

Terapia Breve y Depresión infantil (Estudio de Caso)

Brief Therapy and Child Depression (Case Study)

Bismarck Pinto * y Eduardo Alvarez**

RESUMEN

El estudio trata un caso de Depresión Infantil en un niño de once años. El insatisfactorio rendimiento escolar es abordado por el colegio como Trastorno de Déficit Atencional y sugiere apoyo psicopedagógico externo. Una evaluación integral descarta problemas orgánicos y lleva a replantear el diagnóstico desde la perspectiva sistémica de las terapias centrada en el problema y narrativa. Se establece que mientras más presiona la madre con el cumplimiento de las tareas escolares el desempeño del hijo es peor. La intervención en este subsistema, prescribiendo actividades ajenas a los deberes, baja la tensión entre ambos. Los cambios a nivel cognitivo, emocional y conductual muestran la reversión del trastorno. La terapia estratégica resulta altamente efectiva.

Palabras clave: Depresión infantil, trastorno de Déficit atencional, terapia estratégica, terapia narrativa.

ABSTRACT

The case study addresses a Child Depression in a child of eleven. The unsatisfactory school performance is addressed by the school as Attention Deficit Disorder, and suggested outside psycho-educational support. A comprehensive assessment discarded organic problems and leads to rethinking the diagnosis from the systemic perspective of the problem-centered therapy and narrative. It states that the more pressing the mother to

(*) Director de la investigación. Doctor en Psicología. Magíster en Psicología de la Salud. Coordinador e investigador del Instituto de Ciencias en el Comportamiento de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo". bpintot@ucb.edu.bo

(**) Universidad Católica Boliviana "San Pablo", La Paz, Bolivia, xicatric@hotmail.com

compliance with homework child performance is worse. Intervention in this subsystem, prescribing activities outside the duties, lowers tension between them. The changes in cognitive, emotional and behavioral disorder show the reversal. Strategic therapy is highly effective.

Keywords: Childhood depression, attention deficit disorder, strategic therapy, narrative therapy.

Introducción:

Según Lang y Tisher (1997) los síndromes depresivos en niños y adolescentes muchas veces no llegan a ser diagnosticados. Esto se puede atribuir a diferentes motivos: las manifestaciones clínicas son distintas a las de los adultos, los niños e incluso los adolescentes no son capaces de identificar lo que les ocurre como depresión, y los adultos relevantes en la vida menor no pueden creer que a esa edad se sufra de depresión, además el hecho de admitirlo puede significar para ellos un fracaso como padres o educadores.

Los pequeños pueden estar severamente deprimidos y puntuar bajo en las escalas, contrariamente a lo que sucede con adultos. Así, la depresión infantil se debe considerar una entidad distinta a la depresión en los adultos. Los procedimientos e instrumentos evaluativos deben ser adaptables a la variabilidad evolutiva y concordar con el nivel de comprensión del niño, es recomendable utilizar entrevistas semi estructuradas y la observación directa. (Polaino-Lorente, 1988).

Debe resolverse el problema de si la depresión puede considerarse un fenómeno normal propio de su estadio de desarrollo, o representa un fenómeno patológico (Lang y Tisher, 1997). La peor de las consecuencias de una depresión infantil es el suicido (Polaino-Lorente, 1988; Linares, 2000).

El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) expresa que los niños y las niñas están afectados en la misma proporción por el trastorno depresivo mayor y la distimia. El trastorno provoca frecuentemente un deterioro del rendimiento escolar y de la interacción

social. Están irritables e inestables, además de tristes. Tienen una baja autoestima, escasas habilidades sociales y son pesimistas.

Las investigaciones recientes destacables sobre depresión infantil tenemos lo siguiente. En un estudio sobre la comorbilidad de TDAH con trastornos depresivos y de ansiedad realizado en España, el TDAH no muestra un perfil diferencial al presentarse con o sin ansiedad, si bien se dan alteraciones académicas, familiares, relacionales y clínicas (Del Carpio, 2006).

Sobre una muestra de 1286 niños entre 8 y 13 años, Del Barrio, Frías y Mestre (1994) encuentran que en la población española infantil hay una correlación entre niveles altos de depresión y sentimientos de baja autoestima, además de una correlación positiva con los síntomas de ansiedad y aislamiento.

Las disfunciones familiares (pobre habilidad comunicativa, interacciones abusivas, etc.) y las presiones ambientales (exigencias académicas, constante movilidad y disponibilidad de drogas), podrían llevar a la depresión y a la falta de habilidad para afrontar el estrés aumentando el riesgo de suicidio (Capuzzi, 1994).

Un análisis bibliométrico sobre depresión infantil considerando las publicaciones desde 1875 hasta junio de 2002 en España encontró un total de 208 trabajos, de los cuales el 88% ha sido publicado en las dos últimas décadas (1983 a 2002), mientras que en los restantes 107 años, desde 1875 hasta 1982, sólo el 12%. El contenido de los trabajos es fundamentalmente teórico, abarcando un 54%; de este total el 18% se refiere al diagnóstico y clasificación de la depresión infantil. Tan solo el 8% al estudio de factores de riesgo y prevención. Ninguno de los trabajos habla del tratamiento.

Los antecedentes resultan ambiguos y poco conclusivos tanto en las definiciones como en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la Depresión Infantil. Desde el abordaje sistémico, para Cancrini (2006) la idea de hablar de la depresión como enfermedad es una locura, una moda. “La manifestación de una depresión debería ligarse a un hecho de la vida que ha irrumpido y roto un equilibrio anterior”, con esta afirmación relacionada a las etapas

del ciclo vital y los desafíos que cada una implica, el autor expone varios casos entre los cuales se destacarán dos que involucran a niños.

En el primero los padres atraviesan un proceso de separación, ambos ya tienen otra pareja y no han dado explicación clara sobre ello a sus hijas, ellas han bajado considerablemente su desempeño académico. En un tratamiento farmacológico previo los resultados fueron pobres, el espacio terapéutico reuniendo a la familia fue positivo para las niñas, pues querían unir a sus padres. Ellas sabían que el problema era complicado aunque se abordara con ligereza ante ellas. Cuando se llegó a un acuerdo y el padre se fue de la casa con su pareja, se trabajó con la madre en la reorganización de su hogar en relación a las hijas. La terapia de apoyo tras la separación dio buenos resultados (Redes, 2006).

En el segundo caso una niña de nueve años es molestada por el dueño del edificio donde vive con sus padres, quienes no hacen caso cuando les habla llorando del acoso que sufre. Finalmente ella habla en el colegio al respecto, la familia la escucha, el dueño del edificio acepta el asunto aunque lo minimiza. Los síntomas depresivos desaparecen cuando creen en la niña. “Es como si el expresar el dolor sin que el otro escuche y esté empáticamente con quien habla, no fuera útil. La expresión del problema sirve sólo cuando hay escucha empática” (Cancrini, 2006). Y concluye: “El único concepto que nos puede ayudar es el de la flexibilidad máxima y la elección de instrumentos que sean adecuados a cada situación concreta”.

Zapella (1996), neuropsiquiatra infantil y Terapeuta familiar italiano, advierte: “han desaparecido variables de crecimiento que probablemente existían desde hacía cientos de miles de años, como el grupo de chicos de edades variadas, con la consecuencia de confinar el crecimiento entre dos instituciones, la familia y la escuela, ambas, además, invadidas de un loco espíritu de competición. Un crecimiento relacional sin compensaciones, invadida de una sola ideología. Un niño que cuesta cifras locas en el plano económico, emotivo y de tiempo” (Perspectivas sistémicas, Vol 52).

Integrando los aportes de distintos autores a través de la historia, podemos concebir el aprendizaje significativo como un “proceso de construcción del sentido de la personalidad”, que implicaría formas de pensar, sentir y actuar (Tintaya, 2002). De modo que el

aprendizaje no se puede limitar a la educación formal que se imparte en los establecimientos educativos, y a la que tanta importancia se da en general.

Tomemos como ejemplo de esta “loca competición” a la que Zapella se refiere, las pruebas de ingreso que los colegios prestigiosos imponen a sus pequeños postulantes tanto en nuestro medio como fuera de él. Éstas generan altos niveles de estrés en los padres de familia, ellos no saben que los resultados de las evaluaciones psicológicas pueden ser producto de errores metodológicos y, si el psicólogo considera que el niño no es apto para ingresar al colegio, los padres podrían creer que su hijo es inepto (Pinto, 1998).

Si bien los criterios para el diagnóstico de depresión infantil no están estandarizados (Polaino-Lorente, 1988) y muchas veces los padres no saben cómo llamar al problema (Lang y Tisher, 1997), es innegable la demanda que hay para su tratamiento, el caso analizado en este estudio es solo un ejemplo.

En el mismo la entrevista y la observación directa permitieron obtener datos concluyentes para el diagnóstico. Los criterios conceptuales tomaron en cuenta la teoría de la depresión de Beck (1979), que en su triada cognitiva resulta adaptable al planteamiento de Parmelee (1998) respecto a la depresión infantil como entidad particular. Para las características relacionales se utilizaron los criterios de Linares (2000) sobre la estructura familiar de la persona con depresión mayor y distimia.

La triada cognitiva (Beck 1979) consiste en tres patrones de pensamiento principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo característico negativo, mostrando un estado de ánimo subjetivo bajo, actitudes pesimistas y una pérdida de espontaneidad entre otros; los síntomas se presentan a nivel cognitivo, conductual y emocional, interfiriendo en la sensación y percepción que la persona tenga respecto a sí mismo y a su entorno (Marselach, 2002).

Los niños presentan un estado de ánimo reactivo en mayor medida que los adultos. Pueden no verbalizar su disforia o no demostrar que siempre están tristes, así el estado de ánimo varía de un día al otro. Presentan ideas de auto desprecio, irritabilidad y agitación, alteraciones del sueño, alteración del rendimiento escolar, disminución de la socialización,

cambios de actitud respecto a la escuela, quejas somáticas, pérdida de energía habitual y cambios del apetito y del peso (Parmelee, 1998).

Desde el punto de vista sistémico la dinámica relacional de la depresión mayor se caracteriza por una nutrición emocional hipotecada, donde las dos esferas fundamentales de la familia, conyugalidad y parentalidad, están totalmente deterioradas. Tras la apariencia cordial y nutricia hay un fondo frío, de crítica y descalificación. En lo pragmático son rígidos y exigentes, y en lo cognitivo hay un culto por las apariencias. En la distimia la parentalidad está conservada pero la conyugalidad no. Hay una simetría inestable, marcada en el espacio pragmático por la división en dos bandos o partidos que dan lugar a un clima emocional explosivo y al rojo vivo (Linares, 2000).

El abordaje terapéutico basado en la epistemología sistémica, libre de diagnósticos determinantes, permitió el uso de las técnicas de las terapias centrada en el problema y narrativa sin necesidad de utilizar la palabra depresión o distimia en el trabajo directo con la familia. Se parte de la premisa de que los niños se enfrentan con un problema y no son un problema (Freeman, 2001).

La terapia que se aplicó desde el abordaje sistémico acusa alentadores resultados. La alta efectividad de las técnicas estratégica y narrativa lleva a plantear un análisis sobre las posibles variaciones aplicativas del modelo que redundarían en un mayor impacto sobre los clientes. ¿Es recomendable llevar el tratamiento fuera del espacio del consultorio psicológico? Se abre la discusión a este respecto.

En Bolivia los aportes profesionales desde la psicología en relación a las instituciones educativas y sus estudiantes parecen estar actualmente bastante limitados.

Método:

La selección de los participantes se realizó ante la demanda familiar de ayuda profesional para el problema de desempeño escolar de Carlitos.

Participó en el estudio una familia de clase media alta de la ciudad de La Paz: Carlos, el padre, de 45 años; Teresa, la madre, de 43 años; Carlitos de 11, el hijo mayor, y Teresita, de 9, la hija menor. Los niños estudian en un colegio particular de la zona sur de La Paz.¹

Para descartar posibles trastornos primero se realizó la evaluación neuropsicológica, cognitiva y de inteligencia del niño. Se utilizó la prueba para inteligencia WISC III de Wechsler (Ed. Paidós, 1994); la evaluación neuropsicológica tomó en cuenta los criterios planteados por Pinto (1998) para la adaptación del examen neuropsicológico del niño de Beatriz Lefèvre.

Luego de una reunión informativa sobre los resultados de las pruebas, se tuvo una sesión de terapia con los padres; tres con la madre paralelas al trabajo con el niño; y una última, al final de la intervención con el niño, con ambos padres. La entrevista que se analiza se realizó un mes y medio luego de acabar el tratamiento.

El trabajo con el niño se desempeñó en una primera etapa dos veces a la semana, en su casa, adecuándose a la demanda de la madre. Esta modalidad permitió realizar un seguimiento de las prescripciones hechas a la madre.

En una segunda etapa las sesiones fueron una vez a la semana. En total se tuvieron 26 sesiones con el niño.

Conclusiones

La terapia sistémica ha demostrado gran efectividad en el caso de Carlitos, un niño perteneciente a una familia con funcionamiento distímico, Siguiendo un plan de trabajo trazado de acuerdo al caso se utilizó principalmente la terapia centrada en el problema, que dio espacio a la aplicación de la terapia narrativa.

¹ Los nombres de los participantes son ficticios.

El primer objetivo fue descartar dificultades neuropsicológicas y otros posibles causantes de problemas de aprendizaje. Zapella (1996) considera que la terapia familiar es la más efectiva y económica en el tratamiento de los problemas infantiles, y advierte sobre los errores en que puede incurrir, uno de ellos es renunciar a usar fármacos en el proceso de la terapia, el autor critica “la idea de que las dificultades nacen de relaciones equivocadas, sin tomar en consideración de qué modo la especificidad neurobiológica de un niño difícil sea en ello decisiva”. Detectar problemas a este nivel habría llevado a la necesidad de plantear de otro modo la terapia.

“La intervención estratégica es, de hecho, también un teatro; refleja de él la potencia expresiva, la necesidad de una implicación intensa y con éstos la posibilidad –a veces la necesidad– de inventar. Pero su diseño nace de la evidencia precisa, definida en términos etológicos, de una determinada dificultad en la relación” (Zapella, 1996). En el problema relacional de Carlitos y su mamá urgía bajar la tensión generada en torno a las tareas. El diagnóstico del colegio acrecentó la rigidez; en algún momento la mamá creyó que su niño necesitaría “tratamiento médico psiquiátrico”. El rigor técnico en la evaluación dio lugar a argumentos inapelables cuando se explicaron los resultados a los padres pero, además, aplicar esta evaluación a través de una relación en la que el terapeuta se encuentra y juega con el niño a la vez se convierte en un teatro.

La actitud empática es honesta, sin embargo la posición de debilidad que el “profesional” asume al jugar en el suelo es un teatro montado para los padres. Una estrategia que puede distender y abrir el sistema familiar rápidamente. La manera de hablar y la disposición de los adultos es totalmente distinta cuando han visto a un extraño jugar y disfrutar de su hijo.

Para llegar al diagnóstico de depresión infantil se cumplió con los criterios planteados por Kovacs pero no fue necesario aplicar ningún cuestionario, el procedimiento utilizado ofreció una aproximación bastante clara. Inmiscuyendo a la mamá y dialogando con el niño se logró además mayor funcionalidad en el diagnóstico relacional.

Un pequeño cambio en la interacción entre Carlitos y su mamá, tomando como eje principal los postulados de Haley (1980) sobre la terapia centrada en el problema, marcó el camino de salida de la depresión. La directiva jugó un papel fundamental al intervenir. La

mamá cumplió con la tarea, la comprendió y fue capaz de reinventarla, se apropió de ella. En este aspecto la relación establecida en un principio con el niño marcaría el resto de la terapia, pues en ningún momento se descuidó el aspecto lúdico, esperando que la mamá lo reproduzca. Utilizar un juego versátil (en este caso manchas de pintura) antes de aplicar la prueba en aquella primera sesión, contribuyó para que el niño respondiese con la motivación adecuada también las otras veces.

En términos conductuales se podría hablar del terapeuta como modelador: la mamá imitaba su comportamiento con el niño. Sin embargo la intervención tenía otras implicancias: se buscaba transmitir un clima armonioso y de juego, una situación relacional en la que tanto mamá como hijo se sintieran validados y a gusto derivaría necesariamente en una mejora en el rendimiento escolar. Había que mostrarles a los padres otro camino para el cumplimiento del deber que no fuera la imposición. En este sentido el terapeuta se convierte además en un elemento terapéutico que pasa a formar parte del sistema.

Carlitos ya no necesita dejar de hacer tareas para vincularse con su madre; más de un año antes de consultar con el terapeuta, la mamá recuerda a su niño llorando y diciéndole: “tú sólo me hablas para decirme que haga las tareas”. Una vez desatado este nudo relacional, Carlitos empezó a cambiar su narrativa para sí mismo y para su familia.

A los dos meses y medio de haber comenzado el tratamiento la mamá llamó al terapeuta contándole que, en una reunión del colegio, le informaron sobre las mejorías de Carlitos. Participaba en clase, preguntaba cuando no entendía algo, interactuaba con profesores y alumnos. Las calificaciones y el cumplimiento de los deberes habían dejado de ser lo más importante, el niño estaba dejando atrás su retraimiento, en términos de la madre “ya no se chupaba”.

Esto abrió el espacio a una historia que no se había escuchado todavía: su curiosidad, su creatividad, su capacidad de expresarse formaron parte de esta narrativa que yacía opacada por el niño distraído y callado. Para el final del tratamiento Carlitos dejó de ser un niño con problemas de atención, ahora simplemente era un niño flojo.

La ocupación del terapeuta en las sesiones semanales fue construir con Carlitos esa historia distinta, el niño inventaba juegos, era ágil con la pelota, sabía hacer avioncitos que daban vueltas completas en el aire y, además, era capaz de cumplir medianamente bien con sus deberes. Es difícil hablar de una guía para estas intervenciones pues, sustentado en su diagnóstico, el terapeuta permitía que los juegos se vayan dando de la misma manera que el diálogo, el niño era quien los enseñaba y allí surgían las excepciones: la inteligencia y sensibilidad de Carlitos.

Es importante tener en claro que estos cambios narrativos se lograron en función al cumplimiento de la prescripción, se puede entender que es el cambio relacional el que nos lleva al cambio de narrativa, quizá sin una directiva clara no se hubiese logrado resultados tan positivos.

El síntoma era significativo para la familia, para poder vencerlo había que tomarlo tan en serio como ellos y trabajar sobre éste incluyendo principalmente a la madre, protagonista en la co-construcción del trastorno. Aplicar terapia centrada en soluciones desde el inicio o basar la intervención en la técnica de externalización probablemente habría sido demasiado disonante con el rígido diagnóstico del colegio, tan importante para la familia en su momento; se corría el riesgo de perder la confianza de los padres en el trabajo, más tratándose de un terapeuta joven.

Andolfi (2002) comienza su trabajo por los niños para llegar a los adultos, observa por lo menos tres generaciones y ve procesos de aprendizaje que dan lugar, entre otras cosas, a los mitos. La prescripción ya estaba dando sus frutos en Carlitos para cuando se conversó con los padres sobre la educación primaria de su hijo y su significado en la familia: la función del colegio, su importancia, el tipo de estudiantes que fueron ellos mismos.

Para la última entrevista la madre cuenta que su esposo perdió un año de colegio, y lo pone como ejemplo de éxito profesional que nada tiene que ver con las calificaciones de colegio. Se logró cambiar la narrativa de la pareja respecto a la institución educativa, esto sirvió de excusa para unir las opiniones del papá y la mamá, llevándolos así a un acuerdo relacional en torno a la educación de Carlitos.

La importancia de la terapia tuvo que ver con la intervención en la secuencia interaccional desatada cuando tocaba hacer que Carlitos cumpliera con los deberes escolares. Las características familiares corresponden con asombrosa similitud a la perspectiva relacional del trastorno distímico descrita por Linares (2000), la inestable simetría y la alianza intergeneracional ya mencionadas fueron parte del diagnóstico. Linares (2000) advierte que lograr cambios en la estructura distímica es más sencillo que en la depresiva. Sin duda la voz del terapeuta puede ser más fuerte e influyente luego del impacto de la intervención con el niño, en este caso se ha trabajado fundamentalmente sobre la relación entre el niño y su mamá.

Se plantearon reflexiones sobre los cambios y su duración en el tiempo, fuera de ello la efectividad del tratamiento está comprobada. Al final la mamá habla con orgullo de Carlitos: “Aprendió a no tener vergüenza, a conversar, a abrirse. A abrirse, y eso es pues más de la mitad del éxito, yo creo que es el 80% (...), aunque lo aplacen de año, ¡qué me importa!”. Con esto se llegó todavía más lejos de lo que se esperaba, la madre se permite preocupaciones de mayor importancia que el desempeño académico, antes abrumador y desgastante. Dice convencida: “con que la pases para que no te quedes atrás y que lo disfrutes sobre todo y que vivas feliz y tranquilo, yo creo que ya estás”.

Tabla 1. Síntomas, manifestaciones y reversiones descritos por la madre.

Síntomas (Parmelee)	Manifestación descrita	Reversión descrita
Ailamiento, disminución de socialización	“Avergonzarse”, “chuparse”	“más presente”. “la relación con los amigos, hasta con las niñas (mejoró)” “aprendió a estar con gente”

Ideas de autodesprecio	La mamá y otra persona hacían las tareas por él, poniéndolo en posición inferior.	“Aprendió a no tener vergüenza, a conversar a abrirse”. “No se amilanó (participa en la noche de talentos tocando guitarra)”.
Indiferencia	“Antes le valía”.	“Se mete más en las cosas, se inmiscuye más”. “Aprendió a expresarse”. “Más activo”.
Quejas somáticas	Faltó a clases por jaquecas.	Asiste a clases sin quejas somáticas.
Irritabilidad y agitación	“Al principio era pleito diario”.	“Ha empezado a asumir(...) interesarse”
Falta de concentración	“Si pasaba una mosca se iba”.	“Participando más en clase”
Cambios de actitud respecto a la escuela	“Te pones a hacerlas tú (se refiere a las tareas)”.	Actitud positiva en el colegio advertida por la directora y el profesor de matemáticas. Se responsabiliza por sus tareas

Discusión:

El caso estudiado abre espacio a varias reflexiones: ¿Los cambios se mantienen en el tiempo si no se interviene en la estructura familiar y sus juegos relacionales? Los cambios en la depresión de Carlitos fueron notables, sin embargo podrían resultar engañosos de no tomar en cuenta a la pareja matrimonial como punto de partida, definiendo la como triada por moverse siempre en función a un tercero, en este caso, el hijo (Haley, 1980).

El análisis de los juegos relacionales y la estructura familiar puede parecer importante en una discusión teórica, al igual que los síntomas y signos que nos llevan a establecer el diagnóstico de Depresión Infantil, sin embargo la efectividad del tratamiento en una primera etapa nada tuvo que ver con profundos análisis teóricos, no era necesario saber que Carlitos estaba deprimido para intervenir y lograr notables mejorías, y también se podía prescindir del análisis de interacción de todos los miembros de la familia. Bastó tomar en cuenta la relación cargada de agresividad entre madre e hijo para plantear un tratamiento altamente efectivo bajo la lógica del diagnóstico como parte del problema (Haley, 1981). ¿Se puede quedar ahí la terapia?, ¿sería necesario insistir sobre los juegos relacionales explicitándolos en sesión, aunque se haya logrado el cambio también a este nivel? ¿Habrá una recaída?

La aplicación de la epistemología sistémica a las relaciones familiares funciona. Sus postulados se cumplen y su empleo da lugar a cambios que parecen responder con la precisión de una fórmula matemática. La complejidad surge el momento de influir en las personas para que practiquen las prescripciones. Luego de un cambio, aunque sea mínimo, se podrá llevar a la persona a hacer más cosas distintas que redunden en una mejora de su salud mental, en muchos casos sustancial.

Las técnicas de las terapias centrada en el problema y narrativa pueden parecer fáciles de aplicar y hasta obvias. Sin embargo en el caso del terapeuta comprenderlas y hacerse de ellas, dar cuenta de los enormes cambios que se pueden producir incidiendo directamente en las emociones, cogniciones y comportamiento de las personas tuvo que pasar por el filtro de la experiencia.

La idea de que un cambio es necesariamente el resultado de largas reflexiones y una inmersión en las profundidades del inconsciente es seductora y se puede convertir en un obstáculo. Fue imprescindible ver cambios a través del cumplimiento de las directivas para asimilar, poco a poco, la poderosa influencia de las interacciones en la psicología individual.

Por otro lado, si bien se trabaja en los marcos científicos de modelos ya comprobados y altamente efectivos cuando son aplicados de la manera adecuada, está también el “arte de la terapia”, que consiste en hallar la manera particular de cooperar de las personas, cómo decirles las cosas, en qué momento, la pertinencia de impartir una directiva. Estos detalles remiten a la importancia de la intuición del terapeuta y su capacidad de crear junto al paciente una verdad propia (Yalom, 2000).

Se cuenta con un buen diagnóstico y se sabe lo que va a generar mejoras en la salud mental de las personas, entonces lo difícil es lograr que los clientes hagan aquello que les producirá alivio, que les llevará a una mejora en su calidad de vida. ¿Cómo lograr que el cliente haga su tarea? Ese es el reto. Es importante en este punto referirse a la manera en que se aplicó el tratamiento.

Se propuso una diferencia que no desentonara con lo conocido por la familia, “una diferencia que haga la diferencia” (Andersen, 1991). Al principio se trabajó bajo el formato recomendado por el colegio para el tratamiento de niños con TDAH, empleando dos sesiones a la semana en las que supuestamente se trabajaría sobre los malos hábitos y el Déficit Atencional de Carlitos. De manera que, utilizando las formalidades de una lógica lineal, concordante con el modelo conductual, se aplicó un tratamiento sistémico en el que atacar la circularidad del síntoma era lo más importante.

Se aprovechó el tiempo con el niño y la presencia de la madre para darle fuerza a la prescripción, contando con alguien que se ocupara de las tareas, bajaba la ansiedad en ella y entonces la presión también disminuía. Esta forma de trabajo pone en cuestión los costos económicos y de tiempo, pero además es importante saber que la frecuencia de las sesiones tiende a crear mayor dependencia. La familia puede creer que si el terapeuta no está el niño volverá a descuidar los estudios.

Hacia el final del tratamiento las conversaciones con los padres de familia sirvieron para deconstruir los mismos conceptos que daban lugar al apoyo psicológico de Carlitos.

Remitiéndose al análisis de la entrevista se puede evidenciar que lo único que logró la institución educativa con su apoyo psicológico fue acrecentar el problema depresivo de Carlitos. Se debe discutir al respecto: ¿cuál es la misión del psicólogo que forma parte de una institución educativa?, ¿es tan estrecha su visión que se limita a cumplir lo que el colegio manda o es que la institución lo absorbe y somete?, ¿no se permiten propuestas innovadoras desde el área de psicología o nadie se ocupa de plantearlas?

La tendencia a encasillar a los chicos con problemas escolares en un solo diagnóstico sin una previa evaluación minuciosa es un punto preocupante y habla mal del desempeño y aporte profesional del psicólogo a la educación. ¿Los procedimientos de los psicólogos son válidos? Y lo más importante, ¿son efectivos?, ¿sirven de algo?, ¿sirven a la familia?, o sólo la inducen a una competencia de la que el colegio es, en gran medida, responsable. ¿Qué se les está enseñando a los niños en el colegio? ¿Qué valores se les están transmitiendo?

Etiquetas como la del TDAH conducen directamente a una discriminación de la cual los propios niños se vuelven protagonistas. En la entrevista se observa que los responsables de la salud mental de los pequeños pueden llegar a crear una enfermedad a partir del diagnóstico y hacer más daño que bien con su tratamiento que en algunos casos incluye medicación, este fenómeno médico denominado yatrogenia va asociado con una enfermedad de moda que, como dice Polaino, puede atribuirse a cualquier persona sin criterios suficientes.

La evaluación que utilice el colegio para abordar el problema debe ser precisa y descartar el diagnóstico diferencial, el TDAH y la depresión infantil se pueden confundir debido a los coincidentes síntomas conductuales. La primera en darse cuenta del “déficit” de Carlitos es su profesora. El niño soñaba despierto, le faltaba concentración y atención, por eso su bajo rendimiento escolar. Parmelee (1998) describe estos síntomas como parte de la depresión infantil que el colegio asumió como TDAH. La evaluación debe ser integral, realizada por un equipo multidisciplinario si fuera necesario; en cuanto a lo sistémico es importante

incluir a la familia y tomar en cuenta síntomas fuera del ambiente académico. El objetivo es contar con un diagnóstico preciso y, lo más importante, funcional a la hora de tratar el problema.

La educación debe estar al servicio de la vida y no la vida al servicio de un sistema educativo, diría Ortega y Gasset, lo mismo se aplica a nuestra ciencia, que debe estar al servicio de la vida. La pregunta del terapeuta antes de intervenir fue: ¿qué le brindará mayor calidad de vida a este niño y su familia?, ¿qué elementos técnicos nos pueden llevar a ello?

El apoyo psicológico externo, como se mencionó, también responde a lo que el colegio ve por conveniente. Habría que ver cuán fructífero resulta para los estudiantes y sus familias.

Los padres quieren lo mejor para sus hijos y en este afán eligen un colegio prestigioso que les brinde la mejor educación y buenas relaciones sociales. El colegio debería buscar constantemente la manera de mejorar su servicio en lugar de restringirlo arbitrariamente.

El terapeuta debe velar primero por la salud mental de su paciente, no por los intereses y métodos del colegio, ni por quedar bien con la institución. Establecer un diagnóstico claro y funcional es preciso, tanto como manejarlo con responsabilidad y discreción.

Un límite de la terapia tuvo que ver con el tiempo, si bien se justifica por la adaptación al abordaje tradicional que utiliza el colegio, es prescindible en la intervención terapéutica como tal. Los costos económico y de tiempo se podrían disminuir considerablemente; en todo caso el número pertinente de sesiones se debe establecer en negociación con la familia, siguiendo su ritmo e indagando sobre la manera en que la intervención será más impactante.

Dentro de la prevención sería provechoso dar charlas a los padres de familia sobre la importancia de los deberes, recomendarles no descuidarlos pero tampoco sobrevalorarlos, hablar de la importancia y el lugar del aprendizaje formal en sus vidas y las de sus hijos.

En el caso de Carlitos, como en el resto de las intervenciones psicológicas con niños, el tratamiento es por sí mismo un método de prevención. Recuérdese que una depresión

infantil puede llevar al suicidio y que el único síntoma visible para los padres en esta y otras patologías podría ser el bajo rendimiento escolar.

En nuestra sociedad se le da mucha importancia al desempeño académico escolar, el bajo rendimiento e incumplimiento de deberes muchas veces es sólo la punta de un problema psicológico mucho más grave. ¿Qué quieren decir los estudiantes con sus bajas notas? Carlitos estaba deprimido, hay muchos casos como este, existen otros padecimientos escondidos detrás de una mala calificación. Es necesario estudiar el bajo desempeño académico como síntoma de depresión y otras patologías familiares.

La plasticidad del abordaje sistémico permite tratamientos prácticos y altamente efectivos, recordemos a Cancrini (2006): “el único concepto que nos puede ayudar es el de la flexibilidad máxima y la elección de instrumentos que sean adecuados a cada situación concreta”. Investigar bajo sus principios áreas poco exploradas como ésta es urgente. Ahí la importancia de formar terapeutas dispuestos a experimentar y asumir riesgos sin dejar de lado las bases teóricas.

Las habilidades que el terapeuta familiar debe desarrollar son difícilmente mensurables. “Ponerse a cargo del destino de una persona a través de este trabajo de la psicoterapia exige una formación personal, una fuerza, un equilibrio, tiempo e instrumentos de trabajo sofisticados. No es suficiente tener una licenciatura” (Cancrini, 2006). El aprendizaje formal dentro de un aula universitaria brinda importantes conocimientos científicos pero, como ya se mencionó, su asimilación y aplicación es más compleja.

Por otro lado está el compromiso del terapeuta con sus pacientes, el acompañamiento, la capacidad y disposición para sintonizar con las emociones del otro. Más allá de las técnicas, la terapia es un encuentro auténtico entre dos personas donde la humanidad del terapeuta juega un papel fundamental. Para convertirse en un elemento terapéutico dentro de un sistema familiar el terapeuta debe apelar a su humanidad.

“Como participante, uno entra en la vida del paciente y resulta afectado y, en ocasiones, transformado por el encuentro” (Yalom, 2000). La formación del psicólogo clínico requiere de un trabajo terapéutico sobre la propia historia de vida. Acompañar y colaborar en vez de

interferir en los procesos que siguen los pacientes pasa por el reconocimiento de las propias cualidades y limitaciones.

Artículo recibido en: Septiembre 2009

Manejado por: Editor en Jefe- IICC

Aceptado en: Diciembre 2009

REFERENCIAS

1. American Psychiatric Association (1995) *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson.
2. Andersen, T. (1994) *El equipo reflexivo*. Barcelona: Editorial Gedisa.
3. Beck, A., Rush, A., Shaw, B. (1983) *Terapia cognitiva de la depresión*. España: Descleé de Brouwer.
4. Calderón, R. (1990) *El niño con disfunción cerebral*. México D.F: Editorial Limusa.
5. Cancrini, L., La Rosa, Cecilia. (1996). *La caja de pandora*. Barcelona. Paidós.
6. Cancrini, L. (2006) *La depresión en psicoterapia*. Revista Redes – 2006, Vol. 8, pp. 31-46.
7. Del Barrio, V., Frías D., Mestre, V. (1994) *Autoestima y depresión en niños*. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=2385363&orden=90196
8. Diez Zamorano, M. (2003) *Análisis bibliométrico sobre depresión infantil en España*. Disponible en: www.invenia.es/oai:ialnet.unirioja.es:ART0000053286
9. Freeman, J., Epston, D., Lobovits, D. (2001) *Terapia Narrativa para Niños*. Barcelona: Paidós.

10. Haley, J. (1980) *Terapia para resolver problemas*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
11. Harrington, R., Whittaker, J., Shoebridge, P., Campbell, F. (1999) *Revisión sistemática de las terapias cognitivo conductuales en el trastorno depresivo de la infancia y la adolescencia*. Disponible en: europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=97640&donde=castellano&zfr=0 - 1k
12. Kirszman, D. (2004) *Psicoterapia cognitiva de la depresión*. Disponible en: www.redsistemica.com.ar/kirszman.htm - 22k
13. Lang, M., Tisher, M. (1997) *Cuestionario de depresión para niños*. Madrid: TEA.
14. Linares, J. (2000) *Tras la honorable fachada*. Buenos Aires: Paidós.
15. López, J., Serrano, I., Delgado, J (2004) *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad*. Disponible en: eb.usal.es/~jdelgado/TDAH%20Psicothema.pdf
16. Mendez, X., Rosa, A., Montoya, M., Espada, J., Olivares, J., Sánchez-Meca, Julio. (2002) *Tratamiento psicológico de la depresión infantil y adolescente: ¿evidencia o promesa?* Disponible en: europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?articuloId=272776&donde=castellano&zfr=0 - 1k -
17. Pérez, M., Urquijo, S. (2001) *Depresión en Adolescentes. Psicología escolar y educacional online*. Vol.5. pp.49-58. Disponible en: <http://pepsic.bvs-psi.org.br/>
18. Pinto, B. (1998) *Neuropsicología de los problemas del aprendizaje escolar*. La Paz: Punto cero editorial.
19. Pinto, B. (2005) *Porque no sé amarte de otra manera*. La Paz: Universidad Católica Boliviana “San Pablo”.

20. Polaino-Lorente, A. (1988) *Las depresiones infantiles*. Madrid: Ediciones Morata.
21. Ricci, E. (2002) *La terapia con la familia, un encuentro con Maurizio Andolfi*. Revista Perspectivas sistémicas – 2002, Vol. 70.
22. Rivera, C., Bernal, G., Rosselló, J. (2005) *The Children Depression Inventory (CDI) and the Beck Depression Inventory (BDI): Their validity as screening measures for major depression in a group of Puerto Rican adolescents*. Disponible en: www.invenia.es/oai:dialnet.unirioja.es: RT0000054065
23. Santiago, L. (1998) *Apuntes de terapia familiar Volumen I*. Barcelona: Centro Kine.
24. Santiago, L. (1998) *Apuntes de terapia familiar Volumen II*. Barcelona: Centro Kine.
25. Tintaya, P. (2002) *Aprendizaje, construcción de la personalidad*. La Paz: Instituto de estudios bolivianos.
26. Tolchinsky, M. (2005) *Depresión Infantil: cómo ocultan los chicos el bajón*. Disponible en: www.clarin.com/diario/2005/06/09/conexiones/t-991897.htm - 29k -
27. Wechsler, D. (1994) *Test de inteligencia para niños WISC III*. Buenos Aires: Paidós.
28. Yalom, I. (2000) *Psicología y Literatura*. Barcelona: Paidós.
29. Zapella, M. (1996) *Para recuperar al niño. Perspectivas Sistémicas*, Vol. 25. Reproducido de la publicación española REDES – 1996, Vol I, número 2.