



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE MAESTRÍA Y DOCTORADO EN PSICOLOGÍA  
RESIDENCIA EN MEDICINA CONDUCTUAL

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN: "MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS"  
SOBRE LA VALORACIÓN COGNITIVA DEL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO  
Y LAS ESTRATEGIAS DE ENFRENTAMIENTO HACIA EL LLANTO.

REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

PRESENTA:

NOÉ GONZÁLEZ GARCÍA

DIRECTOR DEL REPORTE  
MTRO. LEONARDO REYNOSO ERAZO

MIEMBROS DEL COMITÉ TUTOR  
DRA. SANDRA A. ANGUIANO SERRANO  
DR. ARTURO LOREDO ABDALÁ  
DR. ARTURO DEL CASTILLO ARREOLA  
MTRA. MA. CRISTINA BRAVO GONZÁLEZ

MÉXICO D. F. MAYO DE 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.

A MIS PADRES Y HERMANOS.

#### AGRADECIMIENTOS

A la UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO.

A mi TUTOR Y COMITÉ por su respaldo e invaluable enseñanzas.

A CONACYT por el apoyo brindado estos años.

Programa de Intervención: “Mi vida está en tus manos” sobre la valoración cognitiva del síndrome de niño sacudido y las estrategias de enfrentamiento hacia el llanto.

Resumen	1
Introducción	2
Método	19
Participantes	21
Procedimiento	22
Resultados	24
Comentarios	32
Conclusión	36

Reporte de experiencia profesional

Residencia en el Hospital General Atizapán de Zaragoza "Dr. Salvador González Herrejón Daimler Chrysler".

Introducción	37
Actividades clínicas	40
Actividades académicas	45
Actividades Adicionales	45
Características de la población atendida	46
Evaluación del servicio	49
Evaluación de la supervisión	51

Residencia en el Instituto Nacional de Pediatría, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM).

Introducción	53
Actividades clínicas	55
Actividades académicas	56
Actividades Adicionales	58
Características de la población atendida	59
Evaluación del servicio	62
Evaluación de la supervisión	64
Competencias alcanzadas	65

Referencias 67

Apéndices

A. Consentimiento Informado	75
B. Escala sobre el Conocimiento del Síndrome de Niño Sacudido	76
C. Tríptico	77
D. Certificado de participación	79

## RESUMEN

La causa más frecuente de morbilidad y mortalidad por traumatismo craneoencefálico en niños menores a un año es resultado del *Maltrato Infantil (MI)*. Se ha descrito al síndrome de niño sacudido (SNS) como la forma más severa de Abuso Físico (AF) dentro del MI; las características que definen y explican este síndrome han facilitado que en las últimas décadas reciba mayor atención, destacando el contexto de la prevención. En los últimos diez años la evidencia ha sugerido, que la adición de atributos procedentes de la ciencia cognitiva (re-atribución y solución de problemas) a los programas de prevención del SNS pueden optimizar los resultados de las intervenciones convencionales realizadas. A pesar de la trascendencia del aspecto individual, familiar y social, a corto, mediano y largo plazo, en México no se tiene registro de ninguna aproximación preventiva referente al SNS, por lo que tras el desarrollo del programa de corte cognitivo-conductual “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” se evalúa su efecto sobre la valoración cognitiva del SNS y las estrategias de enfrentamiento hacia el llanto, en padres y cuidadores de niños menores a dos años, para contribuir al establecimiento de programas de intervención que incluyan estrategias integradas para responder y prevenir eficazmente el SNS.

*Palabras clave: maltrato infantil, abuso físico, síndrome de niño sacudido, prevención, cognitivo.*

## INTRODUCCIÓN

El reconocimiento del maltrato infantil inició en el siglo XIX con el trabajo del médico forense Ambroise Tardieu (1890), ocho décadas después tras la descripción clínica realizada por Caffey (1946) y los aportes subsecuentes de Kempe y Fontana que dirigieron su atención a la problemática del maltrato infantil (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1962; Fontana, Donovan y Wong, 1963); comenzó una transición a nivel internacional en materia de salud pública, medicina forense, derechos humanos, legislación, psicología y sociología.

El desarrollo teórico del maltrato infantil cobra mayor relevancia y atención en las últimas tres décadas, aunque en una proporción que difiere mucho de las necesidades reales existentes. A casi medio siglo de haberse publicado el primer artículo con un análisis detallado referente al maltrato infantil, persisten las deficiencias en la literatura; un ejemplo claro, es la ausencia de datos epidemiológicos exactos, completos y de calidad (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1962; Fontana, Donovan, y Wong, 1963).

Autores reconocidos en materia de maltrato infantil (Finkelhor, 1999) y organizaciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (WHO) y la Sociedad Internacional para la Protección del Maltrato y Abandono de los Niños (ISPCAN), Centros para el Control y Prevención de las Enfermedades (CDC) y Health Canada han puntualizado en la deficiencia de datos epidemiológicos y han descrito las limitaciones que se presentan durante el proceso de elaboración y evaluación de estrategias de intervención que puedan hacer frente a este grave problema de forma satisfactoria (Butchart, Kahane,

Harvey, Mian y Furniss, 2009; Health Canada, 2001; Leeb, Paulozzi, Melanson, Simon y Arias, 2008).

El maltrato infantil representa un problema que involucra a la comunidad internacional, el conocimiento sólido sobre las características epidemiológicas del maltrato infantil proviene en su mayoría de estudios realizados en América del Norte y mínimamente de algunos países Europeos (Wood, Bellis, Browne, Jackson y Friedman, 2010; Mikton y Butchart, 2009). Los datos reportados sobre maltrato infantil hacen referencia principalmente a estudios comunitarios, reportes sobre castigo físico o pautas de cuidado y estadísticas de registros oficiales; existiendo limitaciones, sesgos e inconsistencias (Fergusson, Horwood y Woodward, 2000).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que anualmente 275 millones de niños y niñas en el mundo son víctimas de violencia dentro de sus hogares y unos 40 millones de menores de 15 años sufren violencia, abusos y abandono (CEPAL y UNICEF, 2009). En la Región de las Américas y el Caribe, se presenta en todas sus formas (maltrato infantil, explotación comercial o de otro tipo); provocando daños reales y potenciales en la salud, supervivencia, desarrollo y dignidad del niño (Concha-Eastman y Benguigui, 2007).

Por su parte, el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) calculó en 2003 que cada año mueren 17 253 niños menores de 15 años a consecuencia del maltrato y el riesgo era seis veces mayor en niños menores a un año. En el último reporte publicado por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) en 2013, la tasa de mortalidad infantil en México (14) es tres veces mayor que el promedio estimado (4.3) para



el resto de los países. En lo que se refiere a la mortalidad por maltrato infantil, los datos más recientes publicados por la OCDE en 2011 ubicaron a México y Estados Unidos con las mayores tasas de mortalidad infantil asociada al maltrato, abuso o negligencia en población de entre cero y 19 años; se estiman entre 2.17 y 2.01 muertes por cada 100 000 habitantes respectivamente. Por cada muerte, se suponen nueve incapacitados, 71 niños con lesiones graves e innumerables víctimas con secuelas psicológicas (Gilbert, Kemp, Thoburn, Sidebotham, Radford, Glaser y McMillan, 2009). Aunque es importante recordar que se ha reconocido que la magnitud del maltrato se encuentra subestimada en las estadísticas oficiales, pues existen errores en su reconocimiento, reporte y respuesta

Existe variabilidad en cuanto a la naturaleza, severidad y consecuencias del maltrato; sin embargo, se encuentra presente en todos los países del mundo, independientemente de la cultura, clase social, nivel educativo, ingresos y origen étnico (Pinheiro, 2010); siendo la pobreza y el estrés conjuntamente con el abuso de drogas y alcohol los factores asociados estrecha y consistentemente con el maltrato infantil (UNICEF, 2003).

En México todavía no se cuenta con un registro nacional adecuado para las diferentes formas de maltrato; los reportes oficiales provienen de los datos proporcionados por las Procuradurías de Defensa del Menor y la Familia, sin embargo sólo una cuarta parte de los municipios de la República Mexicana cuenta con procuradurías de éste tipo, de igual modo, no debe olvidarse que sólo llegan a conocimiento de las autoridades los casos más severos, mientras que la mayor parte no son notificados y quedan, por tanto, fuera de los registros (Secretaría de Salud, 2006). Algunos reportes mencionan que entre el 55 y 62% de los niños adolescentes en secundaria han sufrido maltrato infantil en algún momento de su

vida y dos terceras partes de los niños en educación básica reportaron haber recibido cuando menos una agresión durante los últimos dos años (UNICEF, 2012).

El maltrato infantil representa una emergencia global real (aunque no una emergencia nueva) de materia de salud pública, derechos humanos, jurídicos y sociales. La dimensión e implicaciones del maltrato infantil es similar a otros problemas graves en materia de salud pública que afectan al niño durante el resto de su vida (VIH/SIDA, tabaquismo u obesidad), y cuya vigilancia epidemiológica y prevención cuenta con apoyo sustancial (Butchart, Kahane, Harvey, Mian y Furniss, 2009).

De acuerdo al consenso establecido para su identificación, entendemos por maltrato infantil cualquier acción (palabras o acciones manifiestas, deliberadas e intencionales) u omisión (falta de suministro para las necesidades básicas físicas, emocionales, de educación o para protegerlo del daño o daño potencial) infligido por los padres o cuidadores (permanente o temporal) que resulta en daño, potencial o amenaza de daño a un niño, incluso cuando no se tenía la intención de provocarlo (Health Canada, 2001).

Dadas sus características el maltrato infantil ha sido clasificado acorde a la ejecución u omisión de conductas. De esta manera, el maltrato infantil relacionado con las acciones se divide en tres categorías: el *abuso físico* (AF), *abuso sexual* (AS) y *abuso psicológico* (AP); mientras que la omisión hace referencia a la *negligencia* (Ng) (Scannapieco y Connell-Carrik, 2005). La evidencia sugiere que los niños que son expuestos a un tipo de maltrato se encuentran en riesgo de exposición a otros tipos de maltrato infantil o incluso a la exposición repetida del mismo, representando una situación común y en ocasiones crónica,

cuya frecuencia e intensidad se correlacionará con la severidad del mismo (Edwards, Holden, Felitti y Anda, 2003; Dong, Anda, Felitti, Dube, Williamson, Thompson et al., 2004; Finkelhor, Ormrod y Turner, 2007).

En la mayoría de los casos, las lesiones físicas resultantes del maltrato infantil no ponen en peligro la vida, en comparación con las consecuencias psicológicas y psiquiátricas, las implicaciones crónicas que afectan la salud, el desarrollo neurológico, cognitivo y emocional del niño; situación que trasciende hasta la vida adulta, afecta el núcleo familia y por extensión, a la sociedad en conjunto (Gilbert, Spatz, Browne, Ferguson, Webb y Jason, 2009).

Existen casos extremos en donde las consecuencias del maltrato infantil pueden llegar a causar la muerte (Kempe, Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1962; Perea, Loredo y Güicho, 2004). Un ejemplo de ello es el “*whiplash-shaken infant síndrome*” con el que Caffey describió el conjunto de lesiones (hematoma subdural y fracturas de huesos largos) asociadas con el maltrato infantil en niños menores a un año. La característica particular detallaba la ausencia de traumatismo externo. El análisis clínico realizado y la confesión del agresor, permitió clarificar el mecanismo causante de las lesiones encontradas (Caffey, 1974).

En la actualidad el *shaken-baby syndrome* (síndrome de niño sacudido, SNS) es un término usado y reconocido internacionalmente para designar al maltrato cerebral (hematoma subdural, edema cerebral) y ocular (hemorragia retiniana) producido a través de un mecanismo de aceleración y desaceleración por las sacudidas energéticas a un niño

generalmente menor a un año (Caffey, 1974). Dependiendo del grado de agresión, el niño puede presentar signos clínicos moderados e inespecíficos como la disminución del apetito, irritabilidad, letargo y vómito o bien progresar a síntomas severos e identificables como traumatismo craneoencefálico (TCE), convulsiones, pérdida del conocimiento o estado de choque (Blumenthal, 2002; Fujiwara, Okuyama y Miyasaka, 2008).

En niños menores a un año los TCE accidentales son inusuales; entre el 1.4 y 6.4% de las admisiones hospitalarias pediátricas han sido relacionadas con el maltrato infantil (Irazuzta, Mcjunking, Danadian, Arnold y Zhang, 1997; Neri y Quizaman, 2008) y el 17% de las muertes en la unidad de terapia intensiva pediátrica están relacionadas con TCE no accidentales, caracterizándose por ser los niños de menor edad los que tienen lesiones más graves (Ward, Bennet y King, 2004). Los TCE son la principal causa de muerte en niños menores de un año (American Academic of Pediatrics, 1993), algunos cálculos realizados han establecido que entre 64 y 95 % de estas lesiones están relacionadas con el MI (American Academic of Pediatrics, 2001; Randell, Levitt y Smith, 2001).

En el último reporte publicado por UNICEF (2003) se estimó que 1,006 niños menores a un año murieron a consecuencia del maltrato infantil en México; también se remarcó la condición de vulnerabilidad y riesgo para dicho grupo etario. Se ha calculado que entre 17 y 30 de cada 100,000 niños sufren TCE producto del sacudimiento (Keenan, Hooper, Wetherington, Nocera, Merten y Sinal, 2003; Barlow y Minns, 2000) y por cada niño diagnosticado con SNS que presenta lesiones severas hay otros 152 niños que son sacudidos sin que puedan ser diagnosticados (Theodore, Chang, Runyan, Hunter, Bengdiwala y Agans, 2005).

Por su alta tasa de mortalidad que varía entre 13 y 38% (Hennes, Kini y Palusci, 2001) y la severidad de las consecuencias que presentan al menos la mitad de los niños que sobreviven, entre las que se destaca el retraso en la adquisición del lenguaje, epilepsia, ceguera, espasticidad, cuadriparesia, hemiparesia o hipoacusia; el SNS es identificado como una de las formas más severas y extremas de abuso físico en niños (Keenan, Hooper, Wetherington, Nocera y Runyan, 2007; King, Mackay, Sirnick y Canadian Shaken Study Group, 2003; American Academic of Pediatrics, 2001).

El análisis realizado en 1974 por Caffey, constituye la prueba anecdótica más amplia referente al SNS e incluye la confesión del sacudimiento a decenas de niños por parte de una enfermera infantil, durante episodios incontrolables de ira que detonaban el impulso de sacudirlos mientras persistían en llanto, dicha descripción permitió clarificar un mecanismo de lesión que años décadas atrás parecía difuso (Caffey, 1946; Silverman, Steele, Droegemueller y Silver, 1962) además de poner en evidencia el carácter nocivo que tienen algunas prácticas culturales en el contexto de la crianza (Guarnaschelli, Lee y Pitts, 1972).

Diversas aproximaciones teóricas provenientes de los modelos psicológico, sociológico y ecológico, han intentado proporcionar una perspectiva sobre la etiología del maltrato infantil; sin embargo, representa un problema multidimensional en donde cada una de las disciplinas involucradas contribuye al mejor entendimiento del maltrato. En la actualidad no existe un modelo que pueda considerarse concluyente (Pecora, Whittaker, Maluccio y Barth, 2000; Cicchetti y Lynch, 1993).

La CDC señala que el SNS es problema de salud pública prevenible, pues en la actualidad existe un entendimiento más preciso de los factores de riesgo en los niños (edad menor a un año -entre 4 y 6 meses-, prematuridad, llanto frecuente e inconsolable, ser uno de un nacimiento múltiple, AF previo, ser hombre) y en los padres o cuidadores, reacciones de enojo y frustración ante el llanto infantil, cansancio, deficiente control de impulsos, escaso apoyo social, ambiente familiar inestable y ser padre a temprana edad (Centers for Disease Control and Prevention y National Center of Injury Prevention and Control, 2010); relacionando principalmente al SNS con el llanto infantil y otros factores que puede desencadenar que el cuidador se sienta frustrado o enojado.

Las investigaciones realizadas en las últimas décadas sobre el llanto infantil (incluido el llanto infantil inconsolable) establecen que es una conducta normal que asegura la supervivencia y el desarrollo de vínculos sociales además de tener patrones similares en todas las culturas; tiende a incrementarse hacia la sexta u octava semana (generalmente por la tarde) entre 2 y 3 horas diarias (Brazelton, 1962) y su intensidad ha sido asociada con algunas características particulares de la alimentación, prácticas de crianza y las técnicas utilizadas para el manejo del llanto (Hiscock y Jordan, 2004; van der Wal, van der Boom, Pauw-Plomp y Jonge, 1998).

Tradicionalmente se utilizaba el criterio de Wessel (Wessel, Cobb, Jackson, Harris y Detwiler, 1954) para valorar si la intensidad y duración del llanto era excesivo. Considerando cierta variabilidad en las metodologías y criterios utilizados para definir el llanto excesivo, se calcula que más del 20% de los niños lloran excesivamente y son irritables; además de que en muchas ocasiones incluso el llanto de intensidad moderada

puede ser percibido por los padres o cuidadores como inconsolable o persistente (Long y Johnson, 2001). En este sentido, se ha reportado que los padres primerizos tienden a realizar una evaluación del llanto infantil de una forma más negativa, además de experimentar dificultades para adaptarse a los patrones de sueño y episodios de llanto excesivo de los recién nacidos (Boukydis y Burgess, 1982); situación que repercute en el bienestar de los padres y la familia (Nash, Morris y Goodman, 2008). El carácter acumulativo del llanto genera cansancio y tiene un efecto estresante que incluye reacciones emocionales de enojo, culpa, desesperación y pérdida de control; incrementa el riesgo realizar conductas para enfrentar el llanto que pueden precipitar agresiones (sofocar, golpear o sacudir) relacionadas con el SBS (Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing y Verloove-Vanhorick, 2004).

La importancia de prevenir esta forma extrema de abuso físico fue sugerida en 1974 por Caffey a través del llamado a una campaña educativa nacional; sin embargo, las investigaciones inicialmente se enfocaron sólo en la intervención, pues dentro de los profesionales involucrados no existía consenso sobre la importancia de educar y prevenir esta forma severa de AF, además de que no se tenía una idea clara de los elementos que intervenían en el SNS (Volpe y Lewko, 2006).

Como mencionan Russell y Britner (2006), son pocos los programas enfocados a la prevención primaria del SNS y las investigaciones que han evaluado la eficacia de los programas de prevención son escasas (Carbaugh, 2004). Los programas se han desarrollado principalmente en Estados Unidos y tienen objetivos específicos: a) incrementar la conciencia de los daños del sacudimiento, b) educar a los padres sobre el desarrollo normal

del llanto infantil y c) educar a los padres sobre estrategias de enfrentamiento hacia el llanto infantil (Deyo, Skybo y Carroll, 2008). Algunos de ellos se han administrado de manera universal en el periodo posparto (Dias, Smith, De Guehery, Mazur, Li y Shaffer, 2005), otros se han enfocado en población identificada como de alto riesgo (Nagler, 2002). Por su parte, en México no se tiene referencia de ningún programa enfocado a la prevención del SNS.

La primera evidencia con resultados sólidos sobre la eficacia de un programa educativo para la prevención del SNS fue desarrollado en Nueva York; la intervención única incluyó la proyección de un video (11 min), la lectura de un folleto y de manera adicional posters educativos; los resultados del estudio mostraron reducción en la incidencia del SNS estadísticamente significativa (Dias, Smith, De Guehery, Mazur, Li y Shaffer, 2005). Un estudio posterior incorporó algunas variantes que incluyeron la evaluación del beneficio percibido, mostrando resultados favorables, consistentes y significativos (Altman, Canter, Patrick, Daley, Butt y Brand, 2011). Otros estudios han puesto interés en evaluar diferentes materiales de apoyo como folletos o video (Barr, Barr, Fujiwara, Conway, Catherine y Brant, 2009; Barr, Rivara, Barr, Cummings, Taylor, Lengua y Meredith-Benitz, 2009; Goulet, Frappier, Fortin, Déziel, Lampron y Boulanger, 2009).

El conocimiento vigente sobre las características que rodean y precipitan el SNS, además de la experiencia práctica obtenida con algunas intervenciones preventivas y la tendencia de los servicios sociales que reconocen la importancia de la práctica basada en evidencia, han permitido la participación y el uso de tecnologías de modificación conductual, pues



facilitan el entendimiento de los procesos y elementos que producen cambios (Chaffin y Friedich, 2004).

La práctica psicológica en el contexto del Maltrato infantil es amplia. La trascendencia que ha tenido la utilización de la ciencia cognitiva ha permitido consolidarse en diferentes niveles de atención y desarrollarse en la práctica preventiva, enfocándose principalmente en el contexto de la crianza (Chaffin y Friedich, 2004). Los resultados de las intervenciones enfocadas a la valoración cognitiva que realizan los padres o cuidadores sobre las conductas de niños que presentan AF, se han documentado ampliamente (Mikton y Butchart, 2009; Mcmillan, Whaten, Barlow, Fergusson, Leventhal y Taussig, 2009; Chambles y Ollendick, 2001).

Durante mucho tiempo la crianza fue considerada una tarea instintiva concentrada en la emoción que omitía la dimensión del aprendizaje. En la actualidad la crianza representa una habilidad que por deficiencias individuales, familiares o contextuales dentro del proceso de aprendizaje, no se desarrolla de manera homogénea en la población. Algunos individuos pueden tener limitaciones o dificultades para ser flexibles, restringir su capacidad para resolver las demandas de forma adaptada y por consiguiente responder de forma agresiva y hostil; en esos casos, las causas del maltrato pueden explicarse por deficiencias de habilidades relacionadas con la crianza [en donde el aprendizaje juega un papel fundamental] (Azar y Weinzierl, 2005).

En el ámbito de la psicología, los aportes del trabajo realizado por Sigel en 1985 ofrecieron una nueva perspectiva para mejorar las habilidades de crianza, que hasta ese

momento no habían sido consideradas. La crianza representa una tarea cognitiva realmente compleja (Palkovitz, 1996); los padres y cuidadores dividen su atención en múltiples tareas, una de las cuales es la crianza, y los niños no siempre son la prioridad. Los recursos disponibles para hacer frente a los estresores, afectan la eficiencia de la función cognitiva y por consiguiente la calidad de la respuesta ejecutada en el contexto de la crianza (McCarroll, 2005); situación que incrementa el riesgo de maltrato y abuso por parte de los padres.

Desde la perspectiva cognitivo-conductual, Azar y Weinzierl, (2005) consideran tres elementos fundamentales en el entendimiento de la crianza: a) conocimiento preciso y afinado sobre la estructura parental (esquema; expectativas sobre el desempeño parental e infantil) b) funcionamiento ejecutivo adecuado (solución de problemas, toma de decisiones y flexibilidad cognitiva) y c) evaluaciones adaptativas (atribución y evaluación), que a su vez se encuentran influenciados recíprocamente por factores contextuales (cultura, apoyo social, vecindad), además de la interacción entre las características del niño y los padres con las cogniciones, para finalmente producir una respuesta.

En el contexto del SNS, las demandas cognitivas que genera el llanto infantil persistente en los padres o cuidadores pueden disminuir el funcionamiento cognitivo y ejecutivo. Si las demandas se presentan dentro de la ejecución de múltiples tareas, se pueden exacerbar los efectos negativos del estrés en el contexto de la crianza; en este sentido Azar, Reitz y Goslin (2008) describieron que las mujeres con expectativas poco realistas sobre la crianza tienen un ajuste deficiente después del nacimiento de su hijo, situación que compromete la respuesta cognitiva y conductual proporcionada frente a las demandas del niño.

En las últimas décadas se ha atribuido un carácter protector al desarrollo de fortalezas cognitivas. Específicamente las intervenciones preventivas de corte cognitivo orientadas a la población que ha sido identificada en mayor riesgo para SNS, han demostrado que la adición de atributos procedentes de la ciencia cognitiva pueden mejorar los resultados de las intervenciones convencionales (Chaffin, 2006). El trabajo cognitivo con los padres incluye reestructuración cognitiva, entrenamiento en solución de problemas y entrenamiento en re-atribución (Azar, Reitz y Goslin, 2008). Los elementos centrales de este tipo de intervenciones se han enfocado en el llanto, pues a pesar de ser un elemento natural del desarrollo, representa uno de los problemas más complejos y ambiguos involucrados en la crianza (van der Wal, van der Boom, Pauw-Plomp y Jonge, 1998 ).

Además de los sesgos en la interpretación y atribución de los eventos o demandas, el afecto de los padres puede tornarse hostil, pues como señalan Lazarus y Folkman (1977) la evaluación cognitiva que realiza el individuo de la relación que tiene con el “entorno o demanda” determinará en gran medida por qué y hasta qué grado dicha relación es estresante y sus respectivas reacciones (neurofisiológicas, cognitivas, conductuales y emocionales).

A nivel fisiológico involucra el sistema simpático-adrenal y el eje hipotálamo-hipófisis-corteza suprarrenal (HHS). La activación del sistema nervioso simpático estimula la médula suprarrenal y secreta catecolaminas; incrementando la tensión arterial, la frecuencia cardíaca, sudoración y la constricción de vasos sanguíneos periféricos, entre otros cambios (Taylor, 2007).

Además de las consecuencias fisiológicas, la respuesta al estrés se acompaña de cambios conductuales y cognitivos. Los primeros se refieren a la disminución del nivel de desempeño, evitación de situaciones estresantes, pasividad e inercia; mientras que los de tipo cognitivo se caracterizan por distorsiones del pensamiento, disminución del funcionamiento intelectual, patrones de pensamiento ansiógeno, entre otros (Reynoso y Seligson, 2005).

En un programa realizado en Estado Unidos (California) y desarrollado por Bugental, Lin, Rainey, Kokotovic y O'Hara (2002) cuyo objetivo específico fue el desarrollo de competencias y habilidades en solución de problemas relacionados con la crianza. Incluyó dos componentes a) análisis causal de los desafíos en la crianza y b) entrenamiento en solución de problemas. Los participantes fueron en su mayoría población inmigrante de origen latino considerada en alto riesgo. Los resultados obtenidos mostraron que la modificación en los procesos de evaluación promueve la reducción del afecto negativo, que a su vez tienen un efecto en las tácticas de crianza y retroalimenta cogniciones más funcionales y adaptadas.

De esta manera, utilizando el conocimiento generado en relación con el maltrato infantil y específicamente con el SNS, es posible tener un entendimiento más claro de los elementos que participan en su dinámica [–estímulo del niño (llanto) y la evaluación parental cognitiva (atribución)-]. Además de los recursos y estresores medioambientales que participan dentro del proceso, ha sido posible desarrollar, evaluar y perfeccionar estrategias eficaces para su prevención. Tal es el caso de Estados Unidos y Canadá, que han puesto especial interés en la promoción de programas de atención y prevención. Sin embargo y a

pesar de las implicaciones individuales, familiares y sociales a corto, mediano y largo plazo, en México no se tiene registro de ninguna aproximación preventiva en esta línea.

Por lo que partiendo de la evidencia científica generada y acorde a las recomendaciones establecidas por organismos internacionales (WHO, CDC, UNICEF) que resaltan la importancia de atender y prevenir el SNS, además del compromiso de lograr un crecimiento y desarrollo infantil saludable (Figueiras, Neves, Rios y Benguigui, 2006) y considerando la atención prioritaria de población expuesta a violencia, agresión o trauma, resulta impostergable e inapelable el desarrollo y evaluación de programas de intervención que incluyan estrategias integradas para responder y prevenir eficazmente el SNS en población mexicana.

#### PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Desde su identificación en los años 60's, el maltrato infantil constituye un área de atención vigente por el impacto físico, emocional, económico y social que genera en el niño, la familia y la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo considera un problema de salud pública mundial cuyas consecuencias trascienden la infancia y se prolongan a la vida adulta.

La causa más frecuente de morbilidad y mortalidad por traumatismo craneoencefálico en niños es resultado del maltrato infantil. El SNS se ha clasificado como una de las formas más severas de AF, además de ser responsable de la mayoría de las muertes asociadas al maltrato infantil. Las investigaciones sobre el SNS han reportado una tasa de mortalidad

>30% y morbilidad >60% en niños menores a un año (Dias, Smith, De Guehery, Mazur, Li y Shaffer, 2005).

El conocimiento actual sobre la etiología del SNS establece algunas dificultades en las habilidades parentales relacionadas con la crianza. El detonante principal corresponde a un episodio de llanto persistente (evaluado como inconsolable o difícil de tratar), aunque también se han descrito dificultades en el entrenamiento en el control de esfínteres y la alimentación; otros factores intervinientes hacen referencia a condiciones médicas que requieren cuidados especiales e incrementen la irritabilidad o el llanto.

Las características que definen y explican este síndrome han permitido que en las últimas décadas reciba mayor atención, destacando el contexto de la prevención en países como Estados Unidos y Canadá. En la actualidad como resultado de la investigación internacional, existe un mejor entendimiento de los elementos clave para su prevención:

- a) Incrementar el conocimiento del daño que se produce al sacudir a un bebé
- b) Educar a los cuidadores sobre el curso normal del llanto infantil
- c) Ofrecer estrategias de enfrentamiento hacia el llanto infantil (incluido un plan de emergencia)

La evidencia sugiere que la adición de atributos procedentes de la ciencia cognitiva (re-atribución y solución de problemas) a los programas de prevención del SNS, pueden mejorar los resultados de las intervenciones convencionales realizadas.

En México no existe antecedente de ningún programa de intervención relacionado con la prevención del SNS; por lo que a partir de las prácticas que mayor solidez y consistencia

han mostrado a nivel internacional, se desarrolló el programa grupal “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS”.

El programa es una intervención de corte cognitivo-conductual estructurado en dos fases A) *CONCEPTUALIZACIÓN* Y B) *ADQUISICIÓN DE HABILIDADES*.

En la *fase de conceptualización* se proporciona información sobre el desarrollo normal del niño, frecuencia, duración y causas del llanto infantil, el SNS y el mecanismo de lesión. La *fase de adquisición de habilidades* busca desarrollar estrategias de afrontamiento específicas para: el manejo del llanto infantil (solución de problemas) y las respuestas ante el llanto infantil persistente o incontrolable (auto monitoreo, tiempo fuera y distracción).

#### OBJETIVO

Evaluar el efecto del programa de intervención de corte cognitivo-conductual “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” sobre la valoración cognitiva del Síndrome de Niño Sacudido (SNS) y las estrategias de afrontamiento hacia el llanto en padres y cuidadores de niños menores a dos años.

#### DISEÑO

Cuasi-experimental pre-post

#### PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto que tiene el programa de intervención “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” sobre la valoración cognitiva del Síndrome de Niño Sacudido (SNS) y estrategias de enfrentamiento hacia el llanto en padres y cuidadores de niños menores a dos años?

## HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN

El programa de intervención “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” tiene un efecto en la valoración cognitiva del Síndrome de Niño Sacudido (SNS) y las estrategias de enfrentamiento hacia el llanto en padres y cuidadores de niños menores a dos años.

## MÉTODO

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Que sepan leer y escribir español.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Discapacidad visual, auditiva o retraso mental.

### CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

Participantes que se rehúsen a participar, aquellos que no completen la intervención o alguna de las evaluaciones.

### DEFINICIÓN DE VARIABLES Y OPERACIONALIZACIÓN.

#### VARIABLES ANTECEDENTES

- Edad (Cuantitativa continua: años)

*Definición conceptual:* Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de la intervención.

*Definición operacional:* Años referidos en el apartado de datos demográficos.



- Sexo (Cualitativa nominal: masculino, femenino )

*Definición conceptual:* Condición orgánica que distingue al macho de la hembra

*Definición operacional:* Sexo referido en el instrumento de evaluación aplicado (nombre o mujer)

- Escolaridad: (cuantitativa discreta: primaria, secundaria, bachillerato, licenciatura y maestría)

*Definición conceptual:* Duración de los estudios en un centro docente.

*Definición operacional:* Nivel de estudios referidos por el participante en el apartado de datos demográficos.

- Valoración cognitiva del síndrome de niño sacudido (SNS) [Cuantitativa continua-No hay puntos de corte, (mayor puntuación = mayor conocimiento sobre el SNS, mejor valoración cognitiva)]

*Definición conceptual:* ideas o creencias específicas que las personas hacen del síndrome de niño sacudido en relación con una evaluación causal.

*Definición operacional:* puntuación obtenida en el instrumento de evaluación.

- Estrategias de afrontamiento hacia el llanto: (Cuantitativa continua-No hay puntos de corte (mayor puntuación = mejor enfrentamiento hacia el llanto)

*Definición conceptual:* Procesos cognitivos y conductuales a través del cual el individuo maneja el llanto del llanto con la intención de modificar y mejorar la relación con las demandas del niño.

*Definición operacional:* puntuación obtenida en el instrumento de evaluación.

## V. DEPENDIENTES

- Valoración cognitiva del síndrome de niño sacudido (SNS) [Cuantitativa continua-No hay puntos de corte, (mayor puntuación = mayor conocimiento sobre el SNS, mejor valoración cognitiva)]

*Definición conceptual:* ideas o creencias específicas que las personas hacen del síndrome de niño sacudido en relación con una evaluación causal.

*Definición operacional:* puntuación obtenida en el instrumento de evaluación.

- Estrategias de afrontamiento hacia el llanto: (Cuantitativa continua-No hay puntos de corte, (mayor puntuación = mejor enfrentamiento hacia el llanto)

*Definición conceptual:* Procesos cognitivos y conductuales a través del cual el individuo maneja el llanto con la intención de modificar y mejorar la relación con las demandas del niño.

*Definición operacional:* puntuación obtenida en el instrumento de evaluación.

## PARTICIPANTES

De febrero de 2010 a diciembre de 2011, se invitó a participar de manera voluntaria a profesionales, estudiantes, padres y cuidadores de niños menores a dos años al taller “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS”. Durante el periodo, acudieron 235 padres o cuidadores de niños menores a dos años, 27 no completaron el proceso de evaluación y no fueron incluidos en el análisis; quedando 208 participantes.

De manera general, el 89.4% (186) fueron mujeres y el 10.6% (22) hombres, la media de edad general fue de 32 años ( $\pm 11.8$ ). El 65% (135) tenían pareja y el 35% (73) restante eran

solteros. Con respecto a la escolaridad, el 53.4% (111) tenía licenciatura o un nivel superior, seguido de bachillerato 23% (48), secundaria 18.8 % (39) y 4.8% (10) primaria.

## PROCEDIMIENTO

### 1. RECLUTAMIENTO Y EVALUACIÓN INICIAL

La selección de los participantes se realizó de manera voluntaria (*autoselección*). Se organizaron ocho sesiones grupales, dos para los grupos de profesionales y estudiantes respectivamente y cuatro para el grupo de padres o cuidadores. Después de firmar el consentimiento informado (ver Apéndice A), el coordinador de la investigación explicó la mecánica para completar los instrumentos utilizados en el taller. Se utilizó una *CÉDULA DE DATOS DE IDENTIFICACIÓN* (edad, sexo, escolaridad y ocupación) de la *ESCALA AUTO APLICABLE SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO* (ver Apéndice B) desarrollada por el programa de prevención del SNS de Children's Trust Fund y adaptada al español. La escala contempla dos dimensiones a) valoración cognitiva del síndrome del niño sacudido y b) estrategias de enfrentamiento hacia el llanto; conforman un instrumento de 12 ítems de respuesta dicotómica. La confiabilidad total de la prueba por Kuder-Richardson 20 fue de .80 y la confiabilidad por  $\alpha$  de Chronbach para las dos dimensiones o "clusters" fue de .71.

### 2. INTERVENCIÓN

La duración del taller "MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS" osciló entre 105 y 120 minutos. El taller se apoyó de una presentación multimedia para abordar las dos fases:

### *FASE DE CONCEPTUALIZACIÓN*

- Información sobre el desarrollo normal del niño y el llanto infantil.
- Información sobre el Síndrome de niño sacudido (SNS).
- El mecanismo de lesión (sacudimiento).
- Relación entre el llanto infantil y el sacudimiento.

Dentro de la fase de conceptualización se incluyó la presentación de una animación en tercera dimensión de dos minutos que mostraba las características anatómicas de un bebé o niño pequeño, el mecanismo de lesión (sacudimiento) y el daño del sacudimiento.

### *FASE DE ADQUISICIÓN DE HABILIDADES*

- Factores de riesgo modificables asociados al SNS.
- Estrategias de afrontamiento hacia el llanto (solución de problemas y auto monitoreo)
- Elaboración de un “plan de emergencia”.

Durante la fase de adquisición de habilidades se utilizó un audio de cinco minutos para clarificar las respuestas frente al llanto infantil persistente o incontrolable.

### 3. EVALUACIÓN FINAL

Al concluir el taller realizó la misma evaluación que se aplicó al iniciar la intervención para evaluar la efectividad de la misma.

De manera complementaria, se proporcionó un tríptico que incluía la síntesis de la información proporcionada en el taller (ver Apéndice C) y un certificado de participación (ver Apéndice D).

## RESULTADOS

Al inicio del taller el 61.1% (127) negó tener conocimiento o saber sobre el síndrome de niño sacudido (SNS) y el 38.9% restante afirmó tener conocimiento sobre el SNS. El 64.4% (134) de los participantes valoró el llanto como algo “natural” o un “medio de comunicación”. En la evaluación sobre la naturalidad del “llanto persistente” de un bebé o niño pequeño, el 73.6% (153) de los participantes, describieron poca tolerancia o comprensión relacionada con el llanto persistente; sólo el 26.4% (55) refirió aceptación hacia el llanto persistente y lo describieron como algo “adecuado o tolerable”.

El 74.5% (155) de los participantes consideraba el “sacudimiento” de un bebé o niño pequeño como una práctica adecuada o permitida y el 25.5% restante lo identificó como una práctica nociva para la integridad del menor.

Se realizó un análisis de frecuencias para analizar la distribución de las variables y conocer si el sesgo se aproximaba a los valores predichos para las conductas típicas (menor a  $-0.5$  y mayor a  $0.5$ ) o semejantes a la curva normal (entre  $-0.5$  y  $0.5$ ). Los valores de sesgo para edad ( $0.5$ ), conocimiento general ( $-0.3$ ) y escolaridad ( $-0.6$ ) se encontraron dentro de los parámetros esperados para participantes seleccionados no aleatoriamente, número desigual de participantes por grupo y para las propiedades psicométricas del instrumento.

A fin de examinar si los participantes podían tratarse, en sentido estadístico, como un sólo grupo, en virtud de su estado inicial y de los resultados de la intervención en la variable medida se realizó el análisis Anova de un factor, un procedimiento muy robusto que ofrece buenas aproximaciones aun cuando las premisas del modelo no se cumplan rigurosamente.

La prueba reveló que a los participantes no se les podía tratar como proveniente de un solo grupo al reflejar diferencias significativas entre ellos para las áreas analizadas.

De esta manera y para el análisis, el total de participantes quedó distribuidos en 3 grupos:

A) PROFESIONALES (personal médico y paramédico que atiende a población pediátrica (recién nacidos y lactantes) 40.4% (84), B) PADRES Y CUIDADORES 38% (79) y C) ESTUDIANTES (médico y paramédico) 21.6% (45).

En la TABLA 1. se muestran las diferencias en la distribución de la variable sexo para cada uno de los grupos.

Tabla 1.

Distribución por grupo y sexo

Grupo		Mujeres	Hombres
Profesionales	(N= 84)	<b>83.3% (70)</b>	16.7% (14)
Padres y cuidadores	(N= 79)	<b>92.4% (73)</b>	7.6% (6)
Estudiantes	(N= 45)	<b>95.6% (43)</b>	4.4% (2)

\* ANOVA  $F(2.953) = .054$

La media de edad para el grupo de profesionales fué 36 ( $\pm 11.3$ ), el grupo de padres o cuidadores 30 ( $\pm 11.9$ ) y 25 ( $\pm 8.3$ ) para el grupo de estudiantes, ANOVA  $F(16.581) = .000$ .

En lo que se refiere a la escolaridad, dentro del grupo de profesionales y estudiantes se aprecia el predominio del nivel licenciatura; en la TABLA 2. se muestra el detalle de la distribución por grupo y escolaridad.

Tabla 2.

Distribución de la escolaridad por grupo.

Escolaridad	Profesionales	Padres y cuidadores	Estudiantes
	(N= 84)	(N= 79)	(N= 45)
Primaria	-	12.7% (10)	-
Secundaria	1.2% (1)	32.9% (26)	26.7% (12)
Bachillerato	16.7% (14)	26.6% (21)	28.9% (13)
Licenciatura	<b>75% (63)</b>	27.8% (22)	<b>44.4% (20)</b>
Maestría	7.1% (6)	-	-

\* ANOVA  $F(43.143) = .000$

En lo que se refiere al conocimiento del SNS, en la TABLA 3. se muestran las diferencias sobre el conocimiento del SNS reportado para cada grupo al inicio de la intervención, en donde se puede observar que el grupo de profesionales reportó conocer el SNS en un porcentaje mayor que el resto de los grupos.

Tabla 3.

Conocimiento del SNS por grupo

Grupo		Si	No
Profesionales	(N= 84)	<b>59.5% (50)</b>	40.5% (34)
Padres y cuidadores	(N= 79)	25.3% (20)	<b>74.7% (59)</b>
Estudiantes	(N= 45)	24.4% (11)	<b>75.6% (34)</b>

\* ANOVA  $F(14.074) = .000$

La distribución relacionada con la valoración de “naturalidad/normalidad” del llanto persistente en un bebé o niño pequeño para cada grupo se describe en la TABLA 4.

Tabla 4.

Percepción de naturalidad/ normalidad del “llanto persistente” por grupos.

Grupo		Si	No
Profesionales	(N= 84)	28.6% (24)	<b>71.4% (60)</b>
Padres y cuidadores	(N= 79)	25.3% (20)	<b>74.7% (59)</b>
Estudiantes	(N= 45)	24.4% (11)	<b>75.6% (34)</b>

\* ANOVA  $F(.505) = .604$

Las características reportadas para cada grupo relacionadas con la aceptación del sacudimiento de un menor como práctica adecuada/aceptada se describen en la TABLA 5.

Tabla 5.

Percepción de sacudimiento como práctica “adecuada/aceptada” por grupo

Grupo		Si	No
Profesionales	(N= 84)	<b>71.4% (60)</b>	28.6% (24)
Padres y cuidadores	(N= 79)	<b>70% (55)</b>	30% (24)
Estudiantes	(N= 45)	<b>89% (40)</b>	11% (5)

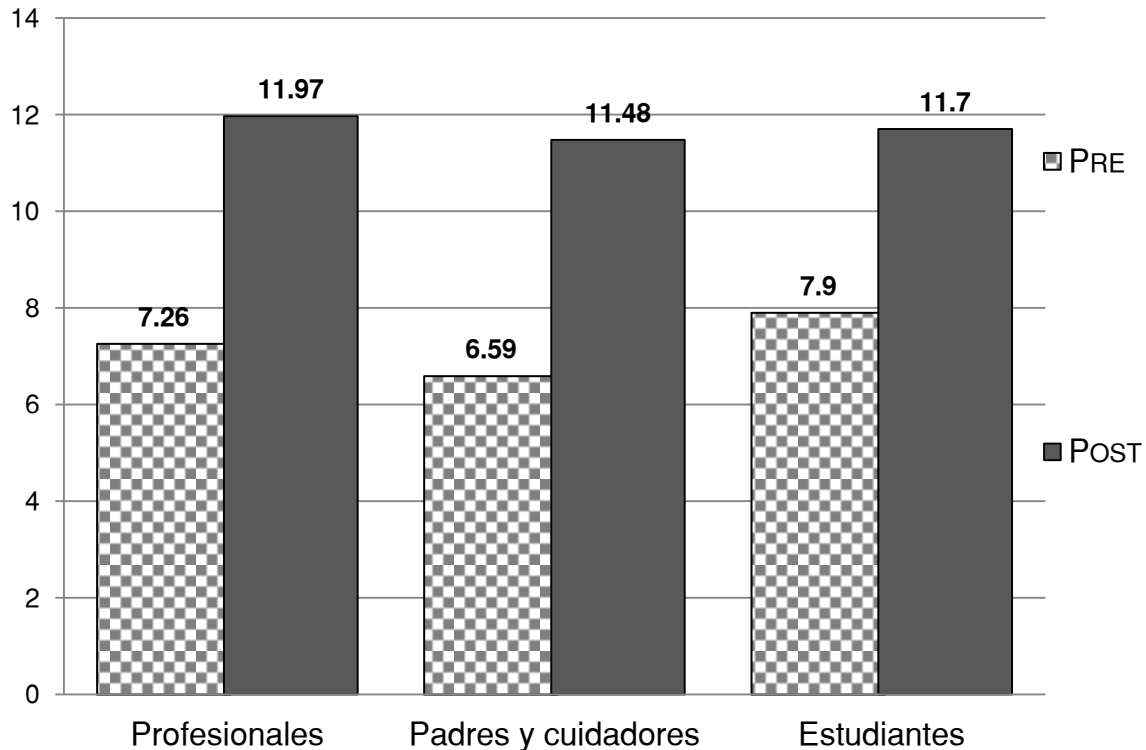
\* ANOVA  $F(3.209) = .042$



Se calculó la significancia de los cambios mediante la pruebas “*t*” para muestras relacionadas, con el objetivo de determinar si existían diferencias entre la media grupal pre y post intervención obtenida en la escala total y para cada una de las dimensiones (valoración cognitiva del síndrome de niño sacudido y estrategias de afrontamiento hacia el llanto). El cambio en la escala total y para cada una de las dimensiones fue estadísticamente significativo ( $p=.000$ ). Las Figuras 1 a la 3 muestran los cambios para cada grupo en la puntuación media total de la escala y para cada dimensión.

En la FIGURA 1 muestra la mejora en la puntuación media total de la escala después de la intervención. La diferencia de medias para el grupo de profesionales fue de 4.714 *t* (16.136) =.000, para los padres o cuidadores 4.914 *t* (18.804) =.000 y para el grupo de estudiantes 3.800 puntos *t* (20.627) =.000, lo que representa un 64.8, 74.2 y 48.1% de ganancia significativa, respectivamente.

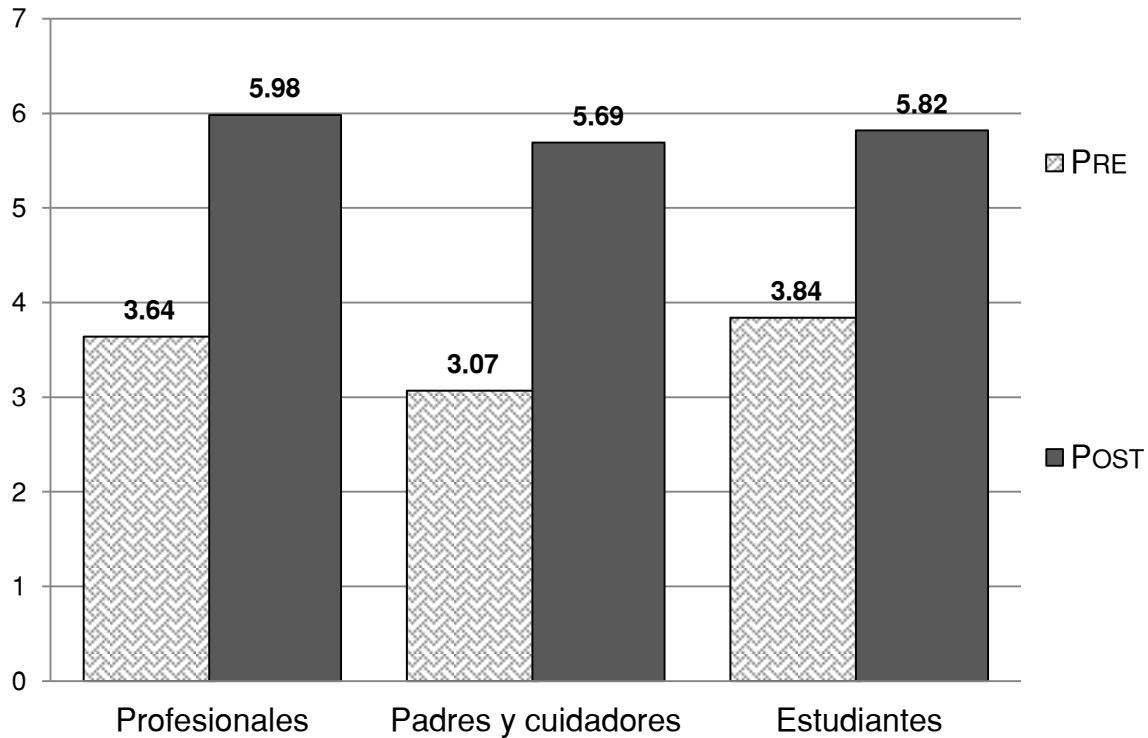
FIGURA1. Efecto de la intervención sobre la puntuación media total de la escala por grupos.



Los datos que se muestran en la FIGURA 2, describen la puntuación media de la dimensión VALORACIÓN COGNITIVA DEL SNS después de la intervención. La diferencia de medias para el grupo de profesionales fue de 2.345  $t(14.096) = .000$ , para los padres o cuidadores 2.620  $t(16.987) = .000$  y para el grupo de estudiantes 1.977 puntos  $t(15.812) = .000$ , lo que respectivamente representa un 64.3, 85.3 y 51.6% de ganancia significativa.

En la FIGURA 3 se muestra la mejora en la puntuación media de la dimensión ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO HACIA EL LLANTO después de la intervención. La diferencia de medias para el grupo de profesionales fue de 2.345  $t(14.003) = .000$ , para los padres o cuidadores 2.620  $t(15.184) = .000$  y para el grupo de estudiantes 1.977 puntos  $t(11.401) = .000$ , lo que representa un 65.7, 65.6 y 44.8% de ganancia significativa.

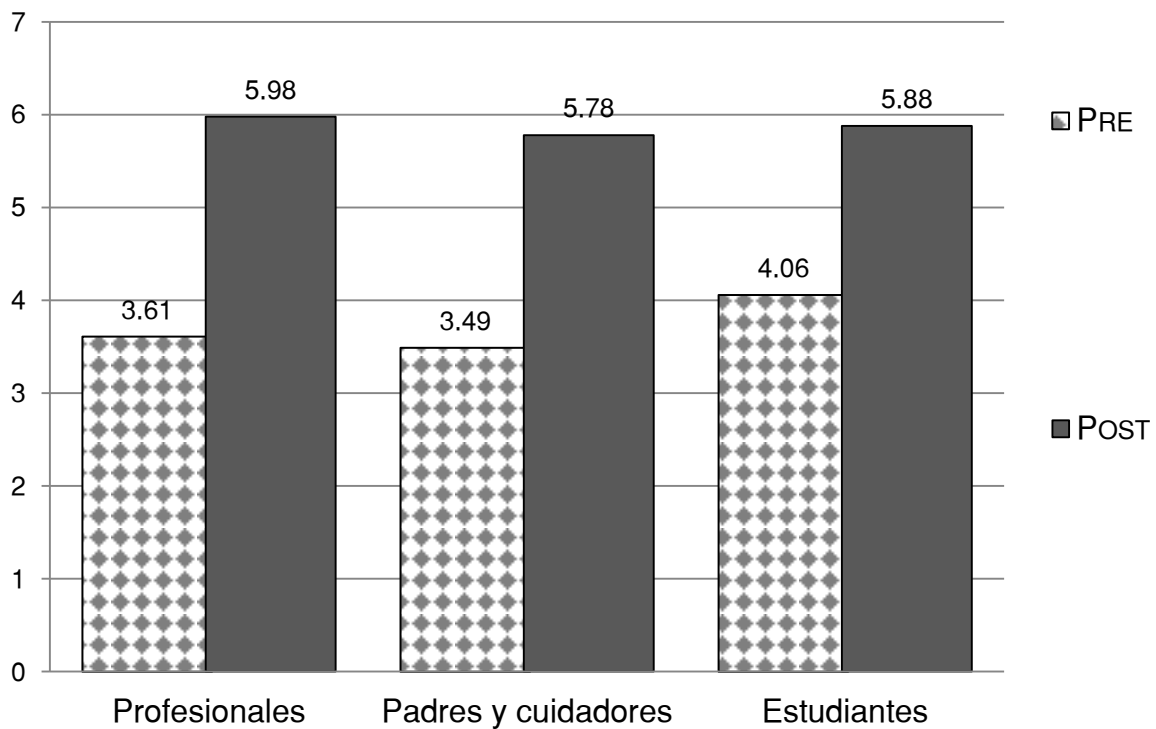
FIGURA 2. Efecto de la intervención sobre la puntuación media de la valoración cognitiva del SNS por grupos.



Se realizó un análisis complementario sobre la modificación de aspectos clave abordados dentro del taller a) conocimiento específico sobre el SNS, b) valoración cognitiva sobre la naturalidad del llanto persistente y c) aceptación del sacudimiento como una estrategia para calmar el llanto de un bebé o niño pequeño dentro de los grupos.

La proporción de participantes que mejoraron su conocimiento específico sobre el SNS, para el grupo de profesionales fue de 40.5%  $t(7.513) = .000$ , en el de padres y cuidadores 73.4%  $t(14.677) = .000$  y 75.6%  $t(11.662) = .000$  para el de estudiantes. En la percepción de naturalidad del llanto persistente, la proporción de participantes que mejoraron en el grupo de profesionales fue de 67.6%  $t(14.405) = .000$ , en el de padres y cuidadores 74.7%  $t(13.781) = .000$  y 73.4%  $t(11.000) = .000$  para el de estudiantes.

FIGURA 3. Efecto de la intervención sobre la puntuación media de las estrategias de afrontamiento hacia el llanto por grupos.



Finalmente en la modificación con respecto a la aceptación del sacudimiento como estrategia para calmar el llanto, la mejoría para los participantes en el grupo de profesionales fue del 71.4%  $t(5.762) = .000$ , en el de padres o cuidadores 70%  $t(5.660) = .000$  y 87.7%  $t(2.072) = .044$  para el grupo de estudiantes.

## COMENTARIOS

Desde una perspectiva evolutiva, el llanto infantil promueve la proximidad del niño con su cuidador además de asegurar la supervivencia y el desarrollo de vínculos sociales (Hiscock y Jordan, 2004); el llanto infantil es un acontecimiento común y natural dentro del desarrollo del niño (Evanoo, 2007), en este sentido, el 78% de los participantes de esta investigación mostraron acuerdo y describieron el llanto como algo natural o un medio de comunicación.

Diversas investigaciones, han descrito el patrón que sigue el llanto infantil durante los primeros meses de vida en la población general (Hiscock y Jordan, 2004; van der Wal, van der Boom, Pauw-Plomp y Jonge, 1998; Barr, 1990); se han descrito algunas diferencias étnicas relacionadas con la predisposición genética, conductas de cuidado o técnicas para calmar el llanto infantil con el llanto persistente o excesivo, dando énfasis en la percepción del llanto que tienen los padres o cuidadores (van der Wal, van der Boom, Pauw-Plomp y Jonge, 1998). En el presente estudio, el 73.6% de los participantes describieron el llanto persistente como algo “poco tolerable” o “comprensible”, en este sentido, la literatura especializada se ha reportado que el llanto persistente es una de las principales razones por las cuales los padres solicitan atención médica y representa uno de los problemas más estresantes que los padres tienen que enfrentar (Long y Johnson, 2001).

De esta manera, entender la conducta y necesidades del niño en el contexto de su desarrollo físico y emocional resulta necesario (Hiscock y Jordan, 2004), otorgando especial énfasis en la percepción que los padres o cuidadores hacen del llanto y la importancia de enseñar a los cuidadores estrategias y técnicas para afrontarlo (Evanoo, 2007; Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing y Verloove-Vanhorick, 2004; Long y Johnson, 2001).

Algunas investigaciones también han descrito el llanto persistente o excesivo como la causa principal del maltrato infantil (van der Wal, van der Boom, Pauw-Plomp y Jonge, 1998). Las expectativas y percepción poco realistas sobre la conducta de niño pequeño (incluido el llanto) y las estrategias empleadas para solucionarlo pueden ser nocivas para el niño (Reijneveld, van der Wal, Brugman, Sing y Verloove-Vanhorick, 2004); aunado a las características físicas de los lactantes o niños pequeños que agudizan su vulnerabilidad ante la agresión o violencia.

Dado el conocimiento actual sobre las características que definen y explican el maltrato infantil, y en particular del SNS, se ha hecho énfasis en el contexto de la prevención; destacando de manera general el manejo clínico y comunitario desde una perspectiva multidisciplinaria para identificar fuentes de estrés, prácticas disciplinarias, abuso de sustancias y respuesta hacia el llanto infantil principalmente (American Academic of Pediatrics y Committee on child abuse and Neglect, 2001). La psicología ha mostrado fortalezas dentro de intervenciones preventivas al utilizar la evidencia y elementos teóricos para elaborar tecnologías de cambio conductual orientadas en la re-atribución y desarrolladas a partir del enfoque cognitivo (Chaffin, 2006).

El entendimiento claro de los objetivos de las principales investigaciones orientadas a disminuir los factores de riesgo individual asociados al SNS, sirvieron de guía para el desarrollo y estructura del taller “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS”.

El propósito del presente estudio fue evaluar el efecto de una intervención de corte cognitivo-conductual, administrada de manera grupal sobre la valoración del síndrome del niño sacudido (SNS) y las estrategias de afrontamiento hacia el llanto. En general los

resultados señalan que la intervención empleada resultó eficaz para mejorar el estado de las variables abordadas en los tres grupos (profesionales, padres o cuidadores y estudiantes).

El esquema de comparaciones planteado para el análisis y las precauciones adoptadas en los procedimientos permiten suponer que los datos conllevan un nivel razonable de confianza de que los cambios estuvieron relacionados con el programa de intervención. Además se resalta que independientemente a las características heterogéneas de algunas variables sociodemográficas descritas en los grupos, la direccionalidad del cambio y la significancia estadística asociada fueron constantes en cada grupo.

El estudio tiene algunas limitaciones. La primera está relacionada con los reportes que describen a los hombres como los principales perpetradores del sacudimiento y no obstante haberse realizado una convocatoria disponible para la población abierta, el porcentaje de participación de hombres osciló entre 4.4 y 16.7%; siendo el grupo de profesionales el que mayor participación de hombres presentó.

De manera independiente a las limitaciones sobre la viabilidad de trabajar con la población masculina, se ha hecho énfasis en la importancia de trabajar con la población de mujeres puesto que generalmente son las cuidadoras primarias (madres), se benefician de la información (curso normal del llanto infantil, las estrategias de afrontamiento hacia el llanto y los riesgos de sacudir a un bebé o niño pequeño) y pueden transmitir o compartir la información a otras persona que cuidan bebés o niños pequeños (Barr, Rivara, Barr, Cummings, Taylor, Lengua, y Meredith-Benitz, 2009).

Estos resultados siguen la tendencia internacional y remarcan la necesidad de ampliar la investigación a la población de hombres y desarrollar programas de atención específicos

dirigidos a ellos (Barr, Barr, Fujiwara, Conway, Catherine y Brant, 2009; American Academic of Pediatrics y Committee on child abuse and Neglect, 2001).

La segunda limitante hace referencia a que las medidas que se utilizaron para comparar el efecto de la intervención se relacionan principalmente con el reporte de aspectos cognitivos (conocimiento del SNS, curso normal del llanto infantil y estrategias de afrontamiento hacia el llanto infantil) y no provienen de la observación directa; en este sentido Goulet, Frappier, Fortin, Déziel, Lampron y Boulanger (2009), han descrito la dificultad para evaluar de manera objetiva la reducción del estrés durante los episodios de llanto inconsolable.

Los esfuerzos relacionados con la prevención del Maltrato infantil elaborados a nivel internacional se han desarrollado de manera primaria (campañas dirigidas a la población general), secundaria (visita domiciliaria enfocada en familias consideradas en riesgo) y terciaria (rehabilitación y prevención de re-incidencias). Si bien los programas de prevención secundaria han mostrado resultados sólidos, requieren de más recursos y no son viables para la población general. En éste sentido, los programas de prevención primaria muestran ventajas si se consideran los recursos necesarios para su implementación (recursos económicos o tiempo). Dichos programas se caracterizan por emitir un mensaje claro y preciso en un momento determinado, incrementando la posibilidad de éxito (Dubowitz, 1989; Dias, Smith, De Guehery, Mazur, Li y Shaffer, 2005).

El programa “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” cumple con las características de los programas de prevención primaria mencionadas y constituye el primer antecedente en población mexicana sobre el efecto de una intervención de corte cognitivo-conductual sobre los



principales factores de riesgo individual modificables asociados al SNS; además de ser una intervención breve que podría implementarse a gran escala a un bajo costo.

Algunas consideraciones que pueden guiar y orientar futuras investigaciones se relacionan con la necesidad de desarrollar instrumentos de medición sobre el afrontamiento al llanto infantil y la valoración cognitiva del SNS específico para población mexicana.

La posibilidad de aplicar el programa en usuarios de hospitales Gineco-obstétricos pues se ha remarcado la importancia y utilidad de realizar este tipo de intervenciones de manera temprana (alojamiento conjunto, que además representa un periodo de alto riesgo). El contexto hospitalario representa un lugar de contacto universal de los padres y la comunidad médica que ofrece muchas ventajas entre las que se destaca la posibilidad de incluir a la población masculina o cuidadores y facilitar el seguimiento en periodos del desarrollo del niño (tamiz neonatal o en la aplicación de vacunas).

De esta manera, la utilidad del programa podría ampliarse para detectar y atender de manera temprana población que se encuentre en riesgo de SNS o de alguna otra forma de abuso (AF o Ng) en cuyo podría recibir intervenciones específicas para atender las necesidades particulares.

## CONCLUSIÓN

El esquema de comparaciones empleado confirma que el programa cognitivo-conductual “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” mejoró el estado de las variables abordadas en los tres grupos de participantes (profesionales, padres o cuidadores y estudiantes) corroborando la utilidad del programa en relación a los factores de riesgo individual asociado al SNS.

## **REPORTE DE EXPERIENCIA PROFESIONAL**

Primera sede clínica: HOSPITAL GENERAL ATIZAPÁN DE ZARAGOZA "DR. SALVADOR GONZÁLEZ HERREJÓN DAIMLER CHRYSLER"

El Hospital General de Atizapán (HGA) "Dr. Salvador González Herrejón Daimler Chrysler" es una Institución de segundo nivel de atención del Instituto de Salud del Estado de México (ISEM). Fue inaugurado el 27 de abril de 1987 por el presidente constitucional de la República Miguel de la Madrid Hurtado quién reconoció a Chrysler de México, la Cruz Roja Danesa, Ente Nazionale Idrocaburum de Italia y al gobierno de los Países Bajos por su participación con recursos financieros y materiales en la construcción de este hospital.

Se encuentra ubicado en el Boulevard Adolfo López Mateos S/N, esquina Montesol, en la Colonia El Potrero en el municipio de Atizapán de Zaragoza.

Su objetivo es proporcionar servicios de atención médica integral especializada, orientados al restablecimiento de la salud, conforme a las normas oficiales mexicanas aplicables y al modelo de atención a la salud para la población abierta así como al Programa de Seguro Popular del Estado de México. El Hospital brinda atención médica preventiva, curativa y de rehabilitación para la mayor parte de los problemas y necesidades de salud dentro de los servicios de consulta externa, hospitalización y atención de urgencias; también participa en el desarrollo de recursos humanos para la salud y programas de investigación básica y clínica dentro del área médica y socio-médica; beneficia a más de 1 millón 85 mil habitantes de los municipios aledaños de Atizapán, Aculco, Chapa de Mota, Isidro Fabela,

Jilotepec, Nicolás Romero, Polotitlán, Soyaniquilpan de Juárez, Timilpan y Villa del Carbón.

El servicio médico comprende CONSULTA EXTERNA (Cirugía General, Cirugía Maxilofacial, Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Odontología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Pediatría, Planificación familiar, Preconsulta, Psicología Clínica y de la Salud, Psiquiatría y Urología), URGENCIAS (adultos y pediátrica), MEDICINA INTERNA, PEDIATRÍA, CIRUGÍA GENERAL, GINECO-OBSTETRICIA, Y ANESTESIOLOGÍA.

El servicio médico de apoyo incluye Laboratorio, Rayos x, Ultrasonido, Patología, Servicio de Transfusión, Banco de Sangre, Farmacia, Ambulancia, Psicólogo Clínico, Técnico Electrodiagnóstico, Inhaloterapia, Rehabilitación, Técnico en Terapia del Lenguaje y Citotecnólogo.

Los servicios administrativos comprenden Archivo clínico, Informática, Estadística, Dirección y Subdirección Médica, Jefatura de Enseñanza e Investigación, Recursos Humanos y las Jefaturas de Servicios Médicos.

El residente de Medicina Conductual fue asignado al servicio de Medicina Interna para su primera rotación anual (de marzo 2008 a febrero de 2009). El servicio de Medicina Interna está integrado por el Jefe de Servicio, Médicos Adscritos, Médicos Residentes, Psicóloga Adscrita, Residentes de Medicina Conductual, Trabajadora Social, Enfermeras, Médicos Internos y Estudiantes de Medicina (FIGURA. 4)

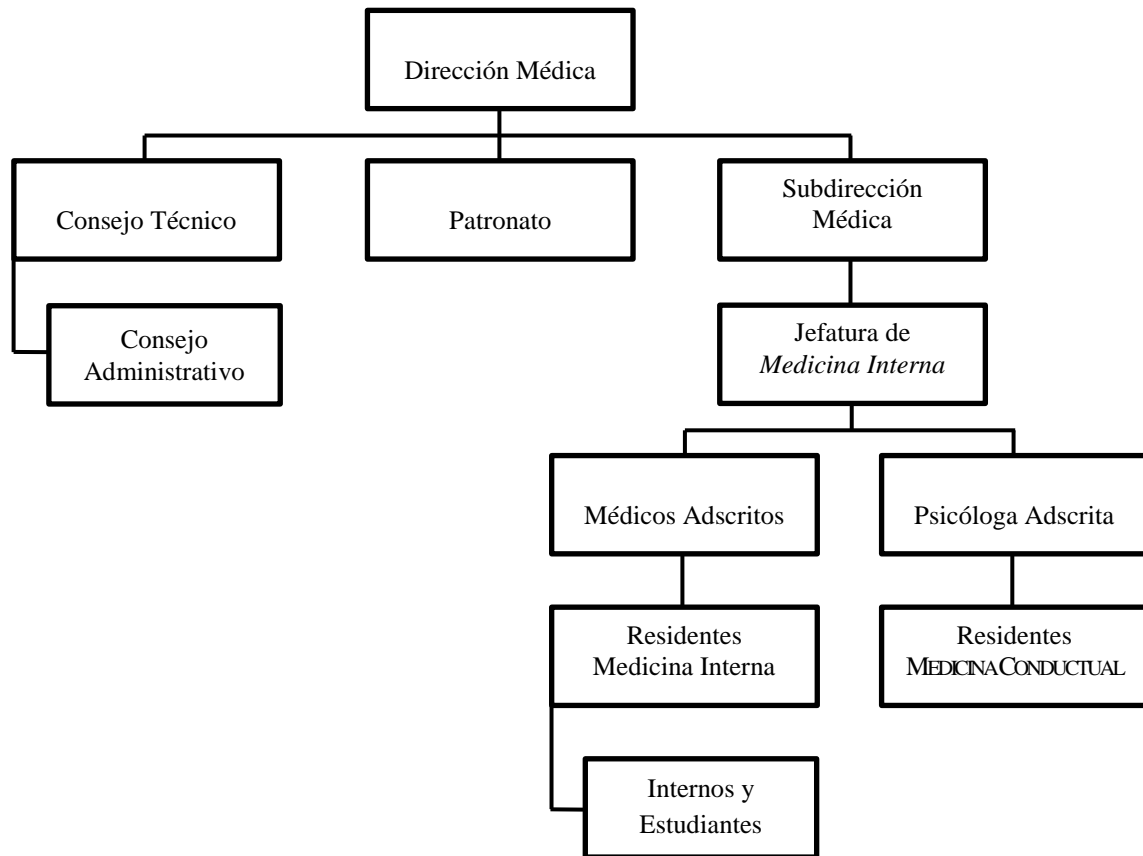


FIGURA 4. Estructura orgánica funcional del servicio de MEDICINA INTERNA DEL HGA

El residente de Medicina Conductual se encuentra adscrito al servicio de Psicología Clínica del servicio de Medicina Interna, conformado por la Psicóloga adscrita quien funge como supervisor *In situ* y es responsable de coordinar las actividades que el residente realiza, orienta sobre los procedimientos y políticas normativas de la institución, además de representarle ante los jefes de servicio.

El servicio está constituido por 35 camas, dividido en área de hombres y mujeres respectivamente, la Unidad de Diálisis Peritoneal Intermittente (UDPI) con cinco camas, unidad de terapia intermedia con dos camas y una habitación para pacientes que requieren aislamiento.

Por cuestiones de organización y estructura, el residente fue asignado el primer semestre de rotación al área de hospitalización de mujeres y la Unidad de Diálisis Peritoneal Intermittente (UDPI), para el segundo semestre al área de hospitalización de hombres, la Unidad de Terapia Intermedia y el aislado.

Durante el primer año de rotación también se atendieron las interconsultas procedentes de los servicios de Urgencias y Cirugía General, y se estableció el día jueves para proporcionar atención en el servicio de Consulta externa.

Las actividades diarias del residente en Medicina Conductual comprenden actividades clínicas y académicas.

#### ACTIVIDADES CLÍNICAS

Las actividades clínicas están orientadas a proporcionar atención psicológica profesional especializada para el diseño y desarrollo de programas de intervención psicológica bajo un

marco teórico cognitivo conductual, considerando las diferentes necesidades de pacientes y servicios dentro de una perspectiva multi e inter disciplinaria. Las intervenciones que realiza el residente contribuyen con el personal médico y paramédico en el manejo o atención de conductas, creencias, sentimientos y pensamientos que las personas enfermas y sus familiares tienen sobre el problema médico (agudo, crónico o terminal) dentro del contexto hospitalario.

Para el paciente, el ingreso al ámbito hospitalario supone un cambio en la relación que tienen con su entorno y puede ser un evento amenazante, desconcertante y estresante. Aunado a la enfermedad médica y los problemas derivados de la enfermedad, se suman las características del ambiente hospitalario (ambiente físico, pérdida de intimidad, ignorancia, dependencia, pérdida de control, eliminación de la identidad y la incapacidad de manejar las demandas cotidianas).

Dentro de las actividades diarias, el residente realizaba el pase de visita en el área de hospitalización a cargo del Médico Adscrito. Durante el pase, se detectaba a los pacientes que requerían valoración e intervención psicológica inmediata, además de dar seguimiento y reportar la evolución de los pacientes con quienes se había trabajado previamente. De igual manera, también se recibían interconsultas por parte del personal médico y del paciente directamente.

Dadas las características tan heterogéneas de las personas enfermas además de las resistencias que se presentan al abordaje por la escasa percepción de relaciones entre la enfermedad y las conductas desadaptativas, el ejercicio psicológico profesional

especializado del residente en Medicina Conductual demanda una función diagnóstica y motivadora-terapéutica durante la entrevista conductual.

Dentro de la entrevista conductual se distinguen tres componentes en la evaluación: 1) INFORMACIÓN GENERAL: *datos de identificación, problema actual, historial médico, académico, laboral, familiar y social.* 2) DETECCIÓN Y DESCRIPCIÓN DE CONDUCTAS PROBLEMA: en función de la frecuencia, intensidad y duración de los componentes: *afectivo, psicofisiológico, conductual y cognitivo* además de las *variables biológicas anteriores y actuales, las estrategias de afrontamiento e historial de aprendizaje,* 3) ASPECTOS ADICIONALES DE LA EVALUACIÓN: *Actitud hacia el problema, motivación, soluciones intentadas y el establecimiento de metas.*

La entrevista puede complementarse de métodos o instrumentos de evaluación, tales como la evaluación de la calidad de vida relacionada con la enfermedad, evaluación cognitiva y neuropsicológica, la auto-observación y autoinformes.

Al finalizar el proceso de evaluación, el residente integra los datos obtenidos para diseñar un plan de trabajo estructurado y educativo específico que hace énfasis en las necesidades particulares de la persona enferma y los objetivos terapéuticos a corto y largo plazo planteados.

El abordaje psicológico busca lograr objetivos intermedios que permiten al paciente aprender técnicas y recursos necesarios para restablecer su funcionamiento y conseguir el mayor grado de autonomía de manera gradual, para así lograr los objetivos establecidos a largo plazo.

Las intervenciones se enfocan principalmente en: A) modificaciones en el estilo de vida para controlar síntomas y prevenir complicaciones, B) promover, consolidar y mantener la adhesión al tratamiento médico específico (alimentación, medicamento, ejercicio, auto-monitoreo y seguimiento), C) disminuir los niveles de estrés, ansiedad, depresión, irritabilidad o dolor, D) orientación psicológica al cuidador primario o familiares.

Dependiendo del objetivo de la intervención, se determina la participación y vinculación de los servicios de enfermería, nutrición, rehabilitación y trabajo social para atender necesidades específicas de cada área del conocimiento.

Dentro de las funciones del residente se encuentra la valoración psicológica del paciente con Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) candidato a recibir tratamiento sustitutivo dentro del programa de Diálisis Peritoneal Intermittente (DPI) del HGA. El objetivo es identificar los factores de riesgo y protección a nivel individual, familiar y social que favorezcan o interfieran con el apego al tratamiento médico.

El proceso de evaluación inicia a solicitud del médico tratante, que es a su vez quien explica y proporciona el diagnóstico al paciente y a sus familiares. Después de revisar el expediente y conocer la evolución de la enfermedad, se realiza una o varias sesiones de entrevista al paciente y su(s) cuidador(es) para evaluar la conciencia de enfermedad (identidad, causalidad, temporalidad, control/cura y consecuencias) y las estrategias de afrontamiento ante la enfermedad, de ser necesario se realiza intervención en crisis.

Durante la(s) sesión(es) psicoeducativas se focaliza la información relacionada con la anatomía y funcionamiento renal, la ERCA, ¿Qué son y cómo funcionan los tratamientos sustitutivos (diálisis, hemodiálisis y trasplante)?, las conductas de autocuidado



(alimentación, higiene, medicamentos y control de líquidos), las reacciones ante la enfermedad y el proceso de cambio; el objetivo de las sesiones es proporcionar información clara, puntual y específica para disolver todas las dudas del paciente y su(s) cuidador(es).

Durante las sesiones con los cuidadores se valora el nivel de sobrecarga y la posibilidad de claudicación, el tamaño y características de la red de apoyo (emocional e instrumental), la dinámica familiar, los antecedentes, creencias y expectativas sobre la ERCA y el tratamiento sustitutivo DPI. La información recabada en las sesiones con los cuidadores se integra con los datos obtenidos de la evaluación del paciente para determinar si es candidato al programa de DPI o no.

Después de integrar la nota de valoración al expediente se da parte al médico tratante y adscrito para que considerando la valoración del servicio de Trabajo Social y Psicología se comunique al paciente su ingreso al PDPI o las opciones de tratamiento y seguimiento que la institución le ofrece.

La participación del residente en el Servicio de Medicina Interna involucra el ejercicio psicológico profesional especializado en un amplio espectro de situaciones con el enfermo y su(s) cuidador(es); abarcan la comunicación de un diagnóstico agudo, crónico o terminal, el proceso de tratamiento o estabilización durante la estancia hospitalaria, seguimiento en el servicio de consulta externa y en ocasiones durante una fase terminal. El residente diseña y desarrolla estrategias de intervención específicas provenientes de la teoría cognitivo conductual para atender factores psicológicos (trastornos, síntomas, rasgos, conductas o respuestas fisiológicas) que afectan a la enfermedad médica, trastornos adaptativos

(síntomas depresivos, de ansiedad, emocionales, del comportamiento o mixtos), incumplimiento terapéutico, duelo, trastornos de ansiedad y del estado de ánimo.

#### ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Dentro de las actividades académicas se encuentra la lectura, presentación y revisión de artículos relacionados con las necesidades del servicio, presentación y supervisión de casos clínicos, además de la supervisión académica semanal, en donde se recibió asesoría teórica, técnica y metodológica.

#### ACTIVIDADES ADICIONALES

Durante la rotación, el residente proporcionó el curso de inducción a Residentes de Medicina Conductual de nuevo Ingreso. Proporciona información y explicación sobre la ubicación y localización de los servicios y personal del HGA, ubicación del área de trabajo, logística, horarios, vestimenta, rotación, funciones, responsabilidades y derechos del residente. También se coordinó a los estudiantes de psicología que realizaban servicio social por medio de la lectura, presentación y discusión de artículos de investigación, técnicas de evaluación e intervención. El residente participó en la elaboración y presentación de los cursos de inducción para Médicos Internos para favorecer el trabajo en equipo, estrategias de solución de problemas, asertividad y manejo de estrés.

## CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

De marzo de 2008 a febrero de 2009 se atendieron en total 558 personas; de los cuales el 61.6% (344) fueron mujeres y 38.4% (214) hombres, logrando proporcionar 1348 sesiones de intervención psicológica. La FIGURA 5. muestra la proporción de pacientes atendidos por sexo.

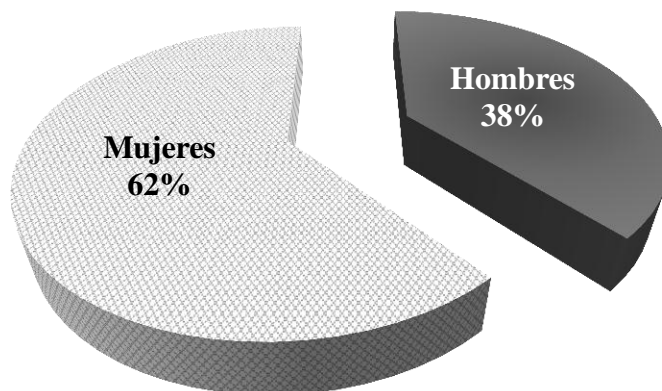


FIGURA 5. PACIENTES ATENDIDOS-SEXO

De las 558 personas atendidas, el 69.7% (389) fueron pacientes y 30.3% (169) familiares. La FIGURA6 . muestra la proporción de pacientes atendidos por tipo de población (pacientes/familiares).

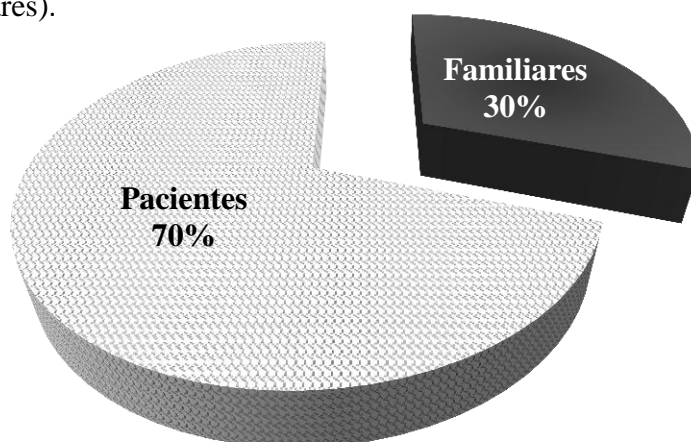


FIGURA 6. PACIENTES ATENDIDOS - TIPO DE POBLACIÓN

De los 389 pacientes, el 83.5% (325) fue atendidos durante su estancia hospitalaria en el servicio de Medicina Interna, el 9.5% (37) en el servicio de Consulta externa y el 7% (27) en las interconsultas de los servicios de Cirugía General y Urgencias. La FIGURA 7. muestra la proporción de pacientes atendidos por servicio.

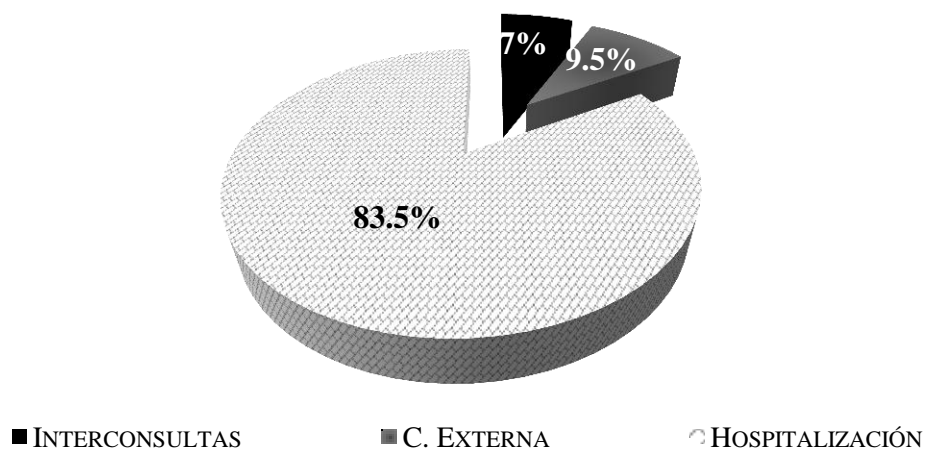


FIGURA 7. PACIENTES ATENDIDOS - SERVICIO

De los 169 familiares, el 95.8% (162) recibió atención en el área de hospitalización del servicio de Medicina Interna y 4.2% (7) en el servicio de Urgencias. La FIGURA 8. muestra la proporción de pacientes atendidos por servicio

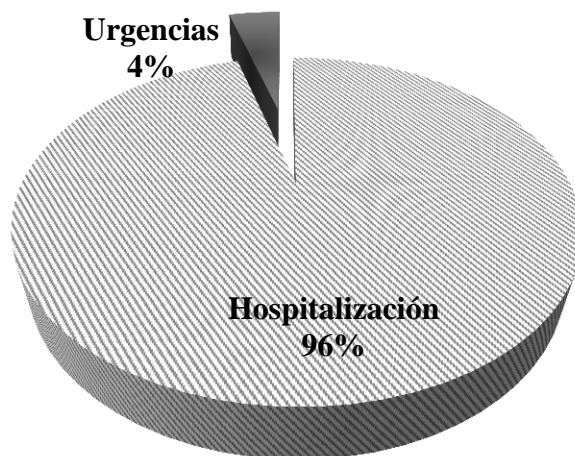


FIGURA 8. FAMILIARES ATENDIDOS - SERVICIO

Las edades oscilaron entre 18 y 91 años, la media de edad general fue de 52 años; 51 para mujeres y 49 para hombres. El número de intervenciones varió en función de las necesidades particulares de cada servicio y los días de estancia hospitalaria que en promedio fue de 3 días durante el periodo de rotación.

En promedio se proporcionaron 110 sesiones mensuales. El 71.7 % (79) se realizaron en el área de Hospitalización, el 25.5% (28) en Consulta externa y 2.8% (3) fueron interconsultas para los servicios de Urgencias y Cirugía General.

El 41.4% (558) correspondió a sesiones de primera vez y el 58.6% (790) restante a sesiones de seguimiento. De las sesiones de seguimiento, el 61.8% (488) fueron proporcionadas en el área de en el área de hospitalización y 38.2 (302) en el servicio de Consulta externa.

Durante la estancia en el área de hospitalización del servicio de Medicina Interna se atendieron principalmente complicaciones de padecimientos crónicos degenerativos (diabetes mellitus, enfermedades del corazón, enfermedades del hígado, enfermedad renal crónica avanzada, enfermedades cerebrovasculares), y en menor proporción neumonía, pancreatitis y enfermedad por virus de la inmunodeficiencia humana. Los diagnósticos psicológicos prevalentes del servicio corresponden a Factor psicológico que afecta a la enfermedad médica, trastornos adaptativos, del estado de ánimo y de ansiedad, incumplimiento terapéutico y relacionado con sustancias.

En el servicio de Urgencias y Cirugía General se atendió mayoritariamente a pacientes con padecimientos agudos (pancreatitis), síndrome de dependencia del alcohol, intoxicación, lesiones autoinfligidas intencionalmente y accidentes. Los diagnósticos psicológicos prevalentes del servicio correspondieron a trastornos adaptativos, de personalidad (límite,

histriónico, antisocial) y de ansiedad, incumplimiento terapéutico y relacionado con sustancias.

De las 37 personas atendidas en el servicio de Consulta Externa, 78% (29) fueron mujeres y 22% (8) hombres. Los motivos de consulta estaban relacionados con trastornos del estado de ánimo, de ansiedad y adaptativos, problemas de relación y por algún factor psicológico que afecta a la enfermedad médica. Del total de pacientes atendidos, 20 concluyeron la intervención.

#### EVALUACIÓN DEL SERVICIO

El área de hospitalización del Servicio de Medicina Interna se encuentra bien estructurada. Las actividades y funciones que desempeña el psicólogo dentro del área se encuentran definidas con claridad y participa de manera activa y constante dentro del equipo inter y multidisciplinario.

El conocimiento y reconocimiento del ejercicio psicológico profesional especializado que realiza el residente de Medicina Conductual facilitó la participación e integración a las actividades del mismo. Brindó además una excelente oportunidad para realizar diferentes intervenciones para las necesidades particulares de la población atendida.

Si bien el área de hospitalización no cuenta con un espacio propio, las condiciones físicas y los recursos disponibles del área permiten el abordaje en el área de hospitalización, pasillos o salas de espera. Es importante resaltar la disposición y facilidades permanentes para ocupar consultorios médicos u oficinas por parte del personal médico, paramédico y administrativo cuando es necesario. En el área de Consulta Externa se cuenta con un espacio propio, situación que establece condiciones adecuadas para la intervención

psicológica. La adaptación al ambiente y búsqueda de alternativas resulta prioritaria e importante pues mejora la calidad de las intervenciones con el paciente y su(s) cuidador(es).

El personal médico y paramédico se encuentra sensibilizado, promueve la participación, se muestra accesible a escuchar y considerar las aportaciones del residente de Medicina Conductual además de valorar el trabajo y disposición para mejorar la calidad de vida y funcionamiento de los pacientes.

Es un servicio demandante, atiende a una gran cantidad de pacientes. La disposición y apertura por parte de las autoridades también requiere que el residente se encuentre comprometido con el trabajo y se espera que su desempeño obtenga resultados en las intervenciones y sesiones que se realizan.

Los procesos y dinámica establecidos en el servicio, la apertura y disposición por parte de la supervisión facilitan el establecimiento de objetivos y el desarrollo habilidades profesionales y personales.

Las actividades clínicas realizadas en el servicio resultaron adecuadas para desarrollar, consolidar y aplicar las competencias establecidas en el programa operativo de la sede. El conocimiento teórico de las bases biológicas de la salud y la enfermedad proporcionada por los médicos adscritos o residentes y la colaboración interdisciplinaria constituyen una experiencia formativa, sólida y sumamente enriquecedora.

La intervención en la población con ERCA fue una experiencia realmente significativa, las características de la población, sintomatología y tratamiento permiten al psicólogo tener

pacientes “cautivos” por largos periodos, facilitando la intervención desde el diagnóstico médico y durante su tratamiento.

Las actividades académicas contribuyeron a la formación integral del psicólogo especialista en Medicina Conductual, facilitaron la comprensión de aspectos básicos de la enfermedad y el manejo médico. La revisión de artículos de intervenciones psicológicas relacionadas con las enfermedades prevalentes, enriqueció el trabajo diario y proporcionó herramientas que orientaron y perfeccionaron la práctica clínica.

#### EVALUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN

La *supervisión in situ* a cargo de la Lic. María Arellí Fernández Uribe fue eficiente y adecuada. De manera independiente a las diferencias con respecto a la perspectiva teórica, la supervisora brindó retroalimentación y asesoría constante sobre aspectos clínicos que enriquecieron mi formación profesional. Mostró una actitud profesional, responsable, inclusiva, organizada, comprometida y ética con las actividades diarias del área.

La *supervisión académica* a cargo del Mtro. Leonardo Reynoso Erazo, facilitó la adaptación a la sede hospitalaria. Los horarios asignados a la supervisión se encuentran claramente establecidos y la dinámica de las sesiones de supervisión permitió beneficiarse desde una perspectiva externa objetiva.

El Supervisor es un profesional ético, competente, responsable y comprometido con los objetivos planteados para cada una de las actividades que coordina. Su conocimiento sobre el funcionamiento y necesidades del hospital (actividades administrativas, clínicas y de investigación) es extenso. Se caracterizó por mostrar disposición y tiempo para proporcionar retroalimentación sobre el desempeño (clínico, académico y de investigación)



del residente en la práctica diaria. Fue una fuente de apoyo permanente muy importante; facilitó y compartió diversas publicaciones, libros o tesis para complementar y nutrir las sesiones de supervisión.

Orientó y facilitó la comprensión de procesos académicos, clínicos y de investigación que enriquecieron la formación clínica y el entendimiento de las necesidades particulares de la población atendida. Las observaciones y comentarios fueron oportunos y constructivos. Fomentó el carácter crítico y analítico en todo momento además de mostrar interés constante en el desarrollo profesional y personal del residente.

Segunda sede clínica: INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA (INP), “*CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO (CAINM)*”

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 intención de proporcionar servicios de atención médica pediátrica especializada, realizar investigación científica en distintas áreas de la pediatría y formar recursos humanos especializados. Para abril de 1983 por Decreto Presidencial se crea el Instituto Nacional de Pediatría, considerando que su calidad asistencial, docente y de investigación hizo conveniente que gozara de autonomía, estructurándolo como organismo público descentralizado bajo la coordinación de la Secretaría de Salud.

Se encuentra ubicado en Insurgentes Sur 3700, Letra C, Colonia Insurgentes Cuicuilco, en la delegación Coyoacán; al sur de la Ciudad de México.

Su objetivo prioritario es proporcionar servicios de atención médica infantil especializada, realizar investigaciones clínicas y básicas en las distintas disciplinas que componen la Pediatría en el campo de la salud, la formación y capacitación de recursos humanos calificados y la prestación de servicios de atención médica de alta especialidad para los padecimientos de la población infantil hasta la adolescencia y cuyo ámbito de acción comprende todo el territorio nacional; 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.

El Instituto sirve a la población infantil de México, proporciona asistencia médico-quirúrgica de tercer nivel, que corresponde a la atención de padecimientos complejos (malignos, defectos congénitos y genéticos, problemas inmunológicos, endócrinos, renales, neuromusculares y dermatológicos entre otros) que requieren de recursos humanos y materiales de alto nivel de especialización y que por ello no pueden ser resueltos en los hospitales y clínicas de primero y segundo nivel, teniendo como límite de edad aquellos pacientes que han cumplido 18 años.

El servicio médico brinda atención a la población que requiere atención médica en pediatría en especialidades de: 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 y Urología en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias.

Dentro del programa de atención médica Instituto, se encuentra la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) creada 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) bajo la dirección del Dr. Arturo Loredó Abdalá pionero de la atención clínica y sensibilización de esta patología.

El residente de Medicina Conductual fue asignado al servicio de CAINM para su segunda rotación anual (de marzo 2009 a febrero de 2010). La clínica tiene como objetivo desarrollar acciones de asistencia, docencia e investigación enfocadas a la detección, atención integral y prevención del maltrato a la niñez y a la adolescencia mediante una estrategia interdisciplinaria, interinstitucional e internacional.

El servicio está integrado por profesionales de la salud especialistas en maltrato infantil, un Coordinador, tres Pediatras adscritos, dos estudiantes del curso de Posgrado para Médicos especialistas en maltrato infantil, dos Psicólogas adscritas, dos residentes de Medicina Conductual, Enfermera, Nutrióloga, y Trabajadora Social; además de estar vinculado con el área de Investigación Metodológica y Jurídica.

El residente de Medicina Conductual se encuentra adscrito al servicio de CAINM. El Dr. Arturo Loredó Abdalá, Coordinador de CAINM funge como supervisor *In situ* y es responsable de coordinar las actividades clínicas y de investigación.

#### ACTIVIDADES CLÍNICAS

La atención clínica integral se realiza en los diferentes servicios del área de hospitalización y urgencias. El proceso inicia con la solicitud de interconsulta por sospecha de maltrato infantil, después se realiza una entrevista interdisciplinaria en las que participa un médico, enfermera, trabajadora social y psicólogo para recabar indicadores clínicos, psicológicos que confirmen la sospecha de maltrato infantil.

Cuando el equipo multidisciplinario confirma la sospecha de maltrato infantil el equipo de psicología realiza la evaluación psicológica del menor y sus cuidadores, con la finalidad de establecer una evaluación y diagnóstico psicológico preciso, diseñar e implementar

estrategias particulares de intervención para el menor y sus cuidadores durante el diagnóstico, la estancia hospitalaria, el proceso y el seguimiento adecuado en el servicio de Consulta Externa.

Como parte de las actividades, se realizaba el pase de visita en la sala de hospitalización para conocer el estado y evolución de los pacientes hospitalizados atendidos por CAINM, derivar las necesidades de atención psicológica y proporcionar seguimiento a aquellos con quienes se había trabajado previamente. La atención psicológica estuvo orientada al niño maltratado y su familia (especialmente su cuidador primario).

Además de brindar atención psicológica a pacientes y familiares de CAINM, el residente se integró a las actividades académicas que se realizaban en el servicio, participó semanalmente en las sesiones clínicas e interdisciplinarias; también se presentaron dos clases mensuales con temas de psicología relacionados con la etiología y diagnóstico del maltrato infantil además de las estrategias de intervención psicológica para niños y cuidadores basadas en evidencia; también se abordó el impacto del trabajo con maltrato infantil por parte del personal de salud.

#### ACTIVIDADES ACADÉMICAS

Por otra parte, las actividades académicas de CAINM incluyeron clases semanales dentro del curso de Posgrado de especialización en maltrato infantil, sesiones bibliográficas, clases de temas selectos en psicología, sesiones clínicas y sesiones generales hospitalarias.

Como parte del equipo multidisciplinario interinstitucional, el residente participó en sesiones y mesas de trabajo con la Secretaría de Seguridad Pública (SSP) y el Albergue Temporal de la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal (PGJDF) con el

objetivo de analizar e impulsar protocolos de abordaje, así como homologar criterios de actuación tanto en instituciones de gobierno y organizaciones de la sociedad civil en la prevención, detección, rescate, diagnóstico y atención integral a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia. El residente participó como ponente en los siguientes eventos académicos:

- *Crianza y Pensamiento (programa educativo para padres)*. CONGRESO DE MALTRATO INFANTIL, VENTANA HACIA LA MEDICINA SOCIAL, 2010. Instituto Nacional de Pediatría.
- *Estrategias de prevención del Síndrome de Niño Sacudido*. ATENCIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO, 2010. Dirección de Educación e Investigación de la Secretaria de Salud del Gobierno del Distrito Federal y Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras.
- *Prevención del Síndrome de Niño Sacudido*. DIPLOMADO TEÓRICO-PRÁCTICO AVANZADO SOBRE MALTRATO INFANTIL, 2010. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, Instituto Nacional de Pediatría, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado, Fundación Mexicana para la Salud y Academia Mexicana de Medicina.
- *La Terapia Cognitivo Conductual: estrategia para modificar conductas en el paciente obeso*. OBESIDAD Y SU COMORBILIDAD EN EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE. PERSPECTIVAS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO. 2010. Asociación Mexicana de Pediatría A. C. e Instituto Nacional de Pediatría.

- *Indicadores psicológicos para la detección del Maltrato infantil*. 3ER REUNIÓN NACIONAL DE MALTRATO INFANTIL, 2009. Instituto Nacional de Pediatría, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado y Academia Nacional de Medicina.
- *Cognitive representation of illness: Psychometric Validation of the Questionnaire of perceptions about Diabetes Mellitus*. 4<sup>3RD</sup> ANNUAL CONVENTION ABCT, 2009. Association for Behavioral and Cognitive Therapies.
- *Acciones interdisciplinarias: condición indispensable en la prevención y atención integral del niño maltratado*. “PUERICULTURA: ESTRATEGIA PEDIÁTRICA POCO CONSIDERADA EN LA PREVENCIÓN DEL MALTRATO INFANTIL”, 2009. Instituto Nacional de Pediatría, Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado y Academia Nacional de Medicina.

Derivado de las actividades de investigación dentro de la Clínica se publicó un artículo:

- *Síndrome de desgaste laboral (burnout). ¿Un riesgo para profesionales que atienden el problema de maltrato infantil?*, **ACTA PEDIÁTRICA DE MÉXICO**, 2011; 32(1): 33-37. **ISSN: 01862 391**

#### ACTIVIDADES ADICIONALES

El residente participó dentro de la *Comisión de Adicciones* con un grupo de investigadores y clínicos de diversas especialidades reunidos por la Coordinación de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad para analizar en forma conjunta los principales problemas de adicciones que aquejan al país con el fin de identificar campos para la colaboración interinstitucional y hacer propuestas de política pública. Asimismo elaborar

guías dirigidas a especialistas en el primer nivel de atención, dos de las cuales ya se encuentran publicadas:

- *Hacia una mejor respuesta ante el problema del abuso de bebidas con alcohol: el papel del Sector Salud. SALUD MENTAL*, 2012; 35(2):165-174 **ISSN: 0185-3325**
- *El problema del consumo de cannabis: el papel del Sector Salud. SALUD MENTAL*, 2013; 36 (2): 149-158 **ISSN: 0185-3325**

Es importante señalar que las actividades realizadas durante el segundo año de residencia están enfocadas prioritariamente a la investigación; la atención clínica psicológica se realiza en una menor proporción y se desarrolla dentro del modelo de trabajo inter y multidisciplinario de CAINM.

Durante la rotación se trabajó en el desarrollo del programa de corte cognitivo “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” y se evaluó su efecto sobre la valoración cognitiva del SNS y las estrategias de enfrentamiento hacia el llanto, en padres y cuidadores de niños menores a un año. Dicho programa constituye el primer antecedente de investigación en México de intervención que incluye estrategias integradas para responder e incidir sobre los factores de riesgo individual modificables del SNS. El programa permanece vigente, y forma parte del PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD del Sistema de Enseñanza Comunitaria del Instituto Nacional de Pediatría.

#### CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN ATENDIDA

Durante la rotación en la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) se realizaron 13 valoraciones a niños y cuidadores (predominantemente sus madres) con



sospecha de Maltrato Infantil. Los pacientes fueron canalizados de los servicios de Ortopedia, Oncología, Medicina Interna, Terapia Intensiva y Urgencias. La media de edad fue de 42 meses, la edad mínima fue de 3 meses y la máxima de 98 meses. En cuanto al sexo, el 77% (10) fueron hombres y el 23% (3) mujeres. La FIGURA 9. muestra la proporción de pacientes atendidos por sexo.



FIGURA 9. PACIENTES ATENDIDOS - SEXO

De la población valorada en los diferentes servicios del instituto, el 70% (9) fueron atendidos por Abuso Físico (AF) y el 30% (4) por Negligencia (N).

Se atendió y se proporcionó seguimiento a 5 interconsultas (4 pacientes y un cuidador – mamá-) de los servicios de Medicina Interna, Urgencias y Cuidados Paliativos relacionadas a la estancia hospitalaria, incumplimiento terapéutico, y duelo anticipado.

Durante la rotación por el servicio de Consulta Externa 13 pacientes fueron referidos para evaluación y tratamiento; ocho niños y cinco cuidadores (un matrimonio y dos mamás). Se evaluaron las necesidades de los pacientes y cuidadores, en la TABLA 6 se muestran los

diagnósticos para los ocho niños evaluados. Uno de los cuidadores presentaba Trastorno de Personalidad Límite y se consideró necesaria la interconsulta psiquiátrica quien le refirió al Instituto Nacional de Psiquiatría para su adecuado seguimiento; el resto de los cuidadores presentaban problemas de relación paterno filiales.

DIAGNÓSTICO	N	%
Trastorno de ansiedad	4	50%
Trastorno del estado de ánimo	2	25%
Trastorno por estrés postraumático	1	12.5%
Trastorno oposicionista desafiante	1	12.5%

TABLA 6. Diagnósticos obtenidos en el servicio de Consulta Externa.

Tres de los pacientes evaluados no completaron el proceso de intervención debido a problemas relacionados con el núcleo primario de apoyo. El paciente con trastorno oposicionista fue canalizado al servicio de psiquiatría y sólo los pacientes con Trastorno de Ansiedad recibieron y completaron la intervención psicológica basada en el programa “Coping-Cat” trabajando técnicas de psicoeducación, identificación y expresión de emociones, relajación y manejo cognitivo simple.

## EVALUACIÓN DEL SERVICIO

La Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado es una clínica que se encuentra bien estructurada, las actividades clínicas, académicas y de investigación se encuentran definidas y establecidas con claridad. Al ser un centro de formación para Médicos Especialistas en Maltrato Infantil y al estar conformado por un equipo inter y multidisciplinario en donde participan diferentes áreas del conocimiento (Medicina, Psicología, Enfermería, Trabajo Social, Nutrición y Derecho) lo que facilitó la integración del residente al trabajo clínico, académico y de investigación.

Existió una comunicación adecuada entre todo el personal, la estructura de la organización facilitó la realización del trabajo individual y en equipo; el personal médico y de enfermería de la Clínica siempre se distinguió por su carácter analítico, emprendedor y proactivo. El Coordinador de la Clínica siempre se mostró accesible y dispuesto a colaborar, escuchar las dudas y aportaciones por parte del residente; busca y fomenta la participación de todos sus colaboradores así que demanda el compromiso con el trabajo, el desarrollo académico, clínico y de investigación del marco ético normativo.

El espacio y materiales asignados para la estancia del residente dentro de la Clínica son adecuados para el trabajo clínico, académico y de investigación. En el área de Consulta Externa se dispone de un consultorio, en el área de hospitalización se cuenta con un cubículo, dos computadoras con acceso a internet, además de acceso al Centro de Documentación y bases de datos, elementos que facilitan las actividades académicas y de investigación.

La participación del personal de la Clínica en las sesiones conjuntas permitió al residente aportar una perspectiva de trabajo, prevención e intervención diferente al trabajo que se realiza por parte de las Psicólogas Adscritas, además de conocer otras formas de evaluación en intervención psicológica.

Aunque el trabajo académico y de investigación ocupa la mayor cantidad de las actividades que realiza el residente, dentro del trabajo clínico se pudo trabajar con niños que presentaban un padecimiento agudo o crónico durante su hospitalización y se abordaron problemas relevantes en la salud mental de niños y cuidadores secundarios al maltrato infantil.

El trabajo realizado permitió conocer, identificar, evaluar e intervenir sobre las consecuencias que tiene el maltrato infantil en la salud mental y calidad de vida de los pacientes y sus cuidadores. Las actividades clínicas que se realizaron favorecieron la adquisición de las competencias profesionales planteadas en el programa operativo propuesto para el Residente. Permitieron conocer un fenómeno complejo y poco considerado dentro del ámbito hospitalario además de aprender métodos multidisciplinarios estructurados de evaluación e intervención acorde a la realidad social de nuestro país.

Se resalta la necesidad de estructurar intervenciones breves basadas en objetivos acorde a las necesidades de cada paciente y después de haber realizado una evaluación sistemática que permita clarificar la problemática y las estrategias adecuadas para modificarla.

La participación dentro de las actividades académicas del curso de especialización en maltrato infantil contribuyeron a la formación integral del residente, la actualización y el conocimiento del desarrollo infantil desde la perspectiva psicológica y los modelos

explicativos vigentes del maltrato permitieron un mejor entendimiento del fenómeno y de las necesidades de atención que derivaron en las actividades de investigación ya mencionadas.

Fue un trabajo distinto que exigió el aprendizaje, desarrollo y consolidación de otras habilidades profesionales y personales. Permitió conocer la forma de trabajo de un nivel de atención diferente con población y necesidades particulares.

#### EVALUACIÓN DE LA SUPERVISIÓN

La *supervisión in situ* a cargo del Dr. Arturo Loredó Abdalá en esta rotación fue constante, constructiva y oportuna. De manera independiente a las diferencias en la formación y campo del conocimiento. El supervisor compartió y explicó conceptos, términos y aproximaciones teóricas que sirvieron de apoyo para el entendimiento de aspectos clínicos. El supervisor siempre mostró una actitud profesional, responsable, inclusiva, organizada, comprometida y ética con las actividades diarias del área además de impulsar la investigación en temas vigentes y de vanguardia en el campo del maltrato infantil. La información y retroalimentación recibidas nutrieron y enriquecieron mi formación profesional

La *supervisión académica* a cargo del Dr. Juan José Sánchez Sosa tuvo una dinámica diferente y se realizaba fuera de la sede. El supervisor tuvo una agenda muy saturada, situación que limitó la disponibilidad de tiempo para recibir supervisión individual. Aunque se encontraron espacios, de manera particular las sesiones de supervisión fueron escasas. Es un profesional muy competente que favorece el carácter emprendedor, proactivo y

autodidacta de sus supervisados. Durante las sesiones de supervisión se recibió retroalimentación y orientación sobre actividades clínicas, académicas y de investigación.

#### COMPETENCIAS ALCANZADAS

Las actividades teórico-prácticas realizadas durante la residencia permiten el desarrollo e integración de conocimientos de las ciencias del comportamiento, psicosociales y biomédicas, para la comprensión y génesis de nuevas perspectivas sobre la relación entre el comportamiento humano, la salud y la enfermedad.

Las competencias profesionales, académicas y personales concuerdan de manera general con las propuestas en el programa de maestría. En particular, algunas de las competencias adquiridas durante los dos años de residencia fueron las siguientes:

- Conocimiento sobre las bases biológicas, psicológicas y sociales de la salud y la enfermedad dentro del contexto hospitalario.
- Detectar y evaluar necesidades de atención psicológica en pacientes con padecimientos crónico-degenerativos y sus familiares en el contexto hospitalario mediante la selección y uso de métodos e instrumentos *directos* (observación conductual, auto-observación) e *indirectos* (entrevista, autoinformes).
- Intervención psicológica especializada en diferentes servicios médicos (urgencias, hospitalización y consulta externa) dentro de instituciones de segundo y tercer nivel.
- Establecimiento de objetivos terapéuticos y la selección adecuada de técnicas de intervención.
- Aplicación de técnicas derivadas de la psicología aplicada a la salud en el tratamiento y rehabilitación de padecimientos crónico-degenerativos en diferentes

grupos etarios (niños, adolescentes, adultos y ancianos) desde una perspectiva multidisciplinaria.

- Atención e intervención a pacientes y familiares orientada a:
  - *Estilos de vida* (alimentación, actividad física, ingesta apropiada de medicamentos, prevención y reducción de conductas autodestructivas o de riesgo).
  - *Calidad de vida* (reacciones de ansiedad, depresión o enojo y adaptación ante las limitaciones funcionales -individuales, interpersonales, sociales o profesionales- de la enfermedad y su estadio evolutivo).
  - Las intervenciones se adecuaron a factores como: edad, sexo, recursos y características personales (incluido el apoyo social).
- Detectar y evaluar necesidades de atención psicológica en niños y familiares víctimas de maltrato infantil.
- Revisión, diseño y adecuación de programas de prevención o rehabilitación para niños y familiares víctimas de maltrato infantil.
- Evaluar el efecto de las intervenciones para depurar y adecuar los procesos de atención psicológica acorde a las necesidades de cada población.

Dentro de las competencias personales desarrolladas se encuentra el fortalecimiento de habilidades sociales y de comunicación, autonomía e iniciativa personal.

## Referencias

- Altman, R., Canter, J., Patrick, P., Daley, N., Butt, N. y Brand, D. (2011). Parent education by maternity nurses and prevention of abuse head trauma. *Pediatrics*, *128*, 1164-1172.
- American Academic of Pediatrics & Committee on child abuse and Neglect. (1993). Shaken baby syndrome: inflicted cerebral trauma. *Pediatrics*, *62*, 872-875.
- American Academic of Pediatrics & Committee on child abuse and Neglect. (2001). Shaken baby syndrome: rotational cranial injuries-technical report. *Pediatrics*, *108*, 206-210.
- Azar, S., Reitz, E. y Goslin, M. (2008). Mothering: thinking is a part of the job description: application of cognitive views to understanding maladaptive parenting and doing intervention and prevention work. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *29*, 295-304.
- Azar, S. y Weinzierl, K. (2005). Child maltreatment and child injury research: a cognitive behavioral approach. *Journal of Pediatric Psychology*, *30*, 598-614.
- Barlow, K. y Minns, R. (2000). Annual incidence of shaken impact syndrome in young children. *Lancet*, *356*, 1571-1572
- Barr, R., Barr, M., Fujiwara, T., Conway, J., Catherine, N. y Brant, R. (2009). Do educational materials change knowledge and behavior about crying and shake baby syndrome? A randomized controlled trial. *Journal of Canadian Medical Association*, *180*, 727-733
- Barr, R., Rivara, F., Barr, M., Cummings, P., Taylor, J., Lengua, L. y Meredith-Benitz, E. (2009). Effectiveness of educational materials designed to change knowledge and behaviors regarding crying and shaken-baby síndrome in mothers of newborns: a randomized, controlled trial. *Pediatrics*, *123*, 972-980.
- Blumenthal, I. (2002). Shaken baby syndrome. *Postgraduate Medical Journal*, *78*, 732-735.



- Boukydis, C. y Burgess, R. (1982). Adult physiological response to infant cries: effects of temperament of infant, parental status and gender. *Child Development*, 53, 1291-1298.
- Brazelton, T. Crying in infancy. (1962). En Evanoo, G. Infant Crying: a clinical countdrum. *Journal of Pediatric Health Care*. 21, 333-338.
- Bugental, D., Lin, E., Rainey, B., Kokotovic, A. y O'Hara, N. (2002). A cognitive approach to child abuse prevention. *Journal of Family Psychology*, 16, 243-258.
- Butchart, A., Kahane, T., Harvey, A., Mian, M. y Furniss, T. (2009). Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect.
- Caffey, J. (1946). Multiple fractures in the long bones of infants suffering from chronic subdural hematoma. *American Journal of Roentgen*, 56, 163-173.
- Caffey, J. (1974). The Whiplash shaken infant syndrome: manual shaking by extremities with whiplash-induced intracranial and intraocular bleedings, linked with residual permanent brain damage. *Pediatrics*, 54, 396-403.
- Carbaugh, S. (2004). Understanding shaken baby syndrome. *Advances in Neonatal Care*. 4, 105-119.
- Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control. (2010). Preventing Shaken Baby Syndrome: A Guide for Health Departments and Community-Based Organizations. USA: Department of Health and Human Services y Centers for Disease Control and Prevention.
- CEPAL y UNICEF. (2009). Maltrato infantil: una dolorosa realidad puertas adentro. *Desafíos*. 9.
- Chaffin, M. (2006). The changing Focus of child maltreatment research and practice within psychology. *Journal of Social Issues*, 62, 663-684.

- Chaffin, M. y Friedrich, B. (2004). Evidence-based treatments in child abuse and neglect. *Children and Youth Services Review*, 26, 1097-1113.
- Chambles, D. y Ollendick, T. (2001). Empirically supported psychological interventions: controversies and practices. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Christian, C., Block, R., American Academy of Pediatrics & Committee on Child Abuse and Neglect. (2009). Abusive head trauma in infants and children. *Pediatrics*, 123, 1409-1411.
- Cicchetti, D., y Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56, 96-118.
- Concha-Eastman , A. y Benguigui, Y. (2007). Bibliografía sobre abuso o maltrato infantil. (2da Ed.) Washington, D.C: OPS.
- Deyo, G., Skybo, T. y Carroll, A. (2008). Secondary analysis of the “love me.. never shake me” SBS education program. *Child Abuse and Neglect*, 32, 1017-1025.
- Dias, M., Smith, K., deGuehery, K., Mazur, P., Li, V. y Shaffer, M. (2005). Preventing abusive head trauma among infants and young children: a hospital-based parent education program. *Pediatrics*, 115, 471-477.
- Dong, M. Anda, R. Felitti, V., Dube, S., Williamson, D., Thompson, T., Loo, C. y Giles, W. (2004). The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse Neglect*, 28, 771-784.
- Edwards, V., Holden, G., Felitti, V. y Anda, R. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1453-1460.
- Fergusson, D., Horwood, J. y Woodward, I. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30, 529-544.

- Figueiras, A., Neves, I., Rios, V. y Benguigui, Y. (2006). Manual para la vigilancia del desarrollo infantil en el contexto del AIEPI. Washington, D. C: OPS.
- Finkelhor D. (1999). The science. *Child Abuse and Neglect*, 23, 969-974.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. y Turner H. (2007). Re-victimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child Abuse and Neglect*, 31, 479-502.
- Fontana, V., Donovan, D., y Wong, R. (1963). The maltreatment syndrome in children. *New England Journal of Medicine*, 269, 1389-1394.
- Fujiwara, T., Okuyama, M. y Miyasaka. (2008). Characteristics that distinguish abusive from nonabusive head trauma among children who underwent head computed tomography in Japan. *Pediatrics*, 122, 841-847
- Gilbert, R., Kemp, A., Thoburn, J., Sidebotham, P., Radford, L., Glaser, D. y McMillan, H. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet*, 373, 167-180.
- Gilbert, R., Spatz, C., Browne, K., Ferguson, D., Webb, E. y Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high income countries. *The Lancet*, 373, 68-81.
- Goulet, C., Frappier, J., Fortin, S., Déziel, L., Lampron, A. y Boulanger, M. (2009). Development and evaluation of shaken baby syndrome prevention program. *Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing*, 38, 7-21.
- Guarnaschelli, J., Lee, J. y Pitts, F. (1972). "Fallen fontanelle" (caída de mollera); a variant of the battered child syndrome. *The Journal of American Medical Association*, 222, 1545-1546.
- Health Canada. (2001). A conceptual and epidemiological framework for child maltreatment surveillance. Ottawa: Minister of Public Works and Government Services.

- Hennes, H., Kini, N. y Palusci, V. (2001). The epidemiology, clinical characteristics and public health implications of shaken baby syndrome. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 5, 19-40
- Hiscock, H. y Jordan, B. (2004). Problem crying in infancy. *The Medical Journal of Australia*, 181, 507-512.
- Irazuzta, J., Mcjunking, J. Danadian, K., Arnold, F. y Zhang, J. (1997). Outcome and cost of child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 21, 751-757.
- Keenan, H., Hooper, S., Wetherington, C., Nocera, M. y Runyan. (2007). Neurodevelopmental consequences of early traumatic brain injury in 3-year old children. *Pediatrics*, 119, 616-623.
- Keenan, H., Runyan, D., Marshall, S., Nocera, M., Merten, D. y Sinal, S. (2003). A population-based study of inflicted traumatic brain injury in young children. *The Journal of American Medical Association*, 290, 621-626.
- Kempe, H., Silverman, F., Steele, B., Droegemueller, W. y Silver, H. (1962). The Battered-Child Syndrome. *The Journal of American Medical Association*, 181, 17-24.
- King, J., Mackay, M., Sirnick, A. y Canadian Shaken Study Group. (2003). Shaken baby syndrome in Canada: clinical characteristics and outcomes of hospital cases. *Canadian Medical Association Journal*, 168, 155-159.
- Leeb, R., Pauloizzi, L., Melanson, C., Simon, T. y Arias, I. (2008). Child maltreatment surveillance. Uniform definitions for public health and recommended data elements. Atlanta: Centers for Disease Control and Prevention.
- Long, T. y Johnson, M. (2001). Living and coping with excessive infantile crying. *Journal of Advanced Nursing*, 34, 155-162.
- Macmillan, H., Whaten, N., Barlow, J., Fergusson, D., Leventhal, J. y Taussig, H. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet*, 373, 250-266.

- McCarroll, J. (2005). Social-Cognitive theory applied to maltreating parents: an interview with Sandra T. Azar, PhD. *Joining Forces, Joining Families*, 8, 1-8.
- Mikton, C. y Butchart, A. (2009). Child maltreatment prevention: a systematic review of reviews. Geneva: Bulletin of World Health Organization, 89, 353-361.
- Nagler, J. (2002). Child abuse and neglect. *Current Opinion in Pediatrics*, 14, 251-254.
- Nash, C., Morris, J. y Goodman, B. (2008). A study describing mothers' opinions of the crying behavior of infants under one year of age. *Child Abuse Review*, 17, 191-200.
- Neri, M. y Quizaman, R. (2008). Padecimientos más frecuentemente atendidos en el servicio de urgencias pediátricas en un hospital de tercer nivel. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM*, 51, 5-10.
- OECD. (2013). "Infant mortality", in OECD Factbook 2013: Economic, Environmental and Social Statistics, OECD Publishing.
- OECD. (2011). "Personal security", in How's Life?: Measuring Well-Being, OECD Publishing.
- Palkovitz, R. (1996). Parenting as a generator of adult development: conceptual issues and implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 13, 571-592.
- Pecora, P., Whittaker, J., Maluccio, A. y Barth, R. (2000). The child welfare challenge: Policy, practice and research (2da ed.) New York: Aldine De Gruyter.
- Perea, A., Loredó, A. y Güicho, E. (2004). El niño sacudido/impactado: una modalidad de maltrato físico severo. En Loredó, A. Maltrato en Niños y Adolescentes. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Pinheiro, P. (2010). Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas. México: WHO.
- Randell, A., Levitt, C. y Smith, W. (2001). Abusive head trauma. En Reece, R. y Ludwig, S. (Editors). Child abuse: medical diagnosis and management. (2da Ed.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Reijneveld, S., van der Wal, M., Brugman, E., Sing, R. y Verloove-Vanhorick, S. (2004). Infant crying and abuse. *The Lancet*, 364, 1340–1342.
- Reynoso, L. y Seligson, I. (2005) *Psicología Clínica y de la Salud: Un enfoque Conductual*. México: Manual Moderno.
- Russell, B. y Britner, P. (2006). Measuring Shaken Baby Syndrome awareness: preliminary reliability of a caregiver attitudes and beliefs survey. *Journal of Child and Family Studies*, 15, 760-772.
- Scannapieco, M. y Connell-Carrick, K. (2005). *Understanding child maltreatment. An ecological and developmental perspective*. New York: Oxford University Press.
- Secretaría de Salud. (2006). *Informe Nacional sobre Violencia y Salud*. México: Autor.
- Sigel, I. (1985). Parental concepts of development. In Sigel I. (Ed.), *Parental belief systems: The psychological consequences for children*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Tardieu, A. (1860). Étude Médico-Legale sur le services et mauvais traitements exercés sur des enfants. *Annales de la Hygiene Publique et Medicine Legale*, 13, 361-398.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la salud*. México: McGraw Hill.
- Theodore, A., Chang, J., Runyan, D., Hunter, W., Bangdiwala, S. y Agans, R. (2005). Epidemiologic features of the physical and sexual maltreatment of children in the Carolinas. *Pediatrics*, 115, 331-337.
- UNICEF. (2003). *A league table of child maltreatment deaths in rich nations, Innocenti Report Card No.5*. Florence: UNICEF y Innocenti Research Centre,
- UNICEF. (2012). *Informe anual UNICEF, México 2012*. México: Autor.
- van der Wal, M., van der Boom, D., Pauw-Plomp, H. y Jonge, G. (1998). Mother's reports of infant crying and soothing in multicultural population. *Archives of Disease in Childhood*, 79, 312-317.

- Volpe, R. y Lewko, J. (2006). Preventing neurotrauma: a casebook of evidence based practices. Toronto: Life Span Adaptation Projects, University of Toronto, Ontario Neurotrauma Foundation y Center for Research in Human Development.
- Ward, M., Bennet, S. y King, J. (2004). Prevention of shaken baby syndrome: never shake a baby. *Paediatric Child Health*, 9, 319-321.
- Wessel, M., Cobb, J., Jackson, E., Harris, G. y Detwiler, A. (1954). Paroxysmal fussing in infancy: sometimes called "colic". *Pediatrics*, 14, 421-435.
- Wood, S., Bellis, M., Browne, K., Jackson, V. y Friedman, E. (2010) .Child Maltreatment. A review of evidence for prevention. UK: UK Focal point for violence and injury prevention, John Moores University, Trauma and Injury Intelligence Group, y Government Office for the North West.

## Apéndice A.

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

La residencia en Medicina Conductual de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en coordinación con la Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado (CAINM) del Instituto Nacional de Pediatría (INP) han desarrollado el taller “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” como parte de una investigación relacionada con el *llanto infantil* y el *síndrome de niño sacudido*. Este documento intenta explicarle las características de su participación y la utilización de algunos datos que se le solicitarán dentro del taller al que fue invitado(a) a participar. Léalo detenidamente y consulte con el coordinador todas las dudas que tenga.

Su participación dentro del taller es totalmente voluntaria y puede rehusarse a hacerlo sin ningún problema o consecuencia. El taller consiste en una sesión cuya duración oscila entre 105 y 120 minutos. Al inicio y después del taller se evaluarán algunos componentes psicológicos para conocer características relacionadas con el conocimiento del síndrome de niño sacudido y algunas reacciones frente al llanto infantil. La información obtenida se utilizará con fines estadísticos y de investigación.

La información que proporcione se tratará y mantendrá en la más estricta confidencialidad. La información que proporciones se utilizará únicamente para los propósitos estadísticos y de investigación.

Si desea información adicional respecto a la investigación o está interesado en conocer los resultados individuales de su evaluación, puede solicitarlo en las siguientes direcciones de correo electrónico: [noegongar@gmail.com](mailto:noegongar@gmail.com) o [noegongar@hotmail.com](mailto:noegongar@hotmail.com)

Se le proporciona esta información para que pueda decidir su participación.

### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

México D. F. a \_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_

Yo: \_\_\_\_\_ he leído el documento de consentimiento informado que me ha sido entregado, he comprendido las explicaciones que se incluyen sobre las características del mi participación en el taller “MI VIDA ESTÁ EN TUS MANOS” y he podido resolver todas las dudas y preguntas que he planteado al respecto. También he sido informado/a sobre la protección de mis datos personales y comprendo que serán utilizados para propósitos estadísticos y de investigación. Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, CONSIENTO participar dentro del taller.

\_\_\_\_\_  
Firma



## Apéndice B.

### ESCALA SOBRE EL CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO

#### CÉDULA DE IDENTIFICACIÓN

<i>Nombre (s)</i>	<i>Apellido paterno</i>	<i>Apellido materno</i>
<i>Edad</i>	<i>Sexo</i>	
	<input type="checkbox"/> MUJER	<input type="checkbox"/> HOMBRE
		<i>Escolaridad</i>

#### CONOCIMIENTO DEL SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO

Las preguntas que se presentan a continuación se refieren a lo que piensas sobre algunos aspectos relacionados con el síndrome de niño sacudido. Por favor lea cada enunciado y marque con una “equis” (x) la opción que describa con mayor exactitud lo que piensa. **Asegúrese que contestó todas las preguntas.**

1. ¿SABE QUÉ ES EL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO?	CIERTO	FALSO
2. LOS MÚSCULOS DEL CUELLO DE UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO <b>NO</b> SE HAN DESARROLLADO COMPLETAMENTE (SON DÉBILES).	CIERTO	FALSO
3. LA CABEZA DE UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO ES GRANDE Y PESADA EN RELACIÓN CON SU CUERPO.	CIERTO	FALSO
4. EL LLANTO ES NORMAL EN UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO.	CIERTO	FALSO
5. EL LLANTO ES UNA FORMA EN QUE UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO SE COMUNICA.	CIERTO	FALSO
6. SACUDIR A UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO ES APROPIADO EN ALGUNOS CASOS.	CIERTO	FALSO
7. SACUDIR A UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO PUEDE DAÑAR SU CEREBRO.	CIERTO	FALSO
8. EL LLANTO ES LA PRINCIPAL CAUSA DEL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO.	CIERTO	FALSO
9. EL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO PUEDE OCURRIR EN CUALQUIER FAMILIA (SIN IMPORTAR RAZA, CLASE SOCIAL O NIVEL EDUCATIVO).	CIERTO	FALSO
10. CUANDO UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO LLORA DE MANERA <b>“INCONTROLABLE”</b> , ES RECOMENDABLE <b>“DEJARLO LLORAR UN RATO”</b> .	CIERTO	FALSO
11. MECER, BALANCEAR O JUGAR CON UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO PUEDE OCASIONAR EL SÍNDROME DE NIÑO SACUDIDO.	CIERTO	FALSO
12. SACUDIR A UN BEBÉ O NIÑO PEQUEÑO PUEDE CAUSAR: CEGUERA, SORDERA E INCLUSO SU MUERTE.	CIERTO	FALSO

## COMO MANEJAR EL LLANTO DE UN BEBE DE UN BEBE

Comprueba si tu bebé está hambriento, cansado o mojado.

Haz un sonido fuerte y rítmico (aplausos o sonaja)

Baila con él en brazos o dale un paseo al aire libre.

Haz gestos, risas, apóyate con objetos (espejo o televisor)

Dale un masaje en todo el cuerpo o un baño calentito.



Si comienzas a sentirte cansado o enojado es importante:

- Respirar profundamente y contar 10, 9, 8, 7, 6, 5...
- Colocar al bebé en un lugar seguro y salir de la habitación unos minutos.
- Llamar a alguien para que cuide al bebé mientras tomas un descanso.



Las actividades NO siempre funcionarán.

ES IMPORTANTE INTENTARLAS EN CADA OCASIÓN.

El niño LLORA de manera INCONSOLABLE

El cuidador PIERDE EL CONTROL

SACUDE AL NIÑO

Se produce ruptura de vasos sanguíneos (daño cerebral)

El niño manifiesta:  
rechazo al alimento, somnolencia, vómito, crisis convulsivas, problemas para respirar,

El niño MUERE

Secuelas GRAVES (ceguera, sordera, epilepsia, retraso en el desarrollo).

**¡NO lo hagas!**  
*Su vida está en tus manos*

Diseño:

Psic. Noe González García. UNAM  
LEO. Isabel Melquiades Parra. CAJNM-INP

CAJNM - INP - UNAM Insurgentes Sur 3700 Col. Cuicuilco  
Coyoacán, México D. F. Tel. 10840900 Ext. 1411 y 1413.  
[www.pediatría.gob.mx/cajnminp.htm](http://www.pediatría.gob.mx/cajnminp.htm)

## Síndrome del Niño Sacudido

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
CLÍNICA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL NIÑO MALTRATADO  
INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA



TRIPTICO (VISTA FRONTAL)

Apéndice C.

## ¿Qué es el Síndrome del niño sacudido ?

Es una forma **GRAVE** de **MALTRATO INFANTIL** poco conocida.

Se produce cuando se agita de manera brusca y repetida a un niño provocando que el cerebro se azote una y otra vez con el interior del cráneo.



Los vasos sanguíneos del cerebro se rompen causando daño cerebral y ocular.

### Manifestaciones de sacudimiento:

En las primeras horas después del sacudimiento puede presentar:

- Mayor irritabilidad
- Somnolencia
- Rechazo al alimento
- Vómito
- Crisis convulsivas
- Dificultad para respirar

## Consecuencias a corto y largo plazo.

Las consecuencias son **MUY GRAVES** algunas se pueden observar en poco tiempo, pero existen otros problemas que se verán cuando el niño sea mas grande :

### CORTO PLAZO:

CONVULSIONES  
FRACTURAS COSTALES Y/O CERVICALES  
ESTADO DE COMA  
ALGUNOS NIÑOS **MUEREN**.

### LARGO PLAZO:

CEGUERA  
SORDERA  
PARÁLISIS CEREBRAL  
EPILEPSIA  
RETRASO EN EL DESARROLLO  
CUIDADOS ESPECIALES (ALIMENTACIÓN, REHABILITACIÓN Y MEDICAMENTOS)

## ¿Por qué llora un bebé?



No es fácil cuidar de un bebé, sobre todo cuando lloran y no sabemos porqué.

El llanto de un bebé es el **ÚNICO MEDIO** que tiene para **COMUNICARSE** con el exterior, además de reflejar el estado de animo y físico de tu hijo.

El llanto **NORMAL** durante los primeros tres meses puede durar de 1 a 3 horas diarias. Si después de los seis meses, el bebe llora más de tres horas al día, podría existir alguna alteración.

### ¿Qué puede estar pasando?

- Tiene hambre
- Está incómodo
- Está mojado o sucio
- Está aburrido o fastidiado
- En ocasiones llora **SIN RAZÓN ESPECÍFICA**

### ¿Por qué sucede?

Este síndrome se presenta cuando la persona encargada de cuidar a un niño se desespera y pierde el control por el **LLANTO INCONSOLABLE DEL NIÑO** y lo **SACUDE** para tratar de calmarlo.



INSTITUTO NACIONAL DE PEDIATRÍA  
Clínica de Atención Integral al Niño Maltratado  
CAINM-INP-UNAM

Otorga el presente

*Certificado*

A:

---

Que reconoce mi participación y acredita que en el programa:

SÍNDROME DEL NIÑO SACUDIDO *"mi vida está en tus manos"*

- He aprendido que es el síndrome del niño sacudido y sus consecuencias.
- He aprendido porque llora un niño y que el llanto puede ser normal.
- He aprendido estrategias que me permiten afrontar el llanto de mi bebé.
- He aprendido a que puedo solicitar ayuda para el cuidado de mi bebé cuando me sienta muy enojado.