
DEPRESIÓN INFANTIL: UN CASO DE TRASTORNO DISTÍMICO*

María Lorena Brenner Reyna

Resumen

El presente caso se refiere a un niño con depresión distímica cuya familia es disfuncional y presenta condiciones desfavorables para un desarrollo integral. Los padres constituyen modelos en el desarrollo integral de sus hijos, sobre todo en la actitud que tengan hacia la vida en general como personas. Es importante que los padres sean capaces de darse cuenta de sus propios errores antes de decidir tener una familia y sobre todo al criar a sus hijos. En la medida en que hayan resuelto sus conflictos infantiles y sean conscientes de si mismos podrán ser mejores padres y tener mejores hijos, -mejores personas-. De lo contrario la historia se repite.

Abstract

The following case is about a boy with distimic depression wich disfuncional family behavior avoiding a complet development of the person integral. The parents play and essential roll for a complet development of the person integral actitud foe the live. Is very important that parents will be able to reconice there owns mistakes, before decided to have there own family and nailing when education owns children. Parents will be able raysed kids as long they consciously solve theyr own child conflicts. Other wise the history will be repited again.

PALABRAS CLAVE: Caso clínico, Depresión distímica.

KEY WORDS: Clinic case, Distimic depression.

Datos de la Autora:

MARÍA LORENA BRENNER REYNA. Psicóloga Licenciada en la UNIFÉ.

* Investigacion de caso para optar el Título de Licenciada en Psicología, UNIFÉ (2001).

MARCO TEÓRICO

Los padres y el ambiente familiar constituyen modelos en el desarrollo integral sobre todo durante la infancia, la niñez y en la adolescencia. Por ello existen teorías sobre cuanto puede contribuir un seno familiar patológico a formar trastornos afectivos en sus hijos u otros problemas o viceversa. A partir que el niño nace, al lado de sus padres, se comienza a crear la historia de su vida. Pero no podemos dejar de lado todo lo que los padres - modelos de crianza - traen consigo; a esto le llamaré la pre historia de vida. Una de las bases del desarrollo integral de la persona tiene su origen en esta pregunta: ¿Qué traen los padres - las personas de quienes depende ahora el bebé - como personas para formar a sus hijos, en cuanto a sus emociones, sentimientos, valores, actitudes, formas de crianza, dudas, temores, dificultades, angustias, ansiedades e historia de vida?. “En la vida del niño confluyen muchos factores preexistentes que van a condicionar en gran parte su futuro”. El ambiente en el que un niño nace influye notablemente en su desarrollo posterior. Por ello, dentro de la etiología de la depresión infantil existen varias teorías que tratan de explicarla, como en el modelo de interacción padres – hijo; como podemos apreciar en el caso de la primera infancia a aquellas madres deprimidas que pasan por alto las señales emocionales de su bebé con frecuencia, con graves consecuencias. Estas madres tienden a ser represivas, a considerar a sus hijos como una carga, y a sentir que su propia vida está fuera de control. Los bebés suelen dejar de enviar señales emocionales y tratan de conformarse chupándose el dedo o meciéndose; si esta reacción defensiva se vuelve habitual, sentirán que no tienen capacidad para lograr respuestas de otras personas, que no pueden confiar en sus madres y que el mundo es inseguro. Este ciclo puede explicar por qué desde una edad muy temprana los hijos de mujeres deprimidas reaccionan de un modo diferente al de quienes no sufren depresión, reflejando, en apariencia, el cambio que este estado emocional causa en el comportamiento de sus madres. Los bebés cuyas madres padecen de depresión pueden estar en riesgo de convertirse también en personas deprimidas. La región frontal izquierda del cerebro humano parece especializarse en emociones “de aproximación” como la alegría, en tanto que la región frontal derecha se especializa en emociones “de retirada” como la aflicción. En un estudio de la actividad cerebral en infantes de 11 a 17 meses de edad, los hijos de mujeres deprimidas demostraron menos actividad en la región frontal izquierda que otros bebés. Esto puede sugerir que están predispuestos a sufrir depresión más adelante en su vida.

En cuanto al ambiente familiar, en los niños que sufren de depresión suele

darse una relación poco satisfactoria desde el punto emocional con los padres, hermanos y otros familiares. Esto refiere a la incapacidad de los padres como por ejemplo: desacuerdos, clima familiar conflictivo, depresión, rechazo, maltrato, abandono, separación y enfermedad crónica que interfieren la interacción padres - niño, y dificulta el desarrollo de la relación necesaria para que el niño manifieste su potencial innato. El clima creado por los padres resulta crucial para el desarrollo de depresión crónica en los niños. Estudios han observado, que la atmósfera creada por padres derrotistas, sarcásticos, cínicos, rechazantes e hipercéntricos, conduce a una perspectiva de la vida profundamente pesimista y a una grave resignación. Symonds cree que la depresión resulta de la incapacidad de un niño en tales circunstancias para alcanzar lo que Bowlby (1960) describió como la cuarta fase del duelo en la lactancia y en la primera infancia (la reorganización del comportamiento hacia un nuevo objeto). Nissen (1978) se refirió a los tipos de depresión como la: depresión anaclítica (en la lactancia) las depresiones por separación e inducidas (años preescolares) la depresión escolar (debido a demandas excesivas y acontecimientos sobrevenidos durante los años escolares) y las depresiones neuróticas (en la pubertad e inicio de la adolescencia). Freud (1917) refiere que la depresión se originó por la pérdida real o imaginaria de un objeto amado. La teoría de la indefensión o del desvalimiento aprendido (Seligman 1975; Abramson et al., 1978) afirma que los sujetos deprimidos perciben su conducta independientemente de los refuerzos ambientales con sentimientos de indefensión desvalimiento y fracasos. La teoría de la distorsión cognitiva refiere, que el sujeto deprimido tiene una imagen negativa de si mismo y tiende a pensar de manera distorsionada. La teoría conductual refiere, la falta de refuerzos positivos o del exceso de castigo que la persona deprimida experimenta. Peter M. Lewinsohn (1974) catedrático emérito de Psicología de la Universidad de Oregon, refirió que la depresión se debe principalmente a una tasa de reforzamiento positivo bajo y esto se explica por tres razones: el ambiente dispone de escasos reforzadores, las habilidades del niño para obtener reforzadores son deficitarios y los eventos potencialmente reforzantes no son muy numerosos, intensos o variados. La depresión aparece también por una tasa de estimulación aversiva y de castigo alto.

Recién se aceptó en el V Congreso de la Unión de Paidopsiquiatras Europeos (Estocolmo, 1971) que la depresión infantil tenía características semejantes a la depresión en los adultos. El diagnóstico de síndrome depresivo es mucho más difícil en la infancia que en la edad adulta; ello se debe, en parte, a que el niño tiene mayor dificultad para describir su sintomatología. Por lo anterior el psicólogo

go debe examinar minuciosamente los síntomas que presenta el niño. La sintomatología varía dependiendo de la edad y la etapa del desarrollo que se encuentre el infante. Dentro de las características generales de la depresión infantil tenemos: estado de ánimo irritable o triste, pérdida de interés o placer en las actividades, pérdida (o aumento) del apetito / peso, fracaso en lograr la ganancia de peso esperada, insomnio o hipersomnía, agitación enlentecimiento psicomotores, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa, disminución de la capacidad para pensar / concentrarse o indecisión, pensamientos de muerte o ideas e intentos de suicidio.

Nelson (1992) estima la prevalencia de los trastornos depresivos en la infancia entre 1,5 y el 2%. En niños púberes se sitúa en un 1,8% y en adolescentes oscila entre el 3,5% y el 5%.

CASO CLÍNICO

Motivo de Consulta

Jonathan llega a consulta derivado del departamento de psiquiatría y es traído por su madre, por que presenta insomnio frecuente, se acuesta tarde y se levanta tarde, no duerme bien y creen que por eso suele estar distraído durante el día, siendo su estado de ánimo irritable. Por lo general se aísla, no tiene amigos, no conversa a menos que le insistan, no tiene límites y su apetito ha disminuido, no tiene un horario para almorzar. No tiene buenos hábitos y costumbres (refieren ambos padres). Es engreído y tira las cosas al molestarse. Todo el día juega con el video juego. La madre comenta que el padre siempre ha sido inestable para dormir en la casa y que Jonathan se desvela esperando a que llegue. Además refiere que no tiene comunicación con su padre, que éste nunca le hace cariño, ni le dice te amo. “Parece que Jonathan no se sintiera querido”. La madre refiere darle más atención; ella cree que Jonathan se comporta así, porque necesita a su padre y lo reclama. El padre dice que en casa conversa con su hijo y que trae a su hijo a consulta psicológica por que tiene un desorden en el horario, porque así lo ha aprendido de los adultos y supone que se ha acostumbrado a vivir así. Refiere que debería darle más tiempo, para ayudarlo a mejorar. La pareja siempre discute y pelea frente a los hijos, insultándose y menospreciándose.

Datos de Filiación

Nombre	:	Jonathan
Edad	:	7 años 6 meses
Lugar de Nacimiento	:	Lima - Perú
Vive con	:	Ambos padres y 4 hermanas: 25, 24, 23 y 5 años (Primogénito fallecido a los 16 años).

Observación

Jhonathan es de contextura delgada, pesa aprox. 28 kg. y mide 1.10 cm. Tiene tez trigueña, cabello negro y ojos del mismo color. Viste ropa arrugada, y sus medias y zapatillas suelen estar sucias. Su cabello está despeinado y sus uñas largas y desaseadas. Camina arrastrando los pies. Habla en forma lenta y pausada. Por lo general en las evaluaciones suele estar callado y serio, habla en voz baja y lenta, cuando no quiere hacer nada cruza los brazos, sin embargo colabora.

ANAMNESIS

Ambos padres presentan una historia infantil de maltrato, con relaciones familiares conflictivas y figuras paternas con dependencia hacia las bebidas alcohólicas y agresividad hacia las figuras maternas. El niño es concebido pasado 2 años del fallecimiento de su hermano mayor (falleció a los 16 años). La madre estuvo triste y angustiada durante su embarazo, por conflictos maritales causados por infidelidad del padre y por el reciente fallecimiento del hijo. Ambos padres deseaban que fuera varón. El parto fue inducido y seco. estuvo en la incubadora por sobre peso durante una semana. La lactancia fue interrumpida por mastitis al mes de nacido. Intento de destete al año. Uso de biberón hasta los 5 años. Tuvo poca estimulación desde el nacimiento. Su lenguaje fue claro y fluido a los 4 años. Tuvo problemas para pronunciar la "r" a los 5 años (terapia de lenguaje). Caminó al año y medio. Es alérgico al polvo y tiene faringitis crónica desde los 4 años. Tienes pies cóncavos y el pecho hundido. Es dependiente de la madre para realizar sus hábitos de independencia personal. Presenta inapetencia y lentitud en la realización de toda actividad. No tiene un horario establecido para evacuar, presentando insomnio y pesadillas, tiene temor a los fantasmas, a estar solo y dormir solo y a que lo griten. No comparte sus juguetes y los cuida. La mayor parte del día juega video juegos, en sus juegos de grupo tiende a dominar y dirigir, creando

las reglas y si no obedecen no quiere jugar. Se chupa el dedo, se come las uñas, habla bajito, le sudan las manos ante el contacto social. Fue al centro pre escolar desde los 4 años 6 meses, llorando todo el año al quedarse. Es cambiado de salón a los 5 años y no se integraba, se aislaba, no participaba, no comía la lonchera, su apetito en general disminuyó, no se adaptaba. La maestra de jardín lo insultaba. En primer año fue parco, callado y tímido, con un rendimiento promedio, distraído en clase y no comía su lonchera. Requirió nivelación en matemáticas y lenguaje. Ahora es lento para escribir, tiene la letra desarreglada, torpeza motora con los pies. Su atención ha mejorado. Aún no se integra al grupo, mostrándose tímido. En cuanto a su desarrollo socio emocional con los extraños en un poco tímido. En su hogar pelea con su hermana y tiene una relación distanciada con sus hermanas mayores. Los ambientes del hogar son reducidos para una familia constituida de 6 personas. La pareja presenta conflictos y discrepancias en sus roles de esposos y de padres, discutiendo en presencia de los hijos. Los padres llevan una relación ambivalente e incongruente con el niño. Los padres son sobreprotectores y ambivalentes y a la vez emplean el castigo físico, amenazas e insultos con él.

PRUEBAS APLICADAS

Escala de Inteligencia Weschler para Niños en Edad Escolar (Wisc - R)

Test Gestáltico Visomotor de Lauretta Bender

Metodo de Evaluación de la Percepción Visual de Marianne Frostig

Escala de Madurez Social de Vineland

Test de la Figura Humana para Niños de Elizabeth (Koppitz)

Test del Dibujo de la Familia de Louis Corman

Los Cuentos Incompletos de Madeleine Thomas

Test de Apercepción Infantil con Figuras de Animales de Leopoldo Bellak
(Cat A)

Psicodiagnostico del Rorschach: Sistema Klopfer

La Hora de Juego Diagnóstica

Dibujo Espontáneo

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS

Intelectualmente Jonathan presenta un CI Global de 107, correspondiente a la categoría mental “Normal Promedio”. Existe diferencia de 11 puntos entre ambas áreas medidas. En el área Verbal obtiene un CI de 112, correspondiente a la categoría mental “Normal Superior” y en el área Ejecutiva obtiene un CI de 101, correspondiente a la categoría mental “Normal Promedio”; lo que significa que tiene un mejor desenvolvimiento en la habilidades verbales que en las práctico manuales. Posee un CI potencial de 120, correspondiente a la categoría mental “Superior”; el cual no está empleando en su desenvolvimiento. Su funcionamiento mental corresponde a la edad mental de 8 años 1 mes; 7 meses por encima de su edad cronológica (7 años 6 meses). Carece de indicadores significativos de compromiso orgánico cerebral. Jonathan presenta una edad perceptiva de 6 meses por debajo de su edad cronológica (7.4/8.0); presentando dificultad en la organización perceptual primaria y espacial. Presenta dificultad para: realizar relaciones espaciales, para percibir la posición en el espacio, en la constancia de forma, dificultad en la habilidad visomotora y tiene lentitud para las tareas que impliquen lápiz y papel. Tiene torpeza motora podálica y poca energía en sus movimientos. Su rostro por lo general poco expresivo y triste. Atraviesa un proceso de ansiedad que interfiere en su funcionamiento intelectual, tanto que se aísla de la realidad. Tiene de a replegarse en sí mismo, es soñador e idealista. Atraviesa un proceso de represión e inhibición emocional severo, manifestando tensión. Posee fragilidad física, inseguridad, sentimientos de derrota y de tristeza, autoconcepto físico y conductual negativo; teniendo sentimientos de autodepreciación y minusvalía debido a que siente que no cumple con las expectativas que las personas esperan de él. Presenta escasa tolerancia ante las frustraciones y reacciona por medio del llanto; tratando de esforzarse ocasionalmente por salir adelante. No logra defenderse ante situaciones de agresión externa. Posee tendencia al suicidio, manifestando carácter depresivo. Ha perdido parte de su espontaneidad, presentando sentimientos de frustración frente a la etapa actual; teniendo tendencia regresiva en su personalidad, un yo rígido de poca creatividad. Manifiesta necesidades orales y sentimientos de culpa frente a la alimentación. Presenta tendencias agresivas las cuales trata de manejar de manera pasiva, debido a su rigidez afectiva. Por otro lado manifiesta sus demandas a través de impulsos poco controlados y comportamientos agresivos. Tiene incapacidad para darse cuenta de sus errores y poca comprensión acerca de su propia conducta; manifestando actitudes negativas de su comportamiento hacia el exterior; teniendo sentimientos de culpa e inferioridad ante estas. Debido a esto Jonathan desea satisfacer al medio ambiente mediante una adecua-

da conducta, manifestando censura por un mal comportamiento. Responde ante el ambiente de manera ambivalente; por un lado con actitudes explosivas y extrema emocionabilidad; por otro lado muestra pasividad y una actitud dependiente llegando a adaptarse de manera común dentro del marco social, manteniendo una existencia rutinaria, con tendencia al sometimiento. Presenta ansiedad ante el contacto social y por otro lado posee recursos potenciales de capacidad imaginativa y empática que vacila en utilizar, debido a la inhibición frecuente resultante de sus conflictos internos. Sus autopreocupaciones interfieren con las relaciones interpersonales calurosas. Presenta dificultad para ajustar su comportamiento a las exigencias sociales del grupo. Posee una pobre madurez social, requiriendo el apoyo del medio ambiente para desempeñarse de manera independiente y confiada, debido a que no logra realizar todas las actividades (hábitos) que le permitirán en un futuro, la independencia deseada de acuerdo a su edad. La ansiedad que presenta es generada por los problemas familiares, que lo afectan notablemente y por el sentimiento de abandono afectivo de sus padres, ante lo cual se esfuerza por ser querido y aprobado. Tiene actitudes apáticas frente a su familia, no se siente feliz ni se identifica con los miembros de su familia. Percibe falta de comunicación y relaciones conflictivas y afectivamente pobres entre los miembros de la familia. Tiene mensajes dobles en cuanto a la disciplina que imparten ambas figuras paternas de las que recibe castigo físico y maltrato psicológico. Subestimando a ambos padres. El ambiente físico familiar es reducido para los numerosos miembros, teniendo poco espacio lúdico, lo que ocasiona mayores disputas entre los miembros familiares. Percibe la figura materna como ambivalente: sobreprotectora, castigadora, exigente, controladora, siente tristeza, temor y agresividad; teniendo mayor apego y dependencia hacia ella, expresada a través de su necesidad de apoyo. Percibe a la figura paterna como: autoritaria y distante, ante lo cual siente ansiedad y temor. Evidencia fantasías con deseos de cambio positivo dentro del hogar; anhelando ser feliz. Jonathan se siente desvalorizado por su mal comportamiento dentro del seno familiar, sintiendo no cumplir las expectativas que los padres depositan en él en comparación con su hermano, fallecido; queriendo ser como él y valorizándolo. Desvaloriza a su hermana menor, con la cual tiene sentimientos ambivalentes de afecto y rivalidad fraterna. Desvaloriza a su hermanas mayores con las cuales mantiene relaciones distantes, afectivamente pobres y conflictivas.

Utiliza los mecanismos de defensa como: represión, inhibición, regresión, proyección; evadiendo frente a problemas familiares y el de compensación, sien-

do imaginativo y fantasioso ante su realidad frustrante; presentando desorganización interna.

DIAGNÓSTICO

De acuerdo a los anteriormente expuesto el presente caso se trata de Trastorno Distímico (F34.1) y Trastorno del Desarrollo de la Coordinación (F82) según los criterios del DSM IV.

PRONÓSTICO

Jonathan presenta un alto potencial intelectual el cual no está explotando al máximo debido a una interferencia emocional debido a su ansiedad, la cual es causada por el clima familiar caótico. Presenta torpeza motora podálica y dificultad en la organización perceptual primaria y espacial. Es un niño que tiene baja autoestima y escasa tolerancia a la frustraciones y atraviesa un proceso depresivo, de represión e inhibición emocional severo. Tiene incapacidad para darse cuenta de sus errores y poca comprensión acerca de su propia conducta. Carece de control emocional al exigir sus demandas, se muestra inhibido e impulsivo a la vez. Es dependiente ante el ambiente y temeroso al contactarse, aislándose de la realidad. Sus relaciones sociales son incipientes, por lo que su participación dentro del grupo coetáneo tiene una actitud pasiva de sometimiento. Jonathan requiere atención y afecto de ambas figuras paternas. La madre se muestra más colaboradora tratando de ser responsable ante el tratamiento de su hijo. Esta abierta al cambio reconociendo sus errores, a pesar de su limitación cultural. El padre colabora económicamente frente al tratamiento de su hijo, pero se muestra evasivo hacia un trabajo en conjunto y un cambio personal, reconociendo escasamente sus errores, a pesar de tener algunos conceptos correctos sobre la crianza en la niñez. Por las características personales, la sintomatología y la realidad familiar conflictiva que presenta; el pronóstico es reservado debido a la falta de colaboración del padre en la crianza.

PLAN TERAPÉUTICO VIABLE

1. Terapia Individual

Se recomienda la Terapia de Juego No Directiva de base humanista para que

principalmente tenga un clima de libertad, límites básicos, confianza y aceptación.

Objetivos: Lograr una libre expresión y superar paso a paso como objetivo principal la inhibición de sus emociones. Brindarle un ambiente libre con límites básicos, que le den seguridad y libertad de expresión lúdica, emocional y verbal. Brindarle confianza en sí mismo y aceptarlo de un otro para que luego se acepte a sí mismo y eleve su autoestima. Estimular y ayudar al niño a expresar sus emociones y sentimientos para que luego los reconozca y los acepte. Lograr un nivel adecuado de tolerancia a las frustraciones. Brindarle oportunidades de ser espontáneo. Lograr un adecuado control de impulsos. Expresar sus demandas de manera adecuada. Estimular un desenvolvimiento independiente en el medio.

Metodología: Sesiones de 50 minutos de duración de dos veces por semana por un lapso de un año como mínimo. El tiempo es relativo debido a que cada persona tiene su propio ritmo de aceptación y cambio personal.

2. Terapia Grupal.

Estimular las relaciones interpersonales con sus coetáneos

Objetivos: Estimular los recursos empáticos. Establecer contactos interpersonales adecuados. Estimular un desenvolvimiento participativo frente al grupo. Estimular su integración y aceptación con sus coetáneos. Brindar oportunidades lúdicas grupales para desarrollar la tolerancia a la frustración frente al grupo. Elevar su autoconcepto conductual mediante el reforzamiento de conductas positivas.

Metodología: Al sexto mes de terapia individual, empezar la grupal paralelamente una sesión de 50 minutos por semana.

3. Terapia Psicomotriz

Se recomienda la terapia psicomotriz para trabajar dificultades en el área psicomotora gruesa podálica

Objetivos: Corregir la dificultad motora podálica que interfiere en su desenvolvimiento motriz en las diferentes actividades físicas. Ofrecer un espacio donde puede desenvolverse de manera libre, estimulando su independencia.

Metodología: Sesiones de 2 a 3 veces por semana.

4. Terapia de Aprestamiento.

Se recomienda trabajar el área de la organización perceptual y el área de coordinación motora fina, mediante técnicas de aprestamiento.

Objetivos: Adquirir una mayor destreza en la coordinación motora fina, corrigiendo la dificultad en la habilidad viso-motora. Corregir la dificultad en la organización perceptual primaria y espacial. Corregir la dificultad para realizar relaciones espaciales. Corregir la dificultad para percibir la posición en el espacio. Corregir la dificultad en la constancia de forma.

Metodología: Sesiones de 2 a 3 veces por semana.

5. Terapia de Apoyo a la Madre

La terapia de apoyo sostendrá a la madre emocionalmente para que pueda tener un espacio de escucha, orientación y apoyo como manera de canalizar sus conflictos y que estos no interfieren en el desenvolvimiento de su rol.

Objetivos: Resolver conflictos emocionales de la infancia que interfieren en el rol de la madre, haciéndolos conscientes. Dar pautas adecuadas de corrección para sus hijos.

Metodología: Sesiones de 50 minutos de duración una vez por semana por un lapso de un año como mínimo.

6. Orientación a Padres de Familia

La finalidad de ofrecer pautas básicas de crianza con respecto a Jonathan y a los demás hijos.

Objetivos: Orientar a los padres de familia en su rol. Facilitar métodos para la fomentación de hábitos en los hijos, mediante los programas de reforzamiento. Brindar métodos y pautas adecuadas de corrección de la disciplina de los hijos. Hacer conscientes la importancia de no mezclar los problemas de pareja en la crianza de los hijos.

Metodología: Sesiones de 50 minutos de duración una vez por semana por un lapso de un mes como mínimo. Trabajar con los padres por separado.

DISCUSIÓN

Desde que era bebé la madre muestra un vínculo ambivalente con él, lo estimuló muy poco en su desarrollo integral, con una actitud sobreprotectora (haciéndole todo) sin dejar que logre los hábitos motores para su edad (por ello tiene dificultad motora podálica). Esta dependencia le causó inseguridad y dificultad para relacionarse con los demás, factores que precipitaron una repuesta social de rechazo, cuando se le insertó dentro de un grupo social mayor a su edad de manera radical (5 años). Este cambio también influyó en su aprendizaje, siendo forzado a lograr los objetivos de una madurez que no alcanzada; por ello tiene dificultad en la organización perceptual primaria y espacial.

El ambiente en el cual está creciendo Jonathan es rígido, conflictivo y caótico, donde las relaciones afectivas son distantes e inestables. Por ello Jonathan ha aprendido a reprimir e inhibir sus emociones, siendo un niño tenso en el contacto social. Este ambiente inestable le genera inseguridad y baja autoestima. Jonathan siente que no logra complacer a sus padres mediante una adecuada conducta y tiene sentimientos de culpa ante esto. Para los padres Jonathan reemplaza a la figura del hermano mayor fallecido. Los padres con el sentimiento de culpa frente a esta pérdida tienden a compararlo con él. La madre es una persona de nivel cultural bajo, sumisa, de carácter débil, que desfoga en sus hijos sus problemas maritales; siendo descuidada en el aspecto de higiene, vestido, alimentación y hábitos de su hijo. Presenta un sentimiento de culpa grande por el fallecimiento de su hijo mayor, tratando de ver en Jonathan el hijo fallecido. Se muestra ambivalente en el área afectiva con su hijo, por un lado lo sobreprotege hasta controlarlo y abrumarlo, tratando de sublimar su sentimiento de culpa con respecto a su hijo fallecido y por otro lado lo descuida. Suele ser rígida con Jonathan y en ocasiones le imparte el castigo físico. Tiende a dar la contra al padre descuidando a los hijos. El padre es una figura ambivalente que rompe con las normas dadas por la madre, satisfaciendo los gustos de Jonathan. Por otro lado no muestra paciencia utilizando el castigo físico y los insultos con Jonathan, imponiendo su autoridad ante la madre, pese a que es una figura la mayor parte del tiempo ausente. Ambos padres presentan problemas afectivos en la infancia y tienden a repetir

a la figuras parentales, con las cuales se identificaron. Con respecto a los hermanos Jonathan se siente comparado con el hermano fallecido y muestra celos y rivalidad hacia su hermana menor. Tiene un contacto pobre con sus hermanas mayores, frente al cual se mantiene indiferente.

REFERENCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995); *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales - DSM IV*; Editorial Masson, España. 908 p.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1992); *CIE 10: Trastornos Mentales y del Comportamiento; Descripciones Clínicas y Pautas para el Diagnóstico*. Editorial MEDITOR Madrid - España. 383 p.
- ABERASTURY, Arminda (1990); *El Niño y sus Juegos*, Buenos Aires, Paidós.
- ABERASTURY A. (1962); *Teoría y Técnica del Psicoanálisis de Niños*; Buenos Aires - Argentina, Paidós. 282 p.
- ALONSO FERNÁNDEZ, Francisco (1988); *La Depresión y su Diagnóstico*; Nuevo Modelo Clínico; 1ª edición, Barcelona: Labor. 384 p.
- AMES, Louise Bates (1961); *El Rorschach Infantil*; Buenos Aires: Paidós. 331 p.
- ANDERSON, Harold Homer; ANDERSON, J. L. (1996); *Técnicas Proyectivas del Diagnóstico Psicológico*, 2da. edición, Madrid, Rialp. 799 p.
- ARFOUILLOUX, Jean Claude (1995); *Niños Tristes: La Depresión Infantil*; Fondo de la Cultura Económica, S.A. México D.F. 201 p.
- BASSAS, Nuria; TOMÁS, Josep (1996); *Carencia Afectiva, Hipercinesia, Depresión y otras Alteraciones en la Infancia y la Adolescencia*; 1ª edición Barcelona: Laertes. 281 p.
- BELLAK, Leopold (1989); *El Uso Clínico de las Pruebas Psicológicas Del T.A.T. C.A.T. y S.A.T.*; México, Editorial El Manual Moderno. 394 p.
- CALDERÓN NARVÁEZ, Guillermo (1990); *Depresión: Causas, Manifestaciones y Tratamiento*; 1ª edición 4ta. Reimpresión, México: Trillas. 252 p.
- CHINCHILLA MORENO, Alfonso (1998); *Tratamiento de las Depresiones*; reimp. Barcelona: Editorial Masson. 310 p.

- CORMAN, Luis (1967); *El Test del Dibujo de la Familia en la Práctica Médico - Pedagógica*; Buenos Aires, Editorial kapeluz. 156 p.
- CORMAN, Luis; (1974) *Psicopatología de la Rivalidad Fraternal*; Barcelona, Herder. 248 p.
- DEAN X. Parmelee (1998); *Psiquiatría del Niño y el Adolescente*; Madrid: Harcourt Brace ediciones. 360 p.
- ECHEVARRÍA, María Elena (1992); *Grafología Infantil: Comprendiendo a los Niños a Través de su Escritura y Dibujos*; Editorial EDAF S.A. Jorge Juan, 30, Madrid - España. 156 p.
- ESQUIVEL ANCONA, Fayne (1999); *Psicodiagnóstico Clínico del Niño*; 2da. de. México: El Manual Moderno. 294 p.
- FROSTIG, Marianne; *Método de Evaluación de la Percepción Visual: Manual*; 34 p.
- HARCOURT, Brace & World, Inc (1954); *Development Of The Rorschach Technique*; Calificación e Interpretación; Volumen I, New York, United States of America. 766 p.
- HARTLEY, R. E.; L. K. Frank; R. M. Goldenson (1965); *Cómo Comprender los Juegos Infantiles*, Buenos Aires, ediciones Hormé. 299 p.
- KAPLAN, Harold; SADOCK, Benjamin J. (1991); *Compendio de Psiquiatría*; 2da. edición reimpr, Barcelona: Científicas y Técnicas: Masson: Salvat. 979 p.
- KAUFMAN, Alan S. (1992); *Psicometría Razonada con el WISC - R*; México: El Manual Moderno. 303 p.
- KLOPFER, Bruno; DAVIDSON, Helen H. (1986); *Técnica del Rorschach: Manual Introductorio*; 7ma. reimpresión, Buenos Aires Paidós. 261 p.
- KLOPFER, Bruno; AINSWORTH, Mary D.; HOLT, Robert R.; KLOPFER, Walter G. (1954); *Desarrollo en la Técnica del Rorschach: Calificación e Interpretación*; Vol. I impreso en U.S.A. traducido y reducido en español. 240 p.
- KOPPITZ, Elizabeth (1981); *El Test Gestáltico de Bender: Investigación y Aplicación*. 1era. edición. Editorial Oikos - Tay, Barcelona. 309 p.
- KOPPITZ, Elizabeth Münsterberg (1977); *El Dibujo de la Figura Humana en los Niños: Evaluación Psicológica*, 4ª. Edición Buenos Aires; Guadalupe. 386 p.
- MARCELLI, Daniel; ARJURIAGUERRA Julián de (1996); *Psicopatología del Niño*, 3a. edición, Barcelona, Editorial Masson. 559 p.

- MARDOMINGO SANZ, María Jesús (1994); *Psiquiatría del Niño y del Adolescente: Método, Fundamentos y Síndromes*; Madrid: Díaz de Santos. 657 p.
- MENDEZ, Francisco Javier (1998); *El Niño que no Sonríe: Estrategias Para Superar la Tristeza y la Depresión Infantil*; Madrid: Pirámide. 285 p.
- LEBOVICI, R. Diatkine (1969); *Significado y Función del Juego en el Niño*; Edit. Proteo S.C.A. Buenos Aires. 73 p.
- LOWENFELD, Viktor; BRITTAIN, W. Lambert (1984); *Desarrollo de la Capacidad Creadora*, 2da. edición, Buenos Aires, Kapeluz. 380 p.
- LLANOS ZULOAGA, Roberto (1996); *Psicopatología del Niño y del Adolescente; Veinte lecciones*, Lima, Ediciones Libro Amigo. 99 p.
- OLLENDICK, Thomas H; HERSEN, Michel (1993); *Psicopatología Infantil*; Nueva edición Actualizada, Barcelona: Martínez Roca. 602 p.
- PAPALIA, Diane E.; WENDKOS Olds, Sally (1998); *Psicología del Desarrollo*; 7ma. edición Edit. Mc. Graw Hill Interamericana S. A. 671 p.
- POLIANO LORENTE, Aquilino (1988); *Las Depresiones Infantiles*; Madrid: Morata. 431 p.
- POLIANO LORENTE, Aquilino (1985); *La Depresión*; Barcelona: Martínez Roca. 164 p.
- RABIN, Albert I. (1966); *Técnicas Proyectivas para Niños*, Buenos Aires, Paidós. 326 p.
- SHAFFI, Nohammad; SHAFFI, Sharon Lee (1985); *Depresión en Niños y Adolescentes: Clínica, Evaluación y Tratamiento*; Ediciones Martínez Roca, S.A., Barcelona - España. 249 p.
- SIQUIER OCAMPO, María Luisa; GARCÍA ARZENO, María Esther; GRASSANO DE PICCOLO, Elsa; *Las Técnicas Proyectivas y el Proceso Psicodiagnóstico*; Tomo I, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires - Argentina. 233 p.
- SCHAEFER, Charles E.; O'CONNOR, Kevin J. (1994); *Manual de Terapia de Juego*; México, El Manual Moderno. 489 p.
- VIDAL, Guillermo; ALARCÓN, Renato D. (1992); *Psiquiatría*; Buenos Aires: Médica Panamericana. 750 p.
- ZANOLO, Bruno (1995); *Análisis y Significado de la Categoría de Contenido del Psicodiagnóstico del Rorschach*; Primera Edición, Perú. 111p.