

Los trastornos depresivos corresponden a trastornos comunes e incapacitantes, cuya incidencia sufre un incremento particularmente luego de la pubertad, lo que ha motivado un interés creciente en desarrollar estrategias que permitan enfrentar anticipatoriamente este incremento interviniendo en niños y adolescentes (Muñoz, Le, Clarke & Jaycox, 2002). Un factor que ha contribuido a este interés son los estudios que sugieren que un primer episodio depresivo hace más vulnerable a la persona para el desarrollo de episodios posteriores. Existe alguna evidencia de que el primer episodio depresivo aparece más correlacionado con la existencia de estresores psicosociales en la vida de la persona que los posteriores, lo que indica que este incremento de la vulnerabilidad podría estar mediado por un proceso de sensibilización biológica (Brown, Harris & Hepworth, 1994; Post & Weiss, 1998).

Durante mucho tiempo, la psicología como ciencia descartó la existencia de cuadros depresivos en los niños, motivada en parte por la escasa atención que se le prestaba a la salud mental de los menores. Los primeros informes al respecto de la depresión infantil se publicaron alrededor de los años 40 y estuvieron a cargo de reconocidos profesionales que marcaron el camino hacia los futuros estudios psicológicos en niños. No fue sino hasta

1975 que el Instituto Nacional de Salud Mental aceptó oficialmente la posibilidad de diagnosticar cuadros depresivos en niños y permitió avanzar de manera importante en este tipo de psicopatologías.

En los textos de psiquiatría infantil publicados hasta mediados de los años 70, son raras las alusiones a la depresión en niños como algo distinto de la depresión y de la psicosis “maniaco-depresivos” en adultos; a partir de estos años ha aumentado considerablemente el interés y el reconocimiento de este fenómeno en niños, Lang y Tisher (1997). Para esta época surge un cierto desacuerdo de tipo teórico sobre la validez del concepto de la depresión en niños. Algunos autores definieron la depresión en términos de un número de características psicopatológicas encontradas en los adultos, e indicaron que es teóricamente improbable su presencia en los niños. Otros autores sostuvieron que, aun cuando las manifestaciones clínicas de la depresión son similares en adultos y niños, las diferencias está en que en estos no aparecen “aquellas formas de depresión que son consecuencias de procesos defensivos y restitutivos más amplios y, en particular, de las introyecciones e identificaciones patológicas que caracterizan la depresión melancólica de tipo neurótico y psicótico”, (Sandiery Joff, 1965).

Por otra parte se han señalado distinciones entre las formas enmascaradas y abiertas de la depresión; al describir la primera, se señala que los niños no presentan síntomas de reacciones depresivas de los adultos; en aquellos se encuentran problemas de conducta y de delincuencia, reacciones psiconeuróticas tales como las fobias escolares, dificultades en el aprendizaje, tendencias a los accidentes, berrinches de mal humor, holgazanerías, autodestrucción, alteraciones digestivas y en el sueño, dolores de cabeza de tipo migraña y deficiencias o retrasos motores, (Lang y Tisher 1997). En cuanto a la depresión abierta, (Ponsnaski y Znull, 1970), observaron 14 niños que mostraban depresión afectiva, es decir, “la expresión de un estado afectivo de desgracia o tristeza crónica...”. También Frommer (1967), Sandier y Joffe (1965) y Ushakov (1971), describen la depresión afectiva clínica; los dos últimos autores dividen su muestra de 84 niños según la edad y señalan que las diferencias intergrupos son fundamentalmente cualitativas, mientras que la diferencia intragrupos son principalmente de tipo cuantitativo.

Otro significativo aporte en este sentido es el de Stack (1971), quien confirma que la depresión en la infancia es un mal común que se manifiesta frecuentemente con una sintomatología somática: "... se debe sospechar la existencia de depresión en los niños que se quejan de malestares abdominales recurrentes no específicos, dolores de cabeza, problemas de sueño o temores irracionales, o presentan alteraciones de humor tales como irritabilidad, llantos incomprensibles o expresiones asociadas a mal temperamento"

Stack (1971), prefiere hablar de depresiones en la infancia en lugar de considerar el fenómeno como una entidad única, intenta clasificar sus formas de la siguiente manera:

- Grupo # 1, depresiones en niños preescolares: hiperactividad, apatía, somatización.
- Grupo # 2, depresiones en niños escolares: depresión simple, fobias u obsesiones con reacciones depresivas, estados depresivos mixtos, depresiones asociadas con síndromes cerebrales orgánicos, estados psicóticos.

Este considerable aumento del interés por el tema puede estar ejemplificado por el IV Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras celebrado en Estocolmo (1971) y las Conferencia sobre la Depresión en la Infancia (1975); promovidas por el centro de estudio sobre el niño y la salud mental del Instituto Nacional de Salud Mental.

Básicamente la depresión infantil se define como un cuadro de tristeza cuya duración e intensidad superan los estándares previstos en las conductas infantiles. Es por ello que se han determinado dos niveles de depresión: "mayor" cuando los síntomas superan las dos semanas de duración, y "trastorno distímico" cuando las manifestaciones depresivas se prolongan más allá de un mes.

Los síntomas más comunes que permiten diagnosticar una depresión infantil son: irritabilidad, falta del sentido del humor, tristeza, baja autoestima, aislamiento, trastornos del sueño, modificaciones en el peso y el apetito, hiperactividad y fantasías suicidas.

Los motivos más habituales de una depresión infantil pueden estudiarse desde diferentes aspectos conductuales: la deficiencia en las habilidades sociales y acontecimientos traumáticos en la vida del niño (mal rendimiento escolar, imposibilidad de integración social con grupos de pares, etc.); experiencias de fracasos, modelos depresivos cercanos,

ausencia de control (familiares referentes que atraviesan cuadros depresivos pueden ser imitados por los niños, fracasos sociales, etc.); disfunción del sistema neuroendócrino, disminución significativa de los niveles de serotonina, por herencia, etc. (alteraciones hormonales, padres depresivos, etc.).

El tratamiento oportuno será decidido en función del encuadre que un profesional psicólogo haga del estado de situación del niño y puede abarcar desde la redefinición y rescate de la autoestima del niño depresivo, técnicas de modificación conductual, terapias psicodinámicas, interpersonales, familiares, grupales, entre otras.

En algunos casos se hace necesario recurrir a tratamientos farmacológicos basados en el uso de antidepresivos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, combinados con terapias psicológicas.

Es necesario recordar el papel fundamental que juega la escuela en la detección temprana de niños que padecen depresión infantil a fin de comunicarlo de inmediato a sus padres y aplicar los recursos terapéuticos de forma inmediata, pues está demostrado que un cuadro depresivo detectado a tiempo tiene muchas más posibilidades de ser revertido en un plazo más cercano.

3.1. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA DEPRESIÓN EN NIÑOS

Según la *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry AACAP*, (1998), no son solo los adultos los que se deprimen. Los niños y los adolescentes pueden sufrir también de depresión, que es una enfermedad tratable. La depresión se define como una enfermedad cuando la condición depresiva persiste e interfiere la habilidad de funcionar del niño o adolescente. El aporte de la *AACAP*, guarda estrecha coherencia con las conclusiones de Land y Tisher (1997), cuando afirman que los comportamientos de los niños y adolescente deprimidos es diferente a el comportamiento de los adultos deprimidos, y por tanto recomiendan a los padres de niños y adolescente que estén atentos a síntomas de depresión que pueden presentar sus hijos, entre ellos se incluye:

- Tristeza persistente, lloriqueos y llantos profusos, desesperanza.

- Pérdida de interés en sus actividades favoritas o inhabilidad para disfrutar de las actividades favoritas previas.
- Aburrimiento persistente y falta de energía.
- Aislamiento social, comunicación pobre.
- Baja autoestima y culpabilidad.
- Sensibilidad extrema hacia el rechazo y el fracaso.
- Aumento en la dificultad de relacionarse, coraje u hostilidad.
- Dificultad en sus relaciones.
- Quejas frecuentes de enfermedades físicas tales como dolor de cabeza o de estómago.
- Ausencia frecuente de la escuela y deterioro en los estudios.
- Concentración pobre.
- Cambios notables en los patrones de comer y de dormir.
- Hablar de tratar de escaparse de la casa.
- Pensamientos o expresiones suicidas o comportamientos autodestructivos.

Según la *AACAP*, una de las principales características del niño deprimido es la dificultad de experimentar placer en las actividades que antes disfrutaba. Los niños y adolescentes deprimidos dicen que quisieran estar muertos, pueden hablar de suicidio. Los adolescentes deprimidos pueden abusar del alcohol o de otras drogas tratando de sentirse mejor.

La *AACAP*, también señala que los niños y adolescentes que se portan mal en la casa y en la escuela pueden estar sufriendo de depresión sin que nadie se dé cuenta de ello. Los padres y los maestros no se dan cuenta de que la mala conducta es un síntoma de la depresión, porque estos niños no siempre dan la impresión de estar tristes; sin embargo si

se les pregunta directamente, los niños algunas veces admiten que están tristes o que son infelices.

3.2. EL DSM-IV Y LA DEPRESIÓN EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

La cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales del DSM-IV, (1995), señala dentro del grupo de los trastornos del estado de ánimo la categoría Trastorno Depresivo Mayor y Trastorno Distímico aplicable a niños, adolescentes y adultos. Según esta fuente en niños y adolescentes los síntomas de depresión pueden presentarse de forma variada y muy parecida a la depresión en adultos.

Los episodios afectivos (episodio depresivo mayor, episodio maniaco, episodio mixto y episodio hipomaniaco), no tienen asignado código diagnóstico y no pueden diagnosticarse como entidades independientes; sin embargo, sirven como fundamento al diagnóstico de los trastornos. Los trastornos del estado de ánimo exigen la presencia o ausencia de episodios afectivos.

Los trastornos de estado de ánimo están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en etiología: trastorno del estado de ánimo debido a una enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias. Los trastornos depresivos (por ejemplo, trastorno depresivo mayor, trastorno Distímico y trastorno depresivo no especificado), se distinguen de los trastornos bipolares, por el hecho de no haber una historia previa de episodio maniaco, mixto o hipomaniaco. Los trastornos bipolares (por ejemplo trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado), implican la presencia o historia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaniacos, normalmente acompañado por la presencia o historia de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo se caracteriza por episodios depresivos mayores (por ejemplo, al menos de dos semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida del interés acompañado, por lo menos de, otros cuatro síntomas de depresiones. El trastorno Distímico se caracteriza por lo menos dos años en los que ha habido más días con estado de ánimo

depresivo o sin él; acompañado de otros síntomas depresivos que cumplen los criterios para el episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen con los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno Distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

A continuación presentaremos los criterios diagnósticos que establecen el DSM-IV:

Criterios para el episodio depresivo mayor

- Presencia de cinco (o más) de los siguientes síntomas durante un periodo de dos semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser el estado de ánimo depresivo o la o pérdida de interés sobre la capacidad para el placer.
- Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días según lo indica en propio sujeto o por la observación realizada por otros. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable.
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi todos los días.
- Pérdida importante de peso sin realizar régimen aumento de peso (por ejemplo un cambio del 5% mayor del peso corporal en un mes). Puede ocurrir pérdida o aumento del apetito con la mayoría de los días. En niños hay que valorar el fracaso en el logro del aumento del peso deseable.
- Insomnio o hipersomnia casi siempre.
- Agitación o enlentecimiento psicomotores de forma frecuente casi cada día (observable por los demás, no meras sensaciones de inquietud o de estar enlentecido).
- Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

- Sentimiento de inutilidad o de culpa excesivos o inapropiados (que pueden ser delirantes) repetitivo casi cada día (no los simples auto reproches o culpabilidad por el hecho de estar enfermo).
- Disminución para la capacidad de pensar o concentrarse, o indecisión, por lo general cada día (ya sea una atribución subjetiva o una observación ajena).
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse.

Nota:

- Los síntomas no cumplen los criterios para un episodio mixto.
- Los no son provocados por los efectos fisiológicos directos de una sustancia (por ejemplo, una droga, un medicamento) o una enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- Los síntomas no se explican por la presencia de un duelo (por ejemplo, después de la pérdida de un ser querido), los síntomas persisten durante más de dos meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor.

Criterios para el diagnóstico depresivo mayor

- Para el trastorno depresivo mayor episodio único (F32.x) debe haber la presencia de un único episodio depresivo mayor.
- Para el trastorno depresivo mayor recidivante (F33.x) debe haber la presencia de dos o más episodios depresivos mayores.

Nota: Para ser considerado episodios separados tiene que haber un intervalo, de por lo menos dos meses seguidos en los que no se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Los episodios depresivos mayores no se explican mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no están superpuestos a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

- Nunca se ha producido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco. Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos, o si son consecuencias de los efectos fisiológicos directo de una enfermedad médica.

Especificar la gravedad del episodio depresivo mayor actual si todos los episodios se cumplen del siguiente modo:

0 Leve

1 Moderada

2 Grave sin síntomas psicóticos

3 Grave con síntomas psicóticos

Si no se cumplen todos los criterios de un episodio depresivo mayor, se indica el episodio clínico actual del trastorno depresivo mayor:

4 En remisión parcial o total

9 No especificado

Especificar los rasgos del episodio actual (o el episodio más reciente si el actual se encuentra en remisión total o parcial).

Crónicos

Con síntomas catatónicos

Con síntomas atípicos

De inicio en el postparto

Especificaciones que describen el curso de los episodios recidivantes.

Especificaciones de curso longitudinal (con y sin recuperación interepisódica total).

Con patrón estacional

Con ciclos rápidos

Criterios para diagnóstico de Trastorno Distímico (F34.1)

- Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante por lo menos dos años. En los niños y adolescente el estado de ánimo puede ser irritable y la duración puede ser un año.

- Presencia, mientras está deprimido, de dos (o más) de los siguientes síntomas:

Perdida o aumento de apetito

Falta de energía o fatiga

Baja autoestima

Insomnio o hipersomnio

Dificultades para concentrarse o tomar decisiones

Sentimientos de desesperanza

- Durante el periodo de dos años (un año en niños y adolescentes), de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.

- No ha habido ningún episodio mayor durante los primeros dos años de la alteración (un año para niños y adolescentes); por ejemplo, la alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno depresivo mayor crónico o un trastorno depresivo mayor, en remisión parcial.

Nota: antes de la aparición del episodio distímico pudo ocurrir un episodio depresivo mayor previo, que ha remitido totalmente (ningún signo o síntoma significativo entre dos

meses). Además tras los primeros dos años (un año en niños y adolescentes) de trastorno distímico, pueden presentarse episodios de trastornos depresivos mayor superpuestos, en cuyos casos cabe realizar ambos diagnósticos, y se cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

- Nunca ha habido un episodio maniaco, un episodio mixto o un episodio hipomaniaco y nunca se ha cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- La alteración no aparece exclusivamente en el trascurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- Los síntomas no son inducidos por los efectos fisiológicos directo de una sustancia (por ejemplo una droga o un medicamento) o a enfermedad médica (por ejemplo, hipotiroidismo).
- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras areas importantes de la actividad del individuo.

Especificar si:

Inicio temprano: si el inicio es antes de los 21 años.

Inicio tardío: si el inicio se produce a los 21 años o con posterioridad.

Especificar (para los dos últimos años del trastorno distímico)

Con síntomas atípicos.

Trastorno depresivo no especificado (F32.9)

La categoría del trastorno depresivo no especificado incluye los trastornos con síntomas depresivos que no cumplen los criterios para trastornos depresivos mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno depresivo con estado de ánimo mixto, ansioso y depresivo. Algunas veces los síntomas depresivos se presentan como parte de un trastorno de ansiedad no especificado. Los ejemplos de trastornos depresivos no especificados incluyen:

- Trastorno disfórico premenstrual: (por ejemplo, estado de ánimo acusadamente deprimido, ansiedad importante, marcada labilidad afectiva, pérdida de interés en las actividades) se presentaron con regularidad durante la última semana de la fase luteínica (y remitieron a los pocos días del inicio de las menstruaciones). Estos síntomas tienen que ser de la suficiente gravedad como para interferir notablemente en el trabajo, los estudios o las actividades habituales y estar completamente ausentes por lo menos una semana después de las menstruaciones.
- Trastorno depresivo menor: episodios de por los menos dos semanas de síntomas depresivos, pero con menos de los cinco ítems para el trastorno depresivo mayor.
- Trastorno depresivo breve recidivante: episodios depresivos con una duración de dos días a dos semanas, que se presentan por lo menos una vez al mes durante doce meses (no asociados a los ciclos menstruales),
- Trastorno depresivo post-psicóticos en la esquizofrenia: un episodio depresivo mayor que se presenta durante la fase residual en la esquizofrenia.
- Un episodio depresivo mayor superpuesto a un trastorno delirante, a un trastorno psicótico no especificado o a la fase activa de la esquizofrenia.

Casos en los que el clínico ha llegado a la conclusión de que hay un trastorno depresivo pero es incapaz de determinar si es primario, debido a enfermedad médica o inducido por sustancias.

CAPÍTULO II
PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE
URGENCIA

1. PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA:

1.2. ORIGEN Y DESARROLLO DE LA PSICOTERAPIA BREVE

Dentro del campo de la psicoterapia se ha ido delimitando un espacio con estructura propia: el de las psicoterapias breves, actualmente denominadas terapias focalizadas. Tal como lo señala Lucio Pinkus (1984): "... en los inicios de psicoanálisis, el problema de la terapia "breve" no tenía razón de existir. Los análisis practicados por Freud como por sus primeros discípulos tenían una duración sumamente medida, y nada hacía pensar en el proceso de prolongación del tratamiento que vendría posteriormente". Si consideramos el término breve en su connotación temporal, parece que desde un comienzo las terapias fueron breves. No obstante, en concepto actual es mucho más complejo que la mera duración del tratamiento. Además del tiempo se consideran otros aspectos esenciales para definirlos. A continuación veremos una breve reseña histórica de cómo fueron surgiendo.

El caso de Catalina, Freud (1985), fue la primera psicoterapia breve de orientación analítica. En el trabajo presentado por Freud (1918) en el V Congreso psicoanalítico Internacional de Budapest, plantea un aumento en la demanda del análisis como procesos terapéuticos y se establece la necesidad social de la existencia de formas terapéuticas al alcance en un sector más amplio de la población. Recomienda la "técnica activa" de Ferenczi, como la vía posible para la evolución del análisis.

Luego en 1918, Sandor Ferenczi planteó la necesidad, compartida por Otto Rank, de encontrar un método activo de un tratamiento. Ferenczi (1925), inicia una serie de experimentos. Aunque inicialmente Freud lo apoyaba, posteriormente éste reaccionó negativamente. Esto impidió, durante algún tiempo que otros psicoanalistas desarrollaran modalidades de psicoterapia breve.

El renovado interés de contar con modalidades de psicoterapias breves durante la Segunda Guerra Mundial y después de ésta, dio origen a nuevos y perdurables esfuerzos por seguir desarrollando técnicas breves de orientación analítica.

En 1946, la publicación de "Psychoanalytic Therapy" de Alexander y French, marca otro hito importante, ya que en esta obra parecen desarrollados algunos puntos esenciales, tales

como la noción de flexibilidad en la relación terapéutica, el concepto de conflicto focal y la propuesta de planificación de la terapia.

Durante de la década de 50, en Tavistock Clinic de Londres, M. Balint y D. Malan orientan su investigación hacia la conceptualización de las terapias breves, usando por primera vez de foco terapéutico y profundizando e temas tales como el diagnóstico para la terapia y el tipo de vínculo paciente – terapeuta en estas terapias.

En 1963, Malan publica “A Study of Brief Psychotherapy”, a partir de la cual queda legitimada la denominación. Para ese entonces Malan señalaba que la duración de la psicoterapia breve puede estimarse entre 40 y 50 sesiones. De ahí en adelante, diversos autores propusieron distintos criterios para establecer la duración de los tratamientos. Por lo tanto, si intentáramos definir a las terapias breves a partir de su duración, encontraríamos una considerable dispersión. No obstante, tal dispersión se reduce cuando dejamos de lado el aspecto temporal y atendemos a los elementos que configuran la estructura cualitativa de las terapias breves.

La psicoterapia breve tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica ortodoxa. Según Bellak y Small (1970) la psicoterapia es una interacción verbal o de alguna otra manera, simbólica, de un terapeuta con un paciente, guiada por una serie de conceptos integrados ordenadamente dirigidos hacia un cambio beneficioso en el paciente.

Independientemente de la variación de los marcos teóricos referenciales que pueden ser psicodinámico, sistémicos, cognitivos o comportamentales, existen algunos núcleos comunes a todos los enfoques de la psicoterapia breve o focalizada, a saber:

- El objetivo de la terapia es la resolución del problema que le preocupa al paciente.
- El proceso terapéutico toma las formas de un trabajo focalizado en el problema.
- Los procedimientos terapéuticos están caracterizados por su flexibilidad.
- El terapeuta desempeña un rol activo.

Por lo tanto, más que su duración, son estos los parámetros que permiten delimitar el campo de las psicoterapias breves. La relación paciente terapeuta está enmarcada, pues,

por la flexibilidad del encuadre y el centramiento de los aspectos problemáticos definidos por el motivo de consulta. El paciente y su problema ocupan el centro de la situación terapéutica; el terapeuta y su teoría se ubican en la periférica.

Las teorías no son moldes rígidos a los que debe adaptarse la realidad. Cuando un terapeuta intenta forzar la realidad del paciente para hacerla “entrar” en sus moldes teóricos, a menudo este termina por abandonar el tratamiento; esto es interpretado por el terapeuta como “resistencia”, y, al hacerlo, evita evaluar la posibilidad de que el error haya estado en el método empleado. De ahí la propuesta de flexibilidad como uno de los ejes principales para el trabajo en las terapias breves. Esto implica un conocimiento amplio y fundamentado de las distintas formas del abordaje terapéutico, además de la actitud positiva y abierta que el terapeuta debe tener.

Con respecto al tratamiento psicológico podemos señalar, que independiente a la modalidad teórica se recomienda que la psicoterapia de la depresión se debe enfocar en:

- El desarrollo de una relación terapéutica positiva.
- Fortalecimiento de la autoestima.
- Analizar y señalar la transferencia de inmediato y con claridad.
- Estimular la seguridad y confianza en si mismo.
- Estimular al paciente a que manifieste afectivamente sus problemas actuales.
- Identificar y ayudar a transformar las distorsiones de la realidad o del pensamiento.
- Centrarlo en la realidad, es decir en el aquí y ahora.
- Ofrecer seguridad y apoyo (sobre todo para disminuir la probabilidad de suicidio).
- Identificar las fortalezas y disposiciones de la familia para brindar apoyo emocional a la persona deprimida.

- Señalar las dificultades del paciente dentro de un area interpersonal problemática, tales como: duelo, disputa de roles o déficit interpersonales.
- Informar al paciente sobre su enfermedad y ofrecerle herramientas para enfrentarla y evitarla.

El común denominador de las psicoterapias breves con orientación psicoanalítica, es el concepto del “focus”, la concentración en un breve periodo de tiempo de la resolución de un conflicto, específicamente identificado, o la búsqueda de una meta específica identificada. (Bellak y Small, 1970).

Después de los trabajos de Balint en el año de 1955, varios terapeutas empezaron a utilizar la psicoterapia breve, basándose en el concepto de focalización. Ya que este fue quien desarrollo el concepto de foco como eje central del problema del paciente sobre el que se debe trabajar y concentrar los esfuerzos terapéuticos. Varios autores entre ellos Fiorini, David Malan y L. Bellak, realizaron esfuerzos, que redundaron en la evolución de la psicoterapia breve, debido a sus valiosas contribuciones a la teoría, la práctica e investigación. Según Malan, la duración del tratamiento se debe establecer desde el inicio de este, ya que argumenta que en una terapia a largo plazo puede estimular dependencia y dispersión en lugar de enfocar el contenido.

Otro que hizo contribuciones importantes a la psicoterapia breve, fue P. Sifneos, quien describe las situaciones de ansiedad como el principal motor a la solución rápida del conflicto. También destaca que la terapia a corto plazo se facilita estableciendo una alianza terapéutica con el paciente, identificando el problema a resolver y aplicando la transferencia positiva como el principal instrumento terapéutico.

Tanto Sifneos como Malan coinciden en seleccionar a los pacientes; ya que ambos excluyen a individuos con psicopatologías grave actual o con antecedentes; como pueden ser: esquizofrenias, manías, crisis depresivas mayores y otros.

Destacamos la participación de A. Davanloo quien sugiere la utilización de interpretaciones activas, tanto para incrementar la comprensión y resolución de problemas

emocionales, como para impedir el desarrollo de dependencias por parte de los pacientes; logrando esto con gran interés y empatía.

Los autores psicoanalíticos que han contribuido con la psicoterapia breve coinciden en establecer un “focus” para facilitar la resolución de un conflicto en un corto plazo; sin embargo, no han dado su punto de vista respectivo en relación a cuánto debe durar una psicoterapia breve.

Bellak (1995) desarrolló un modelo de psicoterapia breve, denominada Psicoterapia Breve Intensiva y de Urgencia, y manifiesta que reconoce el mérito de otras aproximaciones a la psicoterapia breve; a la vez, declara que su enfoque es un intento más amplio de abordar todos y cada uno de los problemas que llegan diariamente a la clínica o consultorio, ya que su enfoque está basado principalmente en teorías psicoanalíticas, del aprendizaje y sistema.

Posteriormente, ampliaremos sobre su enfoque, ya que es el modelo de intervención elegido para nuestra investigación y que, además, nos ofrece alternativas para tratar a los pacientes atendiendo sus individualidades y con técnicas que van de acuerdo a sus necesidades.

Podemos concluir que la psicoterapia breve convergen un gran número de métodos que difieren, sin embargo, coinciden en el abordaje psicodinámico, la brevedad del tratamiento y el desarrollo de estrategias psicoterapéuticas, las cuales serán de gran ayuda para el alivio de las diferentes molestias que presenten los pacientes.

1.3. ENFOQUE QUE UTILIZA LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA.

Bellak (1996) describe el enfoque de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia de la siguiente manera:

- La psicoterapia breve, intensiva y de urgencia se enfoca hacia los rasgos cruciales del trastorno que se presenta, por lo que trata de encontrar el mejor punto de ventaja desde el cual entender al paciente a profundidad y luego utilizar las orientaciones posibles para lograr una adaptación más eficaz.

- Bajo cualquier circunstancia, el intento va dirigido a establecer un punto central para comprender en forma precisa porque el paciente acude a consulta en el día especial en que lo hizo, cuando inició su problema, en su pasado inmediato, y cuando y en qué forma parecida existió en su historia personal anterior.
- Los principios de causalidad y continuidad son de especial importancia ya que con este método se intenta establecer la relación entre el paciente y el pasado; es decir que no haya discontinuidad entre una y otra, además intenta comprender se desarrollo un determinado síntoma en un día, hora o lugar específico.
- La formulación general más útil de una teoría acerca del desarrollo de un síntoma, lo mismo que de la estructura de personalidad en general, es que los síntomas son intentos de solucionar problemas, de enfrentar la ansiedad, conflicto, déficit. Entre más limitada sea la capacidad para enfrentar situaciones mayor será el trastorno que exista en la personalidad y viceversa. La conducta para enfrentar situaciones se aprende, se funda en un sustrato biológico, dentro de un medio social, étnico y familiar. El tratamiento es un intento para ayudar a la persona a obtener mejores recursos para enfrentarse a la realidad, con los conflictos que existan entre ésta y los impulsos, así como las introyecciones defectuosas (es decir, imágenes internalizadas de los otros significativos).
- Considera a todas las psicoterapias como una forma de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje; ya que se enfoca en lo que ha sido aprendido de manera deficiente y que necesita ser desaprendido y reaprendido de forma eficaz.
- La conducta adaptativa puede ser aprendida por reaprendizaje en psicoterapia. Además de que una vez probada procede recapitulando por completo las proposiciones psicológicas del Yo y las defensas.
- Selecciona y se dirige hacia los síntomas más perturbadores y su causa dentro de un marco de referencia más amplio, y después provee la conceptualización más certeramente orientada posible de las intervenciones psicoterapéuticas necesarias.

- La aproximación sistemática es la esencia de la psicoterapia breve intensiva y de urgencia, es decir, que la mayoría de los pacientes no regresan más después de cinco o seis sesiones, basados en sus experiencias con tratamientos médicos.
- Los beneficios de esta psicoterapia pueden extenderse más allá del enfoque inmediato de la terapia; ya que pueden tener una reacción en cadena psicodinámica y extender los cambios adaptativos más allá del contexto de la terapia, como resultado de intervenciones limitadas.
- Se selecciona el problema por el tratamiento y no por el paciente; es decir, que puede utilizarse para prevención ya sea primaria, secundaria (condiciones agudas) y terciaria (cronicidad). Sin embargo para algunos pacientes como los pasivos con poca capacidad para el “insight”, esta terapia es imposible. Estos pacientes pueden ser tratados con otra modalidad, ya sea de apoyo, conductual y reconstructiva educacional.

1.4. LOS DIEZ PRINCIPIOS BÁSICOS DE LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA

La PBIU se relaciona con la terapia tradicional a largo plazo de la misma manera en que un cuento corto se relaciona con una novela; ya que tanto una como la otra necesitan de experiencias, habilidades, indicaciones y méritos propios. Así también la terapia breve necesita habilidades y pericias especiales. El terapeuta debe entender que está llevando a cabo un trabajo valioso y no solo está tomando medidas momentáneas.

Es esencial una conceptualización fiel; pero para lograrla es importante entender todo, saber bastante y luego realizar la intervención que marque una diferencia significativa, respecto a otras formas de intervención terapéuticas. Para realizar esto el terapeuta realiza muchas tareas, piensa, planea y conceptualiza.

En lugar de seleccionar a los pacientes, se seleccionan las metas y los problemas; se deben determinar las metas en cada caso en particular. No se espera que la psicoterapia breve cure una neurosis de carácter grave, pero en ocasiones es posible que cambie el rasgo más perturbador de tal neurosis o algunos síntomas particularmente problemáticos.

Además, los ataques de ansiedad aguda, las depresiones y muchos otros estados agudos se prestan exitosamente para tratarlos con terapia breve. Se sugiere que se considere a la terapia breve como el primer método de elección y solo cuando esta falla, o cuando existe una razón para desear cambios más amplios, se debe emplear psicoterapia de larga de larga duración o psicoanálisis.

La PBIU se basa en una historia clínica exhaustiva, que se guía por conceptos formulados con claridad y utiliza un estilo adecuado de comunicación, es decir, que trabaja a partir de la comprensión del paciente en términos de su historia, su situación vital actual, como su medio étnico y cultural, su experiencia humana completa y lo que se puede saber a partir de sus fundamentos y predisposiciones generales.

La terapia breve e intensiva debe incluir una anamnesis completa, una evaluación psicodinámica y estructurar tan amplia como sea posible y una consideración de los aspectos sociales y médicos. Después, con base en la máxima comprensión y conocimientos posibles acerca del paciente, se debe planificar, en forma activa las áreas, métodos y secuencias de áreas y métodos de intervención.

Se puede enseñar a llevar a cabo con éxito la PBIU a personas con un relativamente limitado conocimiento de psicodinámica, incluso puede resultar más ventajoso, ya que los psicoanalistas desarrollan un tipo de personalidad pasiva que tiende a dificultar el grado de intervención activa que se necesita con esta psicoterapia.

Guía esquemática: el concepto de medicina de urgencia como paradigma para la PBIU, ya que esta se basa en el uso pragmático de un conjunto amplio de conocimientos de anatomía, fisiología, patología, cirugía y medicina. La guía esquemática, pasos precisos y definidos, son requeridos por los técnicos médicos, al igual que los terapeutas que aplican psicoterapia breve, intensiva y de urgencia.

La psicoterapia de urgencia no solo se limita la eliminación del síntoma. A pesar de las restricciones de tiempo, puede haber oportunidad de construir al paciente a un mayor nivel que el premórbido; resulta claro que el proceso de resolver una situación en particular, con frecuencia los pacientes, aun dentro de la terapia más breve, alcanzan, en general, un nivel superior de solución de problemas y también tienen la ventaja de

adquirir una especie de vacuna, cierta fortaleza por haber sobrevivido a una situación particular, que los proveerá con cierta inmunidad para el futuro.

Eficacia para la prevención primaria, secundaria y terciaria, ya que cuando las personas se encuentran en riesgos psicológicos, se utiliza la psicoterapia breve para trabajar antes que comprendan que tienen un problema psicológico. También tratan con las condiciones agudas que ya existen, las cuales pueden detenerse antes que se desarrollen condiciones más graves y crónicas. Finalmente tienen que ver con las curaciones de condiciones crónicas; es decir, trata con las circunstancias que provocaron tales episodios agudos. Procurando mantener al paciente en la comunidad o limitando su hospitalización.

Aspectos administrativos e indicaciones para la PBIU; el autor recomienda la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia a elegir tanto en las clínicas y agencias sociales como en la práctica privada debido a que en las primeras se ayuda a reducir largas listas de espera y se puede ver a las personas de forma rápida y efectiva, antes que desarrollen cronicidad y resistencias posteriores a la terapia. Es decir, se considera a la psicoterapia breve la piedra angular de la salud mental comunitaria.

Algunos aspectos administrativos especiales, existen dos maneras posibles de utilizar la terapia breve como método de intervención en todas las clínicas públicas: 1) Un director médico puede ver a todos los pacientes en admisión y asignarlos a la persona apropiada y 2) Cualquier miembro disponible del personal puede tomar al siguiente paciente.

Papel del terapeuta y resistencia a la PBIU, es importante que el terapeuta no pierda autoestima por involucrarse en la terapia breve; es decir, debe entender que lleva a cabo un trabajo valioso y no solo toma medidas momentáneas. En la terapia breve se necesita mucha más actividad mental de parte del terapeuta, ya que, mientras escucha la intervenciones se tienen que conceptual, planificar de forma activa, aun grado mucho mayor que la terapia de larga duración. Se tiene que actuar con base en hipótesis, no solo a través de interpretación pero mediante métodos de intervención utilizados con menos frecuencia en la psicoterapia dinámica convencional.

1.5. PERFIL BÁSICO DE LA PBIU

- Cinco o seis sesiones de 50 minutos, por lo general una por semana
- Sesión de seguimiento mes después
- Anamnesis completa
- Valoración psicodinámica y estructural
- Consideración de los aspectos médicos y sociales
- Plan para las áreas de intervención
- Plan para métodos de intervención
- Plan para las secuencias para las áreas y métodos de intervención
- Decidir si se aplicara terapia individual únicamente, o si se combinara con sesiones conjuntas o familiares
- Consideraciones de condiciones facilitadoras como fármacos u hospitalización breve

Se sugieren cinco sesiones ya que este es el número que parece adecuarse a la mayoría de los pacientes y la sexta sesión es la de seguimiento, aunque el número de sesiones o duración de las mismas no son inalterables.

Los aspectos sociales, étnicos, económicos y de sistemas son muy importantes, ya que determinan el estilo de comunicación que debe tenerse en mente, respecto a lo que es normal o patológico para un paciente en particular y para las formas de intervención y también ayudan a entender la patogénesis.

Las áreas y métodos de intervención, y la secuencia de estos y variaran de paciente a paciente, aun si sufren la misma condición.

Parte del plan de intervención consiste en definir si el paciente es más adecuado para terapia individual exclusivamente o si la persona tendrá mayor ganancia de la terapia

conjunta con alguna persona significativa en su vida, al menos una o dos sesiones de las cinco, o si el paciente obtendrá una ganancia mayor de una sesión en la que estuviera presente toda su familia.

El uso de fármacos como condición facilitadora del proceso psicoterapéutico, pueden ser un planteamiento con el que no estén de acuerdo algunos psicofarmacólogos, por lo que el efecto de los neurolépticos, ansiolíticos y antidepresivos deben ser entendidos psicodinámicamente a través de la terapia de cada paciente según plantea Bellak.

1.6. DESCRIPCIÓN DE CADA UNA DE LAS SESIONES DE PBIU

1.6.1. SESIÓN INICIAL

Encontramos una serie de aspectos de los cuales son de gran importancia para obtener la información más completa posible de los pacientes, entre ellos tenemos los siguientes aspectos:

- **Síntoma principal:** esta sesión corresponde a la más importante y el más difícil tanto para el terapeuta como para el paciente. Se trata de obtener una primera impresión de paciente, en la sala de espera antes de que este entre en contacto con el terapeuta, también se debe prestar atención a la expresión de su rostro, al lenguaje que utiliza en fin no solo interesarse por el síntoma principal sino también todos los otros posibles y reconocer precisamente el inicio del actual.
- **Historia del síntoma:** se obtiene a través de una entrevista guiada, buscando los denominadores comunes entre el inicio del síntoma principal y situaciones anteriores en su vida.
- **Síntomas secundarios:** es necesarios explorar las áreas o conductas que puedan causar problemas al paciente y que posiblemente pueden tener relación con el síntoma principal.
- **Antecedentes personales:** se debe visualizar al paciente en distintos momentos de su vida; su infancia, actualidad, dentro de la subcultura y de su relación con personas significativas. Además debe hacerse un intento para obtener ideas acerca

de la atmosfera familiar. Es importante ver al paciente y a sus problemas en términos de la teoría de sistemas: familiar, étnico-cultural y socioeconómico.

- Antecedentes familiares: es importante comprender el medio y las características de las familias en diferentes etapas de la vida del paciente. Como también conocer con quien se identifica el paciente de forma manifiesta y latente. La familia extensa puede representar un papel fundamental en la estructura de la personalidad, en especial de ciertos grupos étnicos donde los abuelos con frecuencia viven con el paciente y los padres de este. También son importantes los antecedentes médicos y psiquiátricos de la familia.
- Formulación dinámica y estructural: se encarga de la interacción de las fuerzas responsables de la psicopatología y personalidad del paciente. Se evalúan las tendencias y sus conflictos e interacción con la realidad, el superyó y el Yo. Se desea comprender las defensas, qué también funcionan, si lo hacen en forma demasiado rígida, demasiado liberal o de manera adecuada.
 - Evaluación de las funciones del Yo: es recomendada por Bellak sólo en los casos de las personas muy perturbadas, en especial psicóticos, ya que se puede elegir las funciones intactas del Yo para apoyar las afectadas.
 - Factores de la relación terapéutica:
 - Transferencia: es la manifestación de sentimientos no racionales del paciente hacia el terapeuta tales como: las simpatías y los temores, entre otros. en general al momento de concluir se les pide a los pacientes, si han tenido un sueño la noche previa y que sueños pueden recordar de su infancia o acerca de sueños recurrentes de cualquier periodo de sus vidas. Esto es una excelente oportunidad de que se relaciona con la entrevista inminente y pueda revelar algo acerca de la de la relación de transferencia posible en el futuro y las expectativas del paciente con respecto a la terapia. El sueño es una fuente importante para conocer la naturaleza de la relación transferencia; además el terapeuta tiene que revisar sus propios involucramientos contratransferenciales y analizarlos continuamente. En

PBIU es muy importante mantener una transferencia positiva y dejar al paciente con ella. La transferencia negativa se tiene que analizar.

- Alianza terapéutica: se le debe explicar al paciente que el éxito de la terapia depende en gran medida de la habilidad por parte de él para trabajar en alianza con el terapeuta. El terapeuta es el responsable de facilitar el proceso terapéutico; por lo que se debe considerar su regulación y flujo. También se pueden utilizar instrumentos como TAT, para que evalúen la distorsión aperceptiva. Esta prueba se utiliza para facilitar la comunicación, interpretación e insight.
- Contrato terapéutico: se le explica a los pacientes que pensamos resolver su problemática en cinco sesiones, con una duración de 50 minutos aproximadamente cada una, una vez por semana. Un mes después de concluida se realiza una sesión de seguimiento para evaluar los resultados de la terapia; se le manifiesta al paciente que en caso de existir una urgencia el terapeuta está disponible para verlo antes del mes. Sin embargo, se hace énfasis en la importancia de permitir que el tratamiento haga sus efectos, para así no recurrir al terapeuta en la primera ocasión que surja un momento perturbado. Se le comunica al paciente que se continuara interesado en él y a la vez se le motiva para tratar de obtener resultados óptimos. Se le manifiesta que de no tener mejoría se le puede ayudar con una terapia posterior a cargo de otro terapeuta por el cual nos comprometemos a llevarlo para presentarlo.
- Revisión y planificación: mientras que se escucha al paciente, el terapeuta debe haber formulado hipótesis concernientes a la interacción de los factores genéticos, familiares, biológicos y médicos con los factores experienciales dentro del paciente. El terapeuta también debe decidir en ese momento sobre el mejor plan de tratamiento tal como tratamiento individual, sesiones conjuntas, terapia familiar, aproximación de equipo, utilización de fármacos de recursos de la comunidad, etc. Al final de la sesión inicial el terapeuta debe reseñarle al paciente los rasgos más notables. Esto ayuda a fortalecer la alianza terapéutica, también es útil si el

terapeuta puede transmitir, si es apropiado, algo acerca de la naturaleza de proceso terapéutico.

1.6.2. SEGUNDA SESIÓN: se explora de manera más amplia, se logra un mejor cierre y se reexaminan las bases para elegir áreas y métodos de intervención. Es importante establecer una relación entre sesiones, en especial, hacer que el paciente relacione entre sesión y sesión. Esto incrementa el funcionamiento sintético – integrado del Yo, con respecto a la alianza terapéutica. Con frecuencia en esta sesión se añade datos históricos adicionales y se completa el cuadro dinámico.

1.6.3. TERCERA SESIÓN: se hace un intento especial por transelaborar lo que se ha aprendido hasta entonces, con agregados de todas las fuentes posibles. De aquí en adelante es necesario comenzar a referirse a la separación inminente, es muy probable que el paciente se sienta peor la próxima vez y que ello puede deberse al temor de la separación y al abandono.

1.6.4. CUARTA SESIÓN: esta sesión se utiliza para comprender más acerca de los problemas de paciente, agregar insight e intervenir en cualquier otra forma necesaria. Nuevamente habrá que mencionar la terminación y las reacciones ante esto. Los problemas de separación presentan un papel sobresaliente en las relaciones humanas bajo cualquier circunstancia y especialmente útil transelaborarlas en una terapia breve de este tipo.

1.6.5. QUINTA SESIÓN: se da inicio, como de costumbre preguntando al paciente cómo se siente y cómo paso la semana anterior. Después se le pide que reseñe el periodo de tratamiento completo y se transelabora cualquier material adicional que se haya obtenido, en especial con respecto a la terminación u otros planes. Hay que intentar terminar la terapia con una relación positiva. Para esto hay que cambiar ligeramente de estilo en esta sesión, a través de ceder algo de la neutralidad terapéutica y volverse más “humano”, por ejemplo entablando una conversación acerca de algún pasatiempo compartido.

1.6.6. SEXTA SESIÓN: esta se realiza un mes después con el objetivo de evaluar logros terapéuticos y hacer los cambios necesarios. Nuevamente se intenta dejar al paciente con la transferencia positiva y con la idea de que si necesita continuar la intervención; el

terapeuta o un sustituto estarán disponibles para ayudarlo. Es importante mencionar que en el caso de este estudio se podrían necesitar más de seis sesiones debido a que la muestra está conformado por niños.

1.7. EL PROCESO TERAPÉUTICO EN LA PSICOTERAPIA BREVE INTENSIVA Y DE URGENCIA (PBIU)

1.7.1. GUIAR Y CONTROLAR LA INTENSIDAD DEL PROCESO TERAPÉUTICO: el terapeuta debe ser capaz de frenar, acelerar y maniobrar la terapia en direcciones óptimas. Al proseguir los procesos de la terapia, debe utilizar el método de atención selectiva o inatención para centrar aquellas áreas que se consideran apropiadas e importantes. Hay que regular la cantidad de ansiedad que sienta el paciente al incrementarla mediante la interpretación de las defensas o disminuirlas a través de variedad de medidas, que incluyen discutir temas neutrales o diluir la atmosfera por medio de un relativo decremento en la intervención. A veces, puede ser necesario abandonar la postura de “neutralidad terapéutica”, para permitir, ya sea una actitud más relajada entre dos iguales, o para tomar el papel de auxiliar activo.

1.7.2. FACILITAR LA COMUNICACIÓN: el terapeuta debe asegurar que hay un proceso terapéutico, para esto debe hacer que el paciente colabore con la alianza terapéutica; es decir que el paciente sea capaz de comunicarse. De este modo será más fácil formular la mejor hipótesis sobre la naturaleza el significado de los síntomas y el pensamiento del paciente. Algunos pacientes no logran aprender a utilizar “el insight” por lo corto de la terapia, en estos casos, se lo solicita al paciente que exprese qué hizo en un momento específico y cómo se sintió en distintos aspectos, también se deben realizar preguntas como qué pensó cuando salió de la última sesión, con el fin de obtener información de qué es lo que sucede en la mente del paciente. Finalmente se debe preguntar por los sueños ya que esta es una fuente importante de información.

1.7.3. EXPLICAR EL PROCESO TERAPÉUTICO AL FINAL DE LA SESIÓN INICIAL EN TÉRMINOS SENCILLOS: para hacer el proceso terapéutico entendible para el paciente, se utiliza el concepto de distorsión aperceptiva lo cual trata de explicar al paciente que su experiencia previa sea almacenada como un gran número de imágenes; cuando ve una escena contemporánea, es probable que lo ve a través de un collage de apercepciones pasadas: como si fuera a través de un caleidoscopio. La tarea de la psicoterapia es identificar y comprender la naturaleza de la distorsión y la cognición actual a causa de las experiencias pasadas y, en esa forma, sacar en conclusión algo emparentado con una corrección perceptual y cambio estructural.

1.7.4. APRENDIZAJE FACILITADOR: debe tenerse presente que la psicoterapia es un proceso de aprendizaje, desaprendizaje y reaprendizaje, y es el terapeuta que debe estimular, utilizando ejemplos y conceptos concretos, vívidos y vistosos. Considera que al paciente se le puede expresar, casi, todo lo que sea necesario con tal de que se le manifieste de una forma intelectual, conceptual y lingüísticamente apropiada.

1.7.5 TÉCNICAS PROYECTIVAS: son útiles como vehículos para la comunicación e interpretación. Por ejemplo se le puede manifestar al paciente que en su respuesta hay agresión y así hacer consciente al paciente de su propia agresión. De esta forma las técnicas proyectivas aumentan la disposición psicológica y hace egodistónico lo que es egosintónico.

1.7.6. IMPORTANCIA DE LA EDUCACIÓN EN EL TRATAMIENTO DE URGENCIA DE LAS REACCIONES EMOCIONALES A LA ENFERMEDAD FÍSICA, HAGA QUE EL PACIENTE DESCRIBA EN ÓRGANO ENFERMO: esto le posibilita al terapeuta observar una ilustración completa de las distorsiones que hace el paciente de la realidad. También ofrece la oportunidad de informar al paciente acerca de las realidades de su trastorno, que casi siempre son más fáciles de soportar que las nociones y fantasías irracionales que ha imaginado.

1.7.7. COMUNICACIÓN ENTRE PACIENTE Y TERAPEUTA: una vez que el paciente empieza a comunicarse el terapeuta se hace una idea de los denominadores comunes entre la conducta presente, la historia pasada y la relación terapéutica.

1.7.8. INTERPRETACIÓN: se denomina así al proceso de señalar los denominadores comunes entre los patrones afectivos y conductuales del paciente en el pasado, presente y la situación transferencial. Algunas veces confrontar al paciente con un acto conductual es una forma de interpretación.

1.7.9. INSIGHT: es cuando el paciente logra reconocer los denominadores comunes. Es una experiencia similar a conocer la respuesta del porqué actuar así en diversas circunstancias y estas respuestas deben tener componentes afectivos y no solo intelectuales.

1.7.9. TRANSELABORACIÓN: se puede definir como la aplicación de los insight aprendidos e una situación, a una variedad de otras situaciones. Puede empezar como un proceso principalmente consciente y cada vez se debe volver un proceso más automático y preconsciente hasta que, tiene lugar la reestructuración.

1.8. MÉTODOS DE INTERVENCIÓN EN LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA (PBIU)

A continuación veremos una breve descripción de los métodos que son útiles en psicoanálisis como en cualquier forma de psicoterapia y especialmente aplicables al proceso intensivo de la terapia breve.

Según Bellak los métodos de intervención son:

- Interpretación: es el método clásico de intervención en la psicoterapia dinámica, pero no el único. Para realizarla debemos tomar en cuenta su efecto; ya que lo que se pretende es que el paciente comprenda sus actitudes. Es por eso que se debe elaborar una base emocional positiva en el paciente.
- Catarsis mediata: es la manifestación cargada de emociones provocadas por el trastorno, así como la expresión de cualquier sentimiento reprimido. Esta se estimula proporcionando un ambiente de empatía y comprensión. La identificación e

introyección de la imagen del terapeuta, como la parte más benigna del superyó, juega un papel importante en esta parte del proceso terapéutico.

- Prueba auxiliar de realidad: es necesaria para informar qué tan perturbados se encuentran el paciente y que tan necesario es el terapeuta asuma el papel de examinador auxiliar de la realidad, para señalar sus distorsiones.
- Represión del impulso: es un proceso de inatención selectiva por medio del cual se trata de desalentar algunas formas de conducta y alentar otras, al sacar a relucir la represión selectiva en el paciente, se debe tener en mente, sin embargo, que la represión representa un papel normal en el funcionamiento cotidiano y que la represión insuficiente es, por supuesto, casi tanto un problema como lo es la represión excesiva.
- Sensibilización a las señales: tiene que ver con hacer que el paciente se haga consciente de que ciertas conductas de sus partes suceden cuando existen una constelación dinámica específica.
- Educación: consiste en informar al paciente sobre lo que ocurre, es decir darle a conocer porqué reacciona de una forma particular ante una situación específica. De esta manera se ayuda al paciente a evitar dificultades posteriores.
- Intelectualización: es más importante en la PBIU que en las tradicionales a largo plazo, ya que favorece la alianza terapéutica, y colabora en asegurarle al paciente que el terapeuta comprende su problema.
- Apoyo: consiste en que el terapeuta acepte y comprende los sentimientos manifestados por el paciente, ayudándolo, de esta forma, a que soporte su ansiedad. Hacer afirmaciones seguras es en ocasiones importantes.
- Sesiones conjuntas y sistemas de terapia familiar: el terapeuta debe conceptualizar lo que desea abarcar en las sesiones conjuntas para alcanzar los objetivos. Debe ser un catalizador.

- Fármacos psicoactivos: estos son de gran ayuda para el terapeuta, ya que proporcionan un campo terapéutico en el cual trabajar, es decir, que posibilitan que el paciente permanezca en la comunidad y siga con la psicoterapia, pero no que obstaculice la motivación en el trabajo terapéutico o entorpezcan el proceso cognoscitivo en el paciente.

1.9. TERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA DE LA DEPRESIÓN

Bellak nos plantea diez factores importantes en la psicoterapia de la depresión. Sin embargo, señala que el énfasis debe estar en las primeras nueve variables ya que la última es estructural y es analizada en las terapias a largo plazo. Además manifiesta el autor que en cada paciente que presenta depresión, una de estas variables es la más importante, por lo que se hace sumamente necesario encontrar a la variable o factor que desencadena la depresión actual. Es importante determinar la intensidad de sus efectos en el paciente; buscando los denominadores comunes entre las situaciones desencadenante y la historia del paciente. Trabajando con los factores más importantes y los métodos de intervención apropiados se obtendrán resultados positivos. A continuación presentaremos un breve resumen de cómo debe abordarse cada uno de estos diez factores.

Problemas de autoestima:

- Explorar la historia personal del paciente con respecto a la autoestima o a la falta de ella (introyecciones, traumas, defectos, nivel de aspiración).
- Explorar ataques recientes a la autoestima.
- Relacionar comunes denominadores entre la historia pasada y los eventos precipitantes recientes con propósitos de interpretación, insight y translaboración; discutir problemas estructurales de la autoestima.
- Esmerarse en tratar al paciente con dignidad.
- Señalar las áreas de la vida del paciente que sean consonantes con una autoestima alta y las razones para ello.

- Manejar a agresión contra sí mismo y parte de si mismo tiene contra otra, a través de examinar las introyecciones y constituyentes del superyó e interpretarlos; contrastar el origen histórico con la realidad actual y modificarlas a través de la actitud del terapeuta.
- Examinar en detalle la naturaleza de los ideales del Yo, nivel de aspiración y las firmezas de las defensas en un intento por reducir la diferencia entre las expectativas irrealizables y la realidad.
- Hacer cualquier interpretación de la trasferencia que aparezca especialmente adecuada para este problema.

Superyó severo:

- Comprender los componentes que hacen necesarios que se desvíen la agresión contra sí mismo. La intervención debe incluir la exploración de la formación del superyó, sus componentes, manifestaciones y situación actual, descubriendo los denominadores comunes entre el pasado y el presente, utilizando la interpretación, insight y translaboración.
- Utilizar la catarsis mediata.
- Alentar al paciente a expresar sus sentimientos y a señalarles la negación de éstos.
- Examinar cualquier proyección dentro de la situación transferencial.

Intraagresión:

- Estudio de los antecedentes y acontecimientos actuales para comprender, quién fue el principal objeto de agresión y quién en la actualidad. Hay que relacionar los objetos internalizados con quién es y fue dirigirá la agresión, ya sea por desilusiones previas, con los objetos actuales.

- Concienciación al paciente sobre el hecho que los objetos que causaron su trauma presente sean distorsionados en forma aperceptiva por sus experiencias pasadas.
- Concienciación al paciente de que la agresión, también, se puede dirigir contra las auto representaciones, es decir, una parte del Yo dirige la crítica hacia la otra parte de él mismo.
- Considerar que las regulaciones de la autoestima representa un papel importante en la depresión.

Sentimiento de pérdida (de amor, de un objeto amoroso, de parte de uno mismo, de las posesiones, de la autoestima):

- Examinar la historia personal en relación con pérdidas tempranas, sacar a relucir sucesos precipitantes actuales relacionados con una pérdida y ayudar al paciente a obtener un insight a través de translaborar los traumas pasados en relación con los actuales.
- Examinar la naturaleza general de las relaciones objetales, la excesivas demandas pasivo – dependientes que facilitan un sentimiento de desilusión.
- Prestar atención a la necesidad de amor en específico en la situación transferencial.

Sentimientos de desilusión:

- Según Jacobson, refiriéndose al concepto de desilusión, la historia personal se debe estudiar en especial en cuanto a eventos previos que se relacionen con el sentimiento de desilusión sobre objetos amorosos. Pueden ser provocados de manera inocente por la pérdida de una figura amada, la llegada de un familiar o en forma más crónica por la falta de amor por parte de la madre.

- Análisis de los eventos desencadenante que provocaron la depresión por desilusión y estableciendo los denominadores comunes entre las primeras experiencias de decepción y los sentimientos actuales de la misma naturaleza; con la intención de interpretar, realizar insight y trabajar en ellos. Además debe prestársele especial atención a la relación transferencial.
- Enfrentamiento del enojo contra el objeto amoroso que causó la desilusión.

Sentimientos de engaño:

- Examinar la historia personal en búsqueda de los primeros episodios de engaño. Algo que es habitual en la crianza de los niños “porque son demasiados pequeños para saber o entender la diferencia”.
- Translaborar los rasgos paranoides. Personas que tienen el sentimiento que se les han engañado, con frecuencia presentan rasgos paranoides, y en muchas ocasiones, tienen más dificultad para establecer relaciones objetales duraderas que otros pacientes depresivos. Por lo tanto la relación transferencial probablemente también será frágil.

Oralidad y hambre de estímulo:

- Examinar la historia personal de pacientes en busca de evidencias e la necesidad de suministros orales y otros estímulos y la reacción depresiva cuando no están disponibles.
- Adoptar un concepto amplio de las necesidades orales, es decir incluir en el tratamiento no solo de las necesidades orales prácticas sino también en las necesidades de amor en general y la necesidad de estimulación, sonido, luz y contacto humano, que se manifiesta en las situaciones hipomaniacas y en las depresiones latentes.

- Manejar dentro de este contexto, la necesidad de devorar, de ser devorado y el deseo de dormir, triada oral propuesta por Bertram Lewin.

Narcisismo:

- Examinar los intentos del paciente por regular la entrada de estímulos de todo tipo. La personalidad depresiva se deprime fácilmente cuando no hay suficiente ingreso de estímulo de tales factores como la autoestima, en especial un sentimiento de que seas amado, y otros estímulos. En su intento por regular el hambre de estímulo con frecuencia el paciente tiene que establecer un difícil balance entre la sobreestimulación y la subestimación, entre reaccionar exageradamente y estar tenso o ser hipoactivo y depresivo.
- Prestar especial atención a la educación y planificación de la vida del paciente. La persona tiene que aprender a reconocer las señales de desilusión y disminución y protegerse contra la decepción después de experiencias muy gratificantes.
- Atender la excesiva necesidad de ser amado y detener otras gratificaciones narcisistas, debido a la falta de salud en la forma de buenas introyecciones. Es el sentimiento de vacío resultante de lo que con frecuencia se percibe como proveniente del exterior y se relaciona con la necesidad de entrada de estímulo, sentimiento de baja autoestima, relaciones objetales deficientes y con tomar al sí mismo como el propio objeto amoroso.
- Tomar en cuenta que es muy probable que el hambre de estímulo como el impedimento respecto al narcisismo, se relacionen con una perturbación bioquímica.

Negación:

- Examinar la historia personal en busca de experiencias previas de negación y si fueron seguidas por depresiones o exaltaciones subsecuentes.
- Establecer continuidad cuando existe discontinuidad, puede señalar el afecto negado. En los pacientes depresivos con frecuencia se niega el evento traumático, llámese desilusión, engaño o evento encolerizante.

Relaciones objetales:

- Examinar la historia personal en busca de la naturaleza de las relaciones objetales. En los depresivos, las relaciones objetales consecuentes son de una naturaleza anaclítica, con un apego oral que representa un papel predominante. La privación representa un papel importante en la historia del paciente depresivo, por ejemplo padres críticos con frecuencia son los causantes de un excesivo nivel de aspiración y la correspondiente baja autoestima. Desde la primera sesión en adelante se tiene que ayudar al paciente a anticipar y transelaborar la separación, desilusión e ira que podrían sobrevenir y que amenazarían el resultado terapéutico.
- Es de importancia primordial terminar la psicoterapia breve y de urgencia en un tono transferencial positivo. Es poco probable que en realidad se puedan afectar los problemas estructurales pertinentes a las relaciones objetales para producir un cambio permanente, pero se pueden y deben manejar los problemas dinámicos para lograr un efecto terapéutico expedito.
- Tener presente la unidad diádica y las consideraciones teóricas de los sistemas. Se ha podido observar que la persona deprimida alterna su estado de ánimo de normal a depresivo, como parte de una interacción con otra persona significativa.

1.10. Psicoterapia breve intensiva y de urgencia con niños

Los lineamientos para la aplicación de la psicoterapia breve, intensiva y de urgencia con niños son muy parecidos a lo que se ha establecido para el tratamiento con adultos. Igualmente, es esencial por recabar la historia clínica completa, seleccionar problemas específicos para el tratamiento y decidir un plan de acción claro. Los diferentes enfoques de tratamiento que se describen para los estados específicos con adultos, son también útiles en el tratamiento de niños bajo las mismas condiciones.

La diferencia principal entre el tratamiento de adulto y niños es que niños aun viven con sus padres. Así que los padres también deben convertirse en una parte central en el proceso de tratamiento. Se deben planear cinco o seis sesiones con el paciente principal (el niño) y agregar cuatro o cinco sesiones con los padres y el sistema más amplio. Definir el tratamiento individual del niño como parte de una familia y de una intervención psiquiátrica comunitaria, lo hará más eficiente en menos tiempo, lo que es importante cuando se limitan el número de sesiones y se necesita que la intervención se mueva de manera rápida. Pero más importante que esto, se necesita que el sistema de apoyo alrededor del niño sea parte del diagnóstico, planificación y proceso de tratamiento, en particular si muestra dificultades graves en la escuela. Solicitar la colaboración del maestro, director, psiquiatra escolar, psicólogos y trabajadores sociales; puede aportar mucho a la comprensión del funcionamiento del niño y las relaciones con sus compañeros.

1.10.1. DIEZ FACTORES ESPECÍFICOS EN LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA CON NIÑOS

A continuación veremos lo que propone Bellak para el trabajo de PBIU con niños:

- Recabar una historia amplia del niño y de las fortalezas y dificultades familiares: se debe recabar una historia de manera exhaustiva primero con los padres y luego con el niño a solas. Se explora la historia de cada síntoma y el rol del niño y se investiga las áreas problemáticas dentro de la familia. También se investigan los antecedentes familiares de cada uno de los padres. Cuando se han tomado todos los antecedentes de los miembros de la familia se esboza, lo que en terapia familiar se

conoce como genograma. Con el niño solo, el terapeuta saca a relucir el árbol familiar y le pide que le comente acerca de las diferentes personalidades y problemas y fortalezas individuales de los diferentes miembros de la familia, inclusive el niño.

- Calificar la gravedad del area problemática y clasificar en un rango por orden de importancia: en la primera sesión con los padres y el niño hago una lista de las areas problemáticas del niño y de la familia en una hoja de papel. Califique la gravedad de cada area problemática en una escala del uno al diez y después clasifique por rango todas las areas problemáticas en orden de importancia. Los padres pueden calificar y dar una clasificación de rango de una manera diferente que al niño por lo cual es útil que se le presente en dos hojas diferentes de manera que la familia lo pueda llevar a cabo.
- Seleccionar uno o dos problemas para el tratamiento: intente reducir la variedad de problemas del niño y la familia de uno a dos, para el contrato de la psicoterapia breve y de urgencia. Los padres por lo regular quieren elegir el síntoma por el cual se refirió al niño, tal como el fracaso escolar, rehusarse a ir a la escuela, enuresis o el hacer berrinches. Un principio útil de la terapia conductual consiste en comenzar el tratamiento con uno de los problemas del final de la lista tanto en nivel de gravedad como en nivel de importancia para la familia. La idea es que uno comienza el proceso de intervención con un area problemática que el niño muestra parte del tiempo, pero no todo el tiempo. Por lo tanto el tratamiento que se enfoca para comenzar en un problema más fácil, tendrá una mayor oportunidad de éxito para todos los involucrados.
- Intente nuevas intervenciones al menos una vez por semana o una vez cada dos semanas: con frecuencia cada vez padres e hijos son extremadamente resistentes al cambio, tanto individual como en términos de la manera en que sus familias funcionan. Generalmente comenzaran con un pequeño esfuerzo por cambiar en terapia, debido a que han decidido trabajar y desean una resolución exitosa de los conflictos dentro de cierto nivel, pero poco después organizaran su resistencia al proceso de tratamiento.

Se ha encontrado que se pueden emplear tres métodos para ayudar al terapeuta a superar la resistencia terapéutica:

- Involucrar activamente a los padres como parte del proceso de tratamiento, en lugar que el terapeuta trabaje solo con el niño, así los padres sienten que ellos mismos están ayudando al niño.
- Las diversas maneras del niño y de de las familias para manejar los conflictos se exploraron al comienzo del tratamiento. Por lo tanto, cuando estas maniobras defensivas salgan en forma de resistencia al tratamiento, el terapeuta las interpreta, lo que ayuda a las familias a reorientar esta energía defensiva hacia la dirección de enfrentamiento constructivo de situaciones y el cambio.
- El terapeuta y la familia intentan abordar una diferente intervención d tratamiento cada semana o cada dos semanas. Esto amplía su repertorio de mecanismos adaptativos de enfrentamiento de situaciones y los ayuda a salir del surco de las rutinas rígidas.
 - Ayudar al niño a proporcionar una imagen simbólica de las areas problemáticas en forma de fantasía: esto es lo mismo que tener un sueño de un adulto o pedirle una historia de las láminas de la Prueba de Apercepción Temática (T.A.T.), ya que con frecuencia una forma de fantasía provee un insight más profundo dentro de los sentimientos internos y le da al terapeuta y al paciente metáforas útiles con las cuales caracterizar los asuntos centrales. Se pueden ayudar a los niños a expresar sus sentimientos a través de las fantasía, haciéndolos jugar con animales de juguete o con una casa de muñecas con figura de familia, mientras que el terapeuta escribe la historia de su juego.se pueden utilizar marionetas u otros juguetes para el juego dramático; se pueden emplear cintas de audio o de video para fingir un programa de radio o televisión que el niño crea; el niño puede decidir libremente una historia o un poema que el mismo haga; puede dibujar una serie de imágenes y después hacer una historia acerca de la secuencia de los dibujos; o pueden hacer historias acerca de las láminas de la Prueba de Apercepción Temática para Niños (C.A.T.).

- Movilizar el sistema más amplio del apoyo del niño: es de gran ayuda en situaciones de urgencia el movilizar los recursos de la familia y la comunidad en torno suyo. Esto le provee al terapeuta y a la familia un insight adicional acerca del niño, y en general ayuda a éste a sentir que la comunidad de apoyo a su alrededor es mucho más amplia y fuerte de lo que él hubiera pensado en un principio. Esta movilización del sistema también tiene un resultado duradero para que el niño se vuelva capaz de buscar apoyo en los otros, mucho después de que concluya la psicoterapia breve y de urgencia.
- Revisión periódica de los asuntos y progreso con los padres y el niño: es útil para el terapeuta mencionar la lista de áreas problemáticas originales, para revisarla con el niño a solas y con los padres y el niño, durante sus sesiones. Esto ayuda a establecer una conexión entre sesiones pasadas y presentes y a mantener un enfoque claro en el principal propósito del tratamiento. El terapeuta puede mencionar la lista original de problemas con las tasas originales de gravedad, para que el niño y los padres decidan si el nivel de gravedad de cualquier problema ha descendido o no.
- Enmarcar los problemas del niño en términos del conflicto: con frecuencia el niño tiende a no sentir conflictos internos relacionados con sus áreas problemáticas. Los padres o la escuela pueden ser los que registren una sensación de malestar por la conducta del niño. Por lo tanto el niño necesita encontrar una manera de expresar el área de dificultad en términos del conflicto, de modo que este conflicto externo del niño con el ambiente a su alrededor se puede convertir en un conflicto interno entre dos diferentes sentimientos dentro de él mismo.
- Identificar el repertorio de mecanismos de defensas y de enfrentamiento de situaciones y sugerir mecanismos alternativos para mejorar situaciones: el repertorio de mecanismo de defensa y la manera que el niño se enfrenta a las situaciones puede ser bastante limitado, rígido y no exitoso al principio del tratamiento. El terapeuta necesita identificar los mecanismos de defensa y manejo de situaciones más comunes del niño, mostrarle a éste como los utiliza

y sugerirle las razones por las cuales se pueden emplear estos mecanismos. El niño necesita que se le ayude a ver que las maniobras defensivas son desadaptativas y dan por resultado muchas de sus áreas problemáticas. El terapeuta debe sugerir algunos mecanismos alternativos para enfrentar las situaciones.

- Al prepararse para la terminación predecir cómo se podrían manejar los problemas futuros dada la experiencia actual del tratamiento: se trae a colación y se reexamina el material visual de la lista de problemas, tasa de gravedad, el rango por orden de importancia y la grafica de progreso. Esto facilita el tener una buena imagen del progreso y el reconocimiento de que se ha logrado una buena muestra de trabajo y que ahora puede llegar a su fin. También es útil predecir cómo se pueden manejar los problemas que pueden surgir en el futuro, dada la experiencia del tratamiento. Se espera que de esta experiencia de tratamiento el niño y la familia puedan recurrir a algunos aspectos que se emplearon, tales como expresar las dificultades futuras en un medio de imaginación creativa, discutir los problemas de una manera directa con otros, que enmarquen el problema en términos del conflicto, se sirvan y se identifiquen con mecanismos exitosos para enfrentar la situaciones en la familia e intenten extraer una variedad flexible de aproximaciones diferentes al buscar una solución.

1.10.2. APROXIMACIÓN DE DIEZ PASOS A LA PSICOTERAPIA BREVE, INTENSIVA Y DE URGENCIA CON NIÑOS

Los factores específicos que se mencionaron anteriormente se pueden organizar en una secuencia de diez sesiones:

- En una sesión con los padres, obtener una historia completa de las fortalezas y dificultades del niño y las familias.
- En una sesión con el niño obtener una historia de las fortalezas y dificultades del niño y la familia.

- Reúnase con el niño y los padres juntos califique la gravedad de cada area problemática y coloque en un rango por orden de importancia. Tómese la decisión sobre uno o dos problemas para tratamiento y planee intentar al menos una intervención para las siguientes semanas.
- En una sesión con el niño, ayúdele a dar una imagen simbólica de las areas problemáticas en algún medio de fantasía como el juego simbólico, juego dramático, crear un cuento o poema o contar una historia acerca de las láminas del C.A.T.
- Fijar sesiones de planeación del sistema con el niño, padres, maestros, director, especialistas de aprendizajes u otra persona clave para tomar decisiones acerca de las fortalezas y dificultades del niño, problemas a enfocar y un plan de acción específico.
- Seguimiento con los padres acerca del progreso y su punto de vista de la reunión del sistema.
- Examinar el progreso junto con el niño e intentar enmarcar sus problemas en términos del conflicto, en palabras parecidas a las de éste.
- Con los padres y el niño, examinar el progreso, sacar a relucir la terminación e intentar nuevas intervenciones para la siguiente semana.
- Con el niño, explorar métodos de definición y enfrentamiento de los conflictos. Sugerir métodos alternativos para enfrentarse a situaciones. Intentar conectarlos con las fortalezas conocidas en las familias.
- Seguimiento con los padres y el niño juntos, examinar el progreso y dejar la puerta abierta a que la familia y el niño trabajen por sí mismos. Predecir cómo se podrían manejar los problemas futuros con base a la experiencia actual en el tratamiento.

CAPÍTULO III
METODOLOGÍA

1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Organización Mundial de la Salud señala que salud es: el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades ligeras, fuertes o graves. Pero esta misma entidad también nos advierte que 154 millones de personas en el mundo sufren de depresión.

En América Latina hay cerca de 16 millones de mujeres y 8 millones de hombres que sufren de depresión y es una realidad el hecho de que nuestros gobiernos dedican pocos esfuerzos a la conservación y mantenimiento de un buen estado mental en la población.

Panamá no escapa de esta realidad, evidencia de esta situación es que para ese renglón solo se destina el 3% del presupuesto del Ministerio de Salud.

La literatura señala que la mayoría de las personas que en su vida adulta padecen de trastornos mentales como la depresión han presentado estos síntomas desde edades tempranas.

La intervención temprana desde tipo de sintomatología permite prevenir mayores problemas tanto a nivel personal como a nivel social, ya que, si se brinda la atención en etapas posteriores del desarrollo como en la vida adulta cuando la patología esta más instaurada seria más difícil su tratamiento.

Con el objetivo de validar herramientas que nos permitan brindar a nuestra población una ayuda eficiente se ha diseñado esta investigación y se ha planteado el problema de investigación así:

¿Los estudiantes de los 4to y 5to grado de la Escuela Martin Luther King, con síntomas depresivos que participan del programa de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia, reportarán una disminución de los síntomas depresivos?

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Describir las características de los niños de 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King, con síntomas depresivos.
- Desarrollar una intervención de Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en los niños de 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King, con síntomas depresivos.
- Demostrar el efecto de la Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia en la disminución, de los síntomas depresivos en los estudiantes que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Evaluar a los estudiantes de 4to y 5to grado de la Escuela Martin Luther King mediante la entrevista clínica y el Cuestionario Educativo Clínico: Ansiedad y Depresión.
- Aplicar un programa de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia a los estudiantes de 4to y 5to de la Escuela Martin Luther King que presentan síntomas depresivos.
- Validar la efectividad del programa de psicoterapia breve, intensiva y de urgencia mediante un diseño de investigación que permita comparar las diferencias antes de la psicoterapia y posterior a esta intervención.

3. HIPÓTESIS

3.1. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

H₀: La psicoterapia breve intensiva y de urgencia, no producirá disminución en los síntomas depresivos en los estudiantes que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King.

H₁: La psicoterapia breve intensiva y de urgencia, producirá disminución en los síntomas depresivos en los estudiantes que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King.

3.2. HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS

$$H_0: \bar{X}_1 = \bar{X}_2$$

$$H_1: \bar{X}_1 < \bar{X}_2$$

4. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es Pre-experimental, donde solo existe el grupo experimental y no hay grupo control y se utilizan los mismos sujetos, que pasan por las dos condiciones experimentales pre –test y post- test. Las ventajas de este tipo de estudio es que se garantiza el control de las variables que se deben a las diferencias entre sujetos, se economiza esfuerzos de cara a que no necesitaremos tantos sujetos. Es importante señalar también las desventajas tales como: los efectos residuales, el efecto de fatiga y efecto de la práctica, las consecuencia del orden de presentación, que puede alterar la solución en función de cómo se presenta y por último la acción de variables enmascaradas que amenazan la validez interna del experimento. También debe tomarse en consideración que este tipo de estudio no tiene punto de comparación (grupo control) por lo tanto la interpretación del patrón en la variable independiente debe ser muy cuidadosa y no se debe generalizar (Sampieri, 2006).

5. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

5.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia: es una intervención psicoterapéutica de orientación psicodinámica. Ella aplica la terapia de insight, se orienta y selecciona los síntomas principales más preocupantes y sus causas. También se enfoca en lo que ha sido aprendido en forma deficiente, con la finalidad de que el paciente reaprenda de un modo más efectivo.

5.2. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE

Psicoterapia breve, intensiva y de urgencia:

- Anamnesis completa: la PBIU trabaja a partir de la comprensión del paciente en términos de su historia, su situación de vida actual, su medio étnico y cultural. En el caso de los niños se trata de recabar una historia exhaustiva, primero con los padres y luego con el niño a solas.
- Diez sesiones de 40 minutos, una vez por semana: generalmente se recomiendan seis sesiones, pero cuando la intervención se dirige a niños se debe involucrar a los padres y el sistema más amplio de apoyo, por lo que aumenta el número de sesiones.
- Sesión de seguimiento un mes después: es el momento de realizar un seguimiento con los padres y el niño juntos para examinar el progreso y orientar sobre cómo afrontar los problemas futuros en relación a la información obtenida durante el tratamiento.
- Apreciación psicodinámica y estructural: es decir el análisis del dinamismo del síntoma y las fuerzas contradictorias que están presentes y focalizarse en la estructura del Yo del sujeto.
- Técnicas para la intervención en la PBIU, según Bellack, son de especial utilidad las siguientes: interpretación, catarsis mediata, prueba auxiliar de la realidad, represión del impulso, sensibilización a las señales, educación, intelectualización, apoyo, sesiones conjuntas y sistemas de terapia familiar y fármacos psicoactivos.

5.3. DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión: es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por sentimientos abrumadores de tristeza, falta de interés en actividades y culpa excesiva o sentimientos de inutilidad, según criterios del DSM-IV.

5.4. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LA VARIABLE DEPENDIENTE

Depresión: para medir esta variable se utilizará el cuestionario educativo clínico: ansiedad y depresión, de L. Lozano González, E. García Cueto y L.M. Lozano Fernández. Aunque la herramienta está diseñada para 5 escalas, para el presente estudio sólo se utilizará los puntajes obtenidos de la escala de depresión.

En la línea que marca los criterios del DSM-IV (APA, 1994), esta escala está diseñada para identificar los síntomas de la depresión en los niños, los adolescentes y los jóvenes

adultos. Una elevada puntuación en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnia, inutilidad, pérdida de la energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida del apetito y pensamiento suicida.

6. POBLACIÓN Y MUESTRA

6.1. POBLACIÓN

La población estaba conformada por todos los niños y niñas que asistían al 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King, que en total eran 55.

6.2. MUESTRA

- Se tomó una muestra no aleatoria conformada por estudiantes con síntomas depresivos que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King, que presentan síntomas de depresión, en total eran 15 pero dos no tuvieron el consentimiento para participar y cinco no cumplían con todos los criterios de inclusión. Los resultados de esta investigación no pueden ser generalizados a la población.

7. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Características de inclusión:

- Asistir a 4to y 5to grado de la Escuela Martin Luther King
- Poseer inteligencia normal
- Presentar síntomas de depresión
- No estar recibiendo tratamiento psicológico, psiquiátrico ni medicamentoso
- Tener consentimiento de los padres para participar de la intervención

Características de exclusión:

- Tener otro diagnóstico
- Ausentarse más de 3 sesiones

8. INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS DE MEDICIÓN

- Cuestionario educativo-clínico: ansiedad y depresión (CECAD)

El CECAD es un cuestionario que está dirigido a evaluar los llamados trastornos internalizados o trastorno de la emoción como la depresión o ansiedad. Está compuesto por cinco escalas que mide: depresión, ansiedad, inutilidad, irritabilidad y problemas de pensamiento. Consta de 50 ítems. Está dirigido a niños, adolescentes y jóvenes adultos. Los ítems son fáciles de comprender en su lectura. Una puntuación alta, es decir mayor de T=65, informa de la existencia de un trastorno emocional que debería abordarse analizando las puntuaciones de las cinco escalas. A continuación describiré brevemente cada una de estas escalas:

Depresión: esta escala está diseñada para identificar síntomas de la depresión, una puntuación elevada en esta escala indica un estado de ánimo depresivo o irritable, insomnio o hipersomnia, inutilidad, pérdida de energía, disminución de la capacidad de pensar, pérdida del apetito y pensamiento suicida.

Ansiedad: esta escala la conforman ítems representativos de los síntomas psicofisiológicos asociados a la ansiedad. Puntuaciones elevadas son sintomáticas de tensión muscular y problemas inherentes a una incorrecta respiración, miedos, preocupaciones y pensamientos molestos.

Inutilidad: describe la percepción que tiene cada uno sobre su valía en cuanto a la capacidad para enfrentarse a las tareas cotidianas de su contexto vital. Las puntuaciones altas indican que la persona duda constantemente sobre cómo hacer las cosas.

Irritabilidad: puntuaciones altas indican que la persona se percibe con una alta capacidad para enfadarse y con sensación interna de rabia ante las situaciones cotidianas.

Problemas de pensamiento: una puntuación alta indica que la persona se siente inundada por pensamientos intrusivos, tiene tendencia a valorar las cosas desde la perspectiva más negativa y miedo a perder el control y a las cosas que le puede ocurrir.

La calificación es por medio de internet.

- Test de Familia

El dibujo es un medio de expresión libre. El dibujo de una familia, como test proyectivo permite al niño proyectar al exterior las tendencias reprimidas en el inconsciente y, de ese modo puede revelarnos los verdaderos sentimientos que profesa a los suyos. En caso de existir un conflicto, el test del dibujo de una familia nos ilustrará acerca de su origen y motivaciones.

Para obtener información sobre síntomas depresivos se tomaron en cuenta los siguientes criterios:

Tamaño de los personajes: los dibujos pequeños o muy pequeños, en especial, cuando aparecen en un rincón de la hoja, denotan sentimientos de indefensión, desvalorización, retraimiento, desazón, temor hacia el exterior, desconfianza, timidez. En casos extremos, posibilidad de trastornos emocionales, depresión, ansiedad.

Trazo: formas rectas y angulosas indican voluntad, tenacidad, pero también, si éstas se manifiestan con trazos muy alargados, exagerados con tendencia ascendente, pueden suponer hostilidad hacia el exterior, conductas impulsivas o agresivas.

Distancia entre los personajes: La distancia entre el dibujo del propio niño y los diferentes personajes nos dará una idea de la distancia afectiva entre los mismos. A mayor distancia física, mayor distanciamiento afectivo. Las figuras que son percibidas con mayores vínculos afectivos son los más próximos (normalmente los padres).

Omisión del propio niño: Baja autoestima, poca identificación con el núcleo familiar o sentimientos de exclusión del mismo. Temor a algunos de los personajes próximos que se asocian a la familia.

Omisión del padre (madre o hermano): Se asocia con el rechazo a los mismos. Puede tener (según circunstancias del caso) el significado de celos (p.e. hacia un hermano pequeño) o también de temor o miedo hacia la figura omitida. El niño expresaría así inconscientemente su voluntad de alejar al personaje tanto física como emocionalmente.

- Entrevista psicológica individual

Después de la aplicación del CECAD, se realizaron entrevistas psicológicas individuales a los padres y maestros de los niños que participarían de la intervención. La entrevista psicológica individual fue de tipo semi-estructurada y estaba compuesta por preguntas

abiertas y cerradas. Con este instrumento se recopiló información sobre los antecedentes pre y post-natales, desenvolvimiento social, estructura familiar, tipos de vínculos y rendimiento académico. Y como parte de la intervención también se realizó una entrevista individual a cada uno de los sujetos.

9. MÉTODO DE INTERVENCIÓN

Intervención: Diez (10) sesiones individuales de 40 minutos de duración cada sesión y una (1) un mes después.

10. ESTADÍSTICO

Los puntajes obtenidos en la escala de depresión del cuestionario clínico-educativo: ansiedad y depresión serán sometidos a pruebas de hipótesis. Para verificar la efectividad o no del tratamiento se utilizará la “t” de *student* para muestras pequeñas.

$$\tau = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sigma_{\text{dif}}}$$

11. PROCEDIMIENTO

1. Reunión con los directivos del plantel para la solicitud de los permisos correspondientes.
2. Solicitud de los permisos a los padres de familia.
3. Aplicación de pruebas (Pre-test)
4. Identificación de la muestra
5. Realización de las entrevistas psicológicas
6. Aplicación de la intervención
7. Re aplicación de pruebas (Post-test)
8. Análisis de los resultados

9. Elaboración de informe

12. LIMITACIONES

- Los resultados de este estudio sólo se aplican a la muestra estudiada y no se pueden generalizar al resto de la población.
- La ubicación de la escuela hacia difícil el desplazamiento y por consiguiente la frecuencia de la atención.
- Debido a que la intervención fue realizada en el mismo plantel, se vió afectada por circunstancias administrativas y de infraestructura.
- También se observó falta de colaboración por parte de algunos maestros y padres de familia.

CAPÍTULO IV
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

Los resultados de esta investigación se presentan en dos secciones: la primera destinada a mostrar los datos socio-demográficos que identifican a la muestra estudiada. La segunda presenta el análisis estadístico y prueba de hipótesis. Al final hacemos la discusión de los resultados.

1. DATOS SOCIO-DEMOGRÁFICOS DE LA MUESTRA:

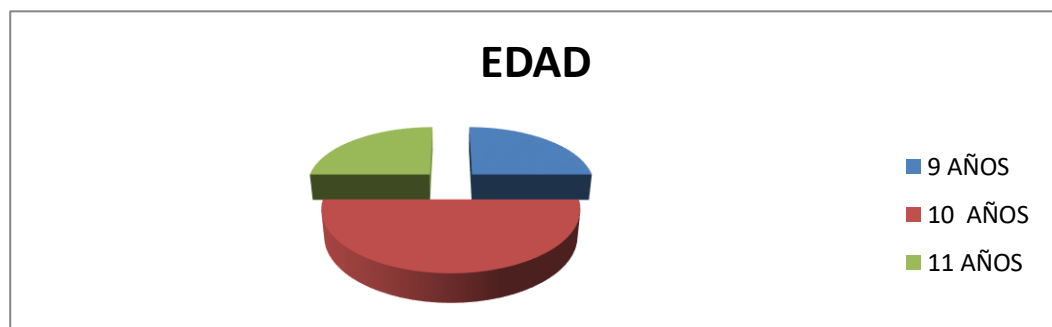
CUADRO # 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD

Edad	F	%
9	2	25%
10	4	50%
11	2	25%
Total	8	100%

Fuente: Tejada, I. 2011

El cuadro #1 presenta la distribución de la población según la edad, el 50% de la población se encuentra en la edad de 10 años, un el 25% con la edad de 9 años y el otro 25% con la edad de 11 años.

GRÁFICA # 1
DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN EDAD



Fuente: Tejada, I. 2011

CUADRO # 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO

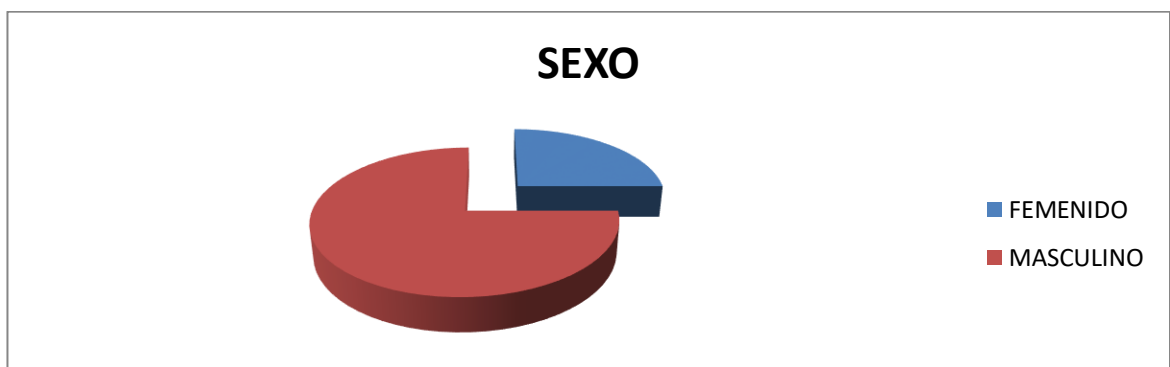
Edad	F	%
Femenino	2	25%
Masculino	6	75%
Total	8	100%

Fuente: Tejada, I. 2011

El cuadro #2 presenta la distribución de la población según el sexo, el 75% de la población es ta compuesta por el sexo masculino y el 25% es femenino.

GRÁFICA # 2

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN SEXO



Fuente: Tejada, I. 2011

CUADRO # 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA ESCOLARIDAD

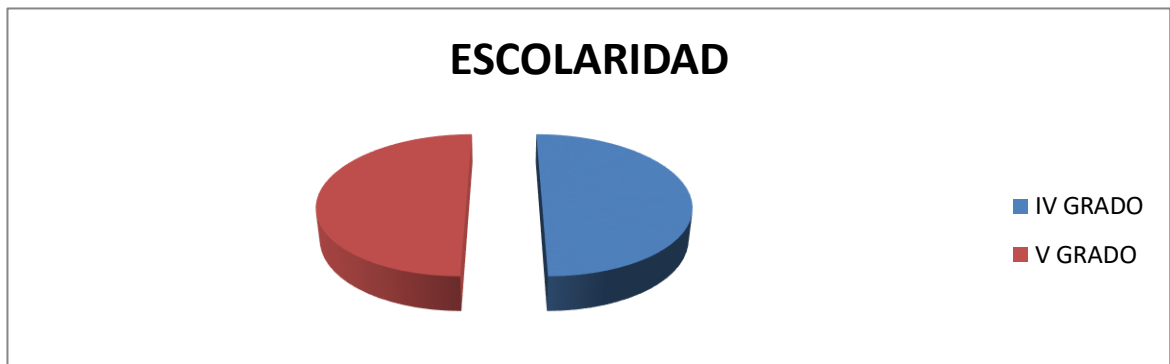
Edad	F	%
IV ^o	4	50%
V ^o	4	50%
Total	8	100%

Fuente: Tejada, I. 2011

El cuadro # 3 presenta la distribución de la población según la escolaridad, el 50% de la población se encuentra en IV grado, y el otro 50% en V grado.

GRÁFICA # 3

DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN ESCOLARIDAD



Fuente: Tejada, I. 2011

2. PRUEBA DE HIPÓTESIS

CUADRO # 4

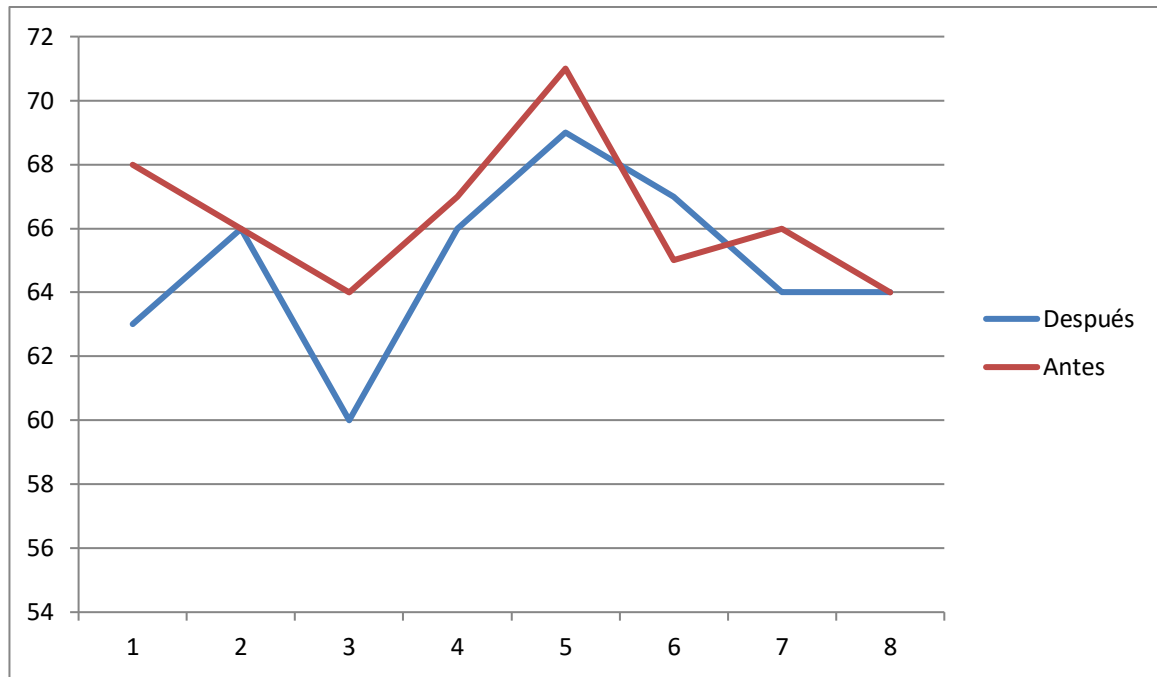
**COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CECAD ANTES Y
DESPUÉS DEL TRATAMIENTO**

Sujeto	Antes	Después
1	68	63
2	66	66
3	64	60
4	67	66
5	71	69
6	65	67
7	66	64
8	64	64

Fuente: Tejada, I. 2011

GRÁFICA # 4

COMPARACIÓN DE LOS PUNTAJES OBTENIDOS EN EL CECAD ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



ESTADÍSTICAS DESCRIPTIVAS:

Variable Dependiente	Puntaje Mínimo	Puntaje Máximo	Media	Desviación típica
Antes	64	71	66.375	2.326
Después	60	69	64.875	2.748

Diferencia	1.5
t_o	1.871
t_c	1.895
gl	7
p-valor (unilateral)	0.052
alfa	0.05

Decisión:

Como el valor p-valor calculado es mayor que el nivel de significación $\alpha=0.05$, no se puede rechazar la hipótesis nula H_0 , es decir que, la psicoterapia breve intensiva y de urgencia, no produjo disminución significativa en los síntomas depresivos en los estudiantes que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King.

3. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La muestra de esta investigación estaba conformada por ocho niños, seis de sexo masculino y dos de sexo femenino, cuya característica en común era la manifestación síntomas depresivos, por lo que se les brinda una intervención psicoterapéutica, y sus síntomas fueron medidos antes y después del tratamiento.

Luego de las aplicaciones de los instrumentos para evaluar la efectividad del tratamiento, podemos destacar que un 18% de la población manifiesta síntomas depresivos, sobresale las puntuaciones más elevadas en los indicadores de depresivos como: irritabilidad, insomnio, disminución de la capacidad de pensar e inutilidad.

Tomando en consideración las entrevistas podemos inferir que estos indicadores pueden estar más relacionados con los componentes sociales, tales como: problemas económicos, problemas de violencia como pandillerismo y altos índices de criminalidad, también es común el abuso de sustancias legales e ilegales por parte de los miembros de la familia.

Es importante mencionar que en la totalidad de los dibujos de familia se encontró indicadores de baja autoestima, agresividad, sentimientos de culpa, aislamiento afectivo y rechazo a las figuras parentales, todos estos se pueden relacionar a síntomas depresivos.

Al comparar los resultados obtenidos del pre-test y post-test del cuestionario CECAD los indicadores de depresión se mantienen presentes en la mayoría de los sujetos, solo dos niños obtuvieron puntuaciones $t < 65$ luego de la aplicación de tratamiento.

Al evaluar la eficacia del tratamiento aplicado para la disminución de los síntomas depresivos se puede señalar que no hubo diferencia significativa entre los puntajes antes y después del tratamiento, por lo tanto se acepta la H_0 que planteaba: La psicoterapia breve intensiva y de urgencia, no producirá disminución en los síntomas depresivos en los estudiantes que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King.

Los resultados son presentados en el cuadro 4, donde se puede observar de una forma más detallada los puntajes obtenidos por nuestros sujetos con el test CECAD, antes y después de la intervención psicoterapéutica, estos resultados fueron los utilizados para realizar la prueba de hipótesis sobre la disminución de los síntomas depresivos después de la

aplicación de psicoterapia breve intensiva y de urgencia, en los estudiantes que asisten a 4to y 5to grado de la escuela Martin Luther King.

Estos resultados también nos sirven para confirmar la diferencia en lo relacionado a la efectividad de la PBIU en sintomatologías crónicas en comparación a sintomatologías agudas tal cual lo señala L. Bellack. Es decir se ha podido evidenciar una vez más que este tipo de intervención tiende a obtener mayores logros en cuadros de sintomatologías agudas que en los crónicos, pero también he podido vivenciar durante la ejecución de mi profesión, que no es hasta que se observan estas sintomatologías crónicas cuando se busca la ayuda técnica apropiada.

Es importante señalar que la participación de los padres de familia y maestros en este proceso terapéutico es de suma importancia, ya que son ellos parte del sistema en que se desarrolla el niño, y son quienes deberían brindarle apoyo después de finalizada la psicoterapia, pero durante la realización de esta investigación pude observar como estos se rehúsan a ser parte de este proceso y le restan confianza a este tipo de intervenciones.

CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El análisis y discusión de los resultados nos permiten establecer las siguientes conclusiones:

- La aplicación de la psicoterapia, breve, intensiva y de urgencia, no contribuye a la disminución significativa de los síntomas depresivos en la muestra de los sujetos estudiados, lo que nos sugiere que no es este tipo de intervención terapéutica la que le proporciona mejorías en el estado de salud mental a las poblaciones con características similares a las de los sujetos participantes de esta investigación. Aunque debido al diseño metodológico de esta investigación no se puede hacer esta afirmación con total certeza.
- La cantidad de sujetos de sexo masculino que presentó síntomas depresivos fue tres veces mayor a la cantidad de sujetos de sexo femeninos que presentó éstos mismos síntomas. Lo que podría guardar relación con otras investigaciones que señalan mayor número de muertes por suicidio en hombres que en mujeres.
- Según la escolaridad de los sujetos que conformaron la muestra, observamos igual cantidad de niños con síntomas depresivos en cuarto grado y quinto grado. Lo que nos podría indicar que no existe mayor influencia el nivel de escolaridad en la presentación de los síntomas depresivos.
- De las tres diferentes edades encontradas en la muestra observamos que la mitad de la muestra tenía diez años de edad, un cuarto de ellos tenía once y el otro cuarto nueve años, lo que nos sugiere la edad de diez años como un momento sensitivo para la presentación de estos síntomas.

En relación a las conclusiones obtenidas después de la realización de esta investigación se harán las siguientes recomendaciones:

- Incentivar el diseño de programas que permitan el diagnóstico temprano de este tipo de sintomatología.
- Como se pudo observar en el procesamiento estadístico de la información recabada, la diferencia entre el valor observado y el valor crítico es mínima, por lo se recomienda hacer estudios similares con muestras más grandes.
- Realizar estudios similares con grupos de edades más variadas.
- Diseñar intervenciones terapéuticas que involucren más a los padres, de modo que el terapeuta pueda trabajar más de cerca con ellos, quienes muestran mayores resistencias ante este tipo de intervenciones.
- Promover en los centros educativos la importancia y valor de tener una salud mental en tan buenas condiciones como la salud física, tanto en los padres de familia, maestros, estudiantes y administrativos.
- Proveer en los centros educativos las infraestructuras adecuadas para la implementación de intervenciones psicoterapéuticas.

BIBLIOGRAFÍA

Textos consultados

American Psychiatric Association. (1995). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV). Cuarta Edición. España: Editorial Masson, S.A.

Bellack, A. (1989). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Primera Edición. España: Editorial Desclée de Brouwer, S.A.

Cardoze, Dennis y Amaya, María Silvia. (2005). Texto Básico de Psiquiatría Pediátrica. Primera Edición. Panamá: Editorial Universitaria Carlos Manuel Gasteazoro.

Castanyer, Olga. (1999). La Asertividad Expresión de una Sana Autoestima. 11a Edición. España: Editorial DESCLÉE DE BROUQUER.

Hernández, R. (2006). Metodología de la Investigación. Segunda Edición. México: Editorial McGraw-Hill.

Kazdin, Alan E. (2001). Métodos de Investigación en Psicología Clínica. Tercera Edición. México: Editorial Pearson Educación.

Papalia, Diane y Wendkos, Sally. (1999). Psicología del Desarrollo. Séptima Edición. México: Mc Graw Hill.

Shafii, M., y Shafii, S.. (1995). Psicoterapia Analítica de la Depresión. La Depresión en Niños y Adolescentes. Primera Edición. España: Editorial Martínez Roca.

Shelley E. Taylor. (2007). Psicología de la Salud. Sexta edición. México: editorial McGraw Hill.

Publicaciones Consultadas

Zulueta, L., La psicoterapia en la Infancia, Psicopatología del Niño y del Adolescente. Universidad de Sevilla. No. 4: 35-50, 1995

Tesis Consultadas

Madrid Flores, Isaías. Intervención Terapéutica en niños con Depresión.

Tesis Maestría en Psicología Clínica 2000

Díaz Vargas, Marta Cecilia. (2007). Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia aplicada a adolescentes que presentan síntomas depresivos. Tesis Maestría en Psicología Clínica

Cienfuegos de Achurra, Ana Georgina. (2000). Psicoterapia Breve aplicada a personas con VIH o SIDA que presentan sintomatología depresiva. Tesis Maestría en Psicología Clínica

Acuña Ibarra, Yara Del Carmen. (2000). Psicoterapia Breve, Intensiva y de Urgencia aplicada a adultos mayores depresivos. Tesis Maestría en Psicología Clínica

Artículos de Internet

Pértega Diaza, Sonia y Pita Fernández, Salvador. Metodología de la Investigación, España,

2004. <http://www.fisterra.com/mbe/investiga/fisher/fisher.asp#Mcnemar>

Revistas

COLECCIÓN “PRÁCTICAS ÓPTIMAS” DEL ONUSIDA “Prevención del desgaste del cuidador” Inter-Mission Care and Rehabilitation Society (IMCARES)

ANEXOS

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Su hijo fue seleccionado para participar en una intervención psicoterapéutica para disminuir sus síntomas depresivos.

Para esto le solicito su autorización para que _____ asista a sesiones de psicoterapia individual para el fortalecimiento de su personalidad y apoyo psicológico emocional.

Se han programado seis sesiones de 50 minutos cada una, una vez a la semana en las instalaciones de la Escuela Martin Luther King. Estas sesiones serán completamente gratuitas.

En caso de cualquier aclaración me pongo a su disposición.

Si está usted de acuerdo con este servicio por favor firme esta nota y devuélvala.

Atentamente,

Ivana Tejada

Psicóloga CIP 2422

Padre de Familia

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #1
Apellido y Nombre: V.R.
Edad: 10 años
Escolaridad: cuarto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para relacionarse con el resto del grupo. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

VR proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo. La madre lo tuvo a los 16 años, embarazo controlado antes del primer trimestre, antecedentes pre y post natales normales, gateó, caminó y habló a las edades esperadas. Según la madre, no hay antecedentes de enfermedades crónicas, niega hospitalizaciones o convulsiones por fiebres. En cuanto a los antecedentes familiares niega existencia de enfermedades físicas crónicas y mentales.

VR es hijo único, sus padres vivieron juntos hasta la edad de 2 años, cuando se separan por problemas de violencia. Cuando el menor tenía 6 años de edad su madre se une con su actual pareja. Vive en Cerro Cocobolo, con la madre y el padrastro, en un cuarto de alquiler, la madre no trabaja y el padrastro es el único sustento económico del hogar, trabaja en la construcción; el menor no recibe pensión económica por parte del padre y el vínculo entre ellos es distante a pesar que viven la misma área.

Entre los antecedentes escolares, la madre relata que el menor empezó a presentar problemas escolares a partir de primer grado, donde empezó a mostrar desmotivación por las actividades escolares, actitud que se ha ido agravando hasta la fecha. En la entrevista con los maestros, estos lo describen como un niño desordenado, no sigue indicaciones y realiza el esfuerzo mínimo.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Menor de 9 años de edad, de contextura delgada, tez negra, cabello crespo, corto, apariencia aseada. Se comunica poco, se muestra tímido, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	interpretación
CECAD	68	63	Bajo 5 puntos

Análisis de resultados

En el dibujo de la familia podemos observar trazos fuertes y ángulos que se relacionan con conductas impulsivas y agresivas, dibuja a la madre, al padrastro y a él mismo pero alejado de la pareja, lo que podría señalar un distanciamiento afectivo entre ellos. Omite al padre, indicar de rechazo hacia esta figura.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #2
Apellido y Nombre: K.M.
Edad: 10 años
Escolaridad: cuarto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para relacionarse con el resto del grupo. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

KM proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo. La madre lo tuvo a los 22 años, embarazo controlado antes del primer trimestre, antecedentes pre y post natales normales, gateó, caminó a las edades esperadas, se demoró al hablar. Según la madre, la menor sufre de asma su primera crisis fue a las 3 meses donde estuvo hospitalizada una semana, esto a posiblemente se relacione con el hecho de que la madre fumaba durante el embarazo. En cuanto a los antecedentes familiares niega existencia de enfermedades físicas crónicas y mentales.

KM es la tercera de cuatro hermanos, sus padres vivieron juntos hasta la edad de 4 años, cuando el padre fallece a consecuencia de un atropello cuando regresaba del trabajo. A los cinco años se madre se une al papá de sus hermanos menores del cual actualmente está separada.

Vive en Cerro Cocobolo, en casa de la abuela materna, donde también vive una tía con sus dos hijos, duerme en un cuarto con su madre y sus tres hermanos, la madre se dedica a la venta de chances clandestinos, recibe pensión de sobreviviente del seguro.

Entre los antecedentes escolares, la madre relata que la menor empezó a presentar problemas escolares a partir de segundo grado, donde empezó a mostrar poca atención a las actividades formales escolares. En la entrevista con los maestros, estos la describen como una niña amigable, tranquila, callada trabaja lento y reacciona con hostilidad cuando se le presiona para que cumpla con sus obligaciones escolares.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Menor de 10 años de edad, de contextura gruesa, tez trigueña, cabello crespo largo, apariencia aseada. Se comunica poco, se muestra tímida, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	interpretación
CECAD	66	66	No hubo cambios

Análisis de resultados:

En el dibujo de la familia al principio se mostró renuente a realizar la actividad, insegura de que era lo que iba hacer, pidiendo mayor explicación sobre las instrucciones que se le habían dado, en el dibujo se podían observar trazos tenues y delicados características que se observa de niños inseguros, con poco energía, resalta la figura de la mamá la cual dibuja más grande y con mayor detalle que el resto de los personajes lo que puede indicar una sobrevalorización de la figura materna.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Asma

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas relativos a la enseñanza

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #3
Apellido y Nombre: A.A.
Edad: 9 años
Escolaridad: cuarto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para relacionarse con el resto del grupo. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

A.A proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo. La madre lo tuvo a los 16 años, embarazo no controlado consumo de sustancia, sobre los antecedentes pre y post natales la madre brinda mucha información. Según la madre, el menor no padece ninguna enfermedad física. En cuanto a los antecedentes familiares existe historia de enfermedades físicas crónicas como diabetes e hipertensión y consumo de sustancias ilícitas.

AA es el primero de tres hermanos, de padres diferentes, actualmente no tiene relación con su padre y este no brinda apoyo económico. Vive en Cerro Cocobolo, en casa de la abuela materna (con la cual tiene un vínculo afectivo fuerte), con el abuelastro y dos de sus tíos, el abuelo materno tiene problemas de adicción a las drogas. El menor comparte cuarto y cama con su madre y hermanos, la madre es buhonera.

Entre los antecedentes escolares, la madre relata que el menor siempre a presentado problemas de relaciones interpersonales, es poco sociable, muestra preferencia por juegos de alto contenido violento, lo cual ha causado heridas en él mismo y en sus pares. En la entrevista con los maestros, estos lo describen como un niño serio, reservado, poco creativo y participativo.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Menor de 9 años de edad, de contextura delgada, tez blanca, cabello crespo corto, apariencia aseada. Se comunica poco, se muestra tranquilo, poco espontaneo se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	Interpretación
CECAD	64	60	Bajo 4 puntos

Análisis de resultados:

En el dibujo de la familia se observa que se omite al mismo lo cual podría ser indicativo de baja autoestima, también los personajes son pequeños y localizado en el cuadrante inferior izquierdo, característico de los niños con problemas emocionales, sentimientos de indefensión, temor a lo externo.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #4
Apellido y Nombre: J.C
Edad: 10 años
Escolaridad: quinto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para relacionarse con el resto del grupo. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

J.C proviene de una familia de estrato socioeconómico bajo. La madre lo tuvo a los 20 años, embarazo controlado sin complicaciones los antecedentes pre y post natales normales gateo a los 8 meses, camino después del años, hablo al año y medio. Según la madre, el menor no padece ninguna enfermedad física. En cuanto a los antecedentes familiares existe historia de enfermedades físicas crónicas como hipertensión y no hay historia de enfermedades mentales.

J.C es el primero de cinco hermanos, de padres diferentes, el padre falleció cuando él menor tenía tres años en un incidente violento en el barrio. Vive en Cerro Cocobolo, se queda al cuidado de la abuela paterna, durante los fines de semana que su madre se desplaza a trabajar a coronado.

Entre los antecedentes escolares, la madre relata que el menor siempre ha presentado problemas de relaciones interpersonales, no respeta la autoridad, agrede física y verbalmente a sus compañeros especialmente a las niñas, se ve frecuentemente envuelto en riñas en el barrio y en el colegio. En la entrevista con los maestros, estos lo describen como un niño impulsivo, grosero, que a pesar de no presentar problemas de aprendizaje muestra poca disposición para realizar las actividades formales.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Menor de 10 años de edad, de contextura delgada, tez trigueña, cabello crespo corto, apariencia aseada. Se puede describir como tranquilo, elocuente en su discurso, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post- Prueba	interpretación
CECAD	67	66	Bajo un punto

Análisis de resultados:

En el dibujo de la familia se observa trazo remarcado, borrones en la figura materna, estos son indicadores de agresividad, impulsividad y ansiedad. Por otro lado se esfuerza por dibujar al padre, al cual agrega más detalle a pesar que verbaliza que no se acuerda mucho de él, lo que sugiere ser una figura idealizada.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #5
Apellido y Nombre: M.A.
Edad: 11 años
Escolaridad: quinto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para integrarse a las actividades grupales. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

Menor de 11 años de edad, el mayor de dos hermanos. Producto de un embarazo controlado, en aquel momento la madre tenía 23 años de edad, parto sin complicaciones, los antecedentes pre y post natales normales, gateó, caminó y hablo a la edad esperada. Según la madre, el menor no padece ninguna enfermedad física. En cuanto a los antecedentes familiares existe historia de enfermedades físicas crónicas como hipertensión y no hay historia de enfermedades mentales.

M.A. vive con su madre, hermana de 8 años de edad, una tía y la abuela materna en casa de esta última. No tiene ningún tipo de relación con el padre desde hace tres años cuando la pareja se separó después que la madre se diera cuenta que el padre le era infiel. La madre trabaja como planchadora en una cadena de lavanderías de la localidad y según ella

relata, los cambios que se dieron a la raíz de la separación la obligaron a cambiar a los hijos de una escuela privada a la escuela pública más cercana a su casa, momento en que empiezan a observarse cambios en el humor de M.A.

En relación a los antecedentes escolares, la madre relata que el menor nunca ha presentado dificultades relacionadas al aprendizaje y su rendimiento siempre ha sido bueno, pero desde que fue cambiado de escuela se ha observado retraído y con bajos niveles de energía y este año su rendimiento académico ha ido bajando mucho en comparación a otros años. Los maestros lo describen como un chico tranquilo, respetuoso, sabe seguir indicaciones, aunque cuando el trabajo a realizar debe ser en grupo manifiesta su desagrado tanto de forma verbal como con gestos faciales.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Escolar de 11 años de edad, de contextura gruesa, tez blanca, cabello ondulado corto, apariencia aseada. Se puede describir como tranquilo, elocuente en su discurso, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	Interpretación
CECAD	71	69	paso de alta a media

Análisis de resultados:

En el dibujo de familia realiza personajes pequeños y localizados en el cuadrante inferior izquierdo, característico de los niños con problemas emocionales, sentimientos de indefensión, temor a lo externo. También realiza trazos tenues y delicados características que se observa de niños inseguros, con poca energía.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #6
Apellido y Nombre: Y.P.
Edad: 11 años
Escolaridad: quinto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para integrarse a las actividades grupales. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

Menor de 11 años de edad, es la segunda de tres hermanos y única mujer. Producto de un embarazo controlado después del segundo trimestre, por problemas de distancia, al momento de su nacimiento la madre tenía 22 años y vivía con el padre de la menor, parto sin complicaciones, los antecedentes pre y post natales normales, gateó, caminó y habló a la edad esperada. Según la madre, la menor padece de alergias y presenta escamaciones en la palma de las manos. En cuanto a los antecedentes familiares existe historia de enfermedades físicas crónicas como diabetes, hipertensión, no hay historia de enfermedades mentales según la madre.

Y.P vive con su madre, hermanos y dos primos en un cuarto, duerme en la misma cama con los hermanos y la madre. No tiene ningún tipo de relación con el padre desde hace más de dos años cuando el señor abandona el hogar sin mayores explicaciones e inicia otra familia, al principio el padre los buscaba pero debido a los constantes conflictos que ella tenía con la madrastra, evita visitar al padre hasta perder el contacto según relata la madre. La madre trabaja como cocinera en una fonda donde le proveen el alimento para sus hijos y sobrinos.

En relación a los antecedentes escolares, la madre relata que las dificultades se presentan desde el verano de este año cuando la relación con sus primos y hermanos cuando YP se torna hostil con las personas que están a su alrededor. Los maestros la describen como una chica callada, poca participativa, poco tolerante a las bromas, con un rendimiento académico mediocre, que se le observa poco motivada, hacia las actividades escolares.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Escolar de 11 años de edad, de contextura delgada, tez trigueña, cabello negro lacio y largo, apariencia aseada. Se puede describir como tranquila, poco expresiva, casi no sonríe, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	Interpretación
CECAD	71	69	paso de alta a media

Análisis de resultados:

En el dibujo de familia realiza trazos fuertes, lo cual puede ser indicativo de agresividad, no se dibuja lo cual resalta los problemas a nivel de vínculo en la familia, dibuja en el cuadrante superior izquierdo.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Alergias

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: # 7
Apellido y Nombre: J.M.
Edad: 9 años
Escolaridad: cuarto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para integrarse a las actividades grupales. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

Menor de 9 años de edad, es el primero de cuatro. Producto de un embarazo controlado desde el primer trimestre, al momento de su nacimiento la madre tenía 16 años y vivía con la abuela de la menor, parto sin complicaciones, los antecedentes pre y post natales normales, gateó, caminó y hablo a la edad esperada. Según la madre, el menor no padece enfermedades físicas crónicas, pero si tiene dificultades para dormir. En cuanto a los antecedentes familiares existe historia de enfermedades físicas crónicas como problemas cardiacos, no hay historia de enfermedades mentales según la madre.

JM vive con su madre, padrastro y hermanos duerme en la misma cama con dos de sus hermanos, tiene poca relación con el padre, el cual según la madre tiene “plata” porque

trabaja de conductor en el Metro bus, pero su aporte económico no es suficiente ni constante. La madre no trabaja actualmente porque cuida a su hijo menor de un año.

En relación a los antecedentes escolares, la madre relata que siempre ha tenido un rendimiento académico bajo, pero esta situación se ha agravado más, ya que se escapa y quiere pasar mucho tiempo con niños que son mayores que él, no están en la escuela y que la madre sospecha se dedican a actividades delictivas. Los maestros lo describen como un niño inquieto, habla mucho, burlón, no asiste a las clases, no es mal alumno pero su inasistencia probablemente lo haga candidato a repetir el IV° .

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Escolar de 9 años de edad, de contextura gruesa, tez morena, cabello negro lacio corto, apariencia aseada. Se puede describir como inquieto, extrovertido, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	Interpretación
CECAD	71	69	paso de alta a media

Análisis de resultados:

En el dibujo de familia realiza trazos fuertes, lo cual puede ser indicativo de agresividad, se presenta una distancia considerable entre los personajes, no se dibuja en el cuadrante superior izquierdo.

Diagnóstico Clínico:

Eje I **F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.**

Eje II **Ninguna**

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable

INFORME PSICOLÓGICO

Datos del Paciente: #7
Apellido y Nombre: P.G.
Edad: 10 años
Escolaridad: quinto grado

Motivo de Consulta:

Problemas para integrarse a las actividades grupales. Conducta agresiva relacionada con síntomas depresivos.

Antecedentes Históricos:

Menor de 10 años de edad, es el segunda de cuatro hermanos por parte de madre todos de padres diferentes. Producto de un embarazo no planificado y controlado desde el primer trimestre, al momento de su nacimiento la madre tenía 17 años y vivía con la abuela materna refieren parto sin complicaciones, los antecedentes pre y post natales normales, gateó, caminó y hablo a la edad esperada. Según la abuela, el menor no padece enfermedades físicas crónicas. En cuanto a los antecedentes familiares existe historia de enfermedades físicas crónicas como problemas renales, adicciones por los tíos y alcoholismos por parte de la abuela materna.

P.G vive con su abuela, y tíos en una casa cerca de la escuela, el menor comparte cuarto y cama con su hermano, la madre muere hace un año y medio en un incidente violento,

quedando el menor en custodia de la abuela, el menor sabe quién es el papá pero nunca ha tenido relación con él, siempre ha presentado problemas académicos y control de impulsos. El menor recibe apoyo económico por parte de un político, lo cual es su único sustento. Los maestros la describen como un chico inquieto con dificultades para seguir indicaciones académicas, dificultades para mantener la concentración.

Comportamiento durante la evaluación y relación establecida con el entrevistador:

Escolar de 10 años de edad, de contextura delgado, tez trigueña, alto, cabello ondulado corto apariencia aseada. Se puede describir como tranquila, poco expresiva, casi no sonríe, se observa siempre alerta, consciente y orientado, se comporta de manera educada, atento a las indicaciones brindadas por la evaluadora, se mostraba interesado.

Resultado de las pruebas:

Prueba	Pre – prueba	Post-Prueba	Interpretación
CECAD	71	69	paso de alta a media

Análisis de resultados:

En el dibujo de familia realiza trazos débiles, lo cual puede ser indicativo de inseguridad, el dibujo es de tamaño pequeño, lo cual es indicativo de inseguridad.

Diagnóstico Clínico:

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor, episodio único, leve.

Eje II Ninguna

Eje III Ninguna

Eje IV Problemas relativos a grupo primario de apoyo

Problemas económicos

Eje V EEAG: 75 (actual)

Pronóstico Terapéutico: Favorable