



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO
EN PSICOLOGÍA
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

**EFFECTOS DE UNA INTERVENCIÓN COGNITIVO-CONDUCTUAL
EN SÍNDROME DE NIÑO MALTRATADO
VARIEDAD ABUSO SEXUAL**

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN PSICOLOGIA

PRESENTA:
LIC. ROCIO ELIZABETH DIAZ SANTANA

DIRECTOR DEL REPORTE: DRA. DOLORES MERCADO CORONA

**COMITÉ TUTORAL: DR. SAMUEL JURADO CÁRDENAS
DR. ARTURO LOREDO-ABDALÁ
MTRO. FERNÁNDO VÁZQUEZ PINEDA
MTRO. ARTURO MARTÍNEZ LARA**

MÉXICO, D.F.,

ABRIL, 2011.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ÍNDICE

Resumen, 5

Introducción, 6

Caso Clínico Núm. 1, 13

Historia del Problema, 13

Fase descriptiva: Análisis y descripción de las conductas objeto de intervención, 14

Factores de predisposición, 20

Diagnóstico, según sistema de clasificación DSM-IV-TR, 21

Formulación clínica y modelo Psicopatológico, 21

Fase de tratamiento, 24

Fase de Evaluación de Resultados por Trastornos y/o problemas psicológicos, 27

Conclusiones clínicas, 32

Caso Clínico Núm. 2, 33

Historia del Problema, 33

Fase descriptiva: Análisis y descripción de las conductas objeto de intervención, 34

Factores de predisposición, 39

Diagnóstico según sistema de clasificación DSM-IV-TR, 40

Formulación clínica y modelo Psicopatológico, 41

Fase de tratamiento, 44

Fase de Evaluación de Resultados por Trastornos y/o problemas psicológicos, 46

Conclusiones clínicas, 50

Caso Clínico Núm. 3, 51

Historia del Problema, 51

Fase descriptiva: Análisis y descripción de las conductas objeto de intervención, 52

Factores de predisposición, 57

Diagnóstico según sistema de clasificación DSM-IV-TR, 58

Formulación clínica y modelo Psicopatológico, 59

Fase de tratamiento, 61

Fase de evaluación de resultados por trastornos y/o problemas psicológicos, 64

Conclusiones clínicas, 68

Primer Año de Residencia

Hospital Juárez de México, 69

Actividades Profesionales Desarrolladas en Pediatría, 71

Actividades Académicas realizadas durante la Residencia, 72

Estadísticas, 74

Competencias Profesionales alcanzadas en el primer año de la Residencia, 79

Segundo Año de Residencia

Instituto Nacional de Pediatría, 80

Actividades Profesionales desarrolladas en CAINM, 82

Actividades Académicas realizadas durante la Residencia, 84

Estadísticas, 86

Competencias Profesionales alcanzadas en el segundo año de la Residencia, 89

Referencias bibliográficas, 90

Anexos

Anexo 1. Historia Clínica Infantil, 95

Anexo 2. Registro de episodios de vómito, 98

Anexo 3. Registro de episodios de dolor de cabeza, 99

- Anexo 4. Registro de episodios de dolor de estomago, 100
- Anexo 5. Prueba de Desarrollo de Denver, 101
- Anexo 6. Técnica de “el volcán del enojo”, 103
- Anexo 7. Biblioterapia para padres, 103
- Anexo 8. Historia Clínica Multimodal, 104
- Anexo 9. Entrevista para Paciente con Abuso Sexual en Hospital Juárez de México Interconsultado en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, 119
- Anexo 10. Presentación de Caso Clínico en Unidad de Terapia Intensiva en el Hospital Juárez de México, 124
- Anexo 11. Inventario de Depresión de Beck (I.D.B.), 127
- Anexo 12. Caso Clínico. Hospital Juárez de México, 130
- Anexo 13. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), 134
- Anexo 14. Forma de Autorregistro Emocional (Cuaderno Terapéutico), 135
- Anexo 15. Diario de entrenamiento en Relajación, 136
- Anexo 16. Plan de trabajo para padres de paciente pediátrico, 137
- Anexo 17. Carta de Consentimiento Informado, 138
- Anexo 18. Modelo de Intervención Psicológica para el paciente Pediátrico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, 139

Índice de Tablas

- Tabla 1. Análisis funcional de respuesta fisiológica: vómito, cefalea y dolor abdominal, 16
- Tabla 2. Análisis funcional de renuencia a jugar con semejantes, 17
- Tabla 3. Análisis funcional de ansiedad por separación, 17
- Tabla 4. Análisis funcional de cambiarse frecuentemente de ropa, 18
- Tabla 5. Análisis funcional de evitar y vomitar ante ciertos alimentos y materiales, 18
- Tabla 6. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual en Caso Clínico Núm. 1, 25
- Tabla 7. Análisis funcional de respuesta: ansiedad, 35
- Tabla 8. Análisis funcional de respuesta: enojo, 36
- Tabla 9. Análisis funcional de respuesta: tristeza, 37
- Tabla 10. Análisis funcional de respuesta: Renuencia a utilizar apoyo social, 37
- Tabla 11. Análisis funcional de respuesta fisiológica: adormecimiento de manos y cansancio, 37
- Tabla 12. Análisis funcional de respuesta: sobrevigilancia a sus hijos, 38
- Tabla 13. Análisis funcional de respuesta: dormir en la misma cama y habitación que sus hijos, 38
- Tabla 14. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual en Caso Clínico Núm. 2, 43
- Tabla 15. Análisis funcional de respuesta fisiológica: ansiedad, 54
- Tabla 16. Análisis funcional de variable culpa, 55
- Tabla 17. Análisis funcional: hipervigilancia en actividades de los niños, 55
- Tabla 18. Análisis funcional de la conducta: Exigencia al hijo mayor sobre Cuidados hacia su hija con diagnóstico de A.S., 56
- Tabla 19. Análisis funcional de conductas obsesivas, 56
- Tabla 20. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual en Caso Clínico Núm. 3, 58
- Tabla 21. Horario de Actividades diarias desempeñadas en el primer año de Rotación: Hospital Juárez de México, 73
- Tabla 22. Horario de actividades desempeñadas durante el segundo año de Residencia en la Clínica de Atención al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, 84

Índice de Gráficas

- Gráfica 1. Episodios de vómito experimentados por el paciente en forma semanal, 28
- Gráfica 2. Comparación variable Depresión pre-post tratamiento, Caso Clínico Núm. 1, 49
- Gráfica 3. Comparación variable Ansiedad pre-post tratamiento, Caso Clínico Núm. 1, 49
- Gráfica 4. Comparación pre-post variable Depresión, Caso Clínico Núm. 2, 67
- Gráfica 5. Comparación pre-post variable Ansiedad, Caso Clínico Núm. 2, 67

- Gráfica 6. Pacientes pediátricos atendidos de febrero del 2007 al 2008, 74
- Gráfica 7. Porcentaje de pacientes pediátricos y cuidadores del mes de febrero del 2007 al 2008, 74
- Gráfica 8. Trastornos presentados en la población atendida en el periodo de febrero 2007-2008 según criterios del Manual DSM-IV-TR, 76
- Gráfica 9. Porcentajes de patologías en paciente pediátrico hospitalizado, 77
- Gráfica 10. Técnicas de Intervención psicológica en paciente pediátrico, 78
- Gráfica 11. Técnicas de Intervención psicológicas utilizadas con cuidadores primarios, 78
- Gráfica 12. Pacientes por género en la CAINM en el periodo de febrero 2008 al 2009, 87
- Gráfica 13. Distribución por edad de los pacientes diagnosticados interdisciplinariamente en CAINM en el periodo de febrero 2008-2009, 87
- Gráfica 14. Diagnósticos interdisciplinarios de 28 pacientes del 2008-2009, 88
- Gráfica 15. Técnicas conductuales utilizadas durante el tratamiento de pacientes con Abuso Sexual, variedad tocamiento, 88
- Gráfica 16. Técnicas Cognitivo-Conductuales empleadas en madres de paciente con diagnóstico de Abuso Sexual, 89

Índice de Figuras

- Figura 1. Modelo psicopatológico Caso Clínico Núm. 1, 22
- Figura 2. Narración de la madre en cuanto a disminución de episodios de vómito del paciente, 28
- Figura 3. Relato hecho por la mamá del paciente sobre resultados en ejercicio de relajación, 29
- Figura 4. Narración de la madre en “cuaderno de la terapia” en conductas sociales del paciente, 30
- Figura 5. Narración de la madre sobre técnica para disminuir enojo, 31
- Figura 6. Técnica de “el volcán del enojo”, 32
- Figura 7. Modelo psicopatológico del Caso clínico Núm. 2, 42
- Figura 8. Fragmento de “cuaderno de terapia”, presencia de distorsión cognitiva “todo o nada” en la Paciente, 46
- Figura 9. Registro de actividad física mensual ejecutada por la paciente, 47
- Figura 10. Paciente en sesión psicoterapéutica, 48
- Figura 11. Modelo psicopatológico del Caso clínico Núm. 3, 60
- Figura 12 y 13. Fragmentos de cuaderno en donde la paciente describe situaciones cotidianas que disparan ansiedad, 64
- Figura 14. Ejemplo de distorsión cognitiva “abstracción selectiva” en la paciente, 64
- Figura 15. Conductas planteadas por la paciente tras proceso de psicoeducación y biblioterapia, 66

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es describir la experiencia durante la Residencia en Medicina Conductual de la Maestría en Psicología Profesional de la Universidad Nacional Autónoma de México. Se describen tres casos clínicos de pacientes de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, con diagnóstico de Abuso Sexual intervenidos con técnicas cognitivo-conductuales como la reestructuración cognitiva, psicoeducación y relajación en variables afectivas y conductuales. El Abuso Sexual a menores se encuentra categorizado como una de las diferentes formas del Síndrome de Niño Maltratado que impacta a un gran número de población infantil en nuestro país, cuyas consecuencias se presentan a corto, mediano y largo plazo en las diferentes áreas: psicológica, conductual y fisiológica. Las técnicas cognitivo-conductuales ofrecen una alternativa para la disminución de síntomas en la víctima como en su cuidador primario. Los participantes mostraron disminución en variables como depresión y ansiedad, así mismo cambios conductuales en sus actividades cotidianas. Posteriormente, se describen las actividades realizadas durante el primer año de residencia en el Hospital Juárez de México en el área de Pediatría, ultimando por la experiencia en la Clínica de Atención Integral al niño Maltratado. En ambas situaciones, se describe las características del servicio, actividades y competencias alcanzadas.

Palabras clave: abuso sexual, terapia cognitivo-conductual, ansiedad, depresión, síndrome del niño maltratado.

ABSTRACT

The aim of the present study is to describe the experience during the Behavioral Medicine training of the Master on Professional Psychology at the National Autonomous University of Mexico. The study describes three clinic cases of patients at the Clinic of Maltreatment Children at the National Pediatric Institute, with Sexual Abuse diagnostic and interceded with cognitive-behavioral techniques: cognitive restructuring, psychoeducation and relaxation techniques over behavioral and affective variables. The sexual abuse on minors is categorized as one of the different ways of the Child Maltreatment Syndrome that affects a great number of the infant population in our country which main consequences are presented in a short, medium and large time in the psychological, behavioral and physiological areas. The cognitive-behavioral techniques offer an alternative in order to diminish the victim symptoms and within the primary cares. The participants, showed diminish in variables such as depression and anxiety, al well as behavioral changes on their daily activities. Subsequently, the study describes the activities around the first year of the training at "Hospital Juárez de México" within pediatric patients, including the experience at the Clinic of Maltreatment Children. In both situations, the service, activities and professional competences are described.

Key words: sexual abuse, cognitive-behavioral therapy, anxiety, depression, Child Maltreatment Syndrome.

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios, la psicología ha integrado el estudio de diversos temas relacionados con salud de la población. Sin embargo, es la Medicina Conductual el campo interdisciplinario que desde su inicio, se evocó en el tratamiento, de algunos desórdenes médicos como la epilepsia, el dolor de cabeza tensional, la migraña, etc. con la finalidad de intervenir con técnicas conductuales para modificar las conductas relacionadas con estas patologías.

El término de Medicina Conductual, fue utilizado por primera vez por Lee Birk en 1973 refiriéndose a las técnicas de biorretroalimentación y es en el año de 1977, en la Universidad de Yale que la Academia Nacional de Ciencias la define como un campo interdisciplinario relacionado con el desarrollo e integración del conocimiento de las ciencias biomédicas y conductuales en los desórdenes físicos. Gentry (1984; citado en Caballo, 2008) especifica las características básicas de esta disciplina: 1. La integración de conocimientos relacionados con la salud y la enfermedad, 2. El interés por la investigación de factores conductuales que contribuyen a la promoción general de la salud y prevención y tratamiento de la enfermedad y 3. La aplicación de estrategias conductuales para la evaluación y el control o modificación de factores psicológicos.

El residente en Medicina Conductual, de la Maestría en Psicología Profesional de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, desarrolla durante su formación, las habilidades necesarias para la evaluación y atención del paciente con enfermedad crónica degenerativa y sus familiares, para el afrontamiento de la situación actual. Sin embargo, existen otras situaciones de urgencia psicológica y de atención multidisciplinaria como lo son la presencia de maltrato infantil en sus diferentes formas, que atañen a la población pediátrica del país.

La infancia es una etapa de la vida donde los niños están expuestos a una serie de eventos: sus primeros pasos, integración al sistema escolar, el disfrutar del juego, nacimiento de los hermanos, muerte de algún familiar, divorcio de los padres, etc., todos estos con repercusiones que en ocasiones pueden pasar inadvertidos y en otras cuyas secuelas son irreversibles, como lo es la presencia de violencia y maltrato en la infancia.

El fenómeno médico social que actualmente se define como Síndrome del Niño Maltratado (SNM) tiene cada día mayor impacto mundial. Ante esta situación, y por su creciente efecto en el bienestar del niño, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) lo ha considerado un problema de salud pública mundial. Es la Organización Panamericana de Salud (2001), quien estima que aproximadamente 40 millones de niños sufren violencia en el mundo y en la Región de las Américas y el Caribe ésta se da en todas las formas, la cuál puede ser clasificado como físico,

psicológico o emocional, sexual, explotación, negligencia y abandono (recuperado en <http://pago.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL>). Definir el maltrato por diferentes instituciones de salud a nivel mundial ha sido una tarea compleja que exige de la cooperación de un equipo multidisciplinario. Ejemplo de esto, es la elaborada por la OMS (2002) quien cita: “El abuso o maltrato de menores abarca toda forma de maltrato físico y/o emocional, abuso sexual, abandono o trato negligente, explotación comercial o de otro tipo, de la que resulte un daño real o potencial para la salud, la supervivencia, el desarrollo o la dignidad del niño en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”.

El Maltrato Infantil no es un tema reciente, ya que ha ocurrido desde que la especie humana se encuentra en la faz de la tierra, siendo este un fenómeno tan antiguo como la humanidad y no una característica peculiar de la sociedad moderna (Loredo, 2004). Para ejemplificar el maltrato infantil a través del tiempo, es necesario hacer un recuento sobre este fenómeno durante momentos clave en el transcurso de la historia de la humanidad. Podemos iniciar evocando los diferentes sucesos en el Continente Europeo como la Revolución Francesa, ocasión en que se registraron niños en situación de guerra, de explotación laboral infantil durante la Revolución Industrial Inglesa, así como las atrocidades físicas y emocionales realizadas en la Segunda Guerra Mundial (Kumate, 2001).

La historia del maltrato infantil no es exclusiva de las regiones mencionadas. Es preciso recordar que en el México pre-colombino, las diversas etnias prehispánicas sacrificaban niños y adolescentes, con el objetivo de agradar o agradecer a una deidad, así como para obtener favores como la llegada de lluvias y el término de pestes, etc. (Loredo, Trejo, Perea, & Bustos, 2000). No sólo el México pre-colombino fue testigo de abuso contra niños; basta citar el periodo de Independencia y la Revolución Mexicana, lo cual en buena medida permanece hasta nuestros días, dada la aún deficitaria (y hasta nuestros días, ha existido poca) atención al respeto de los derechos humanos del menor, que continúa siendo víctima de todas las formas de violencia contra su persona (Loredo, 2004).

Es así como el abuso infantil en sus diferentes formas ha mermado en diferentes escenarios y tiempos el desarrollo psicosocial de los menores en el transcurso de la historia. Por ejemplo, en el año de 1860, Ambroise Tardieu, en Francia, identifica y registra (redacta) lesiones encontradas en las necropsias de 32 niños, 19 de los cuáles murieron quemados, otros por asfixia y varios con presencia de fracturas. En el marco de la creciente relevancia de este tema, en 1883 se funda la Sociedad Inglesa para la Prevención para la crueldad hacia los niños en la ciudad de Liverpool. Posteriormente, Caffey (1946; citado en Green & Swiontkowski, 2000), publica hallazgos de seis niños con fracturas múltiples y hematoma subdural; Silverman (1953, citado en Burgos, 1996) nombra como “traumatismos esqueléticos no reconocidos” en lesiones encontradas en niños. Más

tarde, Kempe, en 1962 nombra como “síndrome del niño golpeado” a infantes con, lesiones como hemorragias subdurales, que fueron infringidas por sus cuidadores.

El “descubrimiento” y auge del maltrato infantil, tuvo importantes repercusiones en países como Estados Unidos, en donde en el año de 1874, en la ciudad de Nueva York, tuvo lugar el caso de Mary Ellen, una niña de 8 años de edad quien fue golpeada y negada a relacionarse con niños de su edad por su madrastra. El caso legal fue atendido por Henry Bergh, fundador de la Sociedad para prevenir la crueldad en animales. A partir de este evento, es que en el mismo año se funda en ese país la Sociedad para prevenir la crueldad en los niños, en cuyos estatutos se promulga la indigencia de amar y cuidar a un infante, señalando que, en caso de que estos cuidados no le fuesen proveídos por sus cuidadores, el Estado tendría la obligación de suministrarlos.

Es así como en el siglo XX, la investigación en el fenómeno del maltrato en los niños tiene su auge en los niños justificado por, al menos, tres circunstancias elementales y en relación entre sí: en primer lugar, en el desarrollo de profesionales relacionados con el tema: enfermeras, trabajadores sociales, profesores y consejeros familiares, abogados, los cuales han tomado partido en proteger al menor. En segundo lugar, la incorporación de la mujer a la vida laboral. La tercera explicación de dicho fenómeno se encuentra en el contenido y puesta en práctica de la Convención sobre los derechos de los niños, la cual protege a todos los niños contra toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos u otra explotación, incluido el abuso sexual, involucrando debidamente a las entidades de salud pública y a todo el sector salud en la detección, prevención y tratamiento del problema (Finkelhor,2005).

Considerando estos aspectos, el fenómeno del Maltrato Infantil denuncia la experiencia e intervención de diferentes disciplinas que se facultan en este problema médico-social, afianzando la conformación de una definición que contemple sus características. Ejemplo de esto, es la Organización de las Naciones Unidas (1989) quién define al maltrato infantil como: “Toda forma de violencia, perjuicio o abuso físico y mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, mientras que el niño se encuentra bajo la custodia de sus padres, de un tutor, o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”.

En México, han emergido a dispar definiciones sobre el complejo fenómeno del maltrato: Riojas, en 1968; Marcovich (1981), Ariza, (1995) y recientemente Loredo, *et al.* (2000) los cuáles definen el maltrato como: “La forma extrema y/o extraña de lesiones no accidentales, de cualquier forma de agresión sexual, privación emocional u otro proceso de agresión ya sea aislada o combinada y ocasionadas intencionalmente por los padres, parientes cercanos y/o adultos estrechamente relacionados con la familia”.

Un menor puede ser víctima de una o de diversas formas de maltrato (Loredo, 2004). Ahora bien, en la Clínica de Atención al Niño Maltratado se han diferenciado las formas de maltrato en conocidas y poco conocidas. En las primeras, se encuentra el maltrato físico, el síndrome del niño sacudido, el abuso sexual y el abuso fetal, mientras que el Síndrome de Munchausen por poder, la Privación Emocional, la Negligencia, la situación de Niños de la frontera, el Maltrato étnico, los Niños en condición de guerra y el Ritualismo son las poco afamadas.

El reconocimiento de que el Abuso Sexual constituye una de las formas de maltrato infantil y de que tal tesitura repercute en la población a nivel Mundial ha llevado a que instituciones regulatorias como la Organización Mundial de la Salud (2002) señale que un aproximado de 150 millones de niñas y 73 millones de niños alrededor del mundo, han padecido abuso sexual y agresión física en determinado momento de sus vidas, siendo el fenómeno inherente a raza y estado socio cultural. Prueba de esto son las cifras alcanzadas en determinados países europeos, en donde el 19% de los adultos aceptaron haber sufrido Abuso sexual antes de cumplir la mayoría de edad, mientras que en Estados Unidos la prevalencia de víctimas en el último año fueron de 96/1000 niñas y 67/1000 niños entre los dos y 17 años fueron víctimas de abuso sexual.

La situación en América Latina es de dos millones de niñas y niños explotados sexualmente. El 57% han sido expulsados de sus familias y copiosos han huido de sus hogares por problemas de maltrato y abuso; el 79.1% de las víctimas fueron insertados en explotación sexual y pornografía cuando tenían 15 años o menos y la mayoría no cuentan con escolarización. Como consecuencia de ello, se calcula que tan solo en el Caribe coexisten alrededor de 32,000 niños menores de 15 años y 740,000 adolescentes afectados por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida por abuso sexual (United States Agency for International Development, (USAID, 2009)).

Construir una definición del abuso sexual al igual que de maltrato ha sido una tarea ardua. Algunos autores como Schecter (1999, citado en Loredo, 2004) han definido el Abuso Sexual como "aquella actividad en que se ven envueltos niños o adolescentes que no han entendido las bases biológicas y psicológicas de un acto sexual y que, por lo tanto, no pueden otorgar un consentimiento racional a los adultos". En nuestro país, el trabajo realizado en la Clínica de Atención al Niño Maltratado (2004) del Instituto Nacional de Pediatría, en donde el 14% de los niños víctimas de maltrato que ahí se atienden corresponden a Abuso Sexual, proponen la definición como: "Una interacción que puede o no ser física, entre un niño y un individuo de una edad mayor, quien lo utiliza en forma violenta, con engaño o seducción, para su estimulación sexual, la del menor o la de otro(s)".

Aludir la ocurrencia de abuso sexual en México, es una de las tareas de instituciones como el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) quien apunta que tan sólo en el primer semestre del año 2006, se registraron 15.000 niños víctimas de malos tratos: violencia

física, omisión de cuidados y abuso sexual, mientras que la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría, en una revisión de 236 casos por diversas formas de maltrato, 29.6% correspondió a Abuso Sexual (Monroy, Perea, Loredó, & Trejo, (s.f.)).

La clasificación del abuso sexual en la infancia es ejecutada considerando diversos aspectos: Con base al contacto físico que puede darse en agresor y su víctima, se acepta que hay dos formas de agredir sexualmente a un niño: el primero es el abuso sexual por contacto físico, el cual implica un tocamiento de cualquier área corporal del menor, penetración anal y/o vaginal, sexo oral y el uso del menor para la excitación del agresor. La segunda, es el abuso sexual sin contacto físico que incluye prácticas de voyeurismo y exhibicionismo para con el menor. En cuanto al mecanismo de agresión, el abuso sexual puede ser intrafamiliar, que es aquel realizado por algún miembro de la familia (padrastra o madrastra u otro familiar cercano) y el abuso sexual extrafamiliar que se suscita por algún desconocido en espacios escolares, guarderías, etc.

Atender de primera instancia a un menor que ha sido agredido sexualmente, es una tarea compleja que involucra un equipo multidisciplinario. La evaluación médica de un niño con abuso sexual, es un reto para el Pediatra quien adquiere una responsabilidad física y legal del paciente (Ludwing, 2001; Adams, 2007). La exploración física es el primer procedimiento al denunciar un abuso sexual y es así como el profesional realiza el protocolo indicado en la revisión del menor cuya evidencia señala que una gran cantidad de niños explorados no muestran alteraciones físicas que comprueben haber sufrido el ataque sexual, lo que hace indispensable la interrogación al menor (Christian, 2000).

Las manifestaciones de abuso sexual pueden aparecer a corto o mediano plazo luego de ocurrido el evento, las cuales pueden deberse a un hecho aislado o a una forma de abuso reiterado. Se dividen en signos y síntomas físicos específicos: lesiones genitales, fisuras o laceraciones rectales, enfermedades de transmisión sexual, embarazo; los inespecíficos anorexia, dolor abdominal, enuresis, disuria, encopresis, evidencia de abuso físico en área genital, flujo vaginal, supuración uretral y dolor rectal (Ludwing, 2001).

Aunado a las posibles manifestaciones físicas, las víctimas de un abuso sexual tendrán manifestaciones en la esfera cognitiva, conductual y emocional, presentes en las diferentes áreas de incidencia: escolar, familiar y social (Banyard, Williams, & Siegel, (2004); Beitchman, Zucker, Hood, Da Costa, & Akman, D. (1992); Hewitt, 1998; Kendall-Tackett, Williams & Finkelhor, 1993; Wurtele & Miller-Perrin, 1992; Gallagher, 2008; Feiring, Simon & Cleland, 2009). De acuerdo con la etapa de desarrollo del menor, serán los efectos secundarios los cuales pueden ser a corto, mediano y largo plazo (Ackerman, Newton, McPherson, Jones & Dykman (1998); Boney-Mc-Coy & Finkelhor (1996); Miller-Perrin & Perrin (2007).

Los resultados de diferentes investigaciones señalan la presencia de conductas regresivas, evitación social, conducta sexualizada, y la presencia de un conocimiento sexual precoz. Kendall-Tackett y Friedich (1993), señalan masturbación compulsiva, curiosidad sexual excesiva, tocamiento con compañeros y juegos sexuales; mientras que Dubner y Motta (1999) señalan la presencia de síntomas de estrés como la presencia de pesadillas, miedos, anhedonia, quejas somáticas, activación autonómica, sentimientos de culpa, en comparación con niños que han sufrido otro tipo de maltrato. Hebert, Collin, y Daigneault, (2006) hacen la clasificación de los síntomas como interiorizados: ansiedad, tristeza, ira, etc. y de síntomas exteriorizados: agresividad, introversión, así como la presencia de síntomas de disociación.

Las secuelas de un abuso sexual cometido a un menor degradan su calidad de vida. Es también común la presencia de síntomas de ansiedad, tristeza, hasta la configuración de trastornos como de estrés postraumático, trastorno obsesivo-compulsivo, lo que hace imperante la intervención psicológica (Cohen, Deblinger, Mannarino, & Steer, 2004 ; Miller-Perrin et al 2007).

La experiencia en intervención psicológica en abuso sexual ha sido comúnmente en terapia individual y grupal de diversos marcos teóricos (Sweinson & Chaffin, 2006; citado en Miller & Perrin, 2007), aunque en años recientes la Terapia Cognitiva-Conductual centró su atención en los diferentes síntomas asociados con el abuso sexual como lo son las distorsiones cognitivas, miedos, ansiedad, reacciones postraumáticas etc., siendo esta una forma de intervención en donde el terapeuta intenta entrenar a los pacientes para que tengan más control sobre su vida, ayudándoles a cambiar estilos de vida que han sido problemáticos y sustituirlos por otros que funcionen mejor (Reynoso & Seligson, 2005). La Terapia Cognitivo-Conductual es una forma de tratamiento basada en evidencia (basada en hallazgos de investigación) y experimental que se orienta hacia el problema actual del paciente.

La experiencia reportada en este padecimiento, en este marco teórico incluye diversos componentes: ejemplo la psicoeducación (proveer al paciente de información sobre su problema y la prevención de nuevos eventos de abuso sexual), técnicas para reducir síntomas (retroalimentación biológica, técnicas de relajación), técnicas cognitivas para modificar distorsiones cognitivas a partir del evento (reestructuración cognitiva) (Cohen & Mannarino, 1996; Cohen, Berliner & Mannarino, 2000; Lau, Valeri, Mc-Carty, & Weisz, 2006; Chaffin, 2004; Haskett, 2004; Hill, 2005).

La recuperación de los niños víctimas de abuso sexual está en función de la pronta y precisa atención brindada a él y a sus cuidadores primarios. Por ejemplo, Elliot y Canes (2001) reportan que la estabilidad emocional y conductual del menor, posterior a un ataque sexual, correlaciona en mayor o menor grado con las reacciones y apoyo recibido de sus padres. Cohen y Mannarino

(1996), sugieren la presencia de distrés parental como una variable significativa para el éxito en el tratamiento, que es el apoyo terapéutico brindado a los padres como un precursor al bienestar del menor (Tremblay, Herbert & Piche, 2000).

De tal forma, que el presente protocolo pretende informar sobre los efectos de la intervención Cognitivo-Conductual en tres casos de pacientes del Instituto Nacional de Pediatría, pertenecientes a la Clínica de Atención Integral al niño maltratado, con diagnóstico de Abuso Sexual, así como la participación de sus cuidadores primarios (madres), considerando las aportaciones de intervención de la literatura científica en cada caso clínico.

Caso Clínico Núm. 1

Ficha de Identificación

Edad: 5 a, 2 m

Sexo: Masculino

Escolaridad: Preescolar

Nacionalidad: Mexicana

Núm. de hermanos: uno

Posición que ocupa: segundo

Lugar de origen: México, D.F.

Lugar de residencia: México, D.F.

Motivo de consulta:

El paciente es referido por el equipo médico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado. En la entrevista inicial su madre menciona: "Mi hijo continúa comiendo mucho, no se quiere despegar de mí y aunque ya no platicamos de lo que pasó veo que sigue con miedo". La madre menciona que el paciente asistió a terapia psicológica brindada por la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal posterior a la denuncia de abuso sexual hace tres años, disminuyendo síntomas de agresividad y exacerbándose otros como comer compulsivamente, vómitos sin motivo aparente, miedo a estar solo, desprecio hacia objetos como cremas corporales y alimentos con aspecto viscoso y color blanco, intolerancia a estar sucio cambiándose compulsivamente sus prendas, así como infecciones en vías respiratorias frecuentes.

Impresión y actitud general:

Paciente masculino de edad aparente similar a la cronológica, de estatura baja complexión mediana, tez morena clara, acude en condiciones de higiene y aliño adecuadas, puntual a sus citas, durante las cuales se muestra cooperador con el terapeuta a lo largo de las sesiones en las que mostraba interés por conocer las actividades que se realizarían durante estas. Muestra juego acorde con edad cronológica y de maduración la cuál corresponde de la primera infancia.

Historia del problema

Paciente masculino que ingresa al Instituto Nacional de Pediatría, al año siete meses de edad, inicia padecimiento médico desde los primeros días de vida al presentar cuadros de vía aérea superior de repetición requiriendo manejo con múltiples antibióticos, además de referir la madre que el paciente presenta vómitos de contenido alimentarios posprandial. Se le diagnostica con gastritis crónica activa leve asociada con helicobater pylori así como reflujo gastroesofágico. Es así como el paciente muestra desde temprana edad malestares en sistema digestivo, practicándole varias endoscopias y panendoscopias que coinciden con el diagnóstico de gastritis crónica leve. En

la última evaluación por parte del servicio de gastronomía, reporta fondo gástrico normal atribuyendo síntomas a trastorno psicológico. En cuanto al servicio de otorrinolaringología lo reporta como paciente con afecciones alérgicas comunes, cuadros respiratorios frecuentes, en dos ocasiones broncoespasmo, bronquiolitis y laringotraqueobronquitis, cuadros de estríder laríngeo, otitis media.

Al cumplir los tres años de edad, fue valorado por la Clínica de Atención Integral al niño Maltratado (CAINM), presentando la siguiente sintomatología: renuencia a ir a la escuela, enuresis y encopresis, dolor abdominal, llanto, rabietas, aumento en la alimentación, cambios conductuales como juego erótico con la hermana al bañarse, besar a la madre en labios de forma erótica así como solicitarle a ésta le besara en diferentes partes del cuerpo. La madre al observar estas conductas, interroga al menor sobre quién le ha enseñado tales conductas, respondiendo que fue su profesor de educación física, el cuál es acusado y recluso por las autoridades como agresor sexual del menor. El diagnóstico de la Procuraduría General de Justicia fue de abuso sexual por tocamiento. El paciente presentó su declaración en diversas ocasiones, situación que, según datos de la madre, incrementó síntomas de ansiedad y físicos: dolores de estómago, terrores nocturnos, cefaleas, entre otros. El menor inicia con terapia de apoyo en el Centro de Terapia de Apoyo a Víctimas de Delitos Sexuales (CTA) de la Procuraduría de Justicia del Distrito Federal, en donde recibe apoyo psicoterapéutico breve y de urgencia para manejar sus síntomas iniciales como: agresividad con los miembros de su familia, cambios repentinos en su estado de ánimo, verbalizar frases durante el día como: "odio mi pene y tu vagina" a su madre, golpear en varias ocasiones a figuras de sexo masculino a quienes también presentaba temor, y conductas sexualizadas hacia su hermana mayor. Es diagnosticado en la Clínica de Atención Integral al niño Maltratado (CAINM) con Abuso Sexual (AS) por tocamiento, en donde el personal en forma interdisciplinaria le evalúa, siendo la polifagia, dolores de estómago, y vómitos ante situaciones estresantes los síntomas más frecuentes en el menor.

Fase Descriptiva

Análisis y descripción de las conductas problema objeto de intervención:

A partir del evento de Abuso Sexual (AS), el paciente mostró altos niveles de ansiedad, exacerbación en síntomas físicos, así como conductas disfuncionales en el ámbito familiar y social que se enlistan a continuación:

Variables Psicológicas:

- *Ansiedad*: que se manifestaba con imágenes de abandono por parte de la madre.
- *Miedo*: incapacidad para permanecer solo por periodos cortos en la casa.

Variables Fisiológicas:

- *Vomitir*: el paciente presentaba vómitos en presencia de eventos estresantes en el ámbito familiar, ejemplo de esto, es cuando su abuelo le llamaba la atención y en otras ocasiones, según datos de su madre, sin motivo aparente.
- *Cefaleas*: las cuales aparecían ocasionalmente por las mañanas, situación a la cual la madre manejaba permitiéndole quedarse en casa y faltar a la escuela.
- *Dolor de estómago*: se presentaban con antelación a los episodios de vómito.

Variables Conductuales:

- *Renuencia a jugar con semejantes*: tanto en horario escolar como en eventos familiares, y cuando lograba realizar este, tenía que estar presente su mamá.
- *Renuencia a dormir solo*: el paciente dormía en una misma habitación y en la misma cama con su madre y hermana.
- *Renuncia a estar solo*: presencia de angustia al encontrarse solo, buscando inmediatamente la figura materna. Algunas frases que describe son: "Me da miedo estar sin mi mamá", "No puedo jugar si no está mi mamá", "Mi mami me acompaña cuando juego" sic (pac).
- *Cambiarse frecuentemente de ropa*: situación que realiza compulsivamente cada que él considera que se encuentra sucio.
- *Evitar y vomitar ante la presencia de alimentos y materiales de color blanco y texturas suaves*. Es preciso mencionar que el equipo de psicología de CAINM interpreta este síntoma debido a que la agresión sexual fue de tipo oral, asemejándose estos elementos al semen del agresor.

Cabe mencionar que las conductas y síntomas mencionados inician semanas después del evento de abuso sexual y las ya existentes se agudizan.

A continuación, se muestran las tablas con el análisis funcional de cada una de las respuestas del paciente:

Tabla 1. Análisis funcional de respuesta fisiológica: vómito, cefalea y dolor abdominal.*		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p>Ambientales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contacto con hospitales y personal médico desde meses de nacido. • abuso sexual <p>Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedos y sensaciones de ansiedad • Manipulación en pautoría de la madre. <p>Fisiológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de Gastritis Crónica. • Infecciones de vías respiratorias frecuentes. 	<p>Cognitivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • “Estoy enfermo del estómago, mi mamá por eso me trajo al hospital” • “Mi mamá me llevo con otro doctor porque ayer me enfermé” • “Vamos a ir a otro hospital” • “Creo que otra vez voy a vomitar” • “Mamá me duele la cabeza” <p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> • Llorar • Se queda en cama • Hacer berrinche <p>Afectivas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apatía • Irritabilidad <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inicia episodios de cefalea, dolor de estómago o vómito. 	<p>A corto plazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recibir apapachos y consolación por parte de la madre. • No ir a la escuela. • Su hermana lo atiende en su casa. • Se queda en casa y mamá le prepara comida especial. • Se queda en casa y su bisabuela lo consiente y se va al negocio de su abuelo. <p>A largo plazo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las maestras le toleran las ausencias al saber antecedente de abuso sexual.

*Se realizó un mismo análisis funcional para las tres variables fisiológicas: vómito, cefaleas y dolor abdominal ya que según datos de la madre del paciente estos ocurrían en forma indiscriminada presentando las mismas respuestas y consecuencias

Tabla 2. Análisis funcional de renuencia a jugar con semejantes.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Externos contextuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mandato de la madre para que la hija mayor le protegiera y jugara con él.</i> • Exceso en adquisición de juguetes a petición del paciente, no fomentando el juego con semejantes. (considerar etapa de juego egocentrista del paciente). • Hijo menor, sobreprotegido desde su nacimiento por presentar diferentes patologías, agudizándose esta conducta a partir del evento de abuso sexual. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “No tengo amigos” • “No me hablan en la escuela” • “Me gustaría invitar a jugar mi casa a un amiguito” <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Juega solo con la hermana (de 8 años de edad), si no está presente ésta, juega solamente en presencia de la madre. <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Timidez • Incertidumbre 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la ansiedad al tener que intervenir con niños de su edad. • Conductas sobreprotectoras de figura materna y hermana mayor. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Modo de afrontamiento evitativo a interactuar con sus iguales.</i>

Tabla 3. Análisis funcional de ansiedad por separación.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Externos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • A partir del evento de abuso sexual su madre lo observa la mayoría del tiempo en cualquier tipo de actividad, incluso dentro de su casa. • Hijo menor sobreprotegido por sus diferentes afecciones físicas desde su nacimiento. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Mi mamá me cuida cuando juego” • “No me gusta estar solo porque algo puede pasar” • “Tengo miedo” <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad • Miedo 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede socializar en presencia de la madre o de la hermana mayor (de 8 años). • Disminución de la ansiedad al no estar solo. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para estar en casa por momentos breves sin figura materna aún con la presencia de su bisabuela.

Tabla 4. Análisis funcional de cambiarse frecuentemente de ropa.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Externos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Abuso sexual por tocamiento a los tres años de edad. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> “No me gusta estar sucio de la playera” “Siento que huelo feo” <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Llora hasta conseguir cambiarse de ropa. Detiene toda actividad y no la reinicia hasta cambiarse de ropa. <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Enojo Desesperación 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Disminución de la ansiedad Compulsión por cambiarse de ropa varias veces al día. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Imposibilidad de realizar cualquier actividad escolar, social o familiar si no se encuentra completamente limpio de su ropa.</i>

Tabla 5. Análisis funcional de evitar y vomitar ante ciertos alimentos y materiales.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Externos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Antecedente de abuso sexual en forma oral. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> “No puedo tocar crema ni el resistol de la escuela” “Casi me vomito cuando voy al baño y huele a cloro” <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Vomita Lava manos continuamente <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Ansiedad Enojo Frustración 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> No realiza actividades escolares que implique la utilización de ciertos materiales. Burla por parte de sus compañeros. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>Incapacidad para tolerar ciertos alimentos olores y texturas en su casa y escuela.</i>

Análisis histórico

Se trata de paciente de cinco años de edad de segunda gesta, producto de relación con su segunda pareja. Proviene de familia disfuncional integrada por madre, hermana mayor de ocho años de edad, abuelo materno y bisabuela. Su niñez se desarrolló en medio de conflictos familiares, llegando en ocasiones a la violencia física y psicológica. La madre menciona que no tiene relación alguna con padre biológico quien hace unos meses contacto con esta solicitándole ver al paciente; es así como el paciente adoptó como figura paterna al abuelo con quien sostiene

una relación ambivalente, quien en ocasiones le sobreprotege y en ocasiones le insulta con palabras altisonantes. La madre explica esto, mencionando que su padre siempre ha tenido problemas de violencia, considerándolo como manipulador, seco, grosero, provocando que su madre se fuera de la casa en fechas recientes a causa de violencia física y psicológica e infidelidad.

El paciente es testigo de los conflictos entre su abuelo y madre, de quién dependen económicamente, ya que ésta no trabaja desde hace cuatro años, ejerciendo así, violencia económica hacia los tres. Por otro lado se encuentran los conflictos con la bisabuela quien ordena y dirige las conductas y educación hacia sus bisnetos, y en ocasiones conviven con tío materno quien tiene problemas de alcoholismo y vive esporádicamente en el mismo hogar.

En cuanto a la historia de gestación, la madre menciona, que al saberse embarazada se desencadenó conflicto familiar, pidiéndole su padre que abortara, debido a que fue producto de pareja disfuncional, a pesar de esto describe su embarazo como feliz, y con muchos deseos de tener a su hijo. Clínicamente curso con varias amenazas de aborto.

La madre es diagnosticada con Trastorno Límite de Personalidad, al intentar varias veces suicidarse desde su adolescencia y relacionarse emocionalmente con parejas violentas, encontrándose frecuentemente en tratamiento con antidepresivos y ansiolíticos. Es así como los síntomas de depresión han sido constantes en la vida de la figura materna, quien también fue víctima de abuso sexual durante su infancia y quien a pesar de tener carrera comercial y saber varios idiomas no puede permanecer en un trabajo.

La madre se refiere al paciente como un hijo muy bueno, muy ordenado, participativo en las tareas del hogar e inteligente. La relación con su hermana es buena, con quien puede realizar diferentes actividades como de juego a diferencia de con otros, ambos han recibido educación a cargo de figura materna, quien dice preocuparle situación familiar de violencia que viven diariamente en casa, situación que dice le ha hecho enseñarles normas sociales como saludar, comer adecuadamente, pedir cosas por favor, compartir y la religión. Menciona que cuando se encuentran los tres solos en casa, pueden disfrutar y realizar actividades plácidamente como jugar con sus hijos, ver televisión o preparar comida. El paciente acude a colegio particular desde su inicio escolar y en ocasiones a club deportivo, ambos pagados por abuelo materno.

Todos los miembros de la familia vivieron consternados por el evento de abuso sexual. El abuelo ayudó de manera económica y sobreprotegiendo al paciente durante el proceso legal.

Factores de predisposición

A continuación se enlistan los factores de predisposición a la condición actual del paciente:

Factores personales:

- Paciente en etapa de desarrollo de primera infancia.
- Dificultad cognitiva para discernir de situaciones peligrosas, propias a la etapa de desarrollo.
- Apego inseguro- ambivalente con figura materna¹
- Figura materna con Trastorno de Personalidad.
- Ausencia de figura paterna.
- Reemplazo de figura paterna por abuelo con probable psicopatología.
- Abuso sexual

Factores familiares:

- Familia extensa y disfuncional.
- Presencia de maltrato psicológico por figura abuelo paterno.
- Carencias económicas.

Factores sociales:

- Familia disfuncional escaso a relaciones interpersonales y bajo apoyo social.

Recursos personales y familiares:

- Paciente con capacidades cognitivas acordes a su edad.
- Paciente sin discapacidad física.
- Figura materna solicita ayuda a problemática actual.
- Paciente en seguimiento por Instituto Nacional de Pediatría.
- Paciente y madre adherentes al tratamiento médico y psicológico.

Otros datos relevantes:

En cuanto al estilo de vida del paciente, se obtiene según entrevista con la madre que el paciente duerme y se alimenta en forma adecuada, viste ropa limpia, tiene juguetes que el paciente solicita. Acude a colegio particular pagado por el abuelo, de dónde obtiene regularmente buenas calificaciones a pesar de sus constantes faltas.

¹ *Desde la Teoría de Ainsworth, 1979 y Bowlby en 1988, el apego es un repertorio relativamente móvil y flexible que progresa desde conductas simples. Gracias a ello el niño es capaz de tolerar cada vez más tiempo lejos de la madre y entender los obstáculos y limitaciones para acceder a la figura materna de búsqueda de contacto. El apego, además de constituirse en el principal vínculo emocional-afectivo para el niño, también cumple una función de seguridad. Alrededor de los dos años, la necesidad de protección del infante cede paso a una nueva "intención biológica": la necesidad de exploración. Por apego inseguro-ambivalente se entiende a una serie de conductas de contacto con la figura materna, las cuales oscilan en forma ansiosa e inconsistente llevando al niño a la inseguridad sobre la disponibilidad de la madre cuando la necesita.

Fuente: Riso, W. (2006).Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico.Bogotá:Norma, pp 128.

Diagnóstico según sistema de clasificación DSM-IV-TR

Eje I Trastorno de inicio en la infancia:

Problemas relacionados con el abuso o la negligencia

T74.2 Abuso Sexual del niño (V61.21)

CIE-9 MC 995.5

Eje II Ninguno

Eje III Enfermedades del sistema digestivo (520-579)

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo:

Ausencia figura paterna por separación

Abuso sexual por tocamiento a los tres años de edad

Familia disfuncional

Madre con trastorno de personalidad Límitrofe y probable:

Trastorno Facticio por Poder (ver caso clínico 2).

Sobreprotección de la madre

Disciplina inadecuada

Vivienda de abuelo paterno

Eje V. EEAG= 70. Presencia de algunos síntomas leves o alguna

Dificultad en la actividad social, o escolar.

Formulación clínica y modelo psicopatológico

El paciente presenta síntomas tendientes a un trastorno de ansiedad, que pueden explicarse en la adquisición mediante la influencia del entorno familiar y problemas médicos que han presentado desde los primeros meses de edad. Su madre al presentar un trastorno límite de personalidad y episodios constantes de depresión y ansiedad, no le han permitido ejercer estilos de crianza adecuados en él y su hermana. Estos mismos síntomas y la ausencia de figura paterna desarrollaron en el paciente un apego ansioso-ambivalente, en donde a pesar de que la figura materna se encuentra presente en todas las actividades del día, no le permiten a este ausentarse de esta figura para realizar conductas propias de su edad como disfrutar del juego y de compañeros de su edad. La interacción de estas variables ha dado lugar a la inhibición de respuestas de afrontamiento que le permitan disminuir su ira y ansiedad tendiendo a somatizar. Probablemente, al ocurrir el abuso sexual, las variables mencionadas se exacerban aumentando en la madre los niveles de tristeza y desesperanza. Estos problemas se mantienen por conductas de reforzamiento negativo en la sobreprotección y aislamiento como mecanismo de protección ante un futuro abuso sexual.

A continuación, en la Figura 1. se plantea el modelo psicopatológico:

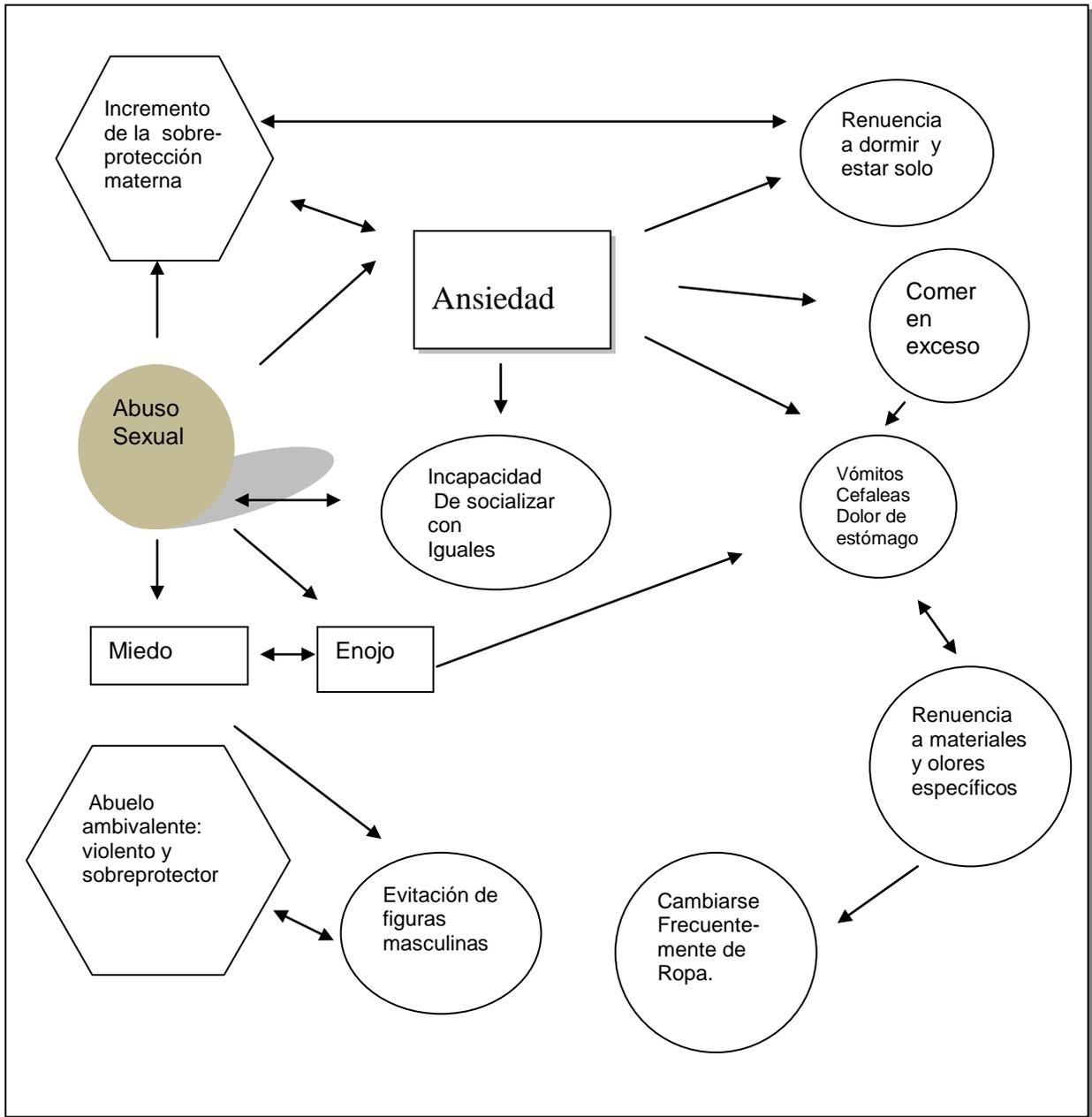


Figura 1. Modelo psicopatológico Caso Clínico Núm. 1.

*Los rectángulos representan los trastornos emocionales, los hexágonos variables de predisposición y los círculos conductas objeto de intervención.

La hipótesis planteada es que el paciente presenta síntomas de ansiedad y exacerbación de síntomas ya presentados desde el nacimiento (como vómito provocado por gastritis y ERGE), sin embargo, a partir del evento de abuso sexual, favorecido por un modelo materno sobreprotector

(en la actualidad así como diagnóstico limítrofe de personalidad y probable trastorno facticio por poder), figura paterna ausente, desplazada por abuelo paterno quien en ocasiones se muestra complaciente en ocasiones y agresivo en forma física y psicológica hacia el menor y la madre de este provocando enojo en forma cotidiana. Así mismo, la ansiedad disparada por objetos y olores específicos favorecen la conducta de cambiarse de ropa frecuentemente.

Medición Inicial

El registro y medición inicial de las conductas a modificar en el paciente se obtuvieron de las entrevistas psicológicas con la madre, de la documentación y personal médico (expediente clínico), a cargo y del área de trabajo social.

A continuación se enlistan los instrumentos que se administraron al paciente:

- Historia Clínica Infantil
- Escala de Maduración Denver
- Registros conductuales para la madre

Además de considerar los datos obtenidos durante el acompañamiento en revisiones y consultas con el área de pediatría, trabajo social, enfermería y nutrición.

Los datos obtenidos de la entrevista, se clasificaron de la siguiente forma:

Respuesta fisiológica exacerbada:

- Vómito con episodios de hasta tres veces por día sin estímulo identificado.
- Cefalea frecuente (1-3 veces por semana).
- Dolor abdominal anterior a episodios de vómito.

Conductas en esfera social:

- Renuencia a jugar con semejantes a partir del evento de AS, en especial con niños.

Conductas en esfera familiar:

- Renuencia a dormir solo.
- Renuencia a estar sin la ausencia de la figura materna en casa.
- Evitar y vomitar ante la presencia de ciertos alimentos y materiales.
- Cambiarse de ropa frecuentemente aún cuando esta a consideración de la madre está limpia.
- Enojo constante ante abuelo paterno.

Fase de Tratamiento

Operativización de objetivos derivados de la formulación:

Se jerarquizaron los problemas del paciente de forma descendente por su nivel de importancia. Así, la primera etapa de la intervención se centró en los padecimientos físicos del paciente, y posteriormente se avocó en los problemas conductuales.

Objetivos terapéuticos

- Reducir la respuesta de ansiedad en nivel fisiológico, conductual y psicológico.
- Reducir respuestas fisiológicas ante eventos estresantes.
- Promover conductas sociales acordes con su edad cronológica del paciente.
- Promover trabajo psicoterapéutico en la madre como variable instrumental en la promoción de cambios en el paciente (ver caso clínico Núm. 2).

Procedimiento:

a) Entrega de resultados de evaluación a la mamá del paciente quien firmó el Consentimiento Informado para iniciar proceso psicoterapéutico.

En esta etapa se explicó los objetivos terapéuticos los cuáles involucraban la participación de la madre del paciente. Así mismo se dio encuadre de la terapia cognitivo-conductual. Debido a la edad del paciente y a la afectación psicológica que también presentó, se invitó a la madre de este a participar en la intervención psicológica, debido a considerarse una variable instrumental en los cambios del menor, así mismo a petición de la CAINM ante los síntomas que esta presentaba, su caso se expone al término de éste (ver caso clínico 2). Se consideró las características de desarrollo del paciente, las cuáles corresponden a la etapa de primera infancia, motivo por el cuál en todas las sesiones se utilizó el juego libre, así mismo como un reforzador de la asistencia a la sesión.

Se trabajó durante 27 sesiones, en los cubículos de consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría, pertenecientes a CAINM. La duración de estas fue de aproximadamente 45 min. de una a dos veces por semana.

A continuación se describe la intervención psicoterapéutica que se llevó a cabo con el paciente:

Sesión	Actividad:	Técnicas	Tareas para casa
1	<ul style="list-style-type: none"> Realizar entrevista clínica. Dar encuadre psicoterapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica semiestructurada. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> Continuación de la entrevista clínica, recolección de datos y análisis funcional de las conductas disfuncionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica semiestructurada. Escala de maduración Denver. 	
3-6	<ul style="list-style-type: none"> Reducir respuesta de vomito. 	<ul style="list-style-type: none"> Juego libre. Psicoeducación Respiración diafragmática Economía de fichas. 	<ul style="list-style-type: none"> Practica de Respiración diafragmática.
Objetivo:	<p>En estas sesiones se brindó psicoeducación acerca de la ansiedad y estrés, enfatizando las reacciones fisiológicas de este. Así mismo, la hipótesis manejada al paciente fue, que la ocurrencia de un evento estresante iniciaría en él cefalea, dolor de estómago y/o posteriormente el vómito.</p>		
7-9	<ul style="list-style-type: none"> Identificar situaciones en que inicia cefalea y dolor abdominal y probablemente desencadenan los episodios de vómito. Reducir intensidad de respuesta. 	<ul style="list-style-type: none"> Juego y dibujo libre Psicoeducación Relajación Muscular Progresiva Entrenamiento a la madre del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de Respiración Diafragmática Economía de fichas
Objetivo:	<p>Continuar con psicoeducación sobre estrés y su relación con reactividad física y exacerbación de cefaleas y dolor abdominal antecedentes de episodios de vómito. Así mismo se instruyo a la madre del paciente para ejecutar ejercicios de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva para disminución de síntomas de ansiedad. Se instruyó a la madre, no mostrar preocupación exacerbada cuando el paciente mostrara indicios de vomitar, de tal forma que no reforzara esta conducta. Como tarea para casa, se asigno la actividad de Economía de Fichas, para reforzar conducta meta que fue, la disminución de episodios de vómito.</p>		
10-12	<ul style="list-style-type: none"> Identificar y comprender el enojo 	<ul style="list-style-type: none"> Juego libre 	<ul style="list-style-type: none"> Dibujo ante presencia de enojo.

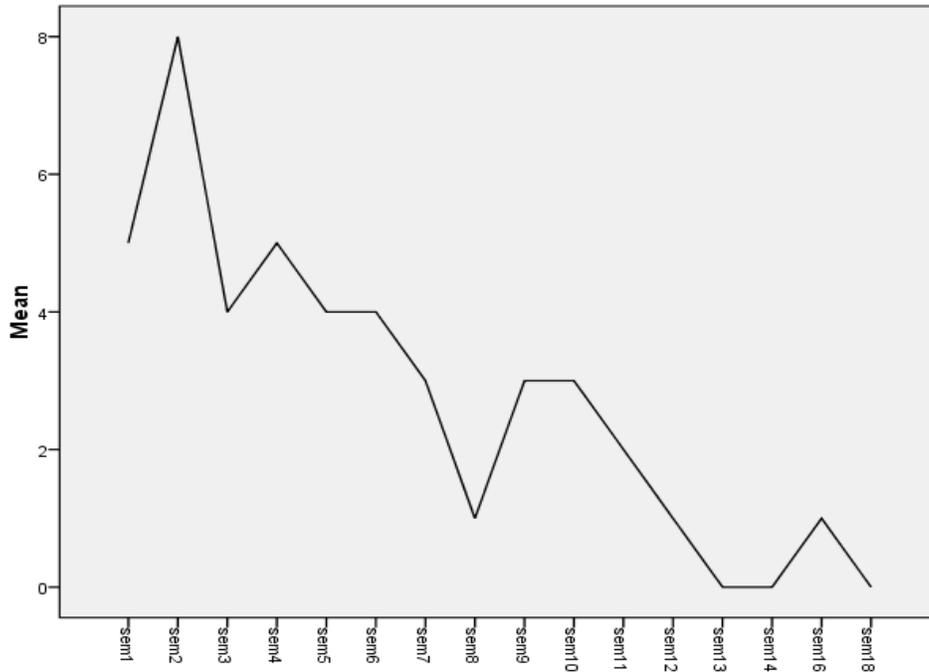
	como emoción.	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Imaginería • Dibujo libre 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de Respiración Diafragmática y Relajación Muscular Progresiva ante situaciones provocadoras de enojo.
Objetivo:	Una vez que el paciente domino las diversas técnicas de respiración y relajación, así como el concepto de estrés y de activación fisiológica, se trabajó en la variable de enojo, el cuál probablemente activaba episodios de dolor de cabeza y estómago y desencadenaban en vómito.		
13	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir ingesta de comida chatarra y sobrealimentación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Intervención interdisciplinaria con Nutrióloga adscrita. 	<ul style="list-style-type: none"> • Registro de dieta • Respiración diafragmática.
Objetivo:	<p>Sugerido por el médico pediatra a cargo, se realizó en conjunto con la nutrióloga de la clínica, la intervención para iniciar dieta a fin de disminuir su índice de masa corporal. Así mismo, participó la madre quien afirmó el consumo de comida chatarra en algunas ocasiones y sobrealimentación en "comida sana".</p> <p>En cuanto al tratamiento de intervención, se instruye al paciente en la práctica de la Relajación Muscular Progresiva.</p> <p>Material bibliográfico utilizado: Nadieu, M. (2001). 24 Juegos de Relajación para niños de 5 a 12 años. Editorial Sirio.</p>		
14-16	<ul style="list-style-type: none"> • Promover conducta y habilidades sociales para promover juego con semejantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego y dibujo libre • Aproximaciones sucesivas • Participación de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • Practica de R.D y R.M.P. • Actividad social y familiar.
Objetivo:	A partir del evento de A.S., el paciente presentó la conducta de aislarse, socializando únicamente con su hermana. Es importante considerar, que aunque el paciente se encuentra en la etapa de desarrollo pre-operacional en donde predomina el juego con conocidos, esta conducta le aislaba de sus iguales en la escuela. Así mismo, se propuso la ejecución de situaciones sociales en donde sucesivamente el paciente desarrollara la habilidad de involucrarse con niños de su edad.		
17-19	<ul style="list-style-type: none"> • Disminuir ansiedad al encontrarse por momentos sin la figura materna y dormir solo en su cama. 	<ul style="list-style-type: none"> • Juego y dibujo libre • Aproximaciones sucesivas • Imaginería • Participación de la madre 	<ul style="list-style-type: none"> • Práctica de R.D, R.M.P. e Imaginería. • Economía de fichas.

Objetivo:	Se instruyó a la madre del paciente que por medio de economía de fichas y aproximaciones sucesivas, lograra que el paciente permaneciera instantes sin su compañía y lograra jugar o hacer actividades escolares. Material bibliográfico utilizado por la madre: Garth, M. (1999). Rayo de sol. Meditaciones para niños 3. Editorial Oniro.		
20-26	<ul style="list-style-type: none"> Disminuir tendencia a cambiarse frecuentemente de ropa. 	<ul style="list-style-type: none"> Juego y dibujo libre Desensibilización Sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> Práctica de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva.
Objetivo:	En estas sesiones se promovió en el paciente tolerancia a estar con ropa de vestir, que a su consideración, se encontraba sucia de algún líquido o sudor. Esto ocurrió, según el reporte de la madre, al ocurrir el evento de A.S., cuando probablemente el agresor ensucio en repetidas ocasiones la ropa del menor. El objetivo fue exponer y desensibilizar al paciente al contacto con cremas y líquidos blancos que utilizaba cotidianamente (leche, atole, pegamento blanco, cremas).		
27	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Juego y dibujo libre Láminas para conocimiento de sexualidad acorde a etapa de desarrollo. 	
Objetivo:	Instruir sobre conocimiento de la anatomía del cuerpo, así como prevención de nuevos episodios de abuso sexual.		

Tabla 6. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual en Caso Clínico Núm. 1.

Fase de Evaluación de Resultados por Trastornos y/o problemas psicológicos.

Respuesta fisiológica: El paciente disminuyó los episodios de vómito semanalmente. En la gráfica 1, se muestra la frecuencia de esta conducta, que según datos de la madre del paciente, ocurrían en forma indiscriminada, sin identificar el estímulo activador; aún cuando el paciente no pudo identificar las cogniciones precedentes a vomitar, pudo reconocer la sintomatología de activación fisiológica, utilizando la respiración diafragmática para detener esta respuesta.



Gráfica 1. Episodios de vómito experimentados por el paciente en forma semanal.

A continuación se muestran fragmentos del trabajo realizado por la madre en “el cuaderno de la terapia” (ver figura 2) en donde ella como cuidadora primaria, registra y relata los avances del paciente en cada una de las áreas. El siguiente es concerniente a la disminución de episodios de vómito correlacionando con la utilización de técnicas de respiración diafragmática, relajación e imaginiería.

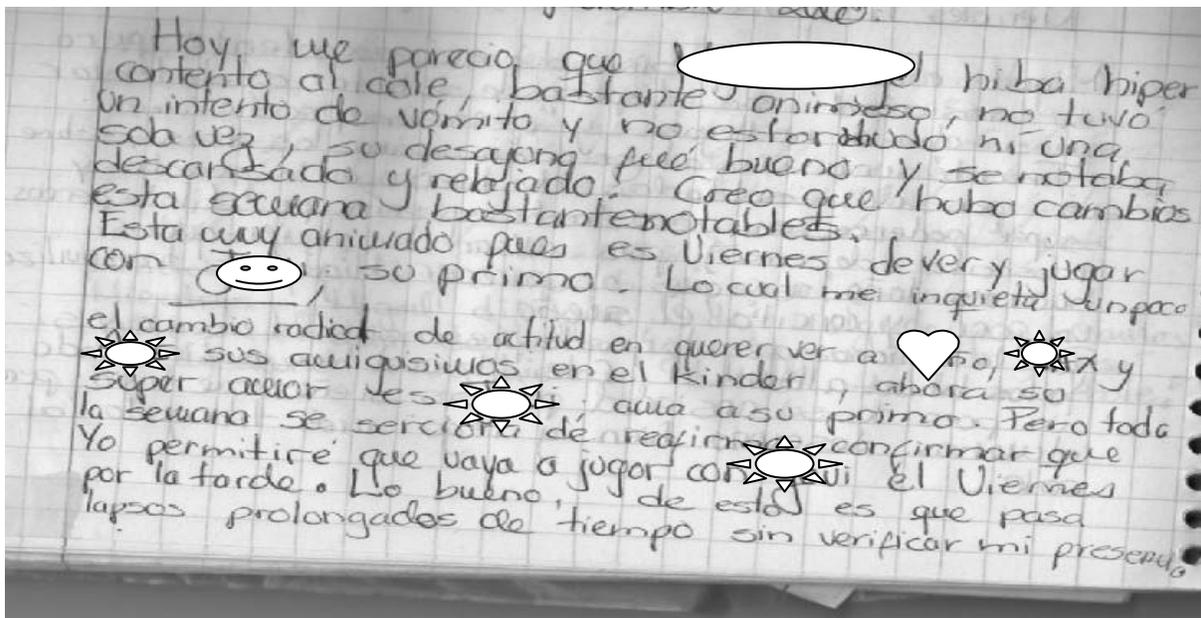


Figura 2. Narración de la madre en cuanto a disminución de episodios de vómito del paciente.

Es necesario recordar que la prueba de maduración de Denver, corroboró que su movimiento grueso, el fino-adaptable, lenguaje y área personal- social, corresponden a la edad cronológica del paciente. Se intentó utilizar escalas de medición pre y post a las intervenciones, sin embargo, el paciente apenas comenzaba a escribir, situación que torna el material aportado por la madre de vital importancia para la evaluación de resultados.

Dolor abdominal: según datos de la madre, ocurrían en momentos anteriores a los episodios de vómito, motivo por el cuál las técnicas de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva, fueron efectivas para disminuir estos síntomas.

Cefaleas: la madre contribuyó a que éstas disminuyeran al no mostrar mayor interés (reforzamiento), ya que estas aparecían en la mañana, de tal forma que el paciente recibía como recompensa no asistir al colegio.

A continuación se muestra fragmento del “cuaderno de la terapia” (figura 3) en donde la madre comenta sobre cómo las técnicas de relajación y visualización ayudaron al paciente en episodios de dolor de cabeza y otros síntomas que eran frecuentes en el paciente:

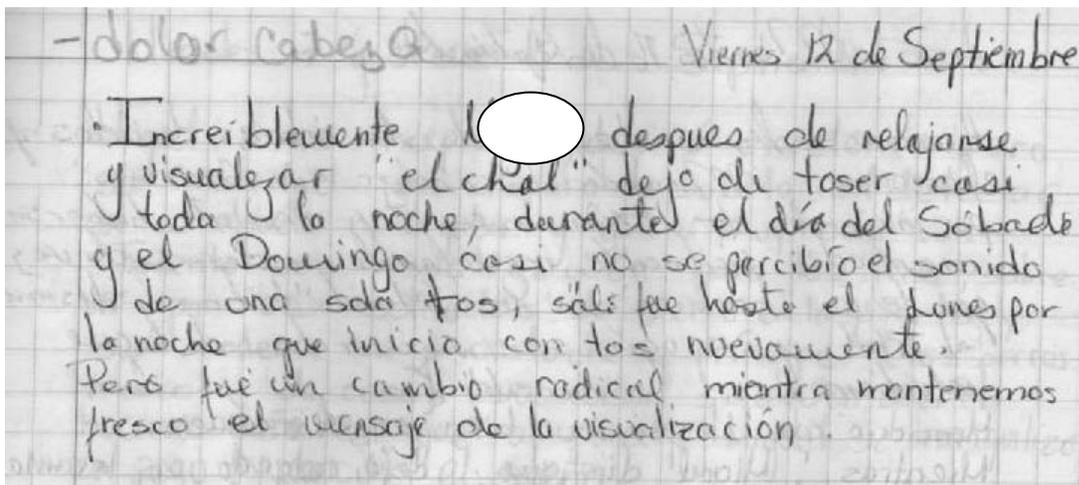


Figura 3. Relato hecho por la mamá del paciente sobre resultado en ejercicio de relajación.

Nutrición

Reducir sobrealimentación. Datos del médico pediatra solicitaron intervención del equipo multidisciplinario para disminuir peso corporal del paciente, situación que se atendió en conjunto con la nutrióloga de la clínica. Los resultados en esta área no fueron satisfactorios al no lograr en el paciente la adherencia a la dieta. La madre del paciente menciona no considerar necesaria esta intervención. Se observó distorsiones cognitivas tendientes a los “deberías”, ejemplo: “Un niño de

su edad, no debería de estar a dieta”, “después de lo que paso, no debería castigarlo con la comida” sic pac.

Conductas en el área social:

Renuencia a jugar con semejantes. Promoción de habilidades sociales.

El paciente pudo ejecutar conductas de aproximación y juego para con niños de su mismo sexo. Fue incluido por sus compañeros escolares en actividades sociales de ésta área. Así mismo, disminuyó la necesidad de que su madre estuviera presente en todo momento al jugar. Aunado a esto, se solicitó a la madre ejecutar alguna actividad física por las tardes a fin de que esta no aumentara de peso y se promoviera la conducta de sociabilizar, situación que funcionó satisfactoriamente al incluirle en actividades deportivas en donde ya no estaba la madre observándole (ver figura 4).

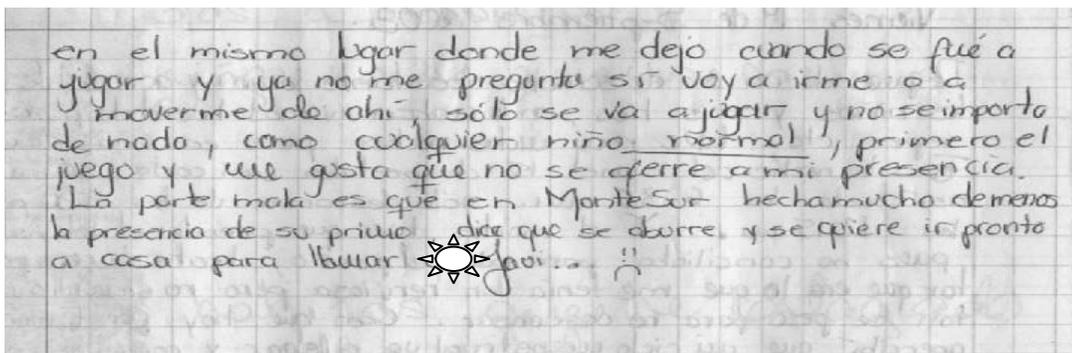


Figura 4. Narración de la madre en “cuaderno de la terapia” en conductas sociales del paciente.

Conductas en área familiar:

Disminuir ansiedad por separación. Se trabajó con economía de fichas que consistió la elaboración de un calendario semanal, en donde se le asignaba con “una figura de carita feliz” dibujada en este, como premio, de tal forma que el paciente promoviera la conducta de estar solo por momentos en donde no se encontraba la madre observándole y cuidándole. En la narración de la figura 4 corrobora el disfrute del paciente de ejecutar conductas solo.

Renuencia a dormir solo. El paciente al disminuir su ansiedad, pudo conciliar mejor el sueño, así mismo, disminuyó la presencia de pesadillas e intentó dormir solo en su cama, aunque esta conducta fue disminuida ya que la madre le premiaba algunas conductas, permitiéndole dormir de nuevo en su cama. Se volvió a reevaluar la situación con la madre, quien aceptó a no premiar a su hijo con esta conducta meta. Cabe señalar, que la madre fue adherente a la práctica de imaginación y relajación antes de que este fuera a dormir.

Evitar y vomitar ante la presencia de ciertos alimentos y materiales: Mediante la técnica de desensibilización sistemática, se mostró al paciente diferentes materiales, de aspecto cremoso y blanco, a los cuáles el paciente mostró aversión a partir del evento de AS. El paciente pudo tolerar estos materiales, sin embargo mostraba preocupación de encontrarse “sucio” al estar en contacto con estos materiales, situación que no se pudo erradicar en su totalidad y que correlaciona con la conducta de cambiarse de ropa frecuentemente aún cuando esta a consideración de la madre está limpia.

Enojo: Uno de los objetivos fue que el paciente reconociera y nombrara sus emociones, las cuales nombrara e identificara cuando ocurrían, de tal forma que se creó el “Juego del volcán” en donde el paciente identificaba, iluminaba y depositaba estas emociones en un “volcán de plastilina” que se activaba al ocurrir estas emociones, haciendo una comparación con la fisiología del cuerpo humano. Debido a las características de la etapa de desarrollo del paciente, no se utilizó una prueba psicométrica para evaluar la variable enojo, sin embargo la validez social de la entrevista posterior a la madre y hermana, indican que este disminuyó de tal forma que disminuyeron los episodios de berrinches y llanto en situaciones que era inminente la presencia de emociones como el enojo. A continuación, en la figura 5 y 6, la madre narra la técnica del “árbol” y “el volcán” para el control del enojo.

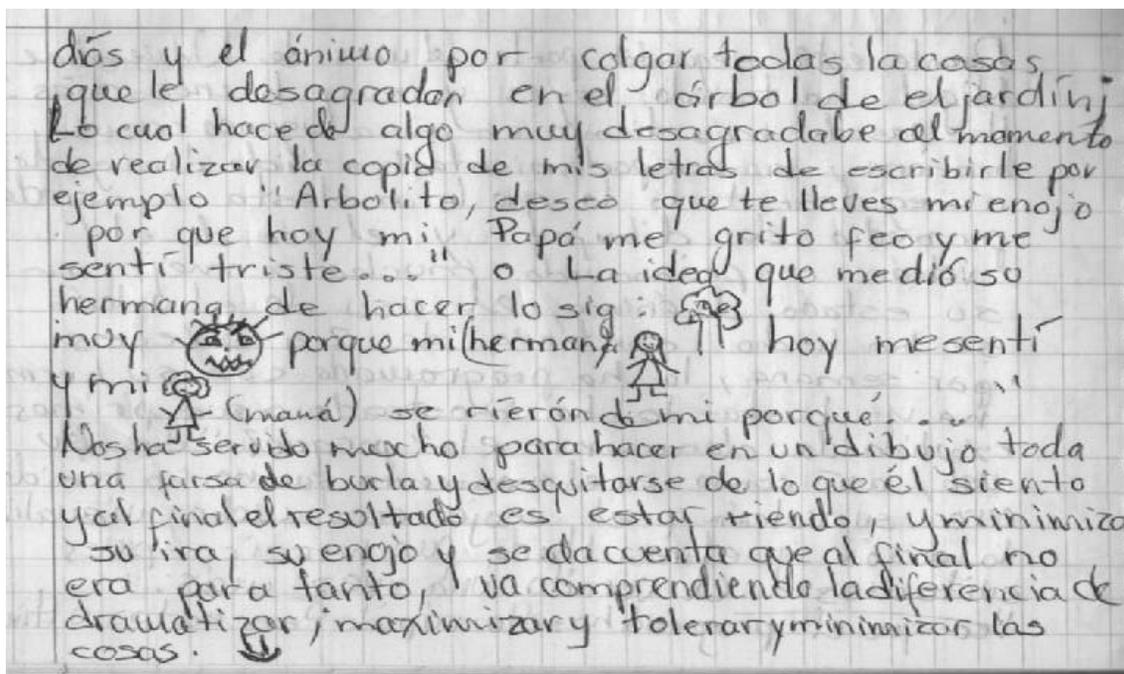


Figura 5. Narración de la madre sobre técnica para disminuir enojo.



Figura 6. Técnica de “el volcán del enojo”, en donde el paciente realizó con material de plastilina la simulación de un volcán en donde se trabajó la variable enojo, a su vez educándole sobre las reacciones físicas de esto.

Conclusiones Clínicas

El paciente aprendió la respuesta de respiración diafragmática, como mecanismo regulador ante eventos que le provocaban episodios de vómito, los cuáles ocurrían cuando identificaba alguna emoción intensa como enojo con algún elemento de la familia, en especial con las figuras masculinas. Aumentó su autoeficacia para permanecer más tiempo solo, sin la vigilancia de su madre, así mismo, incrementó su nivel de sociabilidad, invitando frecuentemente a niños de su edad a eventos en su hogar. Disfrutó del juego y actividades deportivas sugeridas a la madre (ver caso clínico 2). Mediante la psicoeducación, reconoció el proceso de estrés y sus respuestas a nivel cognitivo y emocional, aumentando su locus de control interno para frenar sus quejas somáticas constantes, disminuyendo las frecuencias de enfermarse de resfriados comunes.

Como variable instrumental, la colaboración de la madre, que a pesar de tener un trastorno de personalidad, acentuó la posibilidad de ejecución y modificación de conductas en el menor con antecedente de A.S. En cuanto a las limitaciones, se encontró resistencia a no sobrealimentarse, a dormir en ocasiones con su madre y a la conducta de cambiar frecuentemente de ropa, aún cuando esta no estaba sucia.

Es sabido por la literatura de abuso sexual, que las víctimas presentan síntomas a corto, mediano y largo plazo, por lo que se sugiere a pesar de los resultados obtenidos, continuar en proceso psicoterapéutico ante la presencia y exacerbación de los síntomas no modificados o la probable reactivación o creación de síntomas físicos que el paciente presentaba, así mismo, considerar con la opinión de algunos médicos del servicio de CAINM, quienes diagnosticaron un probable trastorno facticio por poder en la madre, quién entonces “crearía” nuevos síntomas en el menor.

Caso Clínico Núm. 2

Ficha de identificación

Edad: 37años

Sexo: Femenino

Escolaridad: Carrera técnica

Estado civil: madre soltera

Nacionalidad: Mexicana

No. De hermanos: tres

Posición que ocupa: segunda

Lugar de origen: México, D.F.

Lugar de residencia; México, D.F.

Motivo de consulta:

La paciente es referida por el equipo médico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, quien atiende a su hijo menor de 5 años de edad por antecedente de abuso sexual (Caso clínico Núm.1). En la entrevista menciona que desde hace tres años que ocurrió el evento de Abuso Sexual (A.S.), este demanda toda su atención:” puede despertar de buen humor o decirme que le duele todo, demanda mucho la atención de toda la familia que se está desmoronando, se volvió más vulnerable, no quiere que platique con nadie y que esté solo con él, además de esto quiero solucionar mi dependencia económica y problemas familiares como el independizarme de mi padre” sic pac. Refiere que a partir del evento ha cursado con tristeza profunda, insomnio, enfermedades frecuentes, enojo, así como tendencia a sobreproteger a su hijo.

Impresión y actitud general:

Paciente femenino de edad mayor a la referente cronológicamente, estatura media, complexión mediana, tez morena clara, acude en buenas condiciones de higiene regular aliño, cooperadora, ansiosa, con labilidad, presenta llanto durante la entrevista. Su tono de voz y velocidad son adecuados, sigue línea directriz sin necesidad de estímulo, su memoria a corto y largo plazo es conservada. Niega alteraciones en la sensopercepción. Es puntual a sus citas, interesada en ser atendida en conjunto con su hijo.

Historia del problema

La paciente refiere que el inicio de sus problemas se originaron en su infancia y adolescencia, exacerbándose cuando ocurre el evento de A.S. de su hijo. Relata dos intentos de suicidio con su primer pareja con quien vive un periodo en el extranjero y con quién procrea una hija, de quién finalmente se separa. Regresa a su país de origen en donde inicia nueva relación con el padre del

paciente (Caso clínico 1) a quien describe como golpeador y celoso, nuevamente se separa de esta pareja y decide estudiar gerontología y tanatología. Entre los trabajos desempeñados viviendo con sus dos hijos en casa de su padre, describe haber trabajado por periodos cuidando adultos mayores y enfermos crónicos. En este periodo de su vida, menciona síntomas de tristeza y ansiedad, situación que la lleva a buscar ayuda profesional en el Instituto Nacional de Psiquiatría, en donde inicia tratamiento farmacológico con antidepresivos y terapia psicoanalítica.

Es en este periodo de su vida, al estar trabajando, decide ingresar a su hijo menor a la escuela-guardería para así facilitar los periodos de ausencia debido a su profesión. Sospecha de evento de A.S. cuando en una ocasión al regresar de la escuela, el niño le pide le bese en la boca y en el pene, situación a la que interroga al menor: ¿quién te enseñó a besar en la boca? a lo que el menor contestó que fue su profesor de educación física. A partir de esto, indaga conductas y frases del menor que le llevan a descubrir el evento de A.S.

La paciente procede legalmente por medio de una demanda penal ante la escuela y persona identificada por el menor. Señala esta situación como estresante y agotadora en el sentido físico, emocional y económico. Al final del juicio el fallo fue hacia el agresor, situación que provocó en la familia, enojo y frustración.

Es así como a partir del evento de A.S., el estilo de crianza hacia su hijo ha sido estilo sobreprotector, vigilándolo frecuentemente en la mayoría de las actividades ante el temor de que ocurra de nuevo el evento, así mismo reconoce que ha promovido que la hermana mayor sea la cuidadora primaria (de 8 años de edad) cuando la madre no se encuentra, situación que ha creado conflictos continuamente entre los hermanos.

Fase Descriptiva

Análisis y descripción de las conductas problema objeto de intervención:

Variables psicológicas:

- Ansiedad: a nivel cognitivo con pensamientos rumiativos sobre el evento de A.S.
- Enojo: manifestado hacia su persona por no poder haber impedido el evento de A.S.
- Tristeza: Pensamientos relacionados con culpa, desesperanza e incapacidad para criar adecuadamente a sus hijos a partir del evento.
- Incapacidad para utilizar apoyo social.

Variables Fisiológicas:

- Adormecimiento en manos: el cuál ocurría en forma indistinta a lo largo del día.

- Cansancio: Identificado como un agotamiento y somnolencia durante todo el día.

VARIABLES CONDUCTUALES:

- Sobrevigilancia hacia sus dos hijos: incapacidad para permitir que estos jugaran o realizaran otra actividad sin su presencia.
- Sobrealimentación hacia su hijo: descrita como una forma de “consentir” a sus hijos después del evento de A.S.
- Dormir en la misma habitación en la misma cama con sus hijos a partir y antes del evento de A.S.

Tabla 7. Análisis funcional de respuesta: ansiedad		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Al estar sola en casa.</i> • <i>Al estar con sus hijos.</i> <p><i>Somáticos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cefalea tensional</i> 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Va a volver a pasar” (A.S.) • “No puedo separarme de ellos porque puede pasarles algo” • “No confío en nadie” • “Recuerdo lo que paso” • “Temor a que nos sigan o vigilen los familiares del agresor de mi hijo” <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Agitación motriz</i> • <i>Ir a vigilar constantemente.</i> 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sus hijos juegan solos por el temor de que alguien los agrede sexualmente.</i> • <i>Pensamientos catastróficos sobre el evento, no considerando su casa como un lugar seguro.</i> <p><i>A largo plazo</i></p> <p><i>Personales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sentirse insegura • No tiene el control sobre actividades con sus hijos. • Evitar actividades placenteras con amigos o familia. <p><i>Somáticas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas frecuentes • Mareos • Taquicardia • Sudoración de manos • Sentirse débil <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Preocupación excesiva <p><i>Conductuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No permite a sus hijos invitar amigos a jugar a su casa.

Tabla 8. Análisis funcional de respuesta: enojo		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En la casa cuando pelean sus hijos. • Al no contar con los recursos para comprar lo indispensable para sus hijos. <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Episodios depresivos recurrentes • Trastorno de personalidad limítrofe. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Debí haber estado ahí cuando ocurrió el evento” • “¿porqué no me di cuenta?” • “Soy mala mamá” • “¿Por qué nos pasa esto a nosotros?” <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Labilidad 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Exploto con mis hijos” • “Soy poco tolerante” • “Les grito a mis hijos” <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando disminuye el enojo los consiente y les premia con algo. <p><i>Familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Discusiones frecuentes con su padre. • Aislarse y tratar de solucionar todo sola. <p><i>Fisiológicas.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefaleas • Cansancio • Mareos • Gastritis

Tabla 9. Análisis funcional de respuesta: tristeza		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • En la casa, cuando se encuentra sin hacer “nada” o en momentos de ocio. <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuando observa jugar a sus hijos • Cuando sus hijos le piden algo que no puede comprar. • Cuando observa las conductas de su hijo a partir del evento de A.S. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Fue horrible lo que nos pasó” • “Mi hijo quedo traumatado” • Pensamientos rumiativos sobre el evento de A.S. <p><i>Conductuales</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dormir por largos periodos. • Recostarse por largos periodos sin interactuar con sus hijos. <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Labilidad • Llanto fácil • Irritabilidad • Tristeza • Culpa 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de vacío • Anhedonia <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cogniciones tendientes a la desesperanza. <p><i>Familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar actividades placenteras e innovadoras recreativas con sus hijos.

Tabla 10. Análisis funcional de respuesta: Renuencia a utilizar apoyo social		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Familia disfuncional con estilo de afrontamiento tendiente a la evitación.</i> <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para relacionarse con similares. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Siempre hemos estado solos” • “La familia nada más ha servido para dar problemas” • “No puedo confiar en nadie” • “Nadie me puede ayudar” 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>No solicitar ayuda debido a las características del evento de A.S.</i> <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Estilo de crianza en donde solo ella puede ayudar y educar a sus hijos.</i> <p><i>Familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nula comunicación sobre los problemas de sus hijos con los demás.

Tabla 11. Análisis funcional de respuesta fisiológica: adormecimiento de manos y cansancio		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Por las mañanas</i> • <i>Después de tomar fármacos para control de su ansiedad y depresión.</i> 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “No puedo funcionar si no tengo el medicamento antidepresivo” • “Otra vez me va a dar algo” • “Nunca tengo suficiente energía para educar a mis hijos” <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Enlentecimiento motriz</i> <p><i>Físicas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Adormecimiento de manos</i> • <i>Dolores en todo el cuerpo</i> <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Labilidad</i> • <i>Intolerancia</i> • <i>Llanto fácil</i> • <i>Enojo</i> • <i>Tristeza</i> 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Automedicación</i> <p><i>A largo plazo</i></p> <p><i>Cognitivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Desesperanza para continuar con una educación adecuada para sus hijos.</i> <p><i>Físicos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les pide a sus hijos hagan labores del hogar.</i> <p><i>Familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad para integrarse a alguna actividad placentera o deportiva para ella y sus hijos.

Tabla 12. Análisis funcional de respuesta: supervigilancia a sus hijos.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En la casa, escuela o al salir a otro lugar con sus hijos.</i> <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sensación de ansiedad 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Siento que alguien les puede hacer daño” • “No les permito hacer casi nada sin supervisión” • “No confío ni de mis familiares” <p><i>Motoras</i></p> <p>Estar vigilando</p> <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Angustia • Preocupación • Enojo 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cogniciones:</i> “No puedo realizar ninguna actividad mientras mis hijos juegan si no los vigilo”. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cogniciones:</i> “Promover inseguridad en mis hijos ya que no pueden hacer casi nada si yo no estoy presente”. • <i>Reforzar en sus hijos cogniciones de catastrofismo</i> <p><i>Familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cogniciones</i> “Mi familia me dice que los deje hacer cosas solos, no me entienden y discuto con ellos”.

Tabla 13. Análisis funcional de respuesta: dormir en la misma cama y habitación que sus hijos.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>A la hora de dormir</i> <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos del agresor de su hijo. • Dormir con sus hijos desde la separación de sus parejas. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Me siento segura si se duermen conmigo” • “Se pueden dormir bien si están conmigo” • “Siempre le ha dado miedo a mi hijo dormir solo y a la obscuridad” <p><i>Motoras</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No identifica <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Preocupación 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Incapacidad de dormir los tres en forma separada. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Reforzar miedos en los niños.

Análisis histórico

Se trata de paciente de 37 años de edad, proviene de familia disfuncional integrada por ambos padres y tres hermanos. Su niñez se desarrolló en medio de conflictos familiares, tuvo una

posición económica media alta que le permitió estudiar en escuelas privadas de donde dice haber aprendido cinco idiomas que posteriormente le permitieron trabajar como sobrecargo. Padre con problemas para contener impulsos, ejerciendo violencia física y psicológica contra su madre e hijos. Madre con probable trastorno de personalidad, hermanos: uno con alcoholismo y hermana con trastorno de alimentación: bulimia. A corta edad le diagnostican Leucemia Linfoblástica Aguda siendo atendida en el Instituto Nacional de Pediatría, (institución donde su hijo es atendido actualmente en diferentes servicios) donde es dada de alta médica por erradicación de la enfermedad.

Ha fracasado con sus parejas sentimentales, involucrada con hombres con mismos patrones conductuales: violentos, homosexualidad, actualmente sin pareja sobre lo que refiere sentirse conforme. Es madre de dos hijos con quienes vive en casa de su padre quién les soporta económicamente. Describe a este último como misógino, grosero, violento, infiel e intolerante. Su madre se fue de esta casa hace un año aproximadamente, al descubrir infidelidad de su esposo, situación que molesta a la paciente.

Desde el evento de A.S. no labora, situación que ha empeorado la relación que lleva con su padre quién los sustenta con base en el negocio familiar quién brinda ayuda económica cuando el lo desea para pagar alimentación, escuela y diversión de sus nietos.

Pese a esta situación, la paciente se describe como una madre feliz, entregada totalmente a sus hijos, a quienes concibe como muy buenos, inteligentes, con buenas calificaciones, obedientes y siempre pendientes de mamá. Menciona sentirse preocupada por la forma en que los educa y los alimenta ya que se esmera en que tengan buena salud.

Factores de predisposición

A continuación se enlistan los factores de predisposición a la condición actual de la paciente:

Factores personales:

- Antecedente de maltrato físico, psicológico y abuso sexual en la infancia
- Baja autoeficacia : la paciente dice saber cinco idiomas y a pesar de esto no puede trabajar ejerciendo esta habilidad.
- Temor a ejercer estilo de crianza que promueva desarrollo en sus hijos a partir del evento sexual.
- Paciente diagnosticada con trastorno límite de personalidad por dos instituciones psiquiátricas, episodios depresivos recurrentes, en tratamiento psicofarmacológico.
- Paciente sobreviviente a Leucemia Linfoblástica aguda en la infancia.

Factores familiares

- Proveniente de familia disfuncional, integrantes con probable trastornos de personalidad, apoyo social disfuncional.
- Dependencia económica de figura paterna.

Factores sociales

- Escaso núcleo de relaciones interpersonales.
- Actualmente sin pareja, relatando relaciones anteriores con infidelidad y violencia, además de temor a que su pareja agreda sexualmente a sus hijos.

Recursos personales y familiares:

- Paciente adherente a tratamiento psicológico y médico por parte de institución, de ella y de su hijo.

Otros datos relevantes:

La paciente tuvo durante su infancia y adolescencia, un estilo de vida con facilidades económicas, sociales y culturales que le permitieron adquirir conocimiento sobre diferentes idiomas, así mismo conocimiento para cocinar y preparar platillos fuera de la dieta tradicional para sus hijos cuando su economía se lo permite. No se visualiza con pareja sentimental en un futuro.

Diagnóstico según sistema de clasificación DSM-IV-TR

Eje I F32.x Trastorno depresivo mayor recidivante moderado.

Eje II

- Rasgos de Trastorno límite de la personalidad. Presencia de un patrón de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y los afectos, y de una notable impulsividad
- Rasgos de Trastorno de la personalidad por dependencia. Presencia de un patrón de comportamiento sumiso y pegajoso relacionado con una excesiva necesidad de ser cuidado.
- **Probable F68.1** Trastorno facticio no especificado. (300.19). En este subtipo deben constar los trastornos facticios que no pueden clasificarse en ninguna de las categorías específicas. Por ejemplo, el individuo que simula o produce signos o síntomas físicos o psicológicos a otra personas que se encuentra bajo su custodia, con el propósito de asumir indirectamente el papel del enfermo.

Criterios para el diagnóstico:

- A. Producción o simulación intencionada de signos o síntomas físicos o psicológicos en otra persona que se halla bajo el cuidado del perpetrador.

- B. La motivación que define al perpetrador es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona.
- C. No existen incentivos externos que justifiquen este comportamiento
- D. El comportamiento no se explica mejor por la presencia de otro trastorno mental.

Eje III Seguimiento médico a Leucemia Linfoblástica en la Infancia.

Eje IV Problemas relativos al grupo:

- Primario: disfunción familiar, violencia, antecedente de abuso sexual.
- Laborales: desempleo.
- Vivienda: vivienda inadecuada. Económicos: dependencia, economía insuficiente.
- Sistema legal: juicio por abuso sexual de su hijo.

Eje V. Evaluación de la actividad global (EEAG): 60-51. Síntomas moderados, afecto aplanado, Crisis de angustia ocasionales, dificultades moderadas en la actividad social y laboral.

Formulación clínica y modelo psicopatológico:

La paciente presenta síntomas tendientes a un episodio depresivo, los cuáles han sido recurrentes en su vida. Estos síntomas pueden explicarse desde su círculo primario familiar en donde los conflictos entre sus padres eran frecuentes, presenciando escenas de violencia física y psicológica, tuvo una madre insegura que soportó el maltrato mencionado, probablemente también cursaba con depresiones recurrentes, lo que probablemente hizo mantener un apego inseguro con la paciente quien también sufrió abuso sexual por tocamiento. A continuación, en la figura 7, se muestra el modelo psicopatológico del caso clínico Núm. 2:

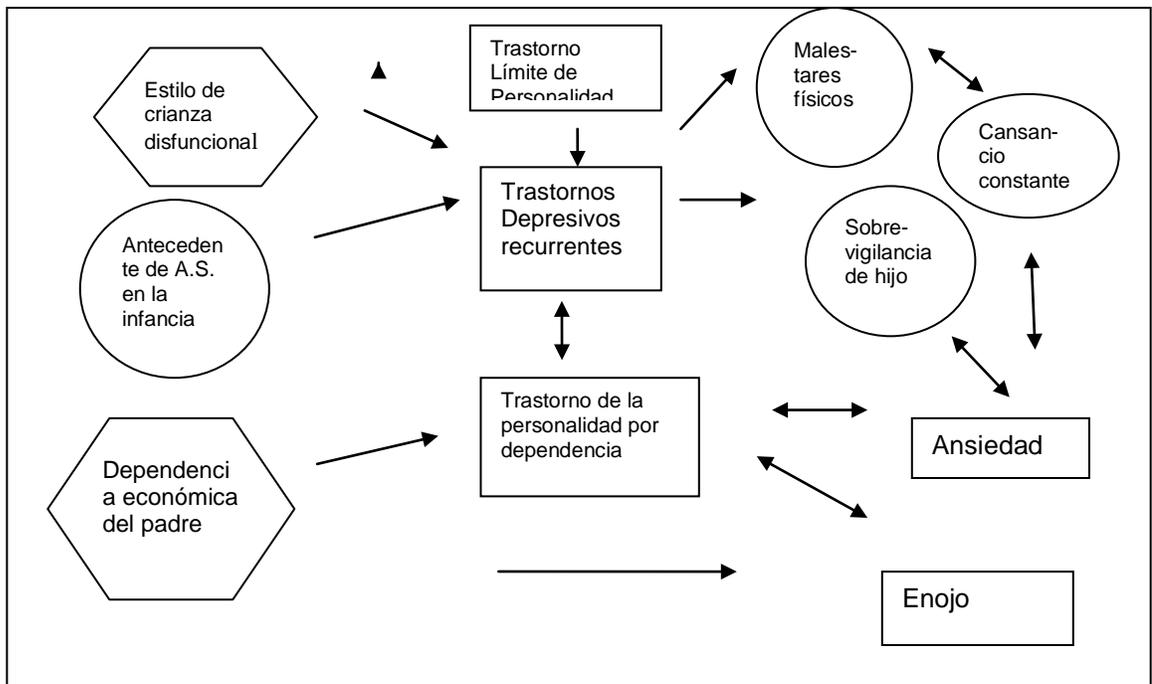


Figura 7. Modelo psicopatológico del Caso clínico Núm. 2.

*Los rectángulos representan los trastornos emocionales, los hexágonos variables de predisposición y los círculos conductas objeto de intervención.

La paciente presenta rasgos de trastorno de personalidad limítrofe y dependiente de la personalidad, con síntomas de ansiedad y depresión, favorecido por escasos recursos de afrontamiento, así como cogniciones tendientes al catastrofismo posterior al evento de su hijo, lo que ha generado sobreprotección en sus hijos y nula percepción del futuro en cuanto a esfera laboral y social en ella.

Medición Inicial:

- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
Puntuación: 31 puntos Depresión severa
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI):
- Puntuación: 34 puntos: ansiedad severa
- Historia clínica multimodal

Los datos obtenidos de la entrevista, se clasificaron de la siguiente forma:

Respuesta psicológica:

- Ansiedad
- Enojo
- Depresión
- Renuencia a utilizar apoyo social

Respuesta fisiológica:

- Adormecimiento de manos y cansancio constante.

Conductas para su hijo:

- Sobrevigilancia
- Conductas inadecuadas al dormir en la misma cama y habitación de sus hijos.

Fase de tratamiento

Debido a los altos puntajes que se observaron en la paciente en la escala de ansiedad y depresión, se canalizó al psiquiatra del área de salud mental, de consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría para realizar la valoración pertinente en la paciente y fuera manejada en forma multidisciplinaria. Es así como se le administró antidepresivos, de tal forma que conjugó la atención farmacológica y la terapia cognitivo-conductual para manejo de depresión y ansiedad.

Objetivos terapéuticos:

1-Disminuir niveles de depresión y ansiedad.

2-Favorecer mediante la psicoeducación, autoeficacia para favorecer un estilo de crianza que promueva cambios en ella y en sus hijos después del evento de A.S.

Procedimiento:

- Entrega de resultados de evaluación a la paciente
- Firma de consentimiento informado
- Inicio de proceso psicoterapéutico, relatado a continuación:

Se trabajó durante 17 sesiones, en los cubículos de consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría, pertenecientes a CAINM. La duración de estas fue de 45 min. Una a dos veces por semana.

A continuación se describe la intervención que se llevó a cabo con el paciente:

Sesión	Actividad:	Técnicas	Tareas para casa
1	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar entrevista clínica. • Encuadre psicoterapéutico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Historia clínica semiestructurada. 	

2	<ul style="list-style-type: none"> Continuación Entrevista clínica, recolección de datos y análisis funcional de las conductas disfuncionales. 	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica semiestructurada. 	
3-4	<ul style="list-style-type: none"> Explicación ABC de la conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> Integración y explicación del "cuaderno de la terapia" Descripción de análisis funcional de la conducta. Enlistar problemas o situaciones y sus consecuencias a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Respiración diafragmática Escribir ejemplos de análisis conductuales en cuaderno.
Objetivo:	Que la paciente identificara la cadena conductual por medio del esquema A: situación, B: cogniciones y C: consecuencias para la aplicación a su vida diaria.		
5-6	<ul style="list-style-type: none"> Concepto de estrés y su respuesta fisiológica. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación Práctica de la Relajación Muscular Progresiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Registrar en cuaderno ejemplos de esquema ABC Práctica de Relajación Muscular Progresiva Actividad física a la semana (3 veces por 30 mins)
Objetivo:	Que la paciente comprendiera el concepto de estrés y la relación con su reactividad fisiológica. Así mismo, continuar con esquema ABC, introduciendo a la relajación muscular progresiva y el ejercicio físico.		
7-11	<ul style="list-style-type: none"> Reestructuración Cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar Distorsiones Cognitivas en esquema ABC 	<ul style="list-style-type: none"> Escribir ejemplos de distorsiones cognitivas en su cuaderno. Práctica de la Relajación Muscular Progresiva. Continuar con práctica de ejercicio físico.
Objetivo:	Que la paciente identificara las distorsiones cognitivas que utiliza con mayor frecuencia y desencadenan y prolongan emociones de tristeza, ansiedad y enojo.		

12-14	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación sobre etapa de desarrollo de su hijo (caso clínico 1) 	<ul style="list-style-type: none"> Biblioterapia y diapositivas. 	<ul style="list-style-type: none"> Lectura de material bibliográfico Continuar con Relajación Muscular Progresiva Identificación de distorsiones cognitivas. Práctica de ejercicio físico
Objetivo:	<p>El conocimiento sobre las características de desarrollo de su hijo, promoverían cambios cognitivos y conductuales en el estilo de crianza adecuado después del evento de A.S.</p> <p>Material bibliográfico proporcionado: Wendkos, O., Papalia, D., (2001). <i>Desarrollo Humano</i>. Séptima Edición. México. Mc-Graw Hill. Capítulo seis: Desarrollo físico e intelectual en la primera infancia y Capítulo siete: Desarrollo social y de la personalidad en la primera infancia.</p>		
15	<ul style="list-style-type: none"> Promover apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento en habilidades sociales 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con Relajación Muscular Progresiva Identificación de distorsiones cognitivas. Práctica de ejercicio físico
Objetivo:	<p>Que la paciente reconozca y utilice las fuentes de apoyo social circundantes, de tal forma que desarrolle autoeficacia para la ejecución de nuevas actividades económicas y sociales para ella y sus hijos.</p>		
16	<ul style="list-style-type: none"> Planificación de actividades económicas 	<ul style="list-style-type: none"> Técnica en Solución de Problemas. 	<ul style="list-style-type: none"> Planeación de actividad económica Continuar con Relajación Muscular Progresiva Identificación de distorsiones cognitivas. Práctica de ejercicio físico
Objetivo:	<p>Promover en la paciente la elaboración de una actividad económica para favorecer la independencia económica.</p>		
17	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación de habilidades adquiridas. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación Post-tratamiento

Objetivo:	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer en la paciente los alcances y limitaciones percibidas después de la intervención.
-----------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Tabla 14. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual en Caso Clínico Núm.2

Fase de Evaluación de Resultados por Trastornos y/o problemas psicológicos.

Ansiedad ante el temor de un nuevo evento de abuso sexual: Se controló por medio del automonitoreo de cogniciones y autodebate de ideas irracionales. En la figura 8, se muestra un fragmento del “cuaderno de la terapia”, donde la paciente describe la distorsión cognitiva más frecuente que generaba ansiedad. “Todo o nada”: “todos los seres humanos que nos rodean son posibles atacantes sexuales” sic pac. Posterior a la intervención, la posibilidad de considerar “términos medios” en esta distorsión, fue lo que permitió que tanto ella, como su hijo, que intentaran socializar con un mayor número de personas.

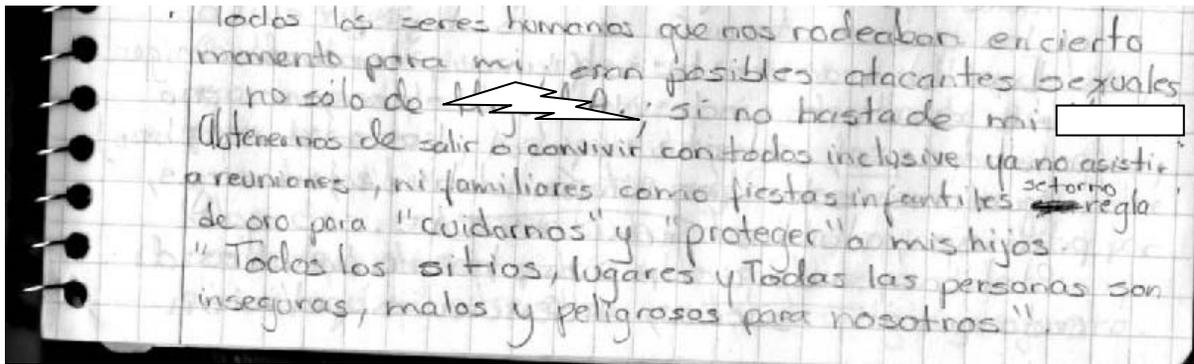


Figura 8. Fragmento de “cuaderno de terapia”, presencia de distorsión cognitiva “todo o nada” en la paciente.

Enojo: La paciente pudo identificar las distorsiones cognitivas que le provocaban enojo, la que ocurría con mayor frecuencia fue la de “los deberías”: “yo debía de haber estado ahí para proteger a mi hijo”, “debí de haberme dado cuenta” sic pac., así mismo la presencia de “etiquetación”: “soy mala mamá”, “mi hijo ya está marcado” sic pac. Algunas de las frases y conductas observables que ayudaron a la paciente a disminuir su enojo fueron. “siempre he atendido a mis hijos”, “no soy perfecta”, “me preocupo por las cosas de mis hijos” sic pac.

Tristeza: La paciente menciona presentar episodios de tristeza y trastornos depresivos en diferentes etapas de su vida, sin embargo, tras el evento de abuso sexual de su hijo, esta se vio incrementada por las siguientes distorsiones: catastrofismo: “es horrible la vida a partir de lo que nos paso”, “no puedo hacer nada por cuidar a mis hijos” sic pac. La paciente logro mediante el debate de ideas aminorar pensamientos rumiativos y emociones de desesperanza y tristeza. Sin lugar a duda, la medicación antidepressiva fue determinante para la mejoría del paciente a partir de los primeros 30 días de consumo, sin embargo, la paciente mencionó que las técnicas de análisis conductual (ABC), le ayudaron a comprender el porqué de sus emociones y reacciones físicas.

Adormecimiento de manos y cansancio: Como parte complementaria al tratamiento de los síntomas depresivos de la paciente, fue la ejecución de actividad física 30 minutos por tres días a la semana, situación a la que la paciente fue altamente adherente, incluyendo a la práctica de diferentes actividades deportivas para ella y sus hijos. La actividad física probablemente contribuyó a la disminución de síntomas de ansiedad y tristeza que la paciente manifestó identificándolos como “tener mayor energía y mejor estado de ánimo” sic pac. A continuación se muestra el registro de actividad física en forma mensual.

Registro de actividad física:

- Trotar
- Tae kwon Do
- Natación
- Zumba
- Tenis
- Brincar la cuerda/reaorte

S	D	L	M	M	J	V	S
		4	5	6	7	8	9
E	7	8	9	10	11	12	13
P							
T	14	15	16	17	18	19	20
I	21	22	23	24	25	26	27
E							
M	28	29	30				
B							
E							

Figura 9. Registro de actividad física mensual ejecutada por la paciente.

Sobrevigilancia: Por medio de la biblioterapia sobre desarrollo de la primera infancia, la paciente comprendió la importancia del juego en la etapa en que se encontraba su hijo, así mismo de la necesidad de socializar con iguales. De esta forma, disminuyó la conducta hipervigilante hacia las actividades de su hijo y promovió la visita de amigos a casa.

Dormir en la misma cama y habitación: La respuesta en esta variable, no fue constante, ya que en ocasiones le permitía a su hijo dormir con ella en la cama. Las cogniciones identificadas en esta conducta fueron: “después de lo que paso sufrió mucho”, “es mi niño chiquito” sic pac.

Renuencia a utilizar apoyo social: Al modificar cogniciones como “la gente es mala”, “la gente ve mal a mi hijo” sic pac, es como la paciente desarrolla la habilidad de socializar. Lo hace visitando a familiares con quienes no concurría e ingresando a la religión cristiana, de donde logra entablar buenas relaciones amistosas y con quienes acude en compañía de sus hijos, en actividades recreativas y espirituales que relata la paciente lograron aminorar su ansiedad y desesperanza. Este nuevo grupo de personas, le ayudan a la paciente en el cuidado de sus hijos, fomentaron forma de autoempleo, así como diversas actividades en las que la paciente participó activamente.

Es importante mencionar, que la paciente fue altamente adherente al tratamiento psicológico, atendiendo en un 90% a las citas asignadas, cooperando en las tareas propuestas. Cabe destacar la importancia del “cuaderno de la terapia” en donde la paciente adquirió la habilidad de organizar la información de las sesiones y plasmar sus cambios. Así mismo, el contar con un lugar apropiado para la ejecución de la terapia cognitivo-conductual (figura 10).

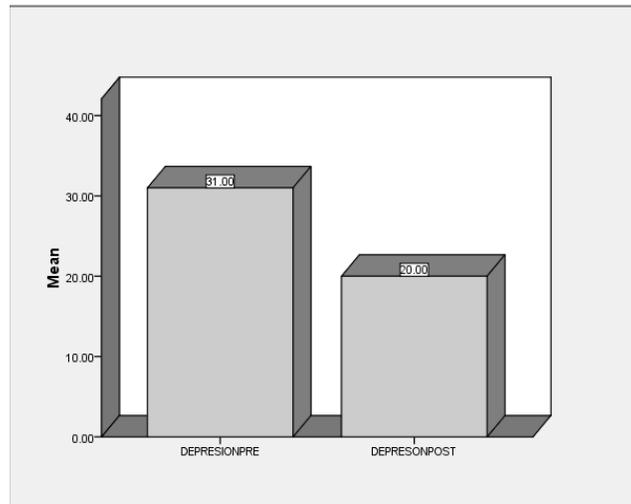


Figura 10 .Paciente en sesión psicoterapéutica.

Medición Final

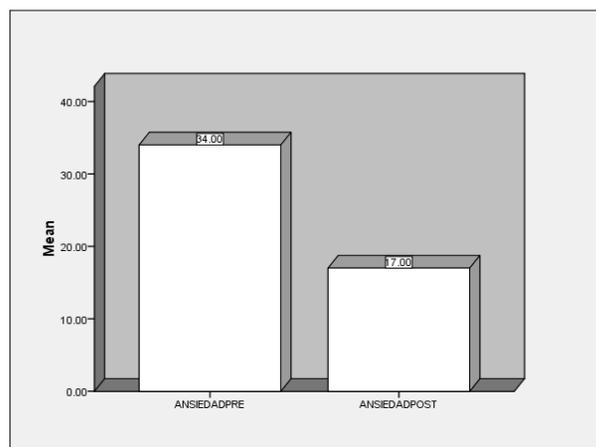
A continuación, se muestra la comparación de la variable Depresión, en donde la paciente mostró disminución de 31a 20 puntos.

Inventario de Depresión de Beck (BDI). 20 puntos (post): la cual se evaluó como una depresión leve. Dentro de los reactivos en los cuales la paciente mostro diferencia se encuentran los sentimientos de culpa, la falta de satisfacción, los brotes de llanto e inhibición en el trabajo, mientras que la perdida de interés en el sexo y preocupación somática no mostraron cambios (ver gráfica 2).



Gráfica 2. Comparación variable Depresión pre-post tratamiento, Caso Clínico Núm. 1.

En cuanto a la variable Ansiedad, la paciente disminuyó sus niveles de 34 a 17 puntos reportados por el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), evaluados como una ansiedad leve. Como ejemplo de reactivos en los que se obtuvo cambios favorables están: la habilidad para relajarse, la sensación de mareo, la sensación de ahogo y el miedo a perder el control (ver gráfica 3).



Gráfica 3. Comparación variable Ansiedad pre-post tratamiento, Caso Clínico Núm. 1.

Conclusiones Clínicas

Los resultados muestran las habilidades que la paciente obtuvo durante el proceso terapéutico: identificación de distorsiones cognitivas, debate de ideas y de esta forma autorregular emociones y por lo tanto su conducta. En cuanto a la variable depresión, la paciente señaló una “mayor claridad en identificar sus pensamientos” sic. pac, así mismo un importante incremento de energía física que le contribuía en pasar mejores momentos con sus hijos, siendo en todo momento, adherente al tratamiento antidepresivo, administrado por médico psiquiatra, quién en notas del expediente, puntualizó esta mejoría como Trastorno Depresivo mayor en remisión.

Logró disminuir conductas hipervigilantes a las conductas que realizaban sus hijos, variable que provocó disminuir ansiedad y aumentar autoeficacia en actividades como jugar con otros niños. En el aspecto económico, diseñó un “programa de ventas” financiado por Delegación Política del sur de la ciudad, la cuál brindaría préstamo para la ejecución de este proyecto. Esta actividad, representó para la paciente el inicio de estabilidad económica y de evitar conflicto con su padre quien financiaba todas las actividades de sus nietos (escuela, deportes, etc.).

En cuanto a la variable ansiedad, la paciente disminuyó sus niveles de ansiedad a través del tratamiento, sin embargo, esta medida, se vio alterada, al recibir unos días antes de la evaluación final el diagnóstico médico de Cáncer de seno, situación que dice ella sabía podía ocurrir debido a sus antecedentes de Leucemia Linfoblástica en la infancia; menciona que el apoyo social con el que ahora cuenta (“hermanas del templo cristiano” al que acude actualmente), le permitirá asistir a sus consultas médicas contando con personas que se hagan cargo de sus hijos, situación que menciona aminora considerablemente el estrés por estas actividades.

Es importante señalar, que la paciente cuenta con un probable Trastorno Limite de Personalidad, diagnosticado por el equipo mental del Instituto, así mismo, la posibilidad de un Trastorno Facticio por poder (Síndrome de Munchausen), diagnosticado por médico pediatra tratante del equipo de CAINM, situación que podría implicar la creación de síntomas físicos y psicológicos en ella y en su hijo (ver caso clínico Núm. 1). ejemplo esto es que al darse de alta al menor, indicó que buscaría ayuda en el Instituto de Enfermedades Respiratorias para ingresarle por presentar gripes constantes y alergias. Aún cuando se de seguimiento a estos dos casos (caso clínico Núm. 1 y 2), por parte del equipo multidisciplinario, en el presente protocolo, se demostró que la intervención Cognitivo-Conductual puede contribuir en la autorregulación emocional y de conductas en pacientes victimas de eventos traumáticos como lo es la violencia y abuso sexual, aún con la presencia de un trastorno de personalidad.

Caso Clínico Núm. 3

Ficha de Identificación

Edad: 27 años

Sexo: Femenino

Escolaridad: carrera técnica

Nacionalidad: Mexicana

Estado civil: casada

No de hijos: dos

Religión: Cristiana-evangélica

Lugar de origen: México, D.F.

Lugar de residencia: México, D.F.

Motivo de consulta:

Paciente femenina, acude a consulta de seguimiento de su hija menor en el servicio de pediatría de la Clínica de Atención al Niño Maltratado, en donde menciona que ésta, quién padeció Abuso Sexual (A.S.) dos años anteriores a la fecha, continúa con dolores de cabeza frecuentes. Es así como el equipo de psicología de la clínica le interroga a la madre, quien presentaba síntomas de ansiedad y cogniciones de daño y muerte de sus hijos. De esta manera, se sugiere a la madre de la paciente, integrarse a tratamiento psicológico en la institución mencionada. En un inicio la paciente mencionó no creer necesaria la intervención, sin embargo se aclaró a la paciente que algunas conductas hacia sus hijos, mencionadas en la entrevista, podrían ser perjudiciales para estos, ejemplo: “Me da miedo que mis hijos salgan a jugar al patio de mi casa, siento que ningún lugar es seguro para ellos desde lo que pasó, me da miedo salir, a la gente, miedo a que les pase algo, tengo miedo a la muerte”, “no salimos a ningún lado, a veces me piden que los lleve a un parque y les digo que mejor juguemos en la casa”. sic pac.

Impresión y actitud general:

Paciente femenina de edad mayor a la cronológica, de estatura baja complexión robusta, tez morena, acude en condiciones de higiene y aliño adecuadas, puntual en todas sus citas, durante las cuales se muestra cooperadora mencionando que había cambiado de parecer y estaba dispuesta a iniciar terapia para mejorar actividades con sus hijos.

Historia del problema

La paciente es madre de una niña de cinco años de edad, quien acude a consultas médicas de seguimiento a la Clínica de Atención Integral al niño maltratado, en donde fue atendida tras evento de abuso sexual por tocamiento a la edad de cuatro años por profesor de escuela preescolar donde esta asistía.

En la entrevista, la madre menciona que los síntomas mencionados, comienzan tras la muerte de su primera hija, la cuál contaba con dos meses de vida, acaecida tras una probable neumonía, falleciendo en sus brazos, situación que ella comenta, se sintió culpable debido a que el bebé murió cuando ella dormía con ella en su cama y en sus brazos. Posterior a este acontecimiento experimentó un periodo con síntomas depresivos en el cuál no recibió tratamiento farmacológico ni psicológico, superándolo con ayuda de su pareja, familiares y sus creencias en Dios. Tras esta situación, nacen sus dos hijos, a los cuáles la paciente dice se mostró menos afectiva físicamente desde que eran bebés por temor a que estos murieran en circunstancias similares.

Es así, como la paciente indagó en su hija conductas extrañas a un mes de entrar al kínder: “me dijo que ya no quería ir, lloraba, me decía que le dolía al orinar” sic pac. Exploró físicamente e interrogó hasta que la niña describe la agresión sexual sufrida en la escuela por su agresor, inmediatamente es traída al Instituto Nacional de Pediatría en donde se le interna con el diagnóstico de abuso sexual por tocamiento.

Tras el evento, denuncian ante la Procuraduría General de Justicia en donde el fallo del juez fue hacia favor el agresor, argumentando insuficiencia de evidencias. La niña recibe atención psicológica por parte del programa gubernamental “PISOTON”, el cuál implementa la Delegación Miguel Hidalgo del gobierno del Distrito Federal de donde describe disminución de síntomas como insomnio, terrores nocturnos, aislamiento, miedo a personas adultas, mutismo selectivo entre otros. Posterior a esta situación y fallo jurídico, la paciente menciona exacerbación de síntomas como: enojo, ansiedad, tristeza y los temores ya mencionados.

Fase Descriptiva

Análisis y descripción de las conductas problema objeto de intervención:

A continuación se enlistan las conductas que la paciente presentó a partir del evento de Abuso Sexual (AS) de su hija:

Variables Psicológicas:

- *Ansiedad*: manifestada con imágenes y cogniciones tendientes al catastrofismo, como miedo a la muerte de sus hijos y al robo de sus hijos, a la venganza por parte del agresor, a la soledad, a la posible ocurrencia de accidentes a sus hijos y marido.
- *Culpa*: la paciente presentaba una serie de cogniciones tendientes al “deber ser”, ejemplo de esto son: “no debí haber inscrito en esa escuela a mi hija”, “¿cómo no me di cuenta?, debí de haberlo sabido”, provocando estas culpa en la paciente.

Variables Fisiológicas:

- *Tensión muscular constante*: Identificada en cuello y nuca.

- *Mareos: Presentes en situaciones* que denominaba como “estresantes”, ejemplo al ir por sus hijos a la escuela, al encontrarse sola en su casa, empezar a recordar eventos como la muerte de su hija y el evento de abuso sexual, desencadenando síntomas físicos como hiperventilación, mareos y cogniciones tendientes al catastrofismo.

Variables Conductuales:

- *Exigencia a que sus hijos permanecieran dentro de la casa al alcance de su vista:* la paciente no permitía que sus hijos jugaran o realizaran actividades aún dentro del patio de su casa por temor a que se accidentaran y por esto pudieran morir o a que alguien entrara a su casa y abusara de ellos.
- *Exigencia a su hijo mayor (de 7 años):* a partir del evento de A.S. la paciente reconoce que el hermano mayor “tiene que cuidar y vigilar” constantemente a su hermana exigiéndole y enojándose frecuentemente con él si no acata esta orden.
- *Conductas obsesivas:* cerciorarse que sus hijos estuvieran vivos mientras dormían, revisar ventanas cerradas, chapas de las puertas, asomarse a la calle para verificar que no la hubiera seguido alguien, limpieza excesiva de su casa (aún en horas de la noche y madrugada), lo que desencadenaba la presencia de insomnio frecuente.

A continuación, se muestran las tablas con el análisis funcional de cada una de las respuestas de la paciente:

Tabla 15. Análisis funcional de respuesta fisiológica: ansiedad

Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Al salir sola en de su casa (mercado, tienda, etc.) • Al llevar a sus hijos a la escuela • Al presentarse el insomnio • Al estar sola en su casa. <p><i>Internos</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Recuerdos sobre la muerte de su hija. • Recuerdos sobre el evento de abuso sexual a su segunda hija. 	<p><i>Cognitivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Alguien nos va a seguir al salir de la casa” • “Me van a robar a los niños” • “Puede aparecer algún familiar del agresor de mi hija” • “En el camino nos pueden atropellar” • “Se pueden accidentar mis hijos si los dejo salir a jugar” <p><i>Físicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Taquicardia</i> • <i>Sudoración en manos</i> • <i>Tensión muscular en cuello</i> • <i>Cefaleas</i> <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Irritabilidad • Miedo • Angustia • Enojo 	<p><i>A corto plazo</i></p> <p><i>Cognitivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No salir: “Mi casa es el único lugar seguro” Reforzamiento continuo a sus hijos sobre: “el mundo es peligroso <p><i>Conductuales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • No permite que sus hijos salgan a jugar al patio de su casa. • No permite que sus hijos asistan a eventos sociales (festas de sus compañeros, reuniones con familiares) por temor a que sean agredidos. <p><i>A largo plazo</i></p> <p><i>Familiares:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitación de lugares de esparcimiento para ella y sus hijos como el patio de su casa, parques, etc.

Tabla 16. Análisis funcional de la variable culpa		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Al acostarse a dormir. • Al tener insomnio. • Al estar en su casa sola. 	<p><i>Cognitivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Debí de haberme dado cuenta lo que le pasaba a mi hija” • “¿Porqué la inscribí en esa escuela?” • “Soy una mala mamá” <p><i>Físicas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Tensión muscular</i> • <i>Cefaleas</i> • <i>Llanto</i> <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Tristeza • Enojo • Culpa • Temor 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Sobreprotección hacia su hija. • Irritabilidad ante hermano mayor (de 7 años de edad), quien según la madre “debe cuidar y proteger a su hermana en todo momento”. <p><i>A largo plazo</i></p> <p><i>Cognitivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Cogniciones tendientes a la frustración y desesperación.</i>

Tabla 17. Análisis funcional: hipervigilancia en actividades de los niños.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Al estar solo en casa. • Al llegar de la escuela. 	<p><i>Cognitivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Pueden tener un accidente” • “Se pueden caer jugando” • “No les permito que utilicen las bicicletas ni patines, se pueden accidentar” <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Ansiedad • Enojo 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipervigilancia de sus hijos. <p><i>A largo plazo</i></p> <p><i>Cognitivas:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Presencia de distorsión cognitiva. “Todo o nada: Mi casa es el único lugar seguro” • “Todo es peligroso para mis hijos” • “Toda la gente es insegura”

Tabla 18. Análisis funcional de la conducta: Exigencia al hijo mayor sobre cuidados hacia su hija con diagnóstico de A.S.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estando en casa • En la calle • En la escuela 	<p><i>Cognitivas y verbales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • “Tu eres el mayor y la debes de cuidar” • “Eres el hombrequito” • “Mi niña es muy vulnerable” • “Si llora, vengo y te pego” <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Enojo</i> • <i>Ansiedad</i> • <i>Desesperación</i> 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Sobreprotección de hija menor.</i> • <i>Exigencia continua sobre conductas de cuidado en el hermano mayor.</i> <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enojo y rivalidad entre hermanos.

Tabla 19. Análisis funcional de conductas obsesivas.		
Antecedentes	Respuestas	Consecuencias
<p><i>Ambientales:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>En la casa</i> • <i>Antes de dormir</i> • <i>Al despertarse por las noches.</i> 	<p><i>Cognitivas”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>“Creo que volveré a revisar si todo está bien”</i> • <i>“Se puede meter alguien y hacerle algo a mis hijos”</i> • <i>“No recuerdo si cerré bien”</i> • <i>“Voy a ver si están bien”</i> • <i>“Voy a ver si respiran”</i> • <i>“Pueden morir mientras duermen”</i> <p><i>Afectivas</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Miedo • Ansiedad 	<p><i>A corto plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Imposibilidad para conciliar sueño fisiológico y reparador. <p><i>A largo plazo</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Conducta compulsiva, si no se realizan, no puede dormir. <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cansancio crónico • Cefaleas

Análisis histórico

La paciente es producto de familia conformada por padre y madre, con dos hermanas de 28 y 18 años.de edad. Recuerda su infancia como una niña tímida, insegura, con pocos amigos, con temor y miedos y algunos problemas familiares. Recuerda a su padre como una figura muy trabajadora situación por la cuál no salían mucho, mientras que a su madre la recuerda como aprehensiva, trabajadora, enojona y “pegalona”, situación que la hace recordar una atmósfera “neutral” en su

familia. Niega antecedentes de alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar o intentos de suicidio. Diagnostican a su hermana mayor con Esquizofrenia de tipo Paranoide, actualmente estable, sin tratamiento médico. La familia es practicante de la religión Cristiana-evangélico desde su infancia, situación que dice, les ayuda debido a la inmensa fe que presentan ante cualquier situación problemática. Esta casada desde hace diez años con pareja actual, situación que describe como muy satisfactoria, describe a su esposo como: centrado, alegre, comprometido, trabajador, cuidador de ella y sus hijos. Describe el inicio de sus problemas con la muerte de su primogénita, el cuál ocurrió cuando ella dormía con esta, situación que la hizo sentir culpable al no darse cuenta de la gravedad en la que se encontraba la menor. Posteriormente el evento de abuso sexual a su segunda hija se incrementó su culpa al sentirse “mala madre” por segunda ocasión, y por último las bajas calificaciones de su hijo mayor a quién por medio de la entrevista realizada en familia, se le diagnostica con probable dislexia. Menciona saber oficio de estilista, el cual solo utiliza con la familia, aunque le gustaría trabajar en esto y ayudar a su esposo en la economía del hogar. Viven en planta alta de casa de sus padres quienes les aportan en lo económico.

Factores de predisposición:

A continuación se enlistan los factores de predisposición a la condición actual de la paciente:

Factores personales:

- Paciente con antecedente en infancia con estilo de crianza autoritario.
- Antecedente de Esquizofrenia Paranoide en hermana.
- Muerte súbita de primogénita. No recibió intervención psicológica para elaboración de duelo.
- Evento de abuso sexual en segunda hija.

Factores familiares:

- Carencias económicas.

Recursos personales y familiares:

- Paciente con capacidades cognitivas para prepararse al cambio.
- Adherente a tratamiento psicológico.
- Apoyo de pareja sentimental.
- Creencias religiosas que promueven al cambio en estilo de vida.

Otros datos relevantes:

La paciente presenta Oтоesclerosis en un de oído, situación que dice no continuar con atención médica por falta de recursos económicos.

En cuanto a la práctica de la religión cristiano-evangélica, se podría considerar como un locus de control externo, sin embargo, en la paciente funcionó como variable instrumental para fomentar el cambio: "Dios me puso en este camino, me mando con ustedes para que me ayuden y yo tengo que estar bien porque para eso estamos en la vida" sic pac. No se considera que la paciente practique su religión en forma de fanatismo o que ésta represente alguna alteración en su juicio.

Diagnóstico según sistema de clasificación DSM-IV-TR

Eje I Trastorno de ansiedad generalizada F300.02

Cumple cinco de los seis criterios en un tiempo mayor a seis meses.

a) Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades que se prolongan más de seis meses.

b) Le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

c) La ansiedad y preocupación se asocian con tres o más de los síntomas siguientes:

1. inquietud o impaciencia
2. fatigabilidad fácil
3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
4. irritabilidad
5. tensión muscular
6. alteraciones del sueño

d) La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

e) Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p.ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo.

Eje II Ninguno

Eje III Enfermedad del oído (H60-H95)

Eje IV Problemas relativos al grupo primario de apoyo:

Abuso sexual por tocamiento en su hija menor.

Problemas laborales: desempleo

Problemas económicos: economía insuficiente

Problemas relativos a la interacción con el sistema legal o el crimen: Resultado del juicio de abuso sexual a su hija menor.

Eje V EEAG= 60. Síntomas moderados: dificultades moderadas en la actividad social y laboral.

Formulación clínica y modelo psicopatológico:

La paciente presenta síntomas que corresponden a un trastorno de ansiedad generalizada, la cuál probablemente se origino y exacerbó a partir del evento vital correspondiente a la muerte de su primogénita; este evento generó en la paciente síntomas de ansiedad y depresión que se vieron aminorados en parte con el modo de afrontamiento a la emoción, evocada en la practica de la religión cristiano-evangélico.

La paciente mostró con el nacimiento de sus dos hijos sucesivos, un estilo de crianza rígido en el cuál el distanciamiento afectivo y físico le permitió disminuir la ansiedad y miedo a la muerte, que probablemente favoreció el establecimiento de un apego inseguro-ambivalente con su segunda hija abusada sexualmente, situación que disparó nuevamente niveles de ansiedad en la paciente.

Este suceso, provocó en la paciente conductas evitativas en la esfera social, familiar y laboral, al tener pensamientos rumiativos sobre el tema de la posible muerte de sus hijos y esposo, impidiéndoles realizar conductas acordes a su edad, de tal forma que ella cubriera su necesidad de controlar posible daños en estos.

A continuación se plantea el modelo psicopatológico:

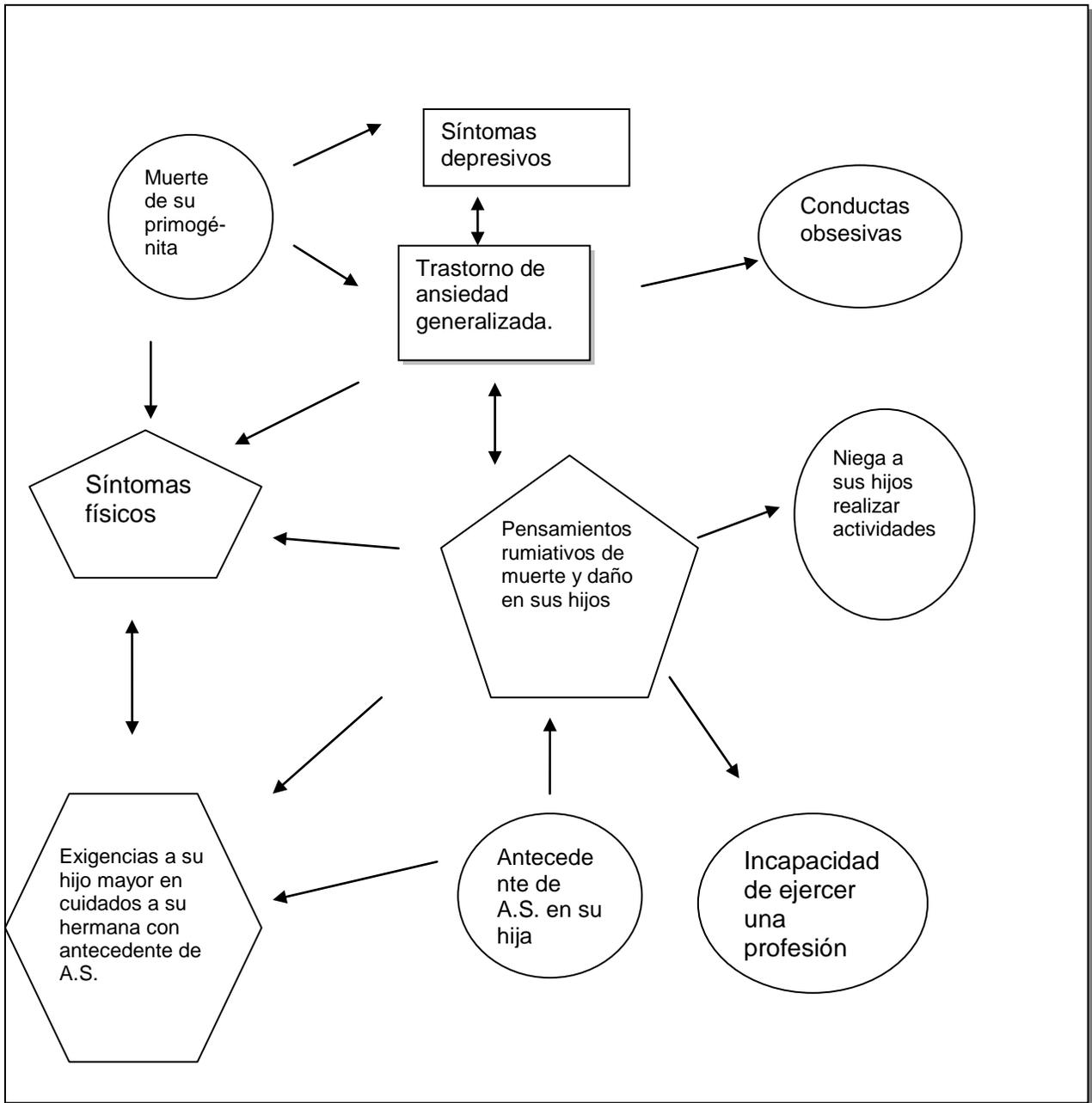


Figura 11. Modelo psicopatológico del Caso clínico Núm. 3

*Los rectángulos representan los trastornos emocionales, los hexágonos variables de predisposición y los círculos conductas objeto de intervención.

La hipótesis planteada es que la paciente presenta síntomas de un trastorno de ansiedad configurado probablemente por dos eventos vitales en su vida: muerte de primogénita y abuso sexual de hija menor, lo que ha favorecido cogniciones rumiativas de catastrofismo, ej. "el mundo es terriblemente peligroso", así como de la presencia de síntomas físicos y emociones que

provocan conductas tendientes a la evitación de actividades en ella y sus hijos en la esfera social, familiar y laboral.

Medición Inicial

A continuación se enlistan los instrumentos que se administraron a la paciente:

- Historia Clínica Multimodal
- Inventario de Depresión de Beck (BDI)
Puntuación: 12 puntos: Depresión leve.
- Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)
Puntuación: 46 puntos. Ansiedad severa.

Los datos obtenidos de la entrevista, se clasificaron de la siguiente forma:

Respuesta psicológica:

- Ansiedad
- Culpa

Respuesta fisiológica:

- Tensión Muscular constante
- Mareos

Respuesta conductual:

- Exigencia a que sus hijos permanecieran dentro de la casa al alcance de su vista.
- Exigencia a hijo mayor
- Conductas obsesivas

Fase de Tratamiento

Objetivos terapéuticos

- Reducir la respuesta de ansiedad en nivel fisiológico, conductual y psicológico.
- Reducir respuestas fisiológicas estímulos disparadores de respuesta ansiógena.
- Promover estilo de crianza en la madre que favorezca el sano desarrollo de sus hijos.
- Promover planeación a futuro en esfera laboral y social de la paciente.

Procedimiento:

- a) Entrega de resultados de evaluación
- b) Firma del Consentimiento Informado para iniciar proceso psicoterapéutico
- c) Inicio de trabajo psicoterapéutico. A continuación se describe este:

Se trabajó durante 17 sesiones, en los cubículos de consulta externa del Instituto Nacional de Pediatría, pertenecientes a CAINM. La duración de estas fue de aprox. 90 min, una a dos veces por semana.

Sesión	Actividad:	Técnicas	Tareas para casa
1	<ul style="list-style-type: none"> Realizar entrevista clínica. Explicar encuadre psicoterapéutico a la paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica semiestructurada. 	
2	<ul style="list-style-type: none"> Continuación de la entrevista clínica, recolección de datos y análisis funcional de las conductas (elaboración de cuadros). 	<ul style="list-style-type: none"> Historia clínica semiestructurada. 	
3-4	<ul style="list-style-type: none"> Explicación del modelo A.B.C de la conducta. 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación. Explicación del “cuaderno de la terapia”. Enlistar problemas o situaciones y sus consecuencias a nivel emocional, cognitivo, fisiológico y conductual. 	<ul style="list-style-type: none"> Respiración diafragmática Escribir ejemplos de análisis conductuales en cuaderno.
Objetivo:	Se brindó psicoeducación acerca de los trastornos de ansiedad, así mismo se explico la cadena conductual por medio del esquema A: situación, B: cogniciones y C: consecuencias para las conductas en la vida diaria del paciente. Como tarea para casa, se pidió la paciente escribiera ejemplos de situaciones que provocaran en ella malestar emocional a partir del evento de abuso sexual de su hija.		
5-6	<ul style="list-style-type: none"> Entrenamiento de Relajación Muscular Progresiva (R.M.P.) 	<ul style="list-style-type: none"> Psicoeducación y práctica de la Respiración Diafragmática y de la Relajación Muscular Progresiva de Jacobson de 16 grupos musculares. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con ejemplos de situaciones estresantes en “cuaderno de la terapia” mediante el esquema A.B.C.. Práctica de la R.M.P.
Objetivo:	Que la paciente ejecutara correctamente los ejercicios de respiración diafragmática y relajación muscular progresiva para su ejecución en casa, así como la aplicación del esquema A.B.C. en su vida diaria.		

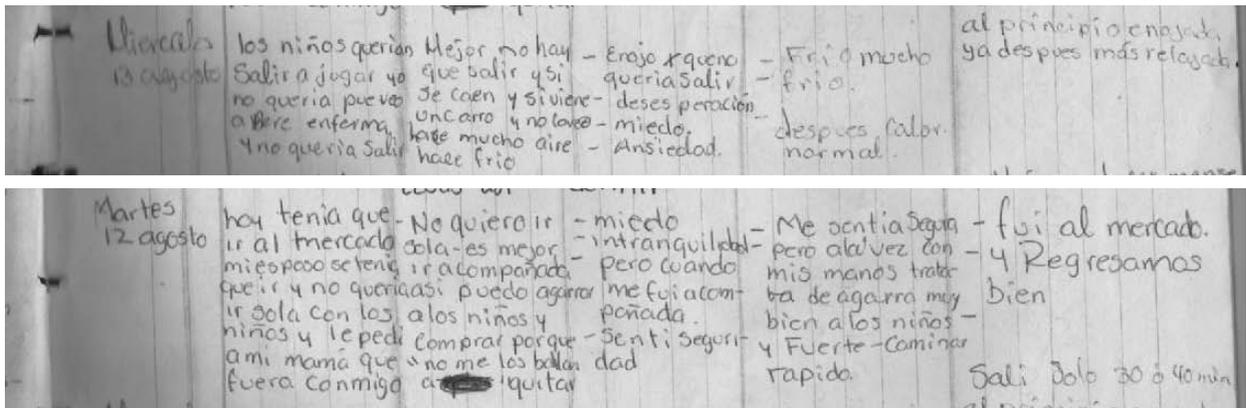
7-12	<ul style="list-style-type: none"> Técnica de Reestructuración Cognitiva. 	<ul style="list-style-type: none"> Revisar tareas de casa. Psicoeducación sobre emociones. Descripción de qué son las distorsiones del pensamiento y sus consecuencias. Identificar Distorsiones Cognitivas en su cuaderno. 	<ul style="list-style-type: none"> Escribir ejemplos de distorsiones cognitivas en su cuaderno. Práctica de la Relajación Muscular Progresiva. Disminución de conductas obsesivas meta.
Objetivo:	Que la paciente identificara las distorsiones cognitivas que utiliza con mayor frecuencia y desencadenan y prolongan emociones negativas. Así mismo, la paciente disminuya la frecuencia de conductas obsesivas para con sus hijos.		
13-14	<ul style="list-style-type: none"> Biblioterapia 	<ul style="list-style-type: none"> Lectura de material bibliográfico brindado por el terapeuta, como parte del proceso psicoeducativo para el conocimiento de las características de desarrollo de sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> Continuar con ejercicios de reestructuración cognitiva. Practica de R.M.P. Lectura en casa.
Objetivo:	El conocimiento sobre las características de desarrollo cognitivo, motor y social de sus hijos, promoverían cambios cognitivos y conductuales en el estilo de crianza adecuado después del evento de abuso sexual en su hija y la asignación de conductas apropiadas a la edad de su hijo.		
16	<ul style="list-style-type: none"> Desensibilización sistemática 	<ul style="list-style-type: none"> Esto se llevo a cabo mediante las técnicas de respiración y relajación para permitir la realización de actividades a sus hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> Desensibilización en actividades cotidianas como el permitirles salir a jugar.
Objetivo:	Una respuesta condicionada, puede ser eliminada, más eficazmente si se condiciona una nueva respuesta al estímulo condicionado, al mismo tiempo que se extingue la anterior respuesta condicionada. Esto se llevo a cabo mediante las técnicas de respiración y relajación para permitir la realización de actividades a sus hijos.		
17	<ul style="list-style-type: none"> Retroalimentación de habilidades adquiridas. 	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista clínica. Aplicación de inventarios. 	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación Post-tratamiento
Objetivo:	Conocer en la paciente los alcances y limitaciones percibidas después de la intervención.		

Tabla 20. Técnicas de Intervención Cognitivo-Conductual del Caso Clínico Núm. 3,

Fase de evaluación de resultados por trastornos y/o problemas psicológicos.

Ansiedad: La paciente logró mediante el monitoreo diario, identificar sus pensamientos distorsionados, emociones e imágenes frente a situaciones cotidianas. El catastrofismo, fue la distorsión cognitiva utilizada en forma principal, la cual provocaba en la paciente conductas sobreprotectoras en sus dos hijos, así mismo, le incapacitaba para ejecutar actividades cotidianas.

A continuación, se muestra fragmento del cuaderno de la paciente, en donde esta relata un evento dónde se encuentra presente en forma cotidiana la distorsión de catastrofización.



Figuras 12 y 13. Fragmentos de cuaderno en donde la paciente describe situaciones cotidianas que disparan ansiedad.

Culpa: A partir del evento de A.S., la paciente manifestó sentimientos de culpa y distorsiones cognitivas tendientes a "lectura del pensamiento, abstracción selectiva y los deberías" que constantemente utilizaba por haber inscrito en la escuela a su hija, la cuáles mediante el debate logró disminuirles (ver figura 14).

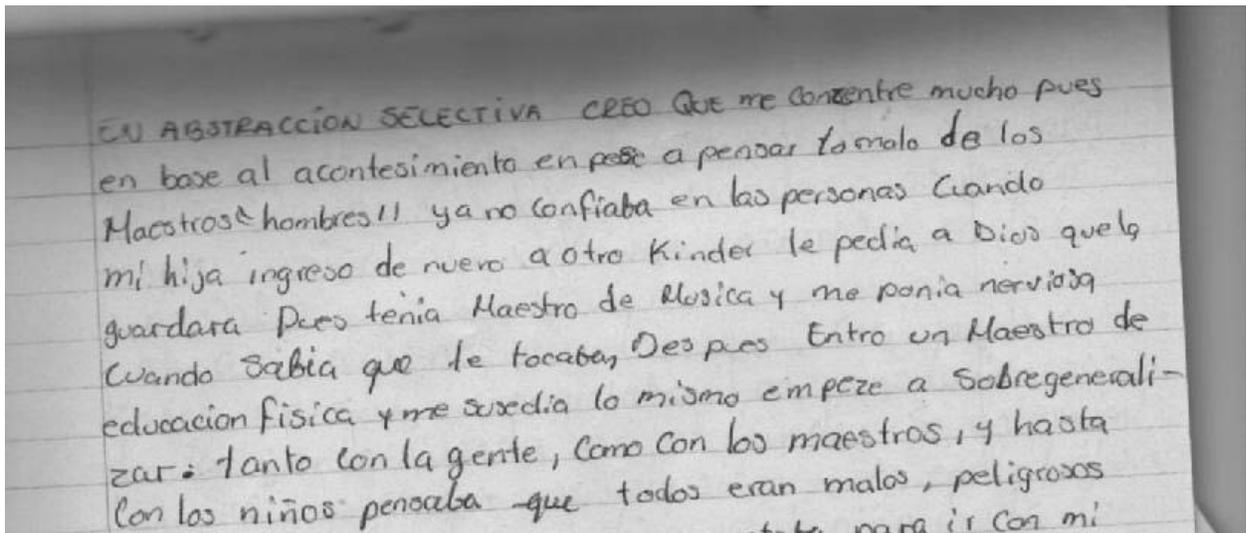


Figura 14. Ejemplo de distorsión cognitiva "abstracción selectiva" en la paciente.

- *Tensión muscular constante.* Se instruyó en la práctica de Respiración diafragmática, así como en la práctica de Relajación Muscular Progresiva, las cuáles la paciente mostró incomodidad al realizarlas, mencionando temor al cerrar los ojos y sensación de asfixia, situación, que no permitió que la paciente realizara en un inicio los ejercicios mencionados. Sin embargo, esta conducta se disminuyó con el paso de las sesiones que le brindaron confianza para disminuir estas.
- *Presencia de constantes mareos:* Posterior a la práctica de Relajación Muscular Progresiva y Respiración diafragmática, la presencia de mareos y síntomas de ansiedad disminuyeron, así mismo la identificación, activación y disminución en la distorsión cognitiva de “catastrofización”.
- *Exigencia de que sus hijos permanecieran dentro de la casa al alcance de su vista:* la paciente permitió que sus hijos realizaran actividades aún dentro del patio de su casa disminuyendo el temor a que se accidentaran y por esto pudieran morir o a que alguien entrara a su casa y abusara de ellos. Estas conductas disminuyeron posterior al proceso psicoeducativo y de biblioterapia que realizó la paciente, la cual comprendió la importancia de permitir que sus hijos ejecutaran lo mencionado y de la necesidad de implementar nuevas condiciones en calidad de vida como horarios y alimentación de sus dos hijos. Así mismo, en las últimas sesiones, la paciente permitió que sus hijos asistieran a lugares concurridos a convivir con niños de su edad. A continuación, se muestra fragmento del cuaderno de la paciente narrando estos acontecimientos (ver figura 15).
- *Exigencia al hijo mayor (de 7 años):* a partir del evento de A.S. la paciente reconoció la utilización de la distorsión cognitiva de los “deberías y etiquetación” en donde exigía al hermano mayor el “debe cuidar a su hermana, el creer que un hermano debe ser fuerte y tolerar todo”, etc A partir del proceso psicoeducativo, la paciente reconoció las necesidades de su hijo mayor y de las limitaciones de este como cuidador primario, reestructurando las actividades de éste. Así mismo, se promovió actividades para mejorar la interacción entre ellos.
- *Conductas obsesivas:* la paciente pudo disminuir la ejecución de conductas que realizaba en forma obsesiva, disminuyendo la aparición de la distorsión cognitiva de “catastrofismo” ejemplo de esto, fue cerciorarse que sus hijos estuvieran vivos mientras dormían, revisar ventanas cerradas, revisar chapas de las puertas, asomarse a la calle, limpiar durante las noches de insomnio, entre otras. Aunado a la práctica de relajación muscular progresiva y

reestructuración cognitiva, la paciente logro disminuir la las conductas mencionadas, exceptuando la presencia del insomnio, que presentaba en forma esporádica

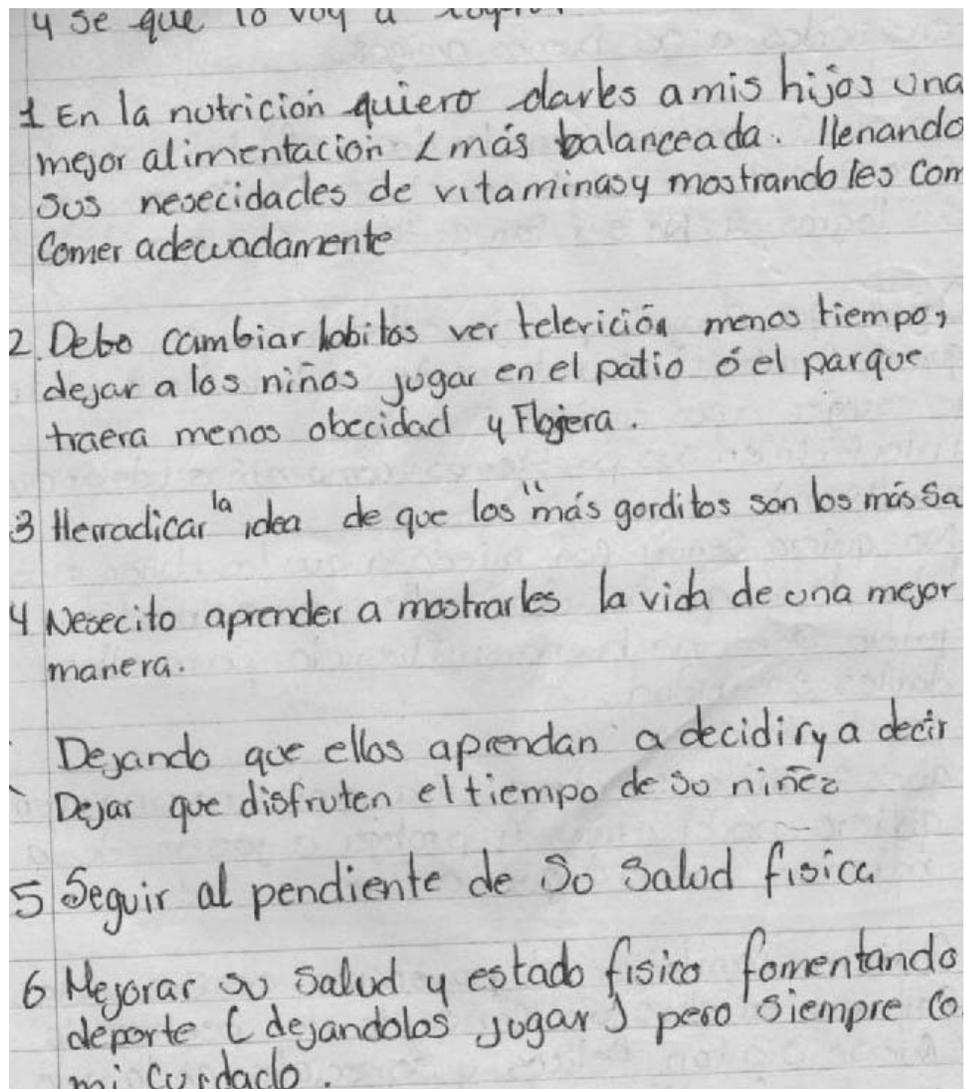
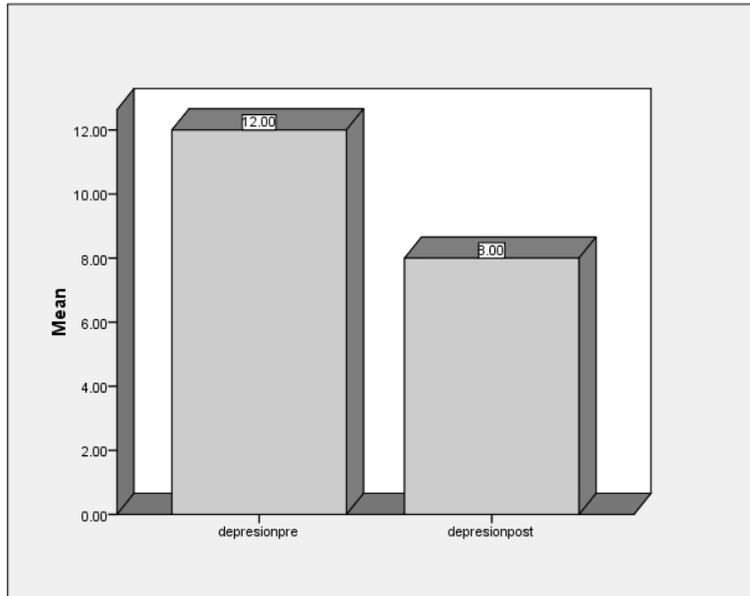
- 
- 4 se que lo voy a copiar
- 1 En la nutrición quiero darles a mis hijos una mejor alimentación (más balanceada. llenando sus necesidades de vitaminas y mostrándoles cómo comer adecuadamente
 - 2 Debo cambiar hábitos ver televisión menos tiempo, dejar a los niños jugar en el patio o el parque traera menos obesidad y flojera.
 - 3 Herradicar^{la} idea de que los "más gorditos son los más Sa
 - 4 Necesito aprender a mostrarles la vida de una mejor manera.
Dejando que ellos aprendan a decidir y a decir
Dejar que disfruten el tiempo de su niñez
 - 5 Seguir al pendiente de su salud física
 - 6 Mejorar su salud y estado físico fomentando deporte (dejándolos jugar) pero siempre con mi cuidado.

Figura 15. Conductas planteadas por la paciente tras proceso de psicoeducación y biblioterapia.

Medición Final

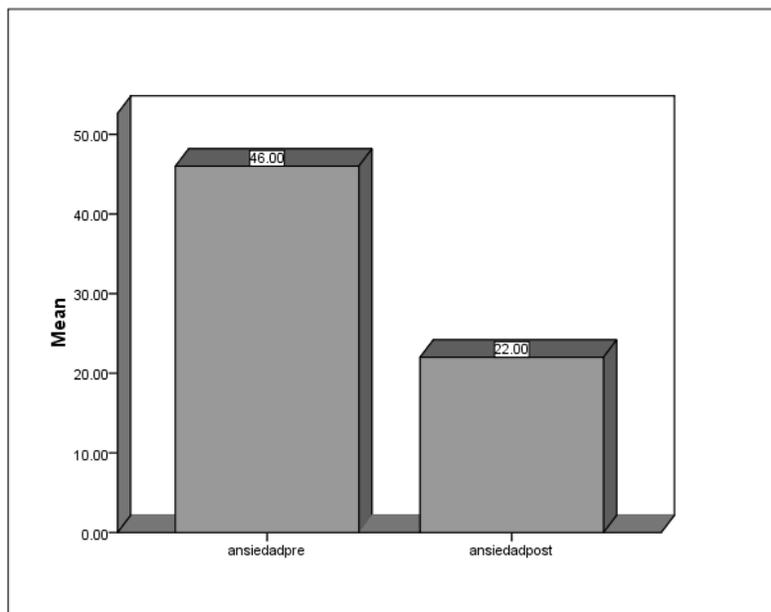
A continuación, se muestra la comparación de la variable depresión

Inventario de Depresión de Beck (BDI). Pre: 12 puntos. Post: 8 puntos. Algunos de los reactivos en donde se observó este cambio son: la falta de satisfacción, los sentimientos de culpa, irritabilidad y el aislamiento social (ver gráfica 4).



Gráfica 4. Comparación pre-post variable Depresión, Caso Clínico Núm. 2

En cuanto a la variable Ansiedad, la paciente disminuyó, según el Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) de 46 (pre) a 22 (post) puntos. Ejemplo de los reactivos que disminuyeron son: entumecimiento y hormigueo, dificultad para relajarse, sensación de mareo, dificultad para respirar y el miedo a morir (ver gráfica 5).



Gráfica 5. Comparación pre-post variable Ansiedad, Caso Clínico Núm 2.

Conclusiones clínicas

De acuerdo a los datos obtenidos en la evaluación del presente caso clínico, la paciente mostró mayores niveles de ansiedad en comparación con la variable depresión. Como eventos vitales se encuentran la muerte de su primogénita así como el abuso sexual de su segunda hija. A lo largo de las sesiones, a las cuales la paciente fue altamente adherente (puntualidad, tareas, asistencia), reconoció distorsiones cognitivas: “los deberías”, “generalización excesiva”, “todo o nada” y “error del adivino” que desencadenaron emociones negativas en forma crónica. De este modo, la paciente puso en práctica el “debate cognitivo” que promovió una forma de afrontamiento evitativo ante situaciones que desencadenaban ansiedad, situación que modificó a solución de problemas. Ejemplo de esto, es que permitió que sus hijos realizaran actividades como el jugar en espacios fuera de su casa, incluso que acudieran a eventos sociales propios de su edad en la escuela, con amigos y familiares. Es importante considerar que la paciente, es practicante de la religión cristiana-evangelista, siendo esto una posible variable instrumental para la ejecución de cambios conductuales y reestructuración cognitiva.

En el aspecto social, la paciente aumento su autoeficacia y empezó a laborar una vez por semana, incrementando sus actividades en forma gradualmente. La variable ansiedad obtuvo una menor disminución en comparación con la variable depresión, situación que habrá que considerarse en seguimiento para evitar una probable recaída, además de considerar que la paciente se negó a recibir apoyo psiquiátrico y farmacológico para el manejo de su ansiedad.



PRIMER AÑO DE RESIDENCIA

Hospital Juárez de México

Servicio de Pediatría

Con orígenes en los años de 1847, el Hospital Juárez de México, considerada como uno de los nosocomios más importantes de nuestro país, cursando a través de la historia de la Ciudad de México, diversas facetas, ejemplo de esto, es su nueva sede tras el terremoto de 1985.

La unidad hospitalaria corresponde a la Secretaría de Salud, ubicada al norte del Distrito Federal en Av. Instituto Politécnico Nacional 5160, Col. Magdalena de las Salinas en la Delegación Gustavo A. Madero. Debido a sus diferentes servicios se encuentra en la clasificación de tercer nivel.

Es así como la dirección general del hospital se divide en tres rubros: Dirección médica, Dirección de investigación y enseñanza, Dirección administrativa y la escuela de enfermería. Dentro del área de Dirección Médica se encuentran las siguientes especialidades médicas:

- División de Medicina crítica
- División Pediatría
- División Medicina Interna
- División Gineco-obstetricia
- División ciencias neurológicas
- División Cirugía general
- División oncología
- División servicios paramédicos
- División servicios auxiliar en el Diagnóstico

El hospital cuenta con 400 camas censables y 135 no censables, 69 consultorios distribuidos en los diferentes servicios, 10 quirófanos, 4 niveles en la torre de hospitalización, 10 aulas, 1 auditorio, biblioteca, 4 laboratorios, banco de sangre, cocina y comedor, distribuidos en los siguientes edificios:

- Edificio “A” Consulta Externa.
- Edificio “B Y B1”, imagenología, servicios médicos y administrativos.
- Edificio “C” : Urgencias, oncología y rehabilitación.
- Edificio “D”: Hospitalización.
- Edificio “E”: Investigación y enseñanza.
- Edificio “F”: servicios generales.

De acuerdo al Programa Operativo de la Residencia en Medicina Conductual, el cuál plantea el ejercicio de práctica psicológica en los servicios arriba mencionados, se decide la participación de la psicóloga autora del presente reporte, como incursora en el primer año en el área de Pediatría, el cuál se subdivide en los siguientes servicios:

- Nefrología Pediátrica
- Infectología Pediátrica
- Hemato-oncología Pediátrica
- Medicina Interna Pediátrica
- Unidad de cuidados Intensivos Pediátricos
- Cirugía Pediátrica
- Unidad de cuidados Intensivos Neonatales
- Urgencias Pediátricas
- Anexo escolar de la Secretaria de Educación Pública

La atención en cada una de las áreas mencionadas se compone por Médicos internos, Médicos Residentes en formación de pediatras, Médicos Pediatras Adscritos, personal de Enfermería, Nutrición, Camilleros y en el ciclo escolar 2007-2008 dos Residentes en Medicina Conductual. En cuanto al área de Medicina Conductual, se contó con la supervisión del Dr. Ricardo Gallardo Contreras, médico adscrito y jefe del servicio de Psiquiatría y Psicología del Hospital Juárez de México En cuanto a la supervisión académica, se recibió de la Dra. En Psic. Sandra Anguiano por parte de la Universidad Nacional Autónoma de México y de la FES Iztacala.

Actividades Profesionales Desarrolladas en Pediatría:

Al iniciar en el servicio de Pediatría se planearon de tal forma que se atendiera a la mayoría de la población hospitalizada. Es así como una de las actividades de la suscrita, se asignaron al área de Nefrología Pediátrica, Medicina Interna, Cirugía, Terapia Intensiva y Urgencias Pediátricas. Las actividades realizadas durante la rotación en las áreas mencionadas, se podrían clasificar en los siguientes rubros:

- *Apoyo psicológico:* Comprende la realización de actividades en el manejo del paciente desde el recién diagnóstico, tratamiento y seguimiento. La intervención se realizó en forma individual, grupal y familiar. La visita diaria a cada una de las áreas pediátricas involucraba al residente en medicina conductual al trabajo multidisciplinario en donde se conocía el estado de salud cotidiano de los pacientes para así planear la intervención psicológica y multidisciplinaria con sus familiares.
- *Evaluación psicológica a paciente pediátrico:* Comprendió la aplicación e interpretación de una batería de pruebas psicométricas para conocer el estado actual del paciente ante la presencia de una enfermedad, así como contribuir al médico tratante soluciones en problemas como adherencia terapéutica en paciente con Diabetes Mellitus, Insuficiencia Renal Crónica, entre otras algunas de las pruebas aplicadas fueron (ver anexo):
 - Historia clínica infantil
 - Historia familiar
 - Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger.
 - Cuestionario de Depresión para niños
 - Escalas conductuales
- *Apoyo psicológico en el período pre y post operatorio.*

La ansiedad, temor a lo inesperado y en ocasiones la presencia de dolor, son algunas de las características del paciente pediátrico del área de hospitalización y de cirugía pediátrica. Es así, como la intervención psicológica a este resulta crucial al brindarle psicoeducación, desensibilización sistemática o técnicas de respiración y relajación para hacer frente al evento estresante; posterior a la operación el manejo del dolor y la adherencia al tratamiento fueron también algunas de los objetivos terapéuticos. En la experiencia personal, se asistió al paciente en varias cirugías resaltando un trasplante de riñón en donde la intervención psicológica se diseñó en aspectos de adherencia terapéutica, apoyo social, estrategia de solución de problemas y técnicas de relajación en

sus familiares desde el diagnóstico para así, después de diez meses obtener la donación de vivo relacionado.

- *Comunicación de malas noticias:* Tras el estudio y diagnóstico de enfermedad confirmado de un paciente, el equipo médico acudía a los residentes de psicología para así ayudar a la familia en la comunicación del diagnóstico y manejo del duelo.
- *Adherencia terapéutica en paciente Nefrópata y con Diabetes Mellitus tipo 1:*
La exigencia de una dieta libre de sodio, (entre 1,5 a 2gr al día), así como evitar alimentos como embutidos, refresco de gas, dulces, verduras y frutas rojas, leguminosas entre otros, son algunos de los altos requisitos de respuesta a nivel conductual en la alimentación del paciente nefrópata.
La situación del paciente diabético es similar: una dieta baja en carbohidratos, el practicar ejercicio entre otros, son características difíciles de cumplir en la etapa de la infancia y adolescencia. La intervención psicológica en estas dos patologías se fundamenta en la mejora de la calidad de vida del paciente, así como evitar el deterioro propio de una enfermedad crónica-degenerativa. Es así como se evaluó a cada paciente y diseñó el “tratamiento a su medida” implementando la metodología n=1.
- *Escuela para padre en pacientes nefrópatas:* A sugerencia del médico tratante del área, se conformó un grupo con las madres y cuidadores del área de nefrología a fin de psicoeducar en temas como adolescencia, control del estrés, estrategias en solución de problemas, adherencia al tratamiento, entre otros, de tal forma que los participantes contribuyeran a la mejora del tratamiento de sus hijos, siendo la última actividad de grupo, una actividad económica en donde las madres aprendieron el desarrollo y habilidad de promoción en ventas para solventar su tratamiento.

Actividades Académicas realizadas durante la Residencia

1. *Clase teórica con Jefe de Psiquiatría.*-Dirigida por el jefe de psiquiatría y adscritos, el objetivo de la actividad, fue el documentarse y la exposición de tópicos que el residente considerara importantes para fortalecer sus herramientas en la práctica hospitalaria diaria.
2. *Sesión clínica y bibliográfica.*-En esta se retroalimentaban casos clínicos de los diferentes servicios de psicología, así mismo, se presentaba un tema bibliográfico de tema libre en el área de psicología.
3. *Sesión general.*-En esta acuden semanalmente los médicos residentes y adscritos del Hospital con el fin de abordar un tema en particular o caso clínico sobresaliente.
4. *Sesión académica con el supervisor in situ.*-Sesión con el objetivo de revisar casos clínicos y resolver dudas sobre técnicas de intervención psicológica.

A continuación se muestran el horario en el que se dividieron las actividades descritas:

Horario	Actividades cotidianas en el servicio de Pediatría.				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00-9:00 am	Pase de Visita en los diferentes servicios de Pediatría				
10:00-11:00am	Intervención en piso con paciente hospitalizado y de urgencias.	Clase psicología y psiquiatría: Dirige: Jefe de Psiquiatría	Intervención en piso con paciente hospitalizado y de urgencias.	Sesión Clínica: Adscritos de Psicología. Dirige: Jefe de Psiquiatría Presentación casos clínicos.	Intervención en piso con paciente hospitalizado y de urgencias.
11:00-12:30pm		Intervención en piso con paciente hospitalizado y de urgencias.	Supervisión académica. Dirige: <i>Supervisor in situ.</i> Dirige: <i>Dra. Sandra Anguiano</i>	Intervención en piso con paciente hospitalizado y de urgencias.	Clase académica. Dirige: Mtra. En Psic. Cristina Bravo
12:30-2:00pm			Sesión General del Hospital Juárez de México		

Tabla 21. Horario de Actividades diarias desempeñadas en el primer año de Rotación: Hospital Juárez de México.

Actividades académicas extracurriculares:

- 2008 Ponente: El estrés y la Salud en el Personal de Enfermería. (19 febrero)
- 2007 Asistente.: II Curso y VI Curso Internacional de Nutrición en Enfermedades Renales. (2-4 mayo)
- 2007 Ponente en el curso "Intervención de Enfermería en el cuidado del Recién Nacido con el tema: Manejo del estrés en el personal de Enfermería del Servicio de Neonatología. Hospital Juárez de México (1 junio).
- 2007 Ponente en IX Curso de Medicina Interna para Enfermeras con el tema: "Síndrome de Burn-Out". Hospital Juárez de México (12 marzo).
- 2007 Asistente: Segunda Reunión Nacional sobre Maltrato Infantil. Instituto Nacional de Pediatría. (29-30 noviembre).

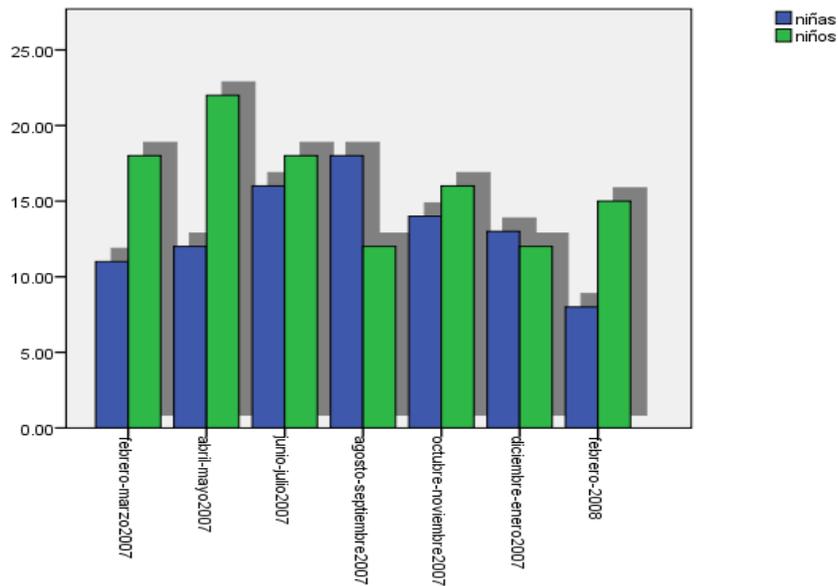
Población atendida durante la estancia:

El Hospital Juárez de México, al ser un nosocomio clasificado de tercer nivel, atiende a pacientes en sus diferentes especialidades, dentro de las características de su población en el área pediátrica se encuentran. Familias monoparentales, analfabetismo funcional, bajos recursos económicos y de calidad de vida.

Estadísticas

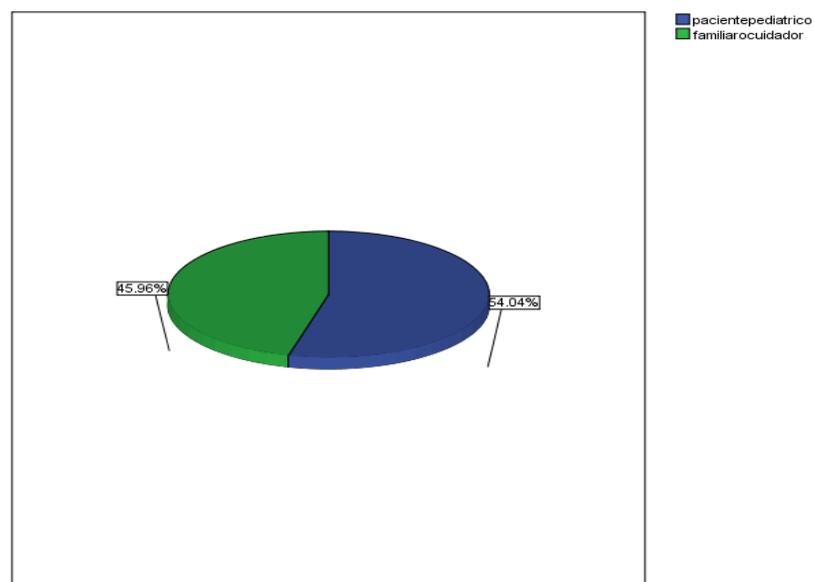
A continuación se muestran en números los pacientes, características y técnicas utilizadas durante la residencia en el área de pediatría:

Durante el mes de febrero del 2007 al mes de febrero del 2008, se atendieron a 380 niños, 228 del género masculino y 152 del género femenino. Los meses con mayor número de atención en población masculina fueron en el bimestre de abril a junio, mientras que en el género femenino comprendió del mes de agosto a septiembre. Ambos disminuyeron en los meses de noviembre y diciembre (gráfica 6).

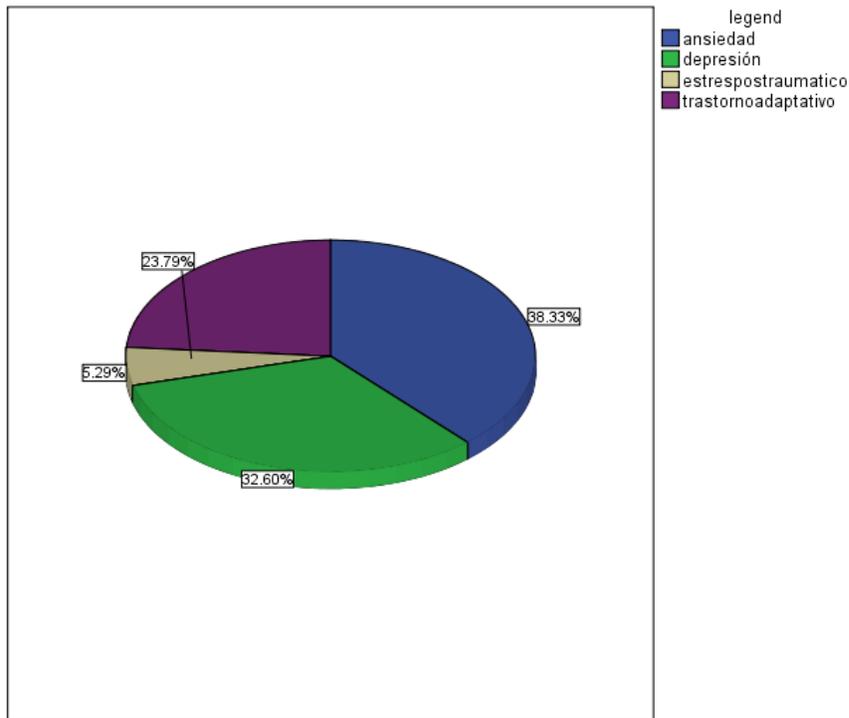


Gráfica 6. Pacientes pediátricos atendidos de febrero del 2007 al 2008.

Dentro de la atención brindada en durante la residencia, se incluyó la atención a los papas u otro cuidador primario quienes recibieron alguna técnica cognitivo-conductual para aminorar síntomas y a su vez fungieran como variable instrumental en la atención a sus hijos. Es así como el 54% de las intervenciones psicológicas correspondieron a estos, mientras que el 45% a los infantes (ver gráfica 7).

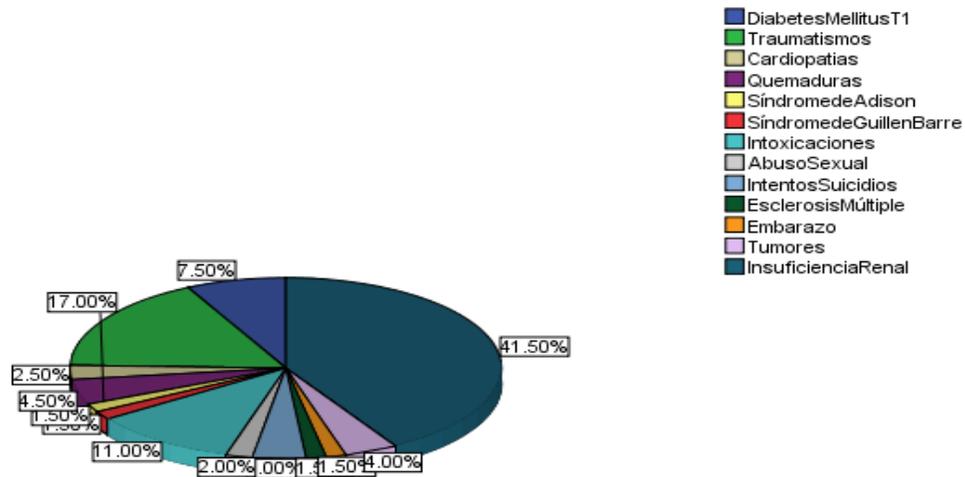


Gráfica 7. Porcentaje de pacientes pediátricos y cuidadores primarios del mes de febrero del 2007 al 2008.



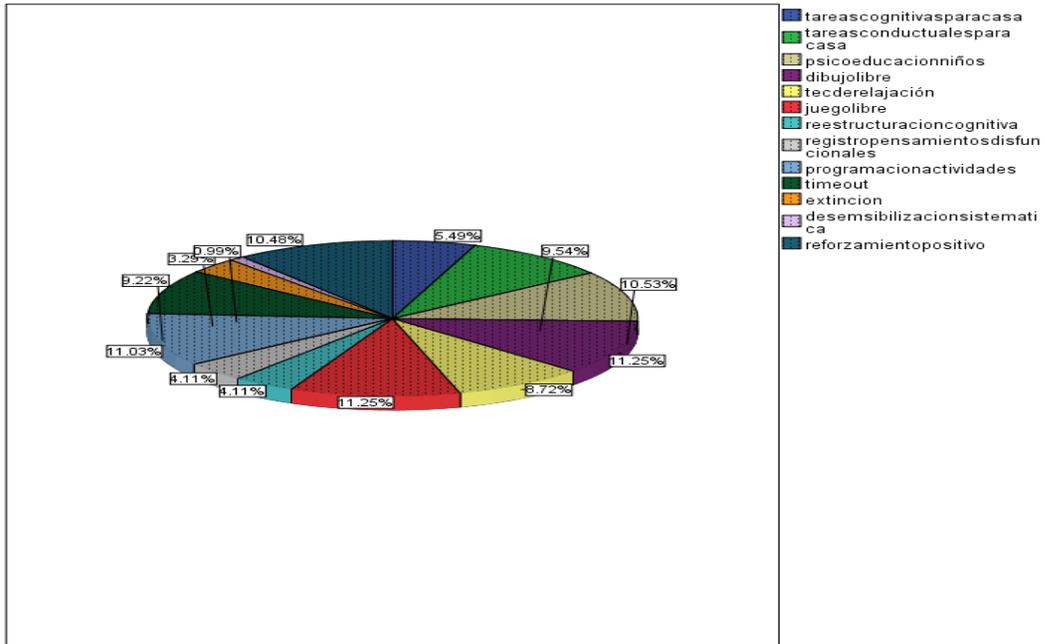
Gráfica 8 Trastornos presentados en la población atendida en el periodo del mes de febrero 2007-2008 según criterios del Manual DSM-IV-TR

Los trastornos adaptativos durante la estancia hospitalaria, fueron el mayor trastorno presentado en la población atendida, precedido de trastornos de ansiedad generalizada, la depresión en casos de hospitalizaciones prolongadas (gráfica 8). Es así como la presencia de estos trastornos se hizo presente en las diferentes patologías, dentro de las cuáles la más frecuente fue la Diabetes Mellitus tipo 1 (41%), los traumatismos diversos en niños en etapa preescolar (17%), la insuficiencia Renal Crónica (7.5%) que aquejada en niños desde la primera infancia hasta la adolescencia, y patologías con baja prevalencia en nuestro país como el Síndrome de Adisson y el de Guillen Barre entre otros. Como ejemplo de intervención por parte del residente en Medicina Conductual, se encuentra la intervención en madres de los niños con traumatismo en etapa preescolar, ya que estos ocurrían en forma accidental como una probable negligencia en madres solteras y adolescentes; así mismo se realizó intervención en un caso de embarazo en adolescente a causa de abuso sexual del progenitor, promoviendo conductas de cuidado ante el producto y de la madre ante la presencia de síntomas depresivos (gráfica 9).

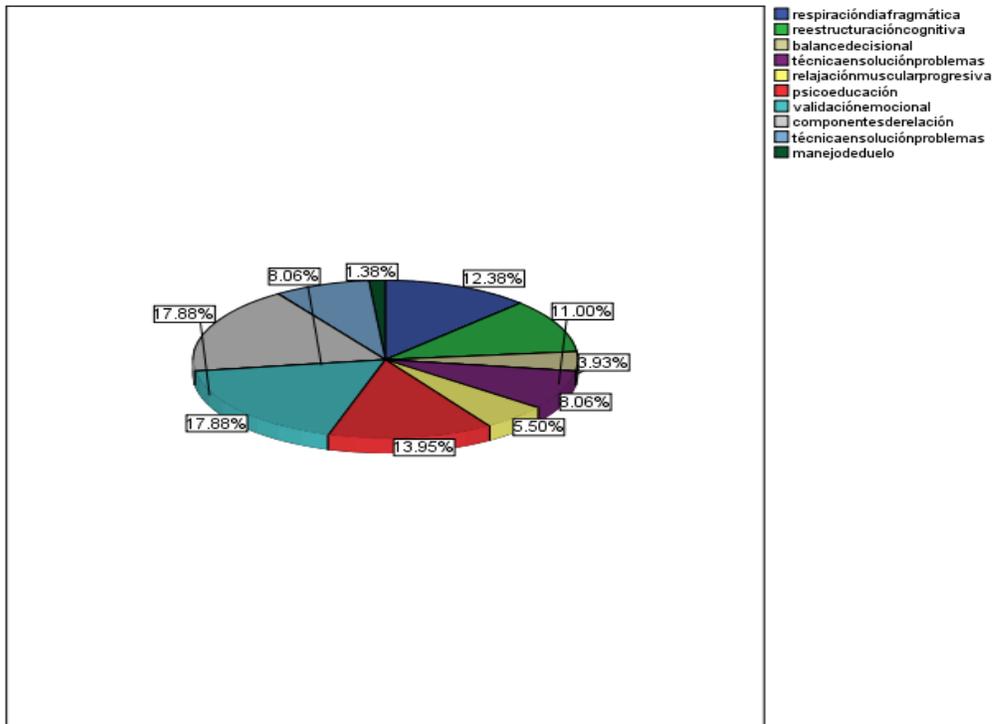


Gráfica 9. Porcentajes de patologías en paciente pediátrico hospitalizado.

Ante la complejidad de síntomas de cada una de las patologías mencionadas, imperaba en el residente en medicina conductual, el planear la intervención psicológica que debería contener las características de eficacia, certeza y consideración de un diseño único para cada paciente, además de considerar las características de la etapa de desarrollo de este. Como ya se menciona en varios apartados del presente reporte, la intervención se realizó en el paciente como en sus cuidadores. El juego y dibujo libre, así como la psicoeducación y las diferentes técnicas de relajación, fueron las más utilizadas y aprobadas por los niños; mientras que en sus cuidadores lo fueron la validación emocional, el establecer vínculos de relación, la técnica para solucionar problemas entre otros (ver gráficas, 10 y 11).



Gráfica 10. Técnicas de Intervención psicológica en paciente pediátrico



Gráfica 11. Técnicas de Intervención psicológicas utilizadas con cuidadores primarios.

Competencias Profesionales alcanzadas en el primer año de Residencia de Medicina Conductual en el Hospital Juárez de México:

- Desarrollo profesional en ámbito inter y multidisciplinario.
- Adquisición y práctica de técnicas cognitivo conductuales en paciente pediátrico y su cuidador primario.
- Herramientas para trabajo individual y grupal.
- Toma de decisiones a objetivos reales hospitalarios.
- Apego a normas institucionales en horario, actividades y autoridades.
- Responsabilidad ética como psicóloga y residente de Medicina Conductual.
- Elaboración de notas clínicas y manejo técnico de expedientes clínicos.
- Exposición y discusión de casos clínicos ante de médico, de enfermería y trabajo social.
- La intervención con paciente pediátrico, obligo a especializarme en temas en psicología clínica infantil, adquiriendo en Diplomado en Psicoterapia Infantil para así complementar la formación de la residencia.



SEGUNDO AÑO DE ROTACIÓN
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRIA
Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado



El Instituto Nacional de Pediatría se fundó el 6 de noviembre de 1970, bajo el nombre de Hospital Infantil de la Institución Mexicana de Asistencia a la Niñez (IMAN), con la encomienda de otorgar servicios de atención médica pediátrica especializada, realizar investigación científica en las distintas áreas de la pediatría y formar recursos humanos especializados. Fue hasta 1983 cuando se crea con el nombre de Instituto Nacional de Pediatría como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

Dentro de sus objetivos, se encuentran el proporcionar atención médica infantil especializada, efectuar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la Pediatría, en las que imparta atención médica; promover enseñanza para la formación de recursos humanos en las disciplinas de la Pediatría, contribuir a la difusión del conocimiento en las diversas disciplinas relacionadas; actuar como organismo de consulta en Pediatría para otros organismos; prestar la asesoría que el sector salud le solicite y apoyar programas de salud pública (<http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/rehistoria.html>)

Se encuentra ubicado al sur de la Ciudad de México, en avenida Insurgentes Sur 3700, Letra C, Col. Insurgentes Cuicuilco, en la Delegación Coyoacán al sur de la ciudad.

Dicha institución tiene como misión brindar atención médico-quirúrgica de elevada complejidad a la población infantil, contando con las siguientes sub-especialidades pediátricas:

- Alergia
- Cardiología
- Cirugía Cardiovascular
- Cirugía General
- Cirugía Oncológica
- Cirugía Plástica y Reconstructiva
- Cirugía de Tórax y Neumología
- Comunicación Humana
- Dermatología
- Endocrinología

- Estomatología
- Gastro-Nutrición
- Genética
- Hematología
- Infectología
- Inmunología
- Medicina Física y Rehabilitación
- Medicina Interna
- Nefrología
- Neonatología
- Neurología, Neurocirugía
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Parasitología
- Radioterapia
- Salud Mental
- Salud Reproductiva
- Urología y
- Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado

La incursión de la suscrita se desarrollo en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, siendo una de las dos primeras residentes en medicina conductual en la práctica psicológica en este servicio dentro del Instituto Nacional de Pediatría.

La clínica surge oficialmente en 1997 como una opción para enfrentar a una patología médico-social-legal poco considerada dentro de la pediatría, que corresponde al Síndrome del Niño Maltratado (SNM) a cargo del Dr Arturo Loredo Abdala, médico pediatra y fundador del Instituto, a cargo de reunir a un grupo de profesionales niños y adolescentes que han sido víctimas de alguna forma de maltrato en algún momento de su vida.

El equipo está constituido por profesionales de la salud que abarcan las siguientes disciplinas y otros que interactúan con niños y adolescentes: Pediatras, Psiquiatras, Psicólogos, Odontopediatras, Trabajadores Sociales, Nutriólogos y Enfermeras. Otros son: Licenciados en Derecho, Educadoras, Especialistas en metodología de la investigación, etc. Las estrategias de acción iniciales fueron las de precisar cuales son los componentes básicos del maltrato infantil y

una vez logrado, determinar las características del niño agredido, del agresor y del factor desencadenante del problema. Simultáneamente, se conoció de que manera un menor puede ser dañado (recuperado en: <http://www.pediatria.gob.mx/cainm/cainmdire.html>).

La supervisión in situ se realizó por el Dr. Arturo Loredo-Abdala, jefe y fundador de la CAINM en el Instituto Nacional de Pediatría, mientras que la supervisión académica se realizó por el Dr. Juan José Sánchez Sosa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Actividades Profesionales Desarrolladas en CAINM:

Es importante señalar, que las actividades realizadas en el segundo año de la residencia en la CAINM, se evocan mayoritariamente a la investigación retomando la asistencia para este fin a diferencia de otras instancias hospitalarias.

La atención psicológica desarrollada, comprendió la integración al equipo inter y multidisciplinario médico, de tal forma que el diagnóstico e intervención de cualquier forma de maltrato se realiza exclusivamente en esta forma.

- *Interconsulta de los diferentes servicios del Instituto:* Comprende la atención a la solicitud de los diferentes servicios del hospital, arriba mencionados, a la sospecha de un niño con patología a causa de maltrato. Es así como el equipo aborda los siguientes pasos:
- *Entrevista interdisciplinaria:* Un médico, la enfermera, la trabajadora social, la psicóloga adscrita y los residentes en medicina y psicología (medicina conductual) ingresan a interrogar a los familiares o cuidadores del paciente con el fin de recabar e integrar el diagnóstico.
- *Evaluación psicológica del menor y sus cuidadores primarios:* Comprende la aplicación de batería psicológica a los familiares del probable paciente maltratado, algunas de las pruebas aplicadas fueron:
 - Historia Clínica Multimodal
 - Inventario Multifásico de la Personalidad Minnesota. MMPI-2
 - Inventario de ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger
 - Inventario de Depresión de Beck
 - Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus.
 - Escalas cognitivo-conductuales

La integración de la batería psicológica permitió diseñar el modelo de intervención caso clínico N=1 a los diferentes pacientes.

- *Apoyo psicológico durante la estancia hospitalaria:* La gran mayoría de los pacientes con un probable diagnóstico de Síndrome del Niño Maltratado permanecen por largos periodos hospitalizados en espera a la deliberación del caso por parte del Ministerio Público. De tal forma, que la presencia de síntomas como ansiedad, enojo, tristeza, entre otros estaba presente en los pacientes. Es así como las técnicas cognitivo-conductuales proporcionaron disminución de estos.
- *Comunicación de diagnóstico interdisciplinario a familiares:* Como parte del equipo interdisciplinario, el residente en medicina conductual, asistía a la comunicación legal del retiro del menor del seno familiar a una casa hogar, situación que le permitía solamente sugerir formas de afrontamiento adecuadas para poder recuperar al menor.
- *Seguimiento en pacientes de Consulta Externa:* Los niños que son diagnosticados con algunos de las diferentes formas de maltrato, llevan un seguimiento interdisciplinario, de tal forma que el área de psicología realiza evaluaciones constantes a las víctimas.
- *Intervención Psicológica del residente en Medicina Conductual:* La experiencia en la CAINM, permitió la intervención y aplicación de técnicas cognitivo-conductuales de tres casos de abuso sexual por tocamiento quienes fueron atendidos en conjunto con sus madres, así mismo la atención de un probable caso de Síndrome de Munchausen por poder, un caso de adolescente con capacidades diferentes en situación de Bullying . La atención a los pacientes mencionados tuvo una duración de aproximadamente diez meses obteniéndose datos de línea base, intervención, conclusión y seguimientos, todos estos, datos relevantes para el área de la Medicina Conductual y de la utilidad de la Terapia Cognitivo-Conductual.
- *Pase de visita.* Visita cada tercer día a cargo de los pediatras adscritos en donde el equipo multidisciplinario: trabajadora social, psicólogos adscritos, nutriólogo, residentes en pediatría y medicina conductual. El propósito era conocer el estado y evolución de los pacientes de la CAINM hospitalizados, así como la elaboración del diagnóstico y situación legal.

Actividades Académicas realizadas durante la residencia:

1. *Sesión Clínica.*- En esta se participó el caso clínico empezando por el abordaje médico, posteriormente el área de enfermería y nutrición realizan su aportación para finalizar con la evaluación psicológica de trabajo social y del área jurídico-legal. A esta sesión acuden especialistas involucrados en el caso a fin de llegar el diagnóstico de maltrato o de refutar este. Cuando esto último ocurre el residente en medicina conductual hace su aportación a nivel intervención, ya que algunos casos de por ejemplo, negligencia se tienen variables socioculturales en donde estrategias como la psicoeducación o técnicas para disminuir estrés pueden contribuir a mejorar la calidad de vida del entorno del paciente.
2. *Sesión Bibliográfica.* El objetivo era aportar por cada uno de los miembros del equipo la lectura y exposición de un artículo científico del fenómeno de maltrato, exponiendo un total de siete en el año de residencia en el Instituto.
3. *Clase temas selectos.*- Los residentes médicos en formación y los residentes en medicina conductual presentaban en este espacio temas de interés interdisciplinario. Se consideró importante que el personal conociera desde el aspecto de la los siguientes temas para el abordaje del niño con Síndrome del Niño Maltratado, así mismo para el conocimiento de esta ciencia:
 - Desarrollo moral y emocional en el niño
 - Periodos de Impronta en el infante
 - Conceptos básicos de la Medicina conductual
 - Historia de la psicoterapia: Intervención cognitivo-conductual
 - Medición y evaluación en pruebas psicométricas
 - Teoría de la Resiliencia
 - Teoría del Apego
 - Terapia cognitiva conductual en adolescentes
 - Técnicas para adherencia terapéutica en niños y adolescentes.
4. *Sesión Anatomoclínica.*- Presentación de los médicos pediatras, residentes en maltrato infantil de un caso clínico propuesto por las autoridades educativas del Instituto; el residente en medicina conductual, al terminar el caso, debía aportar aspectos en variables socio culturales y la posible intervención en el paciente presentado. Aún cuando esta actividad corresponde a personal médico en su totalidad, la CAINM brindó la oportunidad

de escuchar el abordaje psicológico considerando al paciente con un ser integral en donde no se puede caer en posiciones absolutistas médicas.

5. *Sesión General Hospitalaria*.- Al término de la sesión anatomoclínica mencionada, el equipo acudía a la sesión en el auditorio del Instituto, en donde se corrobora la aportación médica de cada uno de los diferentes servicios especialistas.
6. *Revisión de protocolos y junta directiva*: Cuyo objetivo era conocer la propuesta, viabilidad y avance en los proyectos de los residentes médicos y de los residentes en medicina conductual en formación. Así mismo el organizar las actividades semanales como simposios, congresos, invitaciones a eventos especiales, etc. En mi experiencia, fue el asistir a la Academia Nacional de Medicina, recinto de Histórico de la Medicina en México, en donde se convocó a CAINM a la presentación de casos de Maltrato Infantil.

Horario	ACTIVIDADES COTIDIANAS EN CAINM				
	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8:00-8:30	Pase de Visita en los diferentes servicios de Pediatría				
9:00-11:00	Intervención con pacientes de CAINM.	Intervención con pacientes de CAINM.	Intervención con pacientes de CAINM.	Intervención con pacientes de CAINM.	Revisión de protocolos y junta directiva.
11:00-12:30	Sesión Clínica. Dirige Dr. Loredo-Abdala y médicos adscritos	Sesión bibliográfica: Exposición de artículos de investigación científica de las diferentes disciplinas.	Clase temas selectos por parte de residentes médicos y residentes de medicina conductual.	Presentación de temas clínicos por Sesión Anatomoclínica pediatras.	Intervención con pacientes de CAINM.
12:30-15:00	Intervención con pacientes de CAINM.	Intervención con pacientes de CAINM.	Intervención con pacientes de CAINM	Sesión General Hospitalaria	Intervención con pacientes de CAINM.

Tabla 22. Horario de actividades desempeñadas durante el segundo año de Residencia en la Clínica de Atención al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría

Actividades académicas extracurriculares.

Asistencia a los siguientes eventos:

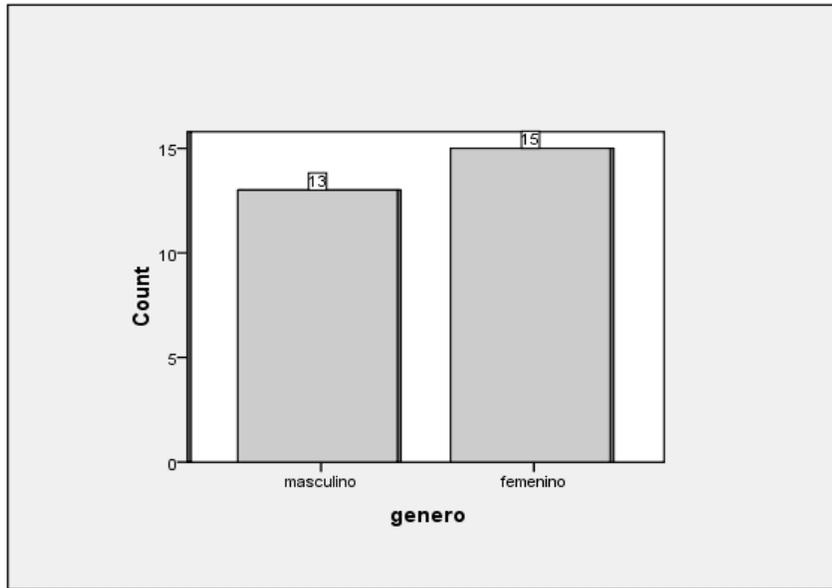
- 2009 Maltrato Infantil: Generador de depresión y ansiedad en el niño y en el adulto.
Ponencia: Terapia cognitivo-conductual. Una perspectiva de intervención. (febrero).
- 2009 Maltrato Infantil: Generador de depresión y ansiedad en el niño y en el adulto.
Ponencia: Discusión de caso clínico (febrero).
- 2009 Asistente. II Reunión Nacional sobre Maltrato Infantil. "Hacia un enfoque Interdisciplinario, Interinstitucional e Internacional" (25-27 noviembre).
- 2009 Simposio Conductas y contexto del Adolescente. Ponencia: Terapia cognitivo conductual en adolescentes (25 marzo).
- 2008 Asistente. XXIX Reunión de Actualización en Pediatría. Instituto Nacional de Pediatría (24-26 septiembre).

Protocolo de Investigación: Se realizó la intervención en tres casos de abuso sexual por tocamiento, participando el paciente y sus madres. Considerando las características únicas y el número reducido de pacientes que son atendidos en la CAINM, se decidió utilizar un diseño de caso único N=1.

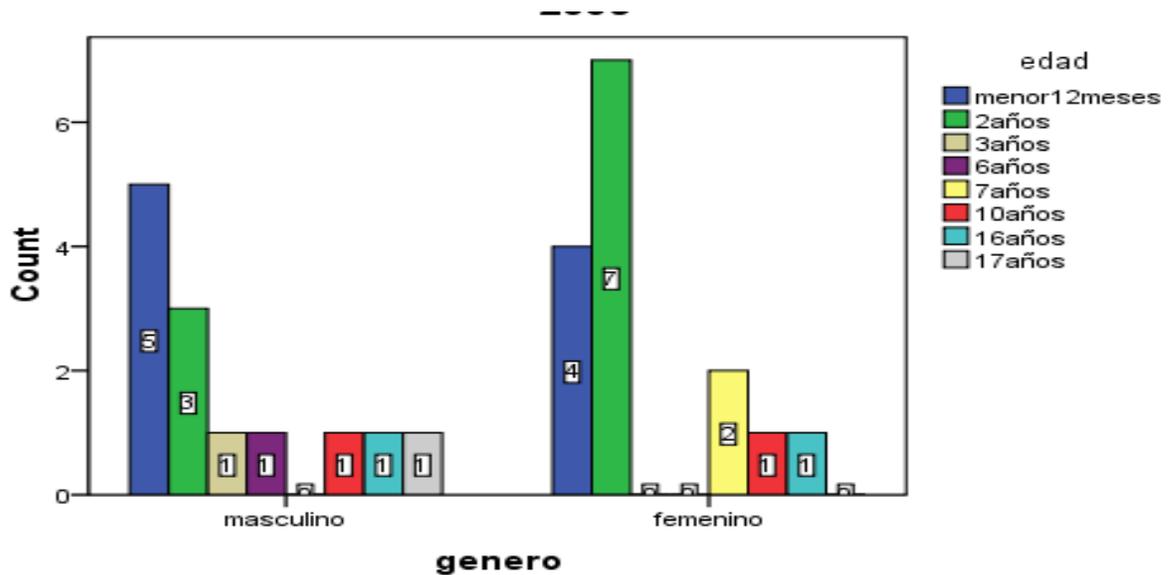
Estadísticas

A continuación se muestran en números los pacientes atendidos durante la estancia en la clínica, así mismo las técnicas de intervención utilizadas para con estos.

Se sesionaron por el equipo interdisciplinario, un total de 28 pacientes de las diferentes subespecialidades del Instituto Nacional de Pediatría: urgencias, neurología, medicina interna, cirugía, ortopedia, entre otros (ver gráfica 12 y 13). La edad mínima de estos fue de 7 meses y la máxima de 17 años. En cuanto a género, la edad que prevaleció en el femenino fue hacia los dos años de edad y en el género masculino menores a los 12 meses de vida.

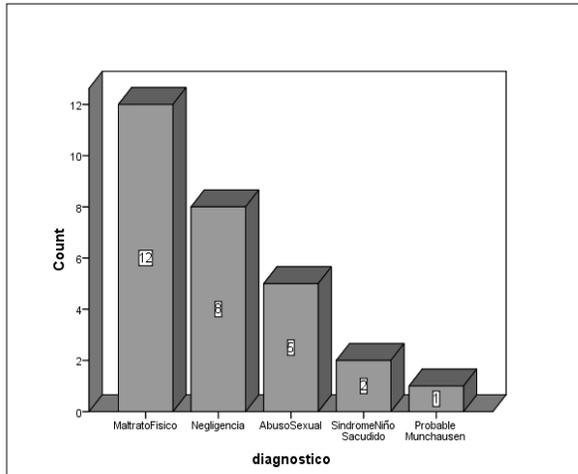


Gráfica 12. Pacientes por género en la CAINM en el periodo de febrero del 2008 a 2009.



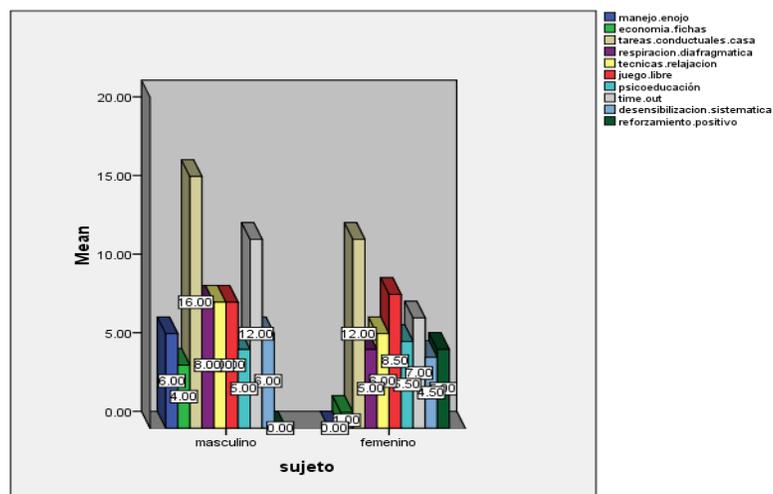
Gráfica 13. Distribución por edad de los pacientes diagnosticados interdisciplinariamente en CAINM en el periodo de febrero 2008-2009

De la población atendida los diferentes subespecialidades, se desprenden los siguientes diagnósticos de Síndrome de Niño Maltratado: 12 de Maltrato Físico, 8 por Maltrato por Negligencia, 5 de Maltrato por Abuso Sexual, 2 con Síndrome de Niño Sacudido y 1 probable caso de Munchausen por poder (ver gráfica 14).



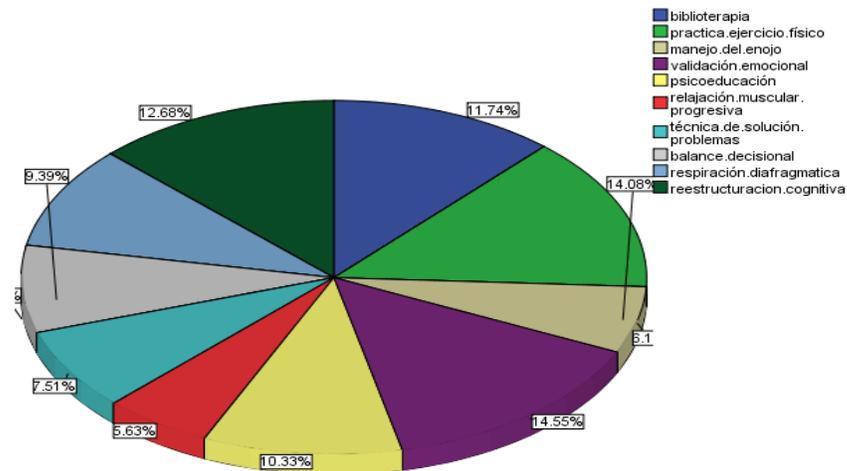
Gráfica 14 Diagnósticos interdisciplinarios de los 28 pacientes del 2008 al 2009 en CAINM.

En cuanto a la intervención psicológica de casos clínicos N=1, se trabajó durante 10 meses, técnicas cognitivo-conductuales para paciente con diagnóstico de Abuso Sexual variedad tocamiento. El promedio de edad de los participantes fue de 6 años, y la prevalencia en género fue el femenino. Las técnicas de Relajación (Respiración diafragmática, Relajación Muscular Progresiva e Imaginería), las técnicas de tiempo fuera en berrinches y el juego libre, fueron las tres más utilizadas en la intervención en estos pacientes.



Gráfica 15. Técnicas conductuales utilizadas durante el tratamiento de pacientes con abuso Sexual, variedad tocamiento.

En cuanto a la intervención con las mamás de los pacientes de abuso sexual, las técnicas de Reestructuración cognitiva, Biblioterapia y práctica de ejercicio para contrarrestar la ansiedad, fueron las más utilizadas en la intervención psicológica (ver gráfica 16).



Gráfica 16 . Técnicas Cognitivo-Conductuales empleadas en madres de paciente con diagnóstico de Abuso Sexual.

Competencias Profesionales alcanzadas en el segundo año de la Residencia:

La experiencia de haber realizado la Residencia de Medicina Conductual en la Clínica de Atención al Niño Maltratado en el Instituto Nacional de Pediatría, me permitió desarrollar habilidades para detectar, desarrollar y aplicar Técnicas Cognitivo-conductuales “acorde a las necesidades del paciente”. Las características de la población sede, son diferentes a otras contempladas para la práctica de la medicina conductual motivo por el cual la actualización y el conocimiento en el campo de psicología del desarrollo infantil y la intervención inter y multidisciplinaria en la conceptualización del complejo fenómeno del maltrato fueron imperantes en todo momento de actuación; así mismo, la toma de decisiones, el desarrollo de habilidades lingüísticas para exponer los casos clínicos y hasta eventos extracurriculares formaron parte del quehacer cotidiano en la clínica. Por último el conocer y aplicar cuestiones éticas en la práctica con pacientes con Síndrome de niño maltratado, quienes en su mayoría trascienden a cuestiones jurídico-legales, responsabilidad que compromete al residente en medicina conductual a conducirse en una manera profesional.

Referencias Bibliográficas

1. Ariza, R., Frati, A., Monge, L. & Ruiz, L. (1995). Síndrome de Munchausen. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 23, 413-416
2. Ackerman, P.T., Newton, J.E., Mc Pherson, W.B., Jones, J.G. & Dykman, R.A. (1998). Prevalence of post-traumatic stress disorder and other psychiatric diagnoses in three groups of abuse children: sexual, physical and both. *Child abuse & Neglect*, 22(8), 759-774.
3. Adams, J.A., Kaplan, R.A., Starling, S., N.H., Finkel, M.A., Botash, A.S., Kellogg, N.D. & Shapiro, R.A. (2007). Guidelines for Medical care of children who may have been sexually abused. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, 20,163-172.
4. Banyard, V.L., Williams, L.M., & Siegel, J. A. (2004). Childhood sexual abuse: A gender perspective on context and consequences. *Child Maltreatment*, 9, 223-238.
5. Beitchman, J.H., Zucker, K.J., Hood, J.E., Da Costa, G.A. & Akman, D.L. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect*, 16, 101-118.
6. Boney-McCoy, S., & Finkelhor, D.L. (1996). Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1406-1416.
7. Burgos, J., González, H. & Amaya, S. (1996). Lesiones Traumáticas del Niño. España: Editorial médica Panamericana.
8. Caballo, V.E. (2008) Manual evaluación en psicología clínica y de la salud. (pp. 619-622). España: Siglo XXI.
9. Candice, F.S., Cleand, C. (2007). Childhood sexual abuse and abuse-specific attributions of blame over 6 years following discovery. *Child Abuse & Neglect*, 31, 1169-1186.
10. Chaffin, M., Silovsky, J.F., Funderburk, B., Valle, L.A., Brestan, E.V., Balachova, T., *et al.* (2004). Parent-child interaction therapy with sexual abusive parents: Efficacy for Reducing Future Abuse Reports. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(3), 500-510.
11. Clínica de Atención Integral al niño maltratado, (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría. Recuperado el 10 de abril de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatria/cainminp.html>
12. Christian, C.W., Lavelle J.M. & De Jong, A.R. (2000). Forensic findings in prepubertal victims of sexual assault. *Pediatrics*,106,100-104.
13. Cohen, J. A. & Mannarino, A.P. (1996). Factors that mediate treatment outcomes in sexually abused preschool children. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1402-1410.
14. Cohen, J.A., Mannarino, A.P., Berliner, L., & Deblinger, E. (2000). Trauma focused cognitive behavioral therapy: An empirical update. *Journal of Interpersonal Violence*, 15, 1202-1223

15. Cohen, J. A., Deblinger, E., Mannarino, A.P., & Steer, E. (2004). Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy Sexually Abused Children. Recuperado el 17 de octubre del 2010 en: <http://www.sbhhelp.org/html/TraumaFocusedCBT.htm>
16. Dubner, A. & Motta, R. (1999). Sexually and physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 367-373.
17. Elliott, A.N. & Carnes, C.N. (2001). Reactions of non-offending parents to the sexual abuse of their child: a review of the literature. *Child Maltreatment* 6,314–331.
18. Feiring, C., Simon, V.A., Cleland, C.(2009). Childhood sexual abuse, stigmatization, internalizing symptoms, and the development of sexual difficulties and dating aggression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77, 127-137.
19. Finkelhor, D., Ormrod, R., Turner, H., et al. (2005).The victimization of children and youth: a comprehensive national survey. *Child Maltreat* 2005;10:5– 25.
20. Gallagher, B., Bradford, M., Pease, K. (2008).Attempted and completed incidents of stranger-perpetrated child sexual abuse and abduction. *Child Abuse & Neglect*, 32, 517-528.
21. Garth, M. (1999). Rayo de sol. Meditaciones para niños 3. España:Oniro.
22. Green & Swiontkowski. (2000). Traumatismo esquelético en niños. Argentina: Editorial Médica Panamericana, S.A.
23. Guía para la vigilancia epidemiológica de violencia y lesiones. (2001). Organización Panamericana de la Salud. Recuperado el 29 de septiembre del 2009 en: <http://search.who.int/search>
24. Haskett, M.E., Scott, S., & Ward, C. (2004). Subgroups of physically abusive parents based on cluster analysis of parenting behavior and affect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74, 436-447.
25. Hebert, M., Collin, V.D., Daigneault, I., Parent, N., & Tremblay.,C. (2006). Factors linked to outcomes in sexually abused girls: a regression tree analysis. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 443 -455.
26. Hewitt, S.K. (1998). Small voices: Assessing allegations of sexual abuse in preschool children. California, EE.UU:Sage,Thousands Oaks.
27. Hill, A. (2005) Patterns of non-offending parental involvement in therapy with sexually abused children: a review of the literature. *Journal of Social Work*, 5, 339–358.
28. Hospital Juárez de México. Recuperado el 10 de septiembre del 2009 de: <http://www.hospitaljuarez.salud.gob.mx/>
29. Instituto Nacional de Pediatría. Recuperado el 15 de mayo del 2010 de: <http://www.salud.gob.mx/unidades/pediatrica/>

30. Kendall-Tackett, Williams, L., Finkelhor, D. (1993). Impact of sexual abuse on children: A review and synthesis of recent empirical studies. *Psychology Bulletin*, 113,164-180.
31. Kempe, C., Silverman, F. (1962). The battered child syndrome. *JAMA*,181, 7-24.
32. Kumate, J. (2001). El ombudsman de los niños. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 5,889-901.
33. Lau, A.S., Valeri, S.M., Mc-Carty, C.A., & Weisz, J.R. (2006). Abusive parents' reports of child behavior problems:Relationship to observed parent-child interactions.Integrating cognitive strategies into behavioral treatment for abusive parent and families with aggressive adolescents. Recuperado el 22 de mayo del 2008 de: <http://www.psycinfo.com>.
34. Loredó, A. (2004). Maltrato en Niños y adolescentes. México: Editores de textos mexicanos.
35. Loredó, A., Trejo, H., Perea, M., & Bustos, V. (2000). Maltrato al menor: un problema mundial de salud pública. *Salud Pública*, 47,669-672.
36. Ludwing, S. (2001). Abuso sexual, manejo en la emergencia pediátrica. *Archivo Pediátrico Uruguayo*, 72,545-554.
37. Lyddon, J., & Jones, V. (2001). Terapias cognitivas con fundamento empírico. Aplicaciones actuales y futuras. México:Manual Moderno.
38. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.Texto Revisado.(1995). Barcelona:Masson.
39. Marcovich, K. (1981). Tengo derecho a la vida. Prevención e identificación del niño maltratado. México:Editores Mexicanos Unidos.
40. Miller-Perrin, C.,Perrin, R.(2007).Child Maltreatment. An Introduction. California, EE.UU.:SAGE publications.
41. Monroy, V., Perea, M.,Loredó, A., & Trejo, H.(s.f.). Manifestaciones anorrectales del abuso sexual en la infancia. (en prensa).
42. Nezu, M., Nezu, M.C., Lombardo (2006). Formulación de casos y diseño de tratamientos Cognitivo-Conductuales. Un enfoque basado en problemas. México: Manual Moderno.
43. Organización Mundial de la Salud (2002). Maltrato Infantil, variedad Abuso Sexual. Recuperado el 20 de junio del 2010 de: <http://search.who.int/search?q=sexual+abuse>
44. Organización de las Naciones Unidas (1989). Definición de maltrato infantil. Recuperado el 11 de julio de:<http://www.search.un.org/search>
45. Organización Panamericana de la Salud (2001). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes e las Américas. Implicaciones en programas y políticas. Recuperado el 22 de septiembre del 2010 de:
<http://www.paho.org/Spanish/HPP/HPF/ADOL/SSRA.pdf>

46. Papalia, E.D., Wendkos, S.O., Duskin, R.F., Gross, D. Desarrollo humano. (1999). Undecima edición. EE.UU.: Mc-Graw-Hill.
47. Reynoso, E.L., Seligson, N.I. (2005). Psicología clínica de la salud. Un enfoque conductual. México: Manual Moderno.
48. Riojas, D.U.; Manzano, S.C. (1968). Aspectos radiológicos en el síndrome del niño maltratado. *Jornada Pediátrica Instituto Mexicano del Seguro Social*, 7, 69:70.
49. Riso,W.(2006).Terapia cognitiva. Fundamentos teóricos y conceptualización del caso clínico.Bogotá:Norma, pp 128.
50. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia. (DIF). (2006). Recuperado el 10 de junio del 2010 de: <http://www.dif.df.gob.mx/dif/index.php>
51. Tremblay, C., Herbert, M., & Piche, C. (2000). Coping strategies and social support as mediators of consequences in child sexual abuse victims. *Child Abuse and Neglect*, 23, 929–945.
52. United States Agency for International Development. Recuperado en: <http://www.usaid.gov/>
53. Wurtele, S.K., & Miller-Perrin, C.L. (1992). Preventing child sexual abuse: Sharing the responsibility. Lincoln, EE.UU.:Universidad de Nebraska.

Anexos

Anexo 1. Historia Clínica Infantil

DATOS DEL NIÑO:

NOMBRE: _____

Lugar y fecha de nacimiento: _____

Domicilio: _____

DIAGNOSTICO MÉDICO PEDIÁTRICO: _____

DIAGNOSTICO PEDIATRICO CAINM: _____

MOTIVO DE CONSULTA PSICOLÓGICO

_____:

¿Cuándo y como empezó?

¿Cómo evolucionó?

¿Qué medidas han tomado?

¿Qué resultados han tenido?

¿Qué efectos tiene el comportamiento del niño en cada padre?

¿Qué efectos tiene en los otros miembros de la familia?

ESTRUCTURA FAMILIAR:

NOMBRE DEL PADRE: _____

EDAD: _____ Profesión u ocupación: _____

Situación laboral actual del padre: _____

NOMBRE DE LA MADRE: _____

EDAD: _____ Profesión u ocupación: _____

Situación laboral actual de la madre: _____

Estado civil de los padres: _____

Número de hermanos: _____ Lugar que ocupa: _____

Otras personas que vivan en la casa: _____

DATOS DEL EMBARAZO.

¿Fue planeado? _____ ¿Fue deseado? _____

APGAR al nacer: _____

Complicaciones perinatales: _____

Nacimiento por: _____

Peso al nacer: _____ Hospitalizaciones: _____

Cianosis: _____ Ictericia: _____

Consumo de sustancias durante el embarazo: _____

Tipo de alimentación: _____ Pecho materno: _____

Trastornos de alimentación: _____

Dificultades tempranas con el sueño: _____

Problemas de respuesta a estímulos: _____

¿Fue un bebé fácil, lloraba mucho, podía respetar horarios? _____

¿Cómo se comportaba e bebe con otras personas? _____

¿Cuándo quería algo, cuán insistente era?: _____

¿Cómo era su nivel de actividad? _____

DESARROLLO:

¿A qué edad se sentó? _____

¿A qué edad gateo? _____ ¿a qué edad camino? _____

¿A qué edad dijo sus primeras palabras? _____

¿A qué edad controló esfínteres? _____

¿Cómo fue su temperamento? _____

Si ingreso a jardín de niños, ¿cómo ha sido su desempeño? _____

Enfermedades frecuentes: _____

Accidentes: _____

Medicamentos: _____

PERSONALIDAD:

¿Colabora con las tareas del hogar? _____

¿Se encuentra integrado en su ambiente familiar? _____

¿Es comunicativo en casa? _____

¿Suele hablar con ustedes sobre aspectos que le interesan o le preocupan? _____

ACTIVIDADES DE FAMILIA:

Horario de comidas: _____

¿Cuáles son algunas diversiones o entretenimientos en los que participan todos o casi todos los miembros de la familia?

Actividades de relaciones sociales en las que participan todos los miembros de la familia.

NUCLEO FAMILIAR:

¿Quiénes integran la familia actualmente? _____

Miembros ausentes y causa de la ausencia: _____

Dificultades o cambios por los que atraviesa la familia actualmente. _____

RELACIONES FAMILIARES:

¿Cómo se llevan ustedes como padres? _____

¿Cómo son las relaciones entre su hijo(a) y usted como mamá? _____

¿Cómo se llevan los hermanos entre sí? _____

¿Con cual hermano se relaciona más el niño? _____

¿Quién influye más en la educación del niño? _____

¿Por qué? _____

¿A quién de los padres prefiere el niño? _____

¿A quién respeta más el niño? _____

¿A quién de la familia le tiene miedo o temor? _____

¿Quién los dos (padres) debe actuar de manera diferente en la educación del niño? _____

¿Por qué? _____

Anexo 2. Registro de episodios de vómito.

A continuación, aparecen los días de la semana, en los cuales usted deberá anotar durante un mes el número de veces que el paciente vomita durante el día.

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

Anexo 3. Registro de episodios de dolor de cabeza.

A continuación, aparecen los días de la semana, en los cuales usted deberá anotar durante un mes el número de veces que el paciente presenta dolor de cabeza durante el día.

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

Anexo 4. Registro de episodios de dolor de estomago.

A continuación, aparecen los días de la semana, en los cuales usted deberá anotar durante un mes el número de veces que el paciente presenta dolor de este durante el día.

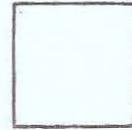
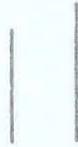
MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

MES:	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
1ra semana							
2da semana							
3ra semana							
4ta semana							

DIRECCIONES

1. Cuando puesto el niño sobre su estomago, el niño alza la cabeza sosteniéndose en sus brazos o en sus manos.
2. Cuando estando sobre la espalda, tome al niño de las manos y páselo si su cabeza no cae hacia atrás.
3. El niño deberá usar la pared o el pasamanos, no ayudado de persona.
4. El niño deberá lanzar la pelota por encima de su cabeza no menos de 2 metros del examinador.
5. Debe poder saltar una "anchura" de por lo menos 30 cms.
6. Diga al niño que camine hacia delante lo más pegado de punta talón (3cms.). El examinador puede demostrarlo. El niño debe dar 3 o 4 pasos. Páselo si acierta 2 de 3 intentos.
7. Debe el niño poder cachar la pelota de bote con las manos, no con los brazos (el niño debe estar alejado metro y medio del examinador, pase al que la cacha 2 de 3 veces).
8. Haga que el niño camine hacia atrás punta talón. Lo más cerca posible (3cms.) Debe poder dar 4 pasos. Pase al que lo haga bien x 2 de 3 veces.
9. Mueva el estambre lentamente a unos 15 cms. de la cara del niño, páselo si sigue el objeto 90°
10. Páselo si el niño agarra la sonaja al tocar la punta de los dedos.
11. Páselo si el niño continúa mirando el estambre donde este desapareció y lo busca. Debe hacerse desaparecer el estambre rápidamente.
12. Páselo si el niño toma la pasa ayudado del pulgar y cualquier otro dedo.
13. Páselo si el niño toma la pasa con la punta del pulgar e índice alcanzando el objeto por encima.



- | | | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|
| 14. Se considera pasado cualquier forma cerrada. Falla el que continúa haciendo círculos | 15. Cual línea es más larga, no mas grande. Voltee el papel y repita..... (3 de 3 o 5 de 6) | 16. Pase cualquier línea que cruce. | 17. Haga que el niño copie si falla, demuestre. |
|------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------------------|

Quando haga las pruebas 9, 11 y 12 no nombre las formas. No demuestre ni el 9 ni el 11.

18. Cuando califique, cada par (2 brazos, 2 piernas) se cuenta como una parte.
19. Señale la figura y haga que el niño la nombre. (no se acredita por sonidos.)



20. Dígale al niño que le de el dado a mamá, que ponga el dado en la mesa. Se da por pasado 2 de 3 intentos. (no señale el lugar u objeto).
21. Pregunte al niño que hace cuando esta frío, hambriento o cansado. Pase al que acierte dos de tres
22. Pida al niño que ponga el dado en la mesa, por debajo de ella, enfrente, por detras pase al niño: que acierte 2 de 3 intentos. (no lo ayude).
23. Pregunte al niño: Si el hielo es frío, el fuego es ?, si papá es un hombre, mamá es ?, si un caballo es grande, un ratón es ? pase 2 de 3.
24. Pregunte al niño que es una pelota ? .. un lago, .. una casa ?... un plátano ? Páselo si define en terminos de uso, tamaño, forma, de que esta hecho?... Pase al que acierte de 6 de 9.
25. Pregunte al niño de que esta hecho, un zapato... una cuchara ?... una puerta ? no le pregunte de otras cosas. Pase de 3 de 3.
26. Trate que el niño sonría, hablándole o moviendo las manos. No lo toque.
27. Cuando el niño esté jugando con un juguete, quíteselo, pase si resiste.
28. Para considerarse pasado el niño no es necesario que se abotone los de la espalda.

ANOTE LA FECHA Y OBSERVACIONES DE CONDUCTA DURANTE LA PRUEBA. (como se siente el niño en el momento de la prueba, relación establecida con el examinador verbal, confianza personal, etc.)

Anexo 6. Técnica de “el volcán del enojo”

Material:

Base de madera de 30 x 30 cms
Plastilina color café, verde y azul
50 grs de bicarbonato de sodio puro
Jabón líquido para manos
50 ml de vinagre
Papel banco
Plumones, colores, crayolas.

INSTRUCCIONES:

El paciente moldeará la plastilina cubriendo la madera y dando figura a un volcán. Después preparar la solución líquida. Brindar psicoeducación sobre esquema 1-situación o problema, 2-pensamientos y 3-emociones. En la sesión se pide al paciente que cada que una situación le provoque malestar o enojo, dibuje en pequeños cuadros de papel banco la situación (considerar edad cronológica del paciente), los cuales serán depositados dentro del “cráter del volcán”, mezclar inmediatamente la solución líquida a fin de simular una erupción volcánica. Para finalizar la actividad se brinda la última parte de la psicoeducación al paciente, explicándole las consecuencias físicas de emociones intensas como el enojo. Se finalizaba la actividad con un ejercicio de respiración diafragmática.

Anexo 7. Biblioterapia para padres.

- Garth, M. (1999). Rayo de sol. Meditaciones para niños 3. España: Oniro.
- Papalia, E. D., Wendkos, S. O., Duskin, R.F., Gross, D. Desarrollo humano. Undécima edición. EE.UU.: Mc-Graw-Hill.
- Trianes, M. (1990). *Niños con estrés. Como evitarlo, como tratarlo*. México: Alfa-Omega

Anexo 8. Historia Clínica Multimodal

Fecha de Ingreso: _____
Terapeuta: _____

INFORMACIÓN GENERAL:

Nombre: _____

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: [M] [F]

Edo. Civil: (a) Soltero(a) (b) Casado(a) (c) Viudo(a)
(d) Divorciado (e) Unión libre

Escolaridad: _____

Ocupación: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Religión: (a) Creyente (b) Practicante (c) Ambas

Tipo de vivienda: (a) Casa (b) Departamento (c) Habitación

Señale si es: (a) Propia (b) Rentada (c) Otro:

Adecuada de acuerdo al número de habitantes y servicios:

[SI] [No]

¿Cuántas personas habitan incluyéndose Ud.? _____

¿Por quién fue referido? _____

En el pasado ha recibido algún tipo de asistencia profesional (médica o psicológica) para atender sus problemas?

[SI] [NO]

¿De que tipo? _____ ¿Por cuánto tiempo? _____

¿Ha sido internado u hospitalizado por problemas psicológicos o psiquiátricos?

[SI] [No] ¿Cuándo, donde y por cuánto tiempo?

¿En algún momento de su vida Ud. ha pensado o intentado suicidarse?

[Si] [No] ¿Hace cuánto tiempo y por qué motivo?

¿Alguien de su familia padece de algún trastorno emocional o mental?

[SI] [NO] ¿De qué tipo? _____

¿Existe en su familia algún miembro que haya intentado suicidarse o cometido suicidio? [SI] [NO]

HISTORIA FAMILIAR, PERSONAL Y SOCIAL

Padre:

Nombre: _____ Edad: _____

Ud. considera que la salud de su padre es:

- (a) Buena (b) Mala (c) Regular (d) No se

Si él ha fallecido mencione la edad, causa y fecha de defunción:

¿Qué edad tenía usted cuando su padre murió?

Madre:

Nombre: _____ Edad: _____

Ocupación: _____

Ud. considera que la salud de su madre es:

- (a) Buena (b) Mala (c) Regular (d) No se

Si él ha fallecido mencione la edad, causa y fecha de defunción:

¿Qué edad tenía usted cuando su madre murió?

Hermanos:

Número de hermanos: _____

Edades: _____

Número de hermanas: _____

Edades: _____

Familiograma:



De las siguientes características señale, ¿cuáles se aplican a usted durante su infancia y adolescencia:

- | | |
|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Infancia feliz | <input type="checkbox"/> Ignorado(a) |
| <input type="checkbox"/> Infancia desdichada | <input type="checkbox"/> No tuvo suficientes amigos |
| <input type="checkbox"/> Problemas emocionales, de conducta | <input type="checkbox"/> Problemas escolares |
| <input type="checkbox"/> Problemas legales | <input type="checkbox"/> Problemas económicos |
| <input type="checkbox"/> Muerte de un familiar cercano | <input type="checkbox"/> Fuertes creencias religiosas |
| <input type="checkbox"/> Problemas de salud (médicos) | <input type="checkbox"/> Consumo de drogas |
| <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol | <input type="checkbox"/> Severamente castigado |
| <input type="checkbox"/> Abusos sexuales | <input type="checkbox"/> Severamente maltratado |
| <input type="checkbox"/> Trastornos de alimentación | <input type="checkbox"/> Mojar la cama |
| <input type="checkbox"/> Tartamudez | <input type="checkbox"/> Problemas familiares |
| <input type="checkbox"/> Terrores nocturnos | <input type="checkbox"/> Comerse las uñas |
| <input type="checkbox"/> Chuparse el dedo | <input type="checkbox"/> Temores o miedos |
| <input type="checkbox"/> Acosado(a) sexualmente | <input type="checkbox"/> Otro(s): |

Actualmente, ¿qué clase de trabajo realiza ud.?

¿Cuántas horas al día? ¿Le satisface? [SI] [NO]

En caso negativo explique ¿por qué?

¿Qué clase de trabajo ha realizado ente?

Actualmente ¿cuál es su ingreso quincenal? _____

¿Cuánto gasta a la quincena? _____

¿Cuáles fueron sus ambiciones pasadas? _____

¿Cuáles son sus ambiciones presentes? _____

DESCRIPCIÓN DE PROBLEMAS PRESENTES:

Describa en sus propias palabras la naturaleza y duración de sus principales problemas:

- Estime la severidad de su(s) problema(s) con base en la siguiente escala y marque con una "X" el número que mejor describa su situación:

-

- | | |
|-----------------------------|--------------------------------|
| • [1] Levemente inquietante | • [4] Muy severo |
| • [2] Moderadamente severo | • [5] Totalmente incapacitante |
| • [3] Severo | • |

¿Cuándo comenzaron sus problemas? (dé fechas si es posible):

¿A qué atribuye sus problemas?

Mencione los eventos más importantes que ocurrieron al tiempo que iniciaron sus problemas:

Indique de que manera ha intentado resolver sus problemas, señalando los resultados obtenidos:

En las últimas dos semanas ¿qué tan satisfecho se siente con su vida en general?

Nada satisfecho 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 MUY SATISFECHO

Considerando el último mes valore su nivel general de tensión o de estrés.

Relajado 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 TENSO

EXPECTATIVAS SOBRE LA TERAPIA

En pocas palabras, ¿cómo cree que debería ser una terapia?

¿Qué espera obtener de la terapia?

¿Qué duración cree que debería tener la terapia?

¿Qué cualidades personales cree que debería tener un terapeuta?

¿Cuáles podrían ser las *barreras u obstáculos* que impedirían su buen desempeño en la terapia?

¿Cuáles podrían ser los *facilitadores* que le ayudarían en la terapia?

ANALISIS MULTIMODAL

*La siguiente sección está diseñada para ayudarle a **describir sus problemas actuales con mayor detalle e identificar aquellos que de otro modo pudieran pasar desapercibidos. Esto nos permitirá desarrollar un programa terapéutico adecuado y confeccionado a la medida de sus necesidades específicas. La siguiente sección está organizada sobre la base de siete modalidades: Conducta, Sentimientos, Sensaciones, Imágenes, Pensamientos, Relaciones Interpersonales y Factores Biológicos.***

CONDUCTA:

De las siguientes conductas marque las que se apliquen a usted.

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Problemas del comer | <input type="checkbox"/> Pérdida de control |
| <input type="checkbox"/> Problemas de sueño (insomnio, sueño intermitente, etc) | <input type="checkbox"/> Intento de Suicidio |
| <input type="checkbox"/> Beber en exceso | <input type="checkbox"/> No conservar el trabajo |
| <input type="checkbox"/> Poca asertividad | <input type="checkbox"/> Fumar |
| <input type="checkbox"/> Conductas extrañas | <input type="checkbox"/> Aislamiento |
| <input type="checkbox"/> Correr riesgos | <input type="checkbox"/> Tics nerviosos |
| <input type="checkbox"/> Trabajar en exceso | <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse |
| <input type="checkbox"/> Haraganear | <input type="checkbox"/> Fobias, miedos o temores |
| <input type="checkbox"/> Reacciones impulsivas | <input type="checkbox"/> Pérdida de control emocional |
| <input type="checkbox"/> Comer en exceso | <input type="checkbox"/> Gastar demasiado dinero |
| <input type="checkbox"/> Conducta agresiva | <input type="checkbox"/> Desidia |
| <input type="checkbox"/> Compulsiones | <input type="checkbox"/> Morderse las uñas |
| <input type="checkbox"/> Vomitar | <input type="checkbox"/> Llorar |
| <input type="checkbox"/> Flojera | <input type="checkbox"/> Explosiones temperamentales |
| <input type="checkbox"/> Tartamudear | <input type="checkbox"/> Otras: |

¿De qué habilidades o talentos propios se siente orgulloso(a)?

¿Qué le gustaría hacer más?

¿Qué le gustaría hacer menos? ¿Qué le gustaría empezar a hacer?

¿Qué le gustaría dejar de hacer?

¿Cómo usa su tiempo libre?

¿Qué tipo de actividades realiza que considera como relajantes?

¿Encuentra dificultad para relajarse o disfrutar de los fines de semana y de las vacaciones? [SI]
[NO] Si es así, ¿a qué lo atribuye?

SENTIMIENTOS

Marque cualquiera de los sentimientos u emociones que se apliquen a usted:

- | | | |
|-----------------------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------------|
| • <input type="checkbox"/> Enojado | • <input type="checkbox"/> Temeroso | • <input type="checkbox"/> Aburrido |
| • <input type="checkbox"/> Arrepentido | • <input type="checkbox"/> Triste | • <input type="checkbox"/> Aterrorizado |
| • <input type="checkbox"/> Contento | • <input type="checkbox"/> Resentido | • <input type="checkbox"/> Fastidiado |
| • <input type="checkbox"/> Feliz | • <input type="checkbox"/> Excitado | • <input type="checkbox"/> Desesperanzado |
| • <input type="checkbox"/> Deprimido | • <input type="checkbox"/> Infeliz | • <input type="checkbox"/> Envidioso |
| • <input type="checkbox"/> Esperanzado | • <input type="checkbox"/> Ansioso | • <input type="checkbox"/> Culpable |
| • <input type="checkbox"/> Conflictuado | • <input type="checkbox"/> Inútil | • <input type="checkbox"/> Tranquilo |
| • <input type="checkbox"/> Celoso | • <input type="checkbox"/> Desdichado | • <input type="checkbox"/> Aburrido |
| • <input type="checkbox"/> Optimista | • <input type="checkbox"/> Solitario | • <input type="checkbox"/> Satisfecho |
| • <input type="checkbox"/> Estresado | • <input type="checkbox"/> Insatisfecho | • <input type="checkbox"/> Malhumorado |
| • <input type="checkbox"/> Angustiado | • <input type="checkbox"/> Decepcionado | • <input type="checkbox"/> Otros: |

Enliste sus cinco miedos principales:

- _____
- _____
- _____
- _____
- _____

¿Qué emociones le gustaría experimentar más a menudo?

¿Qué emociones le gustaría experimentar menos a menudo?

¿Qué emociones positivas ha experimentado recientemente?

¿Qué emociones negativas ha experimentado recientemente?

¿Cuándo es más probable que pierda el control de sus emociones?

Por favor complete las siguientes frases:

- Si pudiera decir cómo me siento ahora, diría que _____
- Una de las cosas por las que me siento orgulloso(a) es _____
- Una de las cosas por las que me siento culpable es _____
- Me siento de los más feliz cuando _____
- Una de las cosas que más triste me pone es _____
- Me enoja muchísimo cuando _____

SENSACIONES FÍSICAS

Marque aquellas sensaciones físicas que se aplican a usted:

- | | | |
|---------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| • <input type="checkbox"/> Mareo | • <input type="checkbox"/> Pérdida de conciencia | • <input type="checkbox"/> Problemas menstruales |
| • <input type="checkbox"/> Palpitaciones | • <input type="checkbox"/> Problemas visuales | • <input type="checkbox"/> Dolor en la relación sexual |
| • <input type="checkbox"/> tensión muscular | • <input type="checkbox"/> Activado o con energía | • <input type="checkbox"/> Incapaz de relajarse |
| • <input type="checkbox"/> Escuchar cosas | • <input type="checkbox"/> Descansado | • <input type="checkbox"/> Hormigueo |
| • <input type="checkbox"/> Ruborización | • <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza | • <input type="checkbox"/> Malestar estomacal |
| • <input type="checkbox"/> Boca seca | • <input type="checkbox"/> Fatiga | • <input type="checkbox"/> Estreñimiento |
| • <input type="checkbox"/> Breves desmayos | • <input type="checkbox"/> Disgusto al ser tocado | • <input type="checkbox"/> Temblores |
| • <input type="checkbox"/> Tics | • <input type="checkbox"/> Problemas de la piel | • <input type="checkbox"/> Sudoración de manos |
| • <input type="checkbox"/> Dolor de espalda | • <input type="checkbox"/> Relajado | • <input type="checkbox"/> Nauseas |
| • <input type="checkbox"/> Manos/pies fríos | • <input type="checkbox"/> Palpitaciones | • <input type="checkbox"/> Otras: |

¿Qué sensaciones son especialmente agradables y placenteras para Ud.?

¿Qué sensaciones le son desagradables o displacenteras?

Describa cómo manifiesta:

	Conductual (lo que usted hace)	Físicamente (lo que siente en su cuerpo)
• Enojo	• _____	• _____
• Alegría	• _____	• _____
• Tristeza	• _____	• _____
• Ansiedad	• _____	• _____

- ¿Qué hace usted para relajarse?

IMÁGENES

Tache cualquiera de las siguientes imágenes que se apliquen a usted:

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| • <input type="checkbox"/> Sexuales placenteras | • <input type="checkbox"/> De infancia feliz |
| • <input type="checkbox"/> Perdiendo el control | • <input type="checkbox"/> De soledad |
| • <input type="checkbox"/> De ser perseguido | • <input type="checkbox"/> De desesperanza |
| • <input type="checkbox"/> De seducción | • <input type="checkbox"/> De ser amado |
| • <input type="checkbox"/> Que me agreden | • <input type="checkbox"/> Hiriendo a otros |
| • <input type="checkbox"/> Que va cayendo | • <input type="checkbox"/> De ser lastimado |
| • <input type="checkbox"/> Que es atrapado | • <input type="checkbox"/> De ser perseguido |
| • <input type="checkbox"/> No enfrentando problemas | • <input type="checkbox"/> Que se burlan de usted |
| • <input type="checkbox"/> Que hablan de usted | • <input type="checkbox"/> De fracaso |
| • <input type="checkbox"/> Siendo acorralado | • <input type="checkbox"/> Imagen corporal negativa |
| • <input type="checkbox"/> Teniendo relaciones con parejas del mismo sexo | • <input type="checkbox"/> Siendo responsable |
| • <input type="checkbox"/> Huyendo de los problemas | • <input type="checkbox"/> Otras: |

¿Qué imagen viene a su mente con más frecuencia?

Describe la imagen o fantasía más placentera o agradable:

Describe la imagen o fantasía más desagradable:

Describe una imagen donde usted se sienta totalmente a salvo y seguro:

Describe ¿cuál es su imagen, sueño o fantasía más frecuente?

PENSAMIENTOS

Marque aquellos pensamientos que se apliquen a usted:

- Soy un don nadie
- Soy un tonto(a)
- No valgo nada
-
-
- La vida es un desperdicio
- La vida es vacía
- No hay nada que valga la pena
-
-

Marque aquellas palabras que puedan describirlo(a):

- Ambicioso
- Celoso
- Honesto
- Ingenuo
- Sin amor
- Degenerado
- Sin valor
- Competente
- Sensible
- Valioso
- Atractivo
- Con problemas de concentración
- Poco atractivo
- Confiable
- Lleno de penas
- Incompetente
- Leal
- Desesperanzado
- Culpable
- Inútil
- Resentido
- Negativo / catastrófico
- Olvidadizo
- Indeseable
- Desconfiado
- Bueno
- Incapaz
- Conflictivo
- Olvidadizo
- Envidioso
- Malo
- Inteligente
- Cometo muchos errores
- Indeciso
- Simpático
- Sin valor
- Malicioso
- Entusiasta
- Vago
- Dishonesto
- Perseverante
- Perseverante
- Seguro
- Estúpido
- Indeseable
- Tonto(a)
- Descuidado
- Loco
- Confuso
- Optimista
- Considerado
- Perseverante
- Trabajador
- Tenaz
- Mercedor
- Obsesivo
- Feo

¿Cuál cree que es su pensamiento o idea más irracional?

¿Existen pensamientos que le molestan una y otra vez? [SI] [NO]

Si es así, por favor

describalos:

¿Qué preocupaciones o pensamientos pasan por su mente y afectan su estado de ánimo y su conducta?

En las siguientes oraciones marque el grado de desacuerdo o acuerdo que tiene con cada una de ellas.

1. Total desacuerdo
2. Desacuerdo
3. Neutral
4. Acuerdo
5. Total de Acuerdo

- | | | | | | |
|--------------------------------------------------------------|-----|-----|-----|-----|-----|
| • No debería equivocarme. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Debo hacer todo bien. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Cuando no sé, debería simular que lo sé. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • No debería divulgar información privada. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Soy víctima de las circunstancias. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Mi vida está controlada por fuerzas externas. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Otras personas son más felices que yo. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Es muy importante complacer a los demás. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Ando con cautela, no me arriesgo. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • No merezco ser feliz. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Si ignoro mis problemas, desaparecerán. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Soy responsable de hacer felices a los demás. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Debo esforzarme por ser perfecto. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Nunca debería estar decepcionado. | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |
| • Básicamente hay dos modos de hacer las cosas "bien o mal". | • 1 | • 2 | • 3 | • 4 | • 5 |

RELACIONES INTERPERSONALES

Los padres:

Si no fue criado por sus padres, ¿quién se encargo de su crianza y durante cuantos años?

Describe la personalidad de su padre (o sustituto del mismo) y su actitud hacia usted en el pasado y en el presente:

.Describe la personalidad de su madre (o sustituto del mismo) y su actitud hacia usted en el pasado y en el presente:

PASADO	ACTUALIDAD
PASADO	ACTUALIDAD

¿Cuándo era niño le tocó cuidar a sus hermanos? [Si] [No] Si así fue, ¿qué edad tenía usted?

¿Cuando era niño le tocó trabajar y apoyar e la economía familiar? [Si] [No]

Si así fue ¿qué edad tenía usted cuando esto ocurrió?

¿De qué forma le castigaron o impusieron disciplina sus padres o tutores?

Describe una impresión de la atmósfera de su casa (el hogar en donde creció):

Empleando la siguiente escala, califique el grado de compatibilidad o incompatibilidad que existía en el pasado entre sus padres, usted y sus hermanos:

- 1. Incompatible
- 2. Poco compatible
- 3. Regularmente compatible
- 4. Compatible
- 5. Muy compatible

¿Podía confiar en sus padres? [Si] [No]

¿Sus	• Entre los padres.	• 1	• 2	• 3	• 4	• 5	
	• Entre los padres y usted.	• 1	• 2	• 3	• 4	• 5	padres lo
	• Entre los padres y sus hermanos.	• 1	• 2	• 3	• 4	• 5	
	• Entre usted y sus hermanos.	• 1	• 2	• 3	• 4	• 5	

comprendieron? [Si] [No]

Se sintió querido y respetado por sus padres? [SI] [NO]

¿Ha interferido alguien (padres, amigos, familiares) en su matrimonio, ocupación, etc.? [SI] [No] En caso afirmativo, descríballo brevemente ¿quién y por qué?

-
-
-
- Amistades

•
¿Consigue amigos fácilmente? [SI] [NO]

¿Los conserva? [SI] [NO]

Des criba cualquier situación que le proporcione:

• Alegría	•
• Enojo	•
• Tristeza	•
• Ansiedad	•

Evalúe el grado de relajación (comodidad) en que generalmente se siente ante situaciones sociales. Subraye algunos de los siguientes términos:

- 1. Muy relajado
- 2. Relativamente relajado
- 3. Relativamente ansioso
- 4. Muy ansioso

¿Generalmente expresa sus sentimientos, opiniones, y deseos a otros en forma directa y adecuada?
[SI] [No]

Indique aquellas personas o situaciones con las que tenga problemas de relación:

¿Actualmente existe alguna persona con quien se sienta cómodo(a) compartiendo sus pensamientos y sentimientos, más íntimos? [SI] [NO]

¿Quién(es) es o por qué No existe esa persona?

Matrimonio o relación de pareja

¿Cuánto tiempo tenía de conocer a su pareja antes de que se casaran o estuvieran juntos?

¿Cuánto tiempo estuvieron comprometidos antes de casarse o vivir en pareja?

¿Hace cuanto están juntos?

¿Qué edad tiene su pareja y cuál es su ocupación?

Describa la personalidad de su pareja:

¿Qué es lo que más le gusta de su pareja?

¿Qué es lo que menos le gusta de su pareja?

¿Qué factores son adversos a su situación marital?

En la siguiente escala indique el grado de satisfacción que siente en su vida de pareja:

Muy satisfecho 1 2 3 4 5 6 7 Muy insatisfecho

¿Cómo se arregla con los amigos y familiares de su cónyuge?

Muy bien 1 2 3 4 5 6 7 Muy mal

¿Cuántos hijos tiene? y escriba los nombres y edades de sus hijos:

Otras relaciones

¿Existe algún tipo de problema con personas de su trabajo? [SI] [NO]
Si es así por favor explique:

Complete las siguientes frases:

Una de las formas en que la gente me lastima es _____
Puedo sorprender a alguien a través de _____
Puedo fastidiar a alguien a través de _____
Mi madre debería _____
Mi padre debería _____
Un verdadero amigo debería _____

Proporcione una breve descripción a usted según sería descrito por:

Su pareja _____
Su mejor amigo(a) _____
Alguien que no lo quiera a usted _____
Usted mismo _____

Actualmente le preocupa alguna relación de rechazo o pérdida de afecto?
[Si] [No] Si es así, por favor explique:

FACTORES BIOLÓGICOS

¿Cuál es su estatura? _____
¿Cuál es su peso actual? _____
¿Qué tanto ha cambiado su peso en los últimos dos años?

1. Nada 2. 1 ó 2 Kg [+/-] 3. 3 a 5 Kg [+/-] 4. Más de 5 Kg [+/-]

¿A qué atribuye estos cambios en su peso?

¿Con qué frecuencia ha ido al médico en el último año?

¿Tiene alguna preocupación acerca de su salud? [SI] [NO]
Si es así, explíquelo por favor:

Enliste los medicamentos y dosis que ingiere actualmente, o ha tomado durante los últimos 6 meses, ya sea prescritas o no por su médico:

Describa brevemente cómo es su alimentación y cuántas veces al día come:

¿Cuáles son sus pasatiempos o actividades recreativas realiza?

¿Qué actividad(es) relajante practica?

¿Realiza regularmente ejercicio físico? [SI] [NO] Si es así ¿de que tipo y con que frecuencia?

¿Cuántas horas duerme diariamente?

Subraye cualquier problema médico que se aplique a Ud. o a alguno de los miembros de su familia:

- | | | | | | |
|-------------------------|-------|-------------------|-----|-----------------|-----|
| • Problemas de tiroides | • P/F | • Epilepsia | P/F | • Diabetes | P/F |
| • Cáncer | P/F | • Asma | P/F | • Alcoholismo | P/F |
| • Problemas renales | P/F | • Dolor de cabeza | P/F | • Ansiedad | P/F |
| • Glaucoma | P/F | • Depresión | P/F | • Esquizofrenia | P/F |
| • Presión arterial alta | P/F | • Alzheimer | P/F | • Otro(s): | P/F |

Describa cualquier operación quirúrgica a la que se haya sometido y cite fechas:

Describa cualquier incapacidad física que padezca:

¿Alguna vez ha perdido la conciencia o algo similar? [Si] [No] ¿Cuál fue la causa?

Historia menstrual

Edad del primer periodo _____ años.

Es ud, regular? _____ Fecha del último periodo _____ duración _____

¿Padece algún malestar? [SI][NO] ¿Cuáles?

¿Sus periodos afectan su estado de ánimo? [SI] [NO] Si es así, explique:

Señale la frecuencia con la cual se consumen las siguientes sustancias y se presentan los siguientes síntomas:

	NUNCA	A VECES	REGULARMENTE	FRECUENT EMENTE	SIEMPRE
• SUSTANCIAS					
• Tranquilizantes	•	•	•	•	•
• Diuréticos	•	•	•	•	•
• Pastillas dietéticas	•	•	•	•	•
• Marihuana	•	•	•	•	•
• Hormonas	•	•	•	•	•

	NUNCA	A VECES	REGULARMENTE	FRECUENTEMENTE	SIEMPRE
• Somníferos	•	•	•	•	•
• Aspirinas	•	•	•	•	•
• Cocaína	•	•	•	•	•
• Analgésicos	•	•	•	•	•
• Narcóticos	•	•	•	•	•
• Estimulantes	•	•	•	•	•
• Alucinógenos	•	•	•	•	•
• Laxantes	•	•	•	•	•
• Cigarrillos	•	•	•	•	•
• Tabaco (especificar)	•	•	•	•	•
• Café	•	•	•	•	•
• Alcohol	•	•	•	•	•
• Anticonceptivos	•	•	•	•	•
• Vitaminas	•	•	•	•	•
• SÍNTOMAS					
• Como menos de lo debido	•	•	•	•	•
• Como más de lo debido	•	•	•	•	•
• Como comida rápida	•	•	•	•	•
• Diarrea	•	•	•	•	•
• Debilidad muscular	•	•	•	•	•
• Gases	•	•	•	•	•
• Indigestión	•	•	•	•	•
• Nauseas	•	•	•	•	•
• Vómitos	•	•	•	•	•
• Agruras	•	•	•	•	•
• Mareos	•	•	•	•	•
• Ansiedad	•	•	•	•	•
• Palpitaciones	•	•	•	•	•
• Fatiga / Agotamiento	•	•	•	•	•
• Alergias	•	•	•	•	•
• Presión sanguínea alta	•	•	•	•	•
• Dolor de pecho	•	•	•	•	•
• Irritabilidad / Impulsividad	•	•	•	•	•
• Respiración entrecortada	•	•	•	•	•
• Duermo en exceso	•	•	•	•	•
• Sudoración de manos	•	•	•	•	•
• Problemas de sueño	•	•	•	•	•
• Zumbido de oídos	•	•	•	•	•
• Dolor de cabeza	•	•	•	•	•
• Depresión / Tristeza	•	•	•	•	•
• Sangra con facilidad	•	•	•	•	•
• Problemas de sobrepeso	•	•	•	•	•
• Otros:	•	•	•	•	•

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

Anexo 9. Entrevista para Paciente con Abuso Sexual en Hospital Juárez de México e Interconsultado en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría.

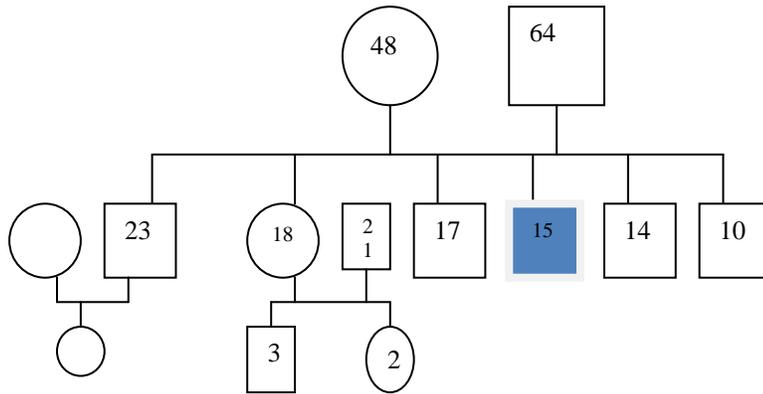
ABORDAJE DE ABUSO SEXUAL INFANTIL

Nombre: F.R.A.		Expediente: xxxxx	
Fecha: 14 ene 08		Hospitalización 02 ene 08	
Fecha de Nacimiento: 30 abril 2008		Edad: 13 a	
Nombre de la persona que proporciona la historia clínica J.L.R.	Relación con el niño padre	Dirección: -----	
<p>VERSION DE LA PERSONA QUE ACOMPAÑA AL PACIENTE Refiere el padre que hace 15 días convulsiona, las cuales son en apariencia tónico clónicas generalizadas, ocurriendo en tres ocasiones con recuperación entre ellas. Es así como decide llevarlo a facultativo quien describe medicamento no especificado sin remisión. Menciona: "La primera vez que le dio el ataque ya se iban a dormir, el estaba con mi prima, estaba en la cama decía "Se van a llevar a mis hijos, no se lleven a mis hijos", se hacia como que se golpeaba, estaba en la cama con mi otra prima en pijama, después lo llevamos con un curandero. A los ocho días le dio otra crisis y mi esposa me dijo que lo llevamos con un médico y es ella quien lo trajo a este hospital" sic pac.</p>			
<p>VERSION DEL PACIENTE (cuando su edad lo permita) "Me trajeron aquí por mis crisis para que me recupere de lo que tengo, son así como ataques. Me paso cuando acababa de cenar, ya me iba a dormir, apenas tenía como 15 minutos de haberme dormido, *** mi tía estaba junto a mí y ella también tenía escalofríos que se le quitaron con agua bendita, después me dio la crisis, **** estaba espantada, me dijo que yo gritaba: "No ****, que no me lleven" y después ya no me acuerdo hasta que estaba aquí.</p>			
ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES			
Características de la madre		Características del padre	
Edad: 48 años Escolaridad: analfabeta _____ Ocupación ayudante de cocina _____ Estado civil: casada _____ Numero parejas sexuales: múltiples _____ Actualmente quien es su pareja: xxxx _____ Horas que trabaja al día: medio día y fines de semana _____ Antecedente de abuso sexual infancia: ____ Especificar tipo: _____ Quien fue el agresor _____ Tiempo aproximado de la agresión _____ Antecedente de maltrato físico infancia _____ Alcoholismo: positivo _____ Adicciones: _____ Tiene depresión u otra enfermedad psiquiátrica: sí, Especificar: Pb trastorno de la personalidad límite. Otros datos importantes: No recordaba datos del desarrollo del paciente. Datos no confiables de la entrevista _____		Edad: 64 años ____ Escolaridad: primaria completa _____ Ocupación comerciante _____ Estado civil: casado ____ Numero parejas sexuales: una _____ Horas que trabaja al día: medio día ____ Antecedente de abuso sexual infancia: ____ Especificar tipo: _____ Quien fue el agresor _____ Tiempo aproximado de la agresión _____ Antecedente de haber abusado sexualmente de alguien _____ Antecedente de maltrato físico infancia _____ Especificar: _____ Alcoholismo o antecedente: Interrogado y negado _____ Adicciones y tipo: Interrogado y negado _____ Anotar otros datos importantes: agenesis del miembro superior derecho.	

EDADES Y CARACTERISTICAS DE LOS HERMANOS Y PERSONAS CON LAS QUE VIVE EL PACIENTE

El paciente ocupa el quinto lugar de seis hermanos: A. (23), A.(18), J. (17), M. (15) y G. (10). A y AII, ambos casados y con hijos respectivamente. El padre de familia es quien dice solventar económicamente a todos. Menciona que ++++ ni ++++ son hijos de él, siendo producto de diferentes infidelidades de su pareja, creyendo saber quienes son sus respectivos padres, pese a esto dice quererlos y cuidarlos como si fueran propios.

Sus padres refieren que hace siete meses ++++ se va a vivir con su prima y su esposa quienes viven en la parte superior de la misma casa que ellos. Mencionan que esta situación les desagrada, pero que el ya no quiere regresar con ellos. La madre refiere que ha tenido discusiones frecuentes con la prima con quien ahora vive el paciente, reclamándole haberle "robado" a su hijo. A esta situación +++++ confirma estar viviendo con sus tías, el esposo de una de ellas y sus dos hijos. Menciona que le agrada vivir con ellos, ya que aquí recibe atención y cuidados, en especial de la tía soltera (++++) que cuenta con 23 años de edad, con quien duerme en la misma cama.



ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA (Perinatales y patológicos)

Niega internamientos, alérgicos y quirúrgicos. Producto de la quinta gesta, producto de término, peso al nacer de 2,500 kg, llanto y respiración presentes espontáneos, aparentemente normoevolutivo, se desconocen infecciones.

TIPO Y DISTRIBUCION DE LA VIVIENDA (Anotar si viven varias familias, como y con quien duermen)

Habitan en casa prestada, material perdurable, piso de cemento, la vivienda cuenta con dos cuartos y un baño, cuenta con todos los servicios (agua, luz, drenaje), habitan siete personas en la casa.

1. INDICADORES DEL COMPORTAMIENTO (inicio súbito)

Nota: Marcar con una X las alteraciones del comportamiento que presenta el paciente.

a) Conductas sexuales

- Interés exagerado en la sexualidad de los adultos
- Interacción sexual con compañeros (acción, agresión)
- Conductas seductivas
- Masturbación excesiva
- Conocimientos sexuales no propios de su edad
- Afirmaciones sobre contactos sexuales

b) Comportamientos no sexuales

• **Desordenes funcionales**

- Pesadillas x
- Terror nocturno x
- Problemas del apetito
- Enuresis
- Encopresis
- Estreñimiento

• **Problemas emocionales**

• **Problemas conductuales**

- Agresividad x
- Fugas del hogar x
- Conductas delictivas x
- Uso de alcohol
- Uso de drogas
- Intento o ideación suicida

• **Alteraciones cognitivas transitorias**

- Regresión en el habla
- Bajo rendimiento académico
- Problemas de atención y/o concentración
- Hiperactividad

Anotar otras alteraciones encontradas.

Entró a los 6 años de edad al kínder, reprobó primer y tercer año de primaria.

En la entrevista al hablar de la tía con quien duerme, metía

<p>Depresión Ansiedad x Retraimiento Fobias Somatización (cefalea, dolor abdominal, etc)</p>	<p>discretamente su mano derecha entre la pierna, se tocaba y jalaba rápidamente el pene, así mismo mostraba agitación en piernas.</p>
<p>2. EXPLORACION FISICA Nota: La exploración física será clasificada de acuerdo a los criterios de Joice Adams , exploración anogenital para la detección de AS</p>	
<p>a) Clase I. Hallazgos normales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eritema en surcos. - Cambios hormonales estrogénicos, himen redundante, bordes engrosados. - Bandeletas periuretrales o vestibulares. - Arrugas, crestas longitudinales intravaginales. - Marcas en himen. - Orificio himeneal alargado en niñas obesas. - Margen de himen posterior amplio (entre 1 y 2 cm). - Marcas perianales. - Diástasis del ano. - Pliegues engrosados en la línea media. 	<p>b) Clase II. Hallazgos inespecíficos.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Eritema del vestíbulo o perianal. - Aumento de vascularidad del vestíbulo o del himen - Fusión de labios menores. - Bordes del himen enrollados (posición genupectoral) - Margen del himen posterior reducido, pero mayor de 1mm. - Secreción vaginal por infecciones que NO son de transmisión sexual. - Lesiones por Virus de Papiloma Humano en menores de 2 años. - Carúnculas, muescas y hendiduras en los cuadrantes superiores del himen (entre las 9 y 3 horas) - Pliegues anales atenuados o engrosados. - Fisuras anales superficiales. - Congestión venosa de tejido anal y perianal. - Dilatación anal con evidencia de heces en ámpula rectal. - Incontinencia fecal.
<p>Clase III. Hallazgos sospechosos de AS (al encontrar más de 2 indicadores se convierte en fase IV)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Diámetro del orificio himeneal aumentado, más de 2 desviaciones estándar, mayor de 4 a 10mm, dependiendo de la edad. - Abrasiones, laceraciones o evidencia de cicatrices en la cara interna de muslos, del vestíbulo o de los labios. - Margen posterior del himen atenuado o reducido; menor de 1mm. - Bordes del himen irregulares (en himen no redundante) - Carúnculas, muescas y escotaduras del himen en el semicuartante posterior (entre las 4 y 8 horas). - Lesiones por VPH en niñas (os) mayores de 2 años. - Pliegues anales irregulares, edema o congestión venosa extensa de tejidos anales o perianales. - Dilatación anal inmediata, por lo menos 15mm, sin evidencia de heces en ámpula rectal 	<p>Clase IV. Hallazgos sugestivos de AS (alteraciones muy probables de penetración genital o anal)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Equimosis, laceraciones recientes o lesiones cicatriciales de fosa navicular, horquilla posterior, de bordes de himen o de ambos, sin historia de trauma accidental. - Distorsión del borde himeneal, especialmente entre las 4 y 8 horas del cuadrante. - Atenuación pronunciada o ausencia parcial de tejido del himen. - Laceraciones anales. - Dilatación anal inmediata, mayor de 15mm, especialmente si es simétrica, sin heces en recto. - Prolapso anal inmediato. - Cualquier combinación de 2,3 o más hallazgos de clase III.
<p>Clase V. Hallazgos confirmatorios de AS con penetración</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausencia completa de himen. - Laceraciones de himen y paredes vaginales. - Laceraciones anorrectales que se extienden al esfínter externo. <p>Presencia de semen. Embarazo.</p>	<p>* Anotar otras alteraciones encontradas en la exploración física de genitales u otras partes del cuerpo (hematomas, arañazos, mordeduras etc.)</p> <hr/> <hr/> <hr/>
<p>Describir la exploración genito-anal realizada por el servicio de Salud Reproductiva.</p> <p>No fue realizado.</p>	
<p>ANOTAR EN QUE CLASE, DE ACUERDO A LOS CRITERIOS ANTES DESCRITOS SE ENCUENTRA EL PACIENTE:</p> <p>Clase I.</p>	
<p>4. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS. NOTA: Determinar de acuerdo a los criterios del CDC Atlanta y criterios individuales de cada paciente si es candidato para</p>	

realizar pruebas para la detección de ITS.
Anotar si es positivo, negativo o está pendiente el resultado.

- a) Cultivo para Neisseria gonorrea _____
- b) Cultivo para Chlamydia trachomatis _____
- c) Examen fresco y cultivo para Trichomona vaginalis _____
- d) Cultivo de virus de Herpes simple (si existen lesiones ulcerativas) _____
- e) Pruebas serológicas para sífilis, VIH y Hepatitis B: Realizadas, resultados negativos.

5. EVALUACION PSICOLOGICA Y/O PSIQUIATRICA

Valorar en cada caso si es necesario realizar evaluación a los padres y/o familiares.

- a) Sesión diagnóstica de juego libre
- b) Dibujo libre
- c) Test de la figura humana

La figura dibujada es imagen de sí mismo, existen los siguientes indicadores de conflicto: borraduras, se consideran como una expresión de ansiedad, el sombreado sugiere agresividad. Al dibujar los ojos omite las pupilas es la proyección del no ver, el mundo lo percibe vagamente como una especie de masa no diferenciada, también es sintomático de inmadurez emocional, cuello alto y delgado, indica rigidez, su manos las dibuja en forma aguantada, se asocia con agresión reprimida, relacionada con arranques ocasionales de agresión, dedos en forma de lanza, expresión de agresión, brazos abiertos, indica agresión, inseguridad y falta de cariño. Tipo de línea, área de conflicto, se destaca por un cambio brusco de la línea, se presenta a nivel de cadera y región sexual; postura, pies pequeños puntiagudos indican inseguridad.

d) Test de la familia

En el plano gráfico su trazo es fuerte, indica pulsiones poderosas, violencia, su trazo en amplitud es corto sugiere una inhibición de la expansión vital y fuerte tendencia a replegarse en sí mismo, en el plano estructural es racional, forma más estereotipada, escasos movimientos, predomina líneas rectas, sugiere persona inhibida.

En el plano del contenido el personaje que más se valora es el padre, el paciente le presta mayor atención, es la primer figura que dibujó, el suprimir a sus hermanos corresponde al deseo de tener mayor atención al núcleo familiar y sugiere problemas importantes de relación.

Bloque parental, el se dibuja intercalado entre sus padres, indica el deseo de sobreprotección.

- e) Test del árbol, casa y persona
- f) Escala de depresión rasgo- estado
- g) Escala de ansiedad rasgo-estado

Ansiedad Estado: 30 puntos

Ansiedad Rasgo: 51 puntos

El paciente obtuvo mayor puntaje en la escala de Ansiedad Rasgo, la cuál evalúa diferencias relativamente estables de propensión a la ansiedad, ante situaciones percibidas como amenazadoras los niños con alto puntaje son más propensos a exacerbar síntomas.

h) Anotar otros datos o pruebas realizadas

Prueba de Apercepción Temática CAT (A)

Lámina 1-El paciente percibe el momento de la comida como un momento en el que los integrantes tienen que ser autosuficientes, así mismo con la necesidad de que cada integrante deberá de ver por su seguridad.

Lámina 2. Se hace presente la alianza con miembro de la familia (tía) siendo principalmente su único apoyo social.

Lámina 3. Aparece la relación del paciente con su padre al cuál percibe como un hombre viejo, cansado, solitario. Así mismo de la necesidad de que el padre reconozca que el paciente tiene todas las características para en un futuro poder ser un hombre grande y fuerte capaz de liderar una familia.

Lámina 4. En esta lámina es evidente que Fernando no ha recibido los elementos de cuidado y protección por la figura materna, relata la pérdida de un hermano por descuido de ésta, así como la percepción de una madre vieja y débil que de repente encuentra una nueva pareja.

Lámina 5. Relata una madre ausente que tiene que salir a buscar comida para sus dos hijos, los cuáles al encontrarse solos entra un lobo que se los come, así mismo describe las carencias económicas que han aquejado a la familia.

Lámina 6. En esta lámina manifiesta su ansiedad ante la escena primaria, así mismo relata su miedo de estar solo en la noche

por temor.

Lámina 7. En esta lámina el paciente pone en evidencia la forma de afrontamiento a la emoción que utiliza para resolver conflictos, la cuál ha sido aprendida en el ámbito familiar.

Lámina 8. Identifica a los abuelos, a la madre y a un hijo, percibe a la figura materna como castigadora.

Lámina 9. En esta lámina, Fernando se percibe como un niño enfermizo, solitario, con limitaciones económicas para ser atendido, así mismo una figura materna que al no cuidar de sus hijos estos fueron devorados por una víbora al salir a jugar.

Lámina 10. Es evidente la falta de límites y reglas en el hogar, existe una dualidad en el paciente quien se siente culpable y víctima a la vez, no reconociendo su participación. De esta forma su forma de afrontamiento es evitativo y a la emoción.

Frases Incompletas para niños

En el inventario, sobresale la escala de temores y preocupaciones mencionando en repetidas ocasiones el miedo a recordar el evento de a.s., así como su posible repetición, en el área de autoestima se percibe como un niño malo, con culpas y miedos, en la escala familiar percibe un ambiente con poco apoyo social, en metas a futuro menciona querer ser futbolista.

Evaluación de estrés postraumático (DSM IV-TR)

F43.1 Trastorno por estrés postraumático (309.81)

Evaluación Multiaxial

Eje I Trastornos clínicos Z03.2 (V71.09)

Eje II Trastorno por estrés postraumático (309.81)

Eje III

Eje IV Problemas psicosociales y ambientales:

- Hacinamiento
- Madre alcohólica
- Familia disfuncional
- Abuso sexual

Problemas del ambiente social

- Vivir fuera del núcleo primario
- Economía insuficiente

Eje V Evaluación de la Actividad global (EEAG)

60

. 4. ESTUDIO DE TRABAJO SOCIAL (Resumen de los datos más importantes)

9 enero 2008 Debido a que la familia no se presentaba a citas con la trabajadora social, se programa visita domiciliaria para el próximo martes 15 enero2008.

10 enero 2008 Alta Médica.

DIAGNOSTICO FINAL DE ACUERDO A LA ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (anexo 1)

Crisis Conversivas

Antecedentes de Probable Abuso Sexual

Síndrome de Estrés Postraumático

Adolescente Masculino Hipotrófico

Nombre y firma del médico responsable

Nombre: Dr. Torres MB, Dr. Vergara R2 Pediatría, Dr. Sánchez R1 Pediatría.

Firma:

Anexo 10. Presentación de Caso Clínico en Unidad de Terapia Intensiva del Hospital Juárez de México.

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS SERVICIO PSICOLOGÍA-PEDIATRÍA PSIC. DÍAZ SANTANA R. MAESTRIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

IDENTIFICACION DEL PACIENTE

Nombre: B.

Edad: 15 años

Escolaridad: 2do semestre en escuela técnica

Lugar de nacimiento: México, D.F.

Lugar de Residencia: México, D.F.

Religión: Católica

Número de hermanos: 2 medios hermanos

Posición que ocupa: 3/3

Fuente de información: Paciente y sus padres

MOTIVO DE CONSULTA

Ingresa al servicio de Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Juárez de México, cursando un cuadro de Cetoacidosis Diabética, presentando paro cardiorrespiratorio. Es referida por el médico adscrito, para realizarle valoración psicológica. Se realiza entrevista con la paciente y sus padres a fin de evaluar consciencia de enfermedad, valoración emocional, impacto en la familia sobre el acontecimiento, conocimiento de la enfermedad, de su desarrollo y de las consecuencias de la no adherencia a esta.

EXAMEN MENTAL

La paciente se encuentra orientada en tiempo, espacio y persona. Con atención adecuada, memoria es conservada, capacidad de abstracción normal, su lenguaje es fluido, coherente y congruente con adecuado ritmo y volumen. Su concentración y atención están conservadas. Niega alteraciones en la sensopercepción y no impresiona tenerlas. Juicio normal, así como contenido del pensamiento. Estado de ánimo con síntomas de ansiedad y depresión reactiva al evento con labilidad emocional, llanto fácil, motricidad disminuida, actitud adecuada.

HISTORIA DEL PADECIMIENTO

La paciente relata que le diagnostican Diabetes Mellitus I a los 12 años de edad, después de presentar por varios días polidipsia, poliuria, polifagia, cefaleas y cansancio así como cambios repentinos en su estado de ánimo, no recordando algún evento vital desencadenante, es así como acude al Hospital General de esta ciudad siendo tratada con insulina, a lo cuál la paciente refiere "no me explicaron el porque estaba enferma, no le tomaba importancia, y no sabía como cuidarme", sic pac. Posteriormente acuden al Instituto Nacional de Pediatría donde le explican las indicaciones que debe seguir para el cuidado de su enfermedad, aquí la paciente dice "a partir de ahí todo cambio, me decían que saliera, que caminara, que cuidara de mi comida, pero no lo hacía porque no estaba acostumbrada, me sentía mal porque en la escuela yo no comía lo mismo que los demás, me daba coraje, me ponía de malas, y no hacía lo que me decían". sic pac.

La paciente refiere que fue llevada con una nutrióloga a fin de conocer su dieta la cuál aparentemente siguió durante un año, sin embargo menciona que en casa comía a escondidas (alimentos como papas, refrescos), dejó de asistir con la nutrióloga, ya que dice, la comida que le indicaba no le gustaba, y también había ignorado el practicar alguna actividad física. Menciona pensamientos frecuentes como "si me como algo que no debo no me va a pasar nada" sic pac.,

aún cuando dice conocer las complicaciones de su enfermedad como el amputarle alguna parte de su cuerpo, originándole sentimientos de tristeza.

En casa, la madre es la que provee sus alimentos, sin embargo no existen cuidados especiales sobre la dieta (desayuna sopes, come 4 tortillas al día aprox., toma refresco, etc.) además de no tener un horario adecuado para ingerir estos; menciona que por ejemplo al asistir a su escuela (horario vespertino) no lleva alimento como colación, situación que la hace comprar comida en su escuela al sentir hambre. Así mismo, menciona que su madre decide en una ocasión dejar de administrarle la insulina por considerar que era mucha, la cuál le era administrada dos veces por la mañana y dos por la tarde hasta el segundo año de secundaria en donde deja de administrarla por completo. En cuanto a esto, la paciente refiere que su glucosa estaba totalmente descontrolada reportando 200 mg/dl, teniendo dificultad para llevar un registro sobre esta y teniendo dolor al inyectarse, situación que hizo que continuara únicamente con el medicamento por vía oral.

Actualmente refiere sentimientos de tristeza por el evento que la llevo a ser hospitalizada y por no haberse cuidado, refiere “ya he pasado por algo difícil y se que me debo cuidar, ya se las complicaciones, debo cambiar mi comportamiento”, sic pac.

En cuanto a la figura paterna, la paciente menciona que no ha estado presente en el transcurso de su enfermedad, ya que estuvo preso en el Centro de Rehabilitación Social del Estado de Sonora cumpliendo una condena de 6 años, situación que lo separa de la familia. A su egreso regresa a la ciudad de México el mes de diciembre del 2006, evento que ha generado situaciones conflictivas con su esposa ya que no ha conseguido un trabajo hasta la fecha.

Es notable el déficit de información por parte de los padres acerca de la enfermedad y de los cuidados necesarios, siendo esto una de las variables que probablemente no le permiten adherirse al tratamiento.

ANÁLISIS Y DESCRIPCIÓN DE LA CONDUCTA

Se considera la adolescencia como una etapa de transición en el desarrollo entre la infancia y la edad adulta. Es común en esta etapa la incapacidad para decidirse, aún acerca de las cosas más simples, así como una creencia egocéntrica (percepción de control) que puede llegar a ser autodestructiva ya que los adolescentes piensan que están protegidos mágicamente contra cualquier peligro. En cuanto a la búsqueda de identidad, los adolescentes tienden a seleccionar amigos que se les parezcan, por consiguiente la influencia de éstos es recíproca, lo cuál hace que sean más parecidos.

Es necesario un estilo de paternidad democrático el cuál ofrezca cariño y a la vez límites, normas y valores favoreciendo al desarrollo de una buena autoestima, responsabilidad y competencia.

Considerando la información anterior es importante resaltar las cogniciones, emociones y conductas en la paciente que no han favorecido hacia una adherencia farmacológica, en dieta y ejercicio.

- Falta de información sobre etiología, curso y evolución de la enfermedad en la paciente y sus familiares.
- Aceptación de la enfermedad
- Dinámica familiar no funcional, con padres que tienden a la permisividad, sin establecimiento de límites.
- Síntomas de ansiedad y depresión en la paciente.
- Pensamientos distorsionados:
 - Tendencia a la polarización
 - Visión catastrófica sobre eventos familiares
 - Personalización, comparación con compañeros de escuela

OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

Para fortalecer la adherencia terapéutica en dieta, ejercicio y fármaco es necesario intervenir en:

- Reestructuración Cognitiva
- Técnicas de auto-regulación: Relajación Autógena y Ejercicio

- Solución de problemas en el ámbito escolar y familiar.
- Asignación y seguimiento de tareas

APLICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

El paciente deberá asistir al servicio de Psicología una vez por semana en sesiones con una duración aproximada de 50 min. Así mismo es necesaria la intervención con cuidadores primarios (madre y padre) los cuáles recibirán psicoeducación sobre la enfermedad, así como monitoreo en seguimiento de tareas en casa.

Anexo 11. Inventario de Depresión de Beck (I.D.B.)

NOMBRE: _____ FECHA: _____

INSTRUCCIONES: A continuación encontrará una serie de cuadros con frases que le indican diferentes grados de depresión. Por favor, marque con una “X” el número de la frase que mejor describa la forma en que usted se siente actualmente. Puede marcar más de una opción.

ESTADO DE ÁNIMO

0. No me siento triste.
1. Me siento triste o melancólico.
2. Me siento triste siempre y no puedo salir de mi tristeza.
3. Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.

PESIMISMO

0. No estoy particularmente pesimista o desalentado con respecto al futuro.
1. Me siento desalentado con respecto al futuro.
2. Pienso que no tengo nada que esperar del futuro.
3. Pienso que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.

SENTIMIENTO DE FRACASO

0. No me siento fracasado.
1. Pienso que he fracasado más que cualquier persona normal.
2. Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
3. Pienso que soy un completo fracaso como persona.

FALTA DE SATISFACCIÓN

0. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como solía serlo antes.
1. No disfruto de las cosas en la misma forma que antes.
2. Ya no obtengo satisfacción de nada.
3. Estoy insatisfecho(a) de todo.

E. SENTIMIENTO DE CULPA

0. No me siento especialmente culpable.
1. Me siento culpable una buena parte del tiempo.
2. Me siento bastante culpable casi todo el tiempo.
3. Me siento culpable todo el tiempo/ siempre.

F. SENTIMIENTO DE CASTIGO

0. No siento que este siendo castigado(a).
1. Pienso que puedo ser castigado(a).
2. Espero ser castigado(a).
3. Pienso que estoy siendo castigado(a).

ODIO A SI MISMO

0. No me siento desilusionado de mi mismo(a).
1. Me siento desilusionado de mi mismo(a).
2. Estoy desilusionado conmigo mismo(a).
3. Me odio a mi mismo(a).

AUTOACUSACIONES

0. No creo que ser peor que los demás.
1. Me critico mucho por mis debilidades o errores.
2. Me culpo siempre por mis errores.
3. Me culpo por todo lo malo que sucede.

DESEOS AUTOPUNITIVOS

0. No tengo ninguna intención de dañarme/ matarme.
1. He pensado en matarme pero no lo llevaría a cabo.
2. Me gustaría matarme.
3. Me mataría si tuviera la oportunidad.

BROTOS DE LLANTO

0. No lloro más que de costumbre.
1. Ahora lloro más de lo que solía hacerlo.
2. Ahora lloro todo el tiempo.
3. Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo hacerlo, aunque quiera.

IRRITABILIDAD

0. Las cosas no me irritan más que de costumbre.
1. Las cosas me irritan un poco más que de costumbre.
2. Estoy bastante irritado(a) o enfadado(a) una buena parte del tiempo.
3. Ahora me siento irritado (a) todo el tiempo.

AI SLAMIENTO SOCIAL

0. No he perdido el interés en otras personas.
1. Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
2. He perdido casi todo mi interés por otras personas..
3. He perdido todo mi interés por otras personas.

INDECISIÓN

0. Tomo decisiones tan bien como antes.
1. Pospongo tomar decisiones más que de costumbre.
2. Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
3. Ya no puedo tomar decisiones.

IMAGEN CORPORAL

0. No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
1. Me preocupa el hecho de parecer viejo(a) y poco atractivo(a).
2. Siento que hay cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo(a).
3. Pienso que me veo feo(a).

INHIBICIÓN DEL TRABAJO

- 0. Puedo trabajar tan bien como antes.
- 1. Me cuesta mucho más esfuerzo empezar a hacer algo.
- 2. Tengo que obligarme para hacer cualquier cosa.
- 4. No puedo trabajar o hacer nada en absoluto.

PERTURBACIONES DEL SUEÑO

- 0. Puedo dormir tan bien como siempre.
- 1. No duermo tan bien como solía hacerlo.
- 2. Despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volverme a dormir.
- 3. Me despierto varias horas antes de lo que solía hacerlo y no puedo volverme a dormir.

FATIGABILIDAD

- 0. No me canso más que de costumbre.
- 1. Me canso más fácilmente que de costumbre.
- 2. Me canso sin hacer casi nada.
- 3. Estoy demasiado cansado(a) para hacer algo.

PÉRDIDA DE APETITO

- 0. Mi apetito no es peor que de costumbre.
- 1. Mi apetito no es tan bueno como antes.
- 2. Mi apetito está peor ahora.
- 3. Ya no tengo apetito.

PÉRDIDA DE PESO

- 0. No he perdido mucho peso o ninguno últimamente.
- 1. He perdido más de 2.5 Kgrs.
- 2. He perdido más de 5 kilos.
- 3. He perdido más de 7.5 Kgr.

PREOCUPACIÓN SOMÁTICA

- 0. No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
- 1. Estoy preocupado(a) por dolores, molestias estomacales, estreñimiento o alguna otra sensación corporal desagradable.
- 2. Estoy muy preocupado(a) por problemas físicos y me resulta difícil pensar en cualquier otra cosa.
- 3. Estoy tan preocupado(a) por cómo me siento físicamente que no puedo pensar en ninguna otra cosa.

PÉRDIDA DE INTERÉS EN EL SEXO

- 0. No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo.
- 1. Estoy menos interesado(a) en el sexo de lo que solía estarlo.
- 2. Estoy mucho menos interesado en el sexo ahora.
- 3. He perdido por completo el interés por el sexo.

Anexo 12 Caso Clínico

Hospital Juárez de México

Servicio de Pediatría

R1 Psic. Rocio E. Díaz Santana

Medicina Conductual

Caso clínico

I. Ficha de identificación

Nombre: A.
Edad: 13 años
Sexo: femenino
Religión: cristiana evangelista
Escolaridad: 2do de secundaria
Lugar de nacimiento: México, D.F.
Lugar de residencia: México, D.F.
Número de hermanos: 1/2

II. Motivo de consulta

La paciente es referida por médico adscrito al servicio de Pediatría, debido a que considerada necesitaba intervención psicológica por presentar embarazo de alto riesgo, producto de abuso sexual por parte del padre de la paciente, la cuál entonces contaba ya con cuatro meses de embarazo, situación que provoco síntomas de ansiedad y emociones como enojo, miedo y culpa principalmente, así como pensamientos frecuentes sobre la posibilidad de realizarse un aborto. Se inicia el apoyo psicológico en marzo del 2007.

III. Impresión y actitud general

Paciente de edad aparente mayor a la cronológica, se presenta en regulares condiciones de higiene y aliño, complexión robusta, estatura media-alta, tez blanca, cabello castaño crespo. En todas las sesiones se muestra cooperadora, en ocasiones se observa inquieta, diciendo que se siente incómoda, cansada y con hambre por su estado físico, a pesar de esto es adherente en su tratamiento aunque impuntual en la mayoría de las sesiones a las que viene en compañía de su madre y hermano menor.

IV. Antecedentes

Historia de desarrollo

De la entrevista con la madre se obtuvieron los siguientes datos:

Reporta que no se presentaron dificultades durante el desarrollo, parto normal, embarazo sin complicaciones, así como un adecuado desarrollo motor, de lenguaje, control de esfínteres a los 3 años.

Historia social

A. menciona que ha sido una niña sociable, sin dificultad para relacionarse con niños de su edad. Se describe como una niña "normal" a la que le gusta jugar y compartir con sus amigas que viven por su casa, así mismo relata que antes del incidente se relacionaba con la mayoría de sus familiares por lado materno, situación que se ha deteriorado debido a que a partir de la noticia del embarazo empezaron a "aislarse" de esta no comunicándoles lo ocurrido a lo cual menciona: "no le hemos dicho a nadie de mi familia solo a mi tía Lilia y a mi tío "Coco", mi tía Lilia es enfermera y ella ayudo a que me atendieran aquí, no le hemos querido decir a mi familia porque soy muy juzgones, además la gente de por donde vivo ya empezó hablar, a lo mejor nos vamos a rentar a otro lado para que no sigan hablando y es que todos se dieron cuenta cuando la patrulla fue a detener a mi papá".

Historia escolar

Reporta no haber tenido dificultades mayores en la escuela, se considera buena estudiante, aunque actualmente por su situación decide dejar de estudiar (segundo de secundaria) a lo que refiere: "en la escuela ya todos saben, no soportamos los chismes y mejor me salí de la escuela, aunque mi hermano sigue ahí pero todos le preguntan que es lo que me pasó, todos hasta la maestra y la directora son bien chismosas, pero no importa porque después de esto yo voy a regresar, quiero seguir estudiando hasta acabar una carrera y mi mamá me apoya mucho en esto" sic. pac. Es importante mencionar que esto es un aliciente en Areli ya que tienes muchas esperanzas de continuar estudiando y tener una mejor calidad de vida ya que dice visualizarse como una profesionista con casa, carro y viajando por todos lados.

Historia familiar

Relata una relación conflictiva entre sus padres desde que ella tiene uso de razón, su padre ha tenido diversos trabajos, siendo inestable en todos, así como otra familia conformada por cuatro medios hermanos. Es así como su padre vive en temporadas con ellos y con la otra familia, hasta que la madre de la paciente se embaraza por segunda vez y nace Abraham, su hermano menor, situación que dice, hizo que su padre decidiera quedarse con ellos. Menciona toda una historia de agresión, maltrato físico y verbal entre sus padres, golpeándola en varias ocasiones hasta llegar al hospital. Así mismo una serie de demandas por maltrato físico que nunca procedieron. Relata que cuando sus padres se golpeaban ella y su hermano Abraham tenían ya toda una estrategia a seguir preparando ropa, comida y dinero para salirse de la casa, en ocasiones también ellos intercedían en el maltrato, llegando Areli a golpearlo con objetos, menciona: "la última vez que golpeo a mi mamá, el ya había abusado de mí y me arme de valor y agarre una escoba y le empezó a pegar, me retaba y no me importo pegarle, pero el no hacía nada, no se defendía, solo me amenazaba" sic. Pac.

Actualmente vive con su madre y hermano en casa propia, antes del evento, refiere que la relación con su madre era cálida, y tenían "buena" comunicación, menciona: "antes de todo esto me llevaba bien con mi mamá, pero todo empezó como en diciembre del año pasado cuando tuvo que ponerse a trabajar porque mi papá no nos daba nada de dinero, entonces yo le pedía llorando que no se fuera a trabajar porque tenía miedo pero no le podía decir porque, y cuando ella se iba mi papá abusaba de mí, como yo iba a la escuela en la tarde, me quedaba sola con él, lo hizo en varias ocasiones, llego a inyectarme unos anticonceptivos y siempre me preguntaba si ya había reglado, hasta que a él se le empezó a caer el cabello y esto ya le había pasado cuando mi mamá estaba embarazada de mí y de Abraham, el se empezó a poner muy nervioso, el me tenía amenazada y no le dije nada a mi mamá". Areli menciona que es hasta el tercer mes de embarazo que empieza a sentirse físicamente mal y su madre decide llevarla al médico, aquí le realizan un ultrasonido y es cuando la enfermera le informa que tiene tres meses de embarazo, al darle la noticia a la madre entra en crisis negando los resultados a lo cuál Areli la confronta diciéndole que es cierto relatándole todo lo anterior. Es así como deciden no comentarle esto a su padre, decidiendo demandarlo al ministerio público, los cuáles responden arrestándolo inmediatamente, actualmente se encuentra en proceso penal a lo que Areli menciona: "me da gusto que este mi

papá en la cárcel, hay una parte de mi que dice que se lo merece y otra que se siente culpable por lo que esta pasando ahí adentro, dicen que les hacen lo mismo que ellos hicieron, pero pues ni modo, yo no soy culpable, el me escribió una carta pidiéndome perdón y que cuando salga vamos a ser una familia bonita, pero yo no le creo y tengo miedo que se lleve a mi hermano, a él es al único que quiere” sic pac.

V. Examen mental

La paciente se muestra cooperadora, en ocasiones se observa inquieta, diciendo que se siente incómoda, cansada y con hambre por su estado físico, asiste en regulares adecuadas condiciones de higiene, regular de aliño, vistiendo ropa deportiva, se encuentra consciente, orientada en tiempo, espacio y persona. Presenta adecuada capacidad de atención y concentración. No presenta alteraciones en la memoria, su lenguaje es lógico, coherente y congruente con tono y velocidad adecuados. No presenta alteraciones de en la sensopercepción y no impresiona tenerlas. Su capacidad de juicio es y su sentido de realidad se encuentran disminuidos. Al parecer adecuadas capacidades intelectuales. En cuanto al estado de ánimo se observan alteraciones: en un inicio aplanamiento, posteriormente, tristeza y enojo adecuadas al contexto en que se encuentra.

VI. Conceptualización cognitivo conductual. Modelo secuencial

E Antecedentes 2	O Organismo 4	R Respuesta 1	C Consecuencia 3
<p>Externos</p> <p>¿Con quién le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con su madre y hermano <p>¿En dónde le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Casa <p>¿Cuándo le sucede?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Al estar en su casa sola ▪ Al estar conviviendo con su hermano ▪ Al estar conviviendo con su madre <p>Tema: Enojo, Ansiedad</p> <p>Internos</p> <p>Fisiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dolores en espalda y cuello ▪ Cefaléa tensional ▪ Hipotensión ▪ Hambre ▪ Dolor en el vientre <p>Cognitivo</p> <p>Presenta pensamientos tales como:</p> <p>Me puedo morir</p> <p>Ya se mueve esta “chingadera”</p> <p>Odio a mi papá</p>	<p>Habilidades y competencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cooperadora ▪ Adherente al tratamiento psicológico. ▪ Habilidades intelectuales. ▪ Habilidad en identificación de emociones y de intervenir disminuyéndolas. <p>Deficiencias</p> <p>Distorsiones cognitivas: catastrofización</p> <p>Valores y creencias</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ya perdone a mi papá ▪ Es bueno que lo perdone ▪ Mi hermano debe perdonarlo también ▪ Cuando nazca el bebé va acabar todo esto. ▪ Volveremos a ser la familia de antes. ▪ Mi papá va a salir y nos va a buscar 	<p>Motoras</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Agitación motriz <p>Cognitivas</p> <p>Estoy muy triste</p> <p>Nos desgració la vida</p> <p>Ya la esta pagando ahí adentro</p> <p>Mi mamá y mi hermano están muy mal</p> <p>Ya empieza a moverse esta chingadera</p> <p>A veces pienso en el bebé</p> <p>Sueno y pienso en el bebé</p> <p>Me pregunto si después podré verlo cuando lo de en adopción</p> <p>La gente nos va ayudar</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefaleas ▪ Hiperfagia 	<p>Inmediatas</p> <p>Externas</p> <p>Fisiológicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefaleas ▪ Dolor en el vientre <p>Cognitivas</p> <p>A veces siento que no vamos a poder</p> <p>Abraham esta enojado conmigo y dice que es mi culpa</p> <p>Siento odio y culpa porque mi papá esta en la cárcel</p> <p>¿Qué hacen los otros?</p> <p>Su mamá llora y discute con ella y su hermano</p> <p>Su mamá le dice que no coma tanto por su peso</p> <p>Su hermano pelea y juega con ella.</p> <p>La trae a terapia y a revisión médica.</p> <p>Mediatas</p> <p>Externas</p> <p>Fisiológicas</p>

<p>La gente habla de mí Es un desgraciado, nos hecho a perder la vida Mi mamá y hermano están muy mal Siento culpa porque es mi papá</p> <p>Mi hermano me dice que es mi culpa todo esto Estamos viendo quien se queda con el niño</p> <p>Historia del problema</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicio de embarazo en el mes de de enero por a. s. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Disfunción familiar de años atrás. <p>Evolución</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Actualmente con tristeza y miedo al nacimiento. 			<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cefalea ▪ Hiperfagia ▪ Sueño, cansancio, aislamiento
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

VII. Padecimiento actual

A nivel fisiológico Areli presenta dolores de cabeza frecuentes, cansancio, dolor en piernas y vientre, identifica que cuando empieza a sentirse angustiada empieza a comer, situación que el médico advirtió debía de cuidar para no subir de peso, trastorno del sueño (hiper e hiposomnia), flashbacks del evento, a nivel cognitivo disgusto cuando el bebé presenta movimientos, enojo cuando recuerda los eventos de abuso y de maltrato hacia ellos y su madre, miedo al saber que esta en un embarazo de alto riesgo, es agresiva e impulsiva con ella misma, con su hermano y su madre. Actualmente esta en revisión con médico adscrito al servicio de ginecología de este hospital el cuál la valora una vez por mes, advirtiéndole que si desarrolla ciertos síntomas será necesario internarla inmediatamente, situación que provoca más ansiedad en la paciente. Así mismo toda esta situación a desencadenado una crisis en su madre y hermano que también presentan síntomas similares a los de la paciente, ambos se encuentran en proceso terapéutico.

VIII Análisis de las Sesiones

Número de sesiones: 26 sesiones, dos veces por semana.

En las primeras sesiones Areli se mostraba aplanada en sus emociones, hablaba de la situación en forma despersonalizada, podía describir la forma en que sufrían su hermano y su madre, sin embargo no mostraba afecto alguno, el tema de estas sesiones era sobre los diferentes métodos para abortar, situación que investigaba junto con su madre hasta en Internet. Al transcurrir de las sesiones inicia a mostrar y hablar del enojo que siente hacia su mamá ya que dice haberse sentido abandonada y desprotegida para que surgiera este problema, esto mismo sucede para con su hermano que la culpa de lo que está pasando. Puede identificar emociones ambivalentes hacia su padre, situación que en un inicio le provocaba culpa y a la vez satisfacción al estar ya en proceso penal. En un inicio Areli le llamaba "chingadera" al bebé, diciendo que lo odiaba porque el había provocado esta situación, al pasar de las sesiones empieza a llamarle "bebé" e incluso a tener un nombre aún cuando lo de en adopción y a reconocer que él no tiene culpa de nada y que quiere darlo a una pareja que lo vaya a querer y a cuidar mucho. En las últimas sesiones dice haber disminuido su enojo, aunque empieza a tener síntomas de tristeza hacia el desprenderse del bebé.

TECNICAS UTILIZADAS

- Técnicas para disminuir síntomas de ansiedad: Respiración Diafragmática, Relajación Autógena.
- Identificación de emociones y técnicas para disminuirla por medio de Técnicas de Juego Humanistas y Filial (con ella y hermano).
- Técnicas Conductuales para disminuir enojo: Tiempo fuera.
- Reforzamiento de modos de afrontamiento funcionales.

Anexo 13. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI).

Instrucciones: Abajo hay una lista que contiene los síntomas más comunes de la ansiedad. Lea cuidadosamente cada afirmación. Indique cuánto le ha molestado cada síntoma durante la última semana, inclusive hoy, marcando con una X según la intensidad de la molestia.

SINTOMA	POCO O NADA	MAS O MENOS	MODERADAMENTE	GRAVEMENTE
Entumecimiento, hormigueo				
Sentir oleadas de calor (bochornos).				
Debilitamiento de las piernas.				
Dificultad para relajarse.				
Miedo a que pase lo peor				
Sensación de mareo				
Opresión en el pecho, o latidos acelerados.				
Inseguridad				
Terror				
Nerviosismo				
Sensación de ahogo				
Manos temblorosas				
Cuerpo tembloroso				
Miedo a perder el control				
Dificultad para respirar.				
Miedo a morir				
Asustado.				
Indigestión o malestar estomacal.				
Debilidad				
Ruborizarse, sonrojamiento				
Sudoración (no debida a calor).				

Anexo 14. Forma de Autorregistro Emocional (Cuaderno Terapéutico)

A (antecedente)	B (creencia)	C (consecuencia)	D (debate cognitivo)	Respuesta

Anexo 16 Plan de trabajo para padres de paciente pediátrico.

MI PLAN DE TRABAJO PARA EL MES DE: _____

¿Qué cambios quiero hacer para ayudar a mi hijo(a)?

¿Cuáles son las razones por las que quiero cambiar?

¿Qué pasos debo seguir para lograr estos cambios?

¿Cómo pueden ayudarme a cambiar otras personas?

¿Qué barreras u obstáculos podrían interferir realizar mis objetivos?

¿Cómo sabré que mi plan está funcionando?

FECHA: _____

NOMBRE: _____ PARENTEZCO: _____

FIRMA

Anexo 17. Carta de Consentimiento Informado

México, D.F. a de del .

Por medio de la presente, yo _____, acepto participar de forma voluntaria en el protocolo de investigación: Efectos cognitivo-conductuales en Síndrome de Niño Maltratado, variedad Abuso Sexual en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado del Instituto Nacional de Pediatría.

Así mismo, acepto que mi hijo (a): _____, paciente de la Clínica arriba mencionada, participe en las sesiones de intervención.

La información que yo proporcione esta investigación es estrictamente confidencial y sólo será usada para este estudio. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Firma del participante

Anexo 18. Modelo de Intervención Psicológica para el paciente pediátrico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado



Clínica de Atención Integral al niño Maltratado.
CAINM-INP-UNAM

Maestría en Psicología, Residencia en Medicina Conductual.

HP
09/06/2008



Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.

Instituto Nacional de Pediatría

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Psicología

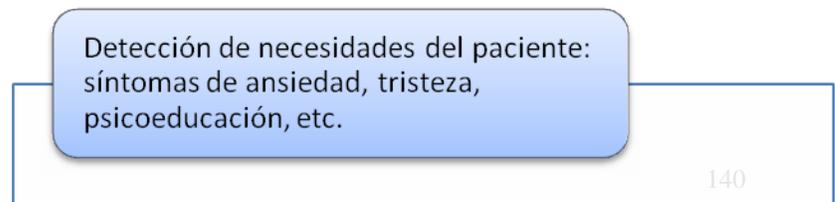
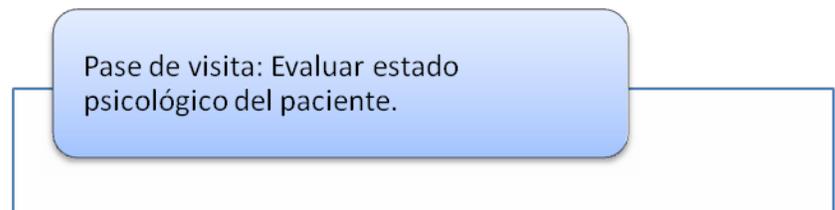
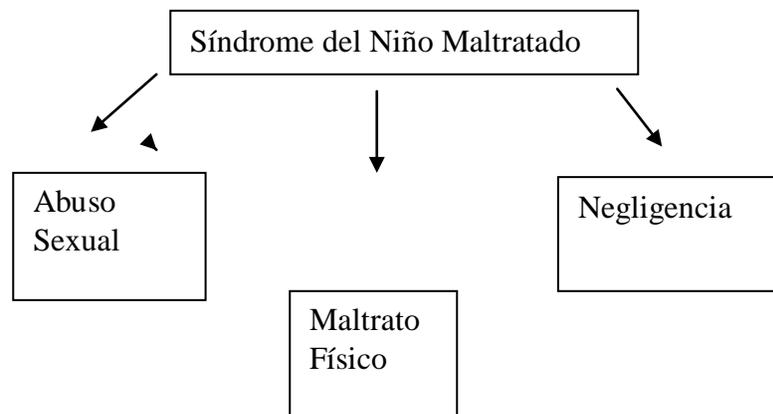
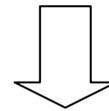
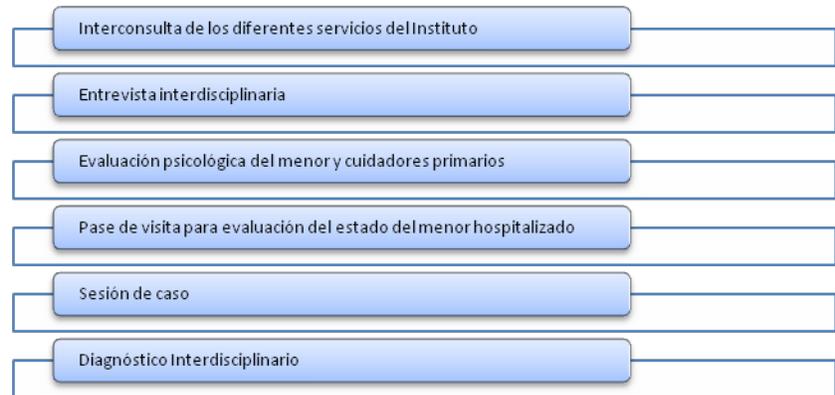
Maestría en Psicología

Residencia en Medicina Conductual

Residente:

Psic. Rocio Elizabeth Díaz Santana

Modelo de Intervención Psicológica para el paciente pediátrico de la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado.





*Intervención Cognitiva-
Conductual en Pacientes
con Enuresis y
Encopresis de Consulta
Externa de CAINM.*

Intervención Cognitivo-Conductual en paciente pediátrico con síntomas de ansiedad y tristeza:

Procedimiento:

- 1-Validación Emocional
- 2-Identificación del Problema
- 3-Identificación de Cogniciones, Emociones y Conducta

4-Evaluación de activación fisiológica: hiperhidrosis palmar, taquicardia, náuseas, cefalea tensional, etc.

- 4.1-Relajación Autógena
- 4.2-Relajación Muscular Progresiva
- 4.3-Imaginería
- 4.4-Juego Libre

5-Psicoeducación para el paciente y cuidadores primarios.

6-Apoyo de Enfermera de CAINM para psicoeducar e informar al personal cuidador del paciente.

7-Dar seguimiento en Consulta Externa.

Evaluación del proceso:

- Escala de ansiedad en niños CMAS-R (pre-post)
- Children's Depression Inventory
- Base de datos: Estadística descriptiva

Diagnóstico Interdisciplinario de
Síndrome del Niño Maltratado

Evaluación psicológica

Descripción Caso Clínico, Estilo
Manual Graña (Análisis
conductual E-O-R-C)

Procedimiento:

1-Contrato Conductual con paciente y cuidador primario

2-Psicoeducación sobre enuresis y encopresis para paciente y cuidador primario.

3-Programación de actividades (toma de alimentos, líquidos, etc.)

4-Programa de reforzamiento positivo por medio de "Economía de fichas".

5-Reforzamiento positivo para cuidador primario

6-Mantenimiento y seguimiento.

Evaluación del proceso:

- Línea Base sobre conducta a extinguir

-Base datos: Estadística descriptiva

Observación del paciente y cuidador primario durante la entrevista médica de seguimiento en Consulta Externa.

Identificación de necesidades :
médicas, psicológicas, trabajo social y enfermería.

Procedimiento:

1-Asistir y observar al paciente y a su cuidador primario durante la entrevista y revisión médica en paciente de seguimiento en el área de Consulta Externa.

2-Realización de Intervención Breve al finalizar la consulta médica, acorde a las necesidades identificadas:

Aspecto Médico: Falta de adherencia al tratamiento

Aspecto Psicológico: Intervención Psicoterapéutica por aparición o exacerbación de síntomas de ansiedad, depresión, alteraciones de conducta, etc. en el paciente.

Rehabilitación: Detección problemas de lenguaje, Educativos o de psicomotricidad.

Enfermería: Planificación familiar

Trabajo Social: Red de apoyo familiar o institucional.

