

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

"PSICOTERAPIA INFANTIL APLICADA A NIÑOS  
DE 6 A 12 AÑOS CON INTERNAMIENTO  
HOSPITALARIO A CAUSA DE  
EXPERIENCIAS TRAUMATICAS"

(Con Técnicas Conductuales de Relajación muscular y  
Desensibilización Sistemática).

INFORME FINAL DE INVESTIGACION  
PRESENTADO AL HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO  
DE LA ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS

POR

MARIA TERESA MARTINEZ FRANCO

PREVIO A CONFERIRSELE EL TITULO DE  
PSICOLOGA

EN EL GRADO ACADEMICO DE

LICENCIATURA

PROPIEDAD DE LA UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
Biblioteca Central  
GUATEMALA, OCTUBRE DE 1996.

2000  
4

# TRIBUNAL EXAMINADOR

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
D I R E C T O R

Licenciada Miriam Elizabeth Ponce Ponce  
S E C R E T A R I A

Licenciado Felipe Alberto Soto Rodriguez  
REPRESENTANTE CLAUSTRO CATEDRATICOS





cc: Control Académico  
CIEPs.  
archivo

REG. 549-95

CODIPs.. 677-96

**ESUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS**

Edificio M-5, Cda. Universitaria, zona 12  
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1  
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914  
GUATEMALA, CENTROAMERICA

**DE ORDEN DE IMPRESION INFORME FINAL DE  
INVESTIGACION**

Octubre 24 de 1996

Señora Estudiante  
María Teresa Martínez Franco  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Señora Estudiante

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a usted el Punto OCTAVO (8o.) del Acta TREINTA Y SEIS NOVENTA Y SEIS (36-96) de Consejo Directivo, de fecha 11 de octubre del año en curso, que copiado literalmente dice:

"**OCTAVO:** El Consejo Directivo conoce el expediente que contiene el Informe Final de Investigación titulado: "PSICOTERAPIA INFANTIL APLICADA A NINOS DE 6-12 ANOS CON INTERNAMIENTO HOSPITALARIO A CAUSA DE EXPERIENCIAS TRAUMATICAS". (Con técnicas conductuales de relajación muscular y desensibilización sistemática), de la Carrera LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, realizado por:

MARIA TERESA MARTINEZ FRANCO

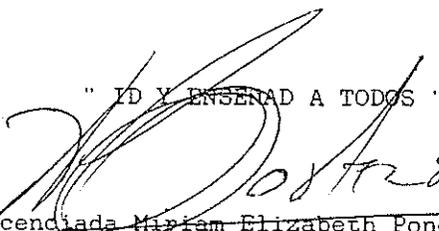
CARNET No. 90-15590

El presente trabajo fue asesorado durante su desarrollo por la Licenciada Rosa Pérez de Chavarría y revisado por la Licenciada Edith Ríos de Maldonado.

Con base en lo anterior, el Consejo Directivo AUTORIZA LA IMPRESION del mismo para los trámites correspondientes de graduación, los que deberán estar de acuerdo con el Instructivo para elaborar Investigación o Tesis, con fines de graduación profesional."

Atentamente,

" ID Y ENSEÑAD A TODOS "

  
Licenciada Mariam Elizabeth Ponce Ponce  
SECRETARIA



/Rosy



Guatemala, 12 de septiembre de 1996

ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

EDIFICIOS 'M-S, M-3'  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-88  
GUATEMALA, CENTRO AMERICA

INFORME FINAL



SEÑOR COMISARIO DIRECTIVO  
ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
UNIVERSIDAD

SEÑOR COMISARIO DIRECTIVO:

Me dirijo a usted para informarle que la Licenciada Lidia Méndez de Galindo, ha procedido a la revisión y aprobación del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

"PSICOTERAPIA INFANTIL APLICADA A NIÑOS DE 6-12 AÑOS CON INTERNAMIENTO HOSPITALARIO A CAUSA DE EXPERIENCIAS TRAUMATICAS. (Con técnicas conductual de relajación muscular y desensibilización sistemática).

TRABAJÓ POR:

PÁG. 16.

MARIA TERESA MARTINEZ FRANCO

90-15590

Agradeceré se sirva continuar con los trámites correspondientes.

Atentamente,

"CON Y SIN DOLOR A TODAS"

*[Signature]*  
DIR. ESCUELA DE CIENCIAS PSICOLOGICAS  
UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA  
CIUDAD DE LAS AMERICAS EN PEÑOL, GUATEMALA

EMM/et  
c.c. docente revisor  
archivo



*Aprobado: J. Pineda 8.10.96*

DEPS. 240-96



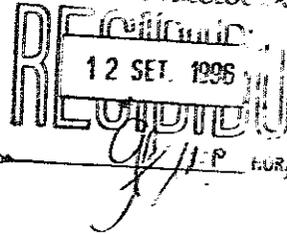
Guatemala,  
12 de septiembre de 1996

ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS

EDIFICIOS 7-M-5, 14-3  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
CARRILES 780780-94 Y 780985-88  
GUATEMALA, CENTRO AMÉRICA

ASOCIADA  
AL CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA  
DEPARTAMENTO DE INVESTIGACIONES EN PSICOLOGÍA  
DEPS

Universidad de San Carlos  
ESC. CIENCIAS PSICOLÓGICAS



SEÑORAS:

Se dirige a usted para informarle que se procedió a la  
lectura del INFORME FINAL DE INVESTIGACION, titulado:

SICOTERAPIA INFANTIL APLICADA A NIÑOS DE 6-12 AÑOS CON INTERNAMIENTO EN  
HOSPITALARIO A CAUSA DE EXPERIENCIAS TRAUMÁTICAS". (Con técnicas conductuales  
de relajación muscular y desensibilización sistemática).

AREA: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA

ELABORADO POR:

LA TERESA MARTINEZ FRANCO

CALLE No.

90-15590

Por considerar que el trabajo cumple con los requisitos  
solicitados por el Centro de Investigaciones en Psicología,  
se DICTAMEN FAVORABLE, y solicito continuar con los trámites  
correspondientes.

Atentamente,

"EN FAVOR DE TODOS"

*J. Pineda*  
LICENCIADA EN PSICOLOGIA  
COORDINADORA DE REVISOR



Se archiva

Como Revisor



ESOLELA DE  
CIENCIAS PSICOLOGICAS

Oficio M-5, Cda. Universitaria, zona 12  
Tels. 4760790-4, 4760985, ext. 490-1  
Directos: 4769902, 4767219, fax. 4769914  
GUAYEMALA, CENTROAMERICA

Guatemala, 13 de agosto de 1,996

Licenciada  
Lidia Rios de Maldonado  
Coordinadora General  
Centro de Investigaciones en Psicología  
I.E.P.s  
Edificio

Licda. Rios de Maldonado:

Le saludo respetuosamente y al mismo tiempo me permito enviarle el Informe final de la Tesis de Investigación titulada: PSICOTERAPIA INFANTIL APLICADA A NIÑOS DE 6-12 AÑOS CON INTERNAMIENTO HOSPITALARIO A CAUSA DE EXPERIENCIAS TRAUMATICAS (con técnicas conductuales de relajación muscular y desensibilización sistemática).

Dicho trabajo presentado por las estudiantes:  
DORA AMALIA BATRES MENA 82-13815  
MARIA TERESA MARTINEZ FRANCO 90-15590

Trabajo que he revisado y procedo a emitir dictamen favorable para que se continúe con los trámites correspondientes.

Quedo de usted,

Atentamente,

ID Y ENSEÑAD A TODOS

Licda. Rosa Pérez de Chavarría  
Psicóloga Col. No. 3,452  
Asesora



ESCUELA DE  
CIENCIAS PSICOLÓGICAS  
EDIFICIOS 'M-5, M-3'  
CIUDAD UNIVERSITARIA, ZONA 12  
TELEFONOS: 760790-94 Y 760985-86  
JATEMALA, CENTRO AMERICA

cc.: Control Acad.  
CIEPs.  
archivo

REG. 549-95  
CODIPs. 629-95

APROBACION DE PROYECTO DE INVESTIGACION Y  
NOMBRAMIENTO DE ASESOR

2 de noviembre de 1995

Honorable Estudiantes  
RA AMALIA BATRES MENA  
RA TERESA MARTINEZ FRANCO  
Escuela de Ciencias Psicológicas  
Edificio

Honorable Estudiantes

Para su conocimiento y efectos consiguientes, transcribo a ustedes,  
Punto DECIMO SEPTIMO (17o.) del Acta TREINTA Y SIETE NOVENTA Y  
UNO (37-95) de Consejo Directivo, de fecha 19 de octubre del año  
en curso, que copiado literalmente dice:

DECIMO SEPTIMO: El Consejo Directivo conoce el expediente que  
tiene el Proyecto de Investigación titulado: "PSICOTERAPIA  
GRUPAL APLICADA A NIÑOS DE 6 A 12 AÑOS CON INTERNAMIENTO  
HOSPITALARIO A CAUSA DE EXPERIENCIAS TRAUMATICAS" (Con técnicas  
conductuales de relajación muscular y desensibilización  
sistémica", de la carrera: LICENCIATURA EN PSICOLOGIA, presentado  
por:

RA AMALIA BATRES MENA

CARNET No.82-13815

RA TERESA MARTINEZ FRANCO

CARNET No.90-15590

Consejo Directivo considerando que el proyecto en referencia  
cumple los requisitos metodológicos exigidos por el Centro de  
Investigaciones en Psicología -CIEPs., resuelve aprobarlo y nombrar  
como asesora a la Licenciada Rosa Pérez de Chavarría. - - - - -  
Atentamente,

" ENSEÑAR A TODOS "

Licenciado Abraham Cortez Mejía  
SECRETARIO



Ilustre  
Señor  
Licenciado

**ACTO QUE DEDICO**

**A DIOS**

**POR SUS BENDICIONES**

**A MIS PADRES**

Evaristo Martínez Zelaya (†)  
María Franco de Martínez (†)

**A MIS HERMANOS**

Evaristo, María Hortencia, Roberto  
Antonio, por apoyarme siempre  
Juan Ramón (†)

**A MIS HIJOS**

Carlos Leonel, Otto Rolando, Flor  
de María, Erick Estuardo.  
Con amor y que mi triunfo sea un  
ejemplo en su vida.

## TESIS QUE DEDICO

- A La Universidad de San Carlos  
de Guatemala.
- A La Escuela de Ciencias Psicológicas.
- A los Docentes Lic. Roberto Mazariegos  
Lic. Hector Cano  
Lic. Juan José Palomo Salvatierra
- A mis padrinos Licda. Edith Ríos de Maldonado  
Licda. Rosa Pérez de Chavarría  
Licda. Guadalupe Barranca de G.

## PROLOGO

Después de observar varios casos de niños padeciendo fobias diversas y de conocer teóricamente la técnica de Desensibilización Sistemática, consideramos que sería oportuno llevar a la experimentación dicha técnica, para poder comprobar su efectividad en la disminución de los niveles de ansiedad, y como una estrategia terapéutica que ayude a superar los efectos negativos de experiencias traumáticas; para ello pensamos en casos de niños hospitalizados de ambos sexos en edad escolar y en nuestro interés por conocer los resultados al aplicar dicha técnica conductual, presentamos el presente estudio de investigación, dejando con él la inquietud a futuros estudiantes y profesionales de la psicología para que se interesen por ayudar a niños con este tipo de problemas y con ésta técnica en particular.

.....

## CAPITULO I

### 1. INTRODUCCION

El presente estudio pretende hacer un aporte a la psicología, tomando en consideración, que en nuestro país carecemos de un estudio como el que nos ocupa, sobre la DESENSIBILIZACION SISTEMATICA en niños de 6 a 12 años, para ayudarlos a superar alguna de las fobias debido a experiencias traumáticas (golpes, fracturas, quemaduras, heridas, etc.) específicamente a niños hospitalizados por diversas causas, tanto físicas como emocionales, que deja en ellos, además de estas trastornos de conducta.

Al establecer la necesidad de probar la eficiencia de la técnica de Desensibilización Sistemática, comprobamos que es una técnica confiable para el tratamiento terapéutico adecuado cuando se presentan estos casos, por lo funcional, por la brevedad de su aplicación y por sus resultados efectivos, utilizando como recurso esencial, la relajación muscular.

En relación a pacientes hospitalizados, esta técnica tiene dificultades de permanencia, porque se interrumpe el seguimiento que se requiere y por esta razón la muestra del presente trabajo se concretó a 11 casos porque el ingreso de estos pacientes es de manera casual.

El tratamiento psicoterapéutico se aplicó en forma completa en 9 casos, pero en todos de inició con una evaluación mediante la observación y el establecimiento de rapport que nos permitió la entrevista, obtener datos personales y la historia del desarrollo del paciente y su estado mental.

Luego el entrenamiento sobre relajación muscular, construcción de jerarquías de miedos, cuantificando las unidades subjetivas de ansiedad y la aplicación de Desensibilización Sistemática, donde se manifestaron cambios en algunos casos, como

su estado emocional frente a objetos o personas provocadoras de ansiedad, donde el individuo pudo sentirse relajado frente a su situación, la que antes era molesta, considerándosele por su actitud, desensibilizado.

De acuerdo a los resultados obtenidos, comprobamos nuestra hipótesis, que la aplicación de la técnica conductual de Desensibilización Sistemática, es efectiva para dar tratamiento terapéutico adecuado en caso de traumas y algunas fobias, al bajar los niveles de ansiedad a través de la Relajación Muscular y reducir a la vez, sus respuestas ansiógenas ante las situaciones especialmente traumáticas. En los 2 casos que el tratamiento no se hizo completo, debido a que los pacientes presentaban una salud inestable.

Tomamos para la investigación a niños de 6-12 años por ser los casos más frecuentes de internamiento por causas de accidentes en el Hospital de Amatitlan, a quienes se les dió atención en sesiones de una hora diaria durante dos meses, haciendo uso básicamente de tres etapas:

1. La Relajación Muscular
2. Construcción de Jerarquías de Miedos
3. Presentación de escenas para provocar un descenso en las respuestas de angustia y ansiedad en los niños.

Los resultados cuantitativos de la encuesta, tenemos que de los 11 casos atendidos se observaron al principio actitudes y estado de ánimo en 2 pacientes que manejaron resistencia, negación, tristeza, decaimiento y sobre todo mucho sufrimiento por el intenso dolor físico, siendo las mismas actitudes al final por la mínima colaboración.

Esperamos que el presente trabajo, sirva a los estudiosos de la psicología, para motivarlos a seguir la investigación desde otro punto de vista para ofrecer un aporte más profundo y científico, especialmente a la psicoterapia infantil.

## 1.1 MARCO TEORICO

### DESARROLLO INFANTIL

El desarrollo infantil, es la evolución psicológica del niño, desde que nace hasta donde termina la infancia. Diferentes autores han escrito sobre las etapas o fases de su desarrollo. Entre estos tenemos a Piaget, el cual dice: "El primer estadio llega hasta los 24 meses, es el de la Inteligencia sensoriomotriz; el segundo estadio, llamado preoperatorio, llega aproximadamente hasta los 6 años, en esta etapa es capaz de integrar objetos sustitutos a su campo de acción. El tercer estadio llamado de las operaciones concretas, se sitúa entre los 7-12 años, el niño puede sacar consecuencias de lo percibido; y el cuarto estadio, llamado de las operaciones formales, es el de la adolescencia, este período es de gran importancia por el desarrollo de los procesos cognitivos, y a las nuevas relaciones sociales que estas hacen posible."

Según el autor H. Wallon, la primera característica del recién nacido, es la actividad motora y le llama a este estadio "Estadio Impulsivo Puro". Al segundo estadio, muestra la orientación hacia el mundo del hombre, la alegría o la angustia, sonrisas, cólera, etc., se le llama Estadio Emocional caracterizado por la simbiosis afectiva. El tercer estadio, es el final del primer año o principios del segundo, Sensitivo Motor o Sensorio Motor, el niño se orientará hacia intereses objetivos y descubrirá realmente el mundo de los objetos; concede gran importancia a los aspectos diversos del desarrollo, el andar y la palabra que contribuyen al ambiente del mundo infantil. El cuarto estadio, es Proyectivo, el niño siente una especie de necesidad de proyectarse en las cosas para persistirse así mismo. El quinto estadio, del Personalismo, el niño llega a prescindir de situaciones en que se halla implicado y a reconocer su propia personalidad, como independiente de las situaciones. (1)

(1) Ajuriaguerra J. de. Manual de Psiquiatría Infantil. Barcelona-México Edición MASSON 1,983. Pags. 90 - 94.

## PSICOPATOLOGIA INFANTIL

Varios autores, han escrito sobre el desarrollo psicológico normal de los niños, y cuando estas características de normalidad no se dan en los niños, podemos hablar de un niño anormal en el sentido de que su funcionamiento no está de acuerdo a los estándares que se han hecho sobre el desarrollo normal de un niño.

Debemos tomar en cuenta las características propias del lugar, de las costumbres de esas familias, ya que podemos caer en el error al decir cuando una determinada conducta es disfuncional, cuando sólo está respondiendo a lo que es lógico y lo normal en ese ambiente o en esa cultura. Bernal del Riezgo, hace ver en su estudio *Errores en la Crianza de los Niños*, como la inmadurez de los padres, obstruyen la personalidad de los niños. Los padres están afectados en el área afectiva, se dice que esa persona padece de problemas emocionales, son personas insensatas, inmaduras, agrandan las situaciones, las vuelven problemas. Los errores de crianza, se van transmitiendo de generación en generación debido a los patrones de crianza que van heredando los hijos. (2)

En el desarrollo psicológico, el término trastorno psiquiátrico, aplicado al niño o al adulto, expresa un problema funcional de la personalidad, una dificultad que pueda deberse a un número de factores y que puede variar de leve a grave. Todo lo que interfiera la fisiología del cerebro puede dar lugar a un trastorno psiquiátrico; además existen diversas dificultades funcionales provocadas por causas no orgánicas y atóxicas que son el resultado directo de influencias ambientales sobre el niño durante su desarrollo emocional.

Cada niño llega al mundo con ciertas cualidades sobre las cuales actúa después su ambiente. Algunos niños tienen mayor riqueza de cualidades que otros. Unos tropiezan con circunstancias adversas ya en la vida prenatal, mientras que otros sufren lesiones cerebrales durante el parto o poco después, cuando el sistema ner-

(2) Riezgo, Bernal del. *Errores en la Crianza de los niños*. Oveja negra. Pags 22-28.

vioso central es extraordinariamente vulnerable. Una proporción todavía mayor llega al mundo con cualidades potenciales buenas pero encuentra un clima emocional que retarda y deforma el desarrollo de su personalidad. (3)

## PATRONES DE CRIANZA

Otro autor señala: Lo que en Guatemala puede ser la correcta, en Japón no lo es, ni tampoco es igual a la cultura china e inclusive en el mismo territorio guatemalteco; hay diferentes patrones de crianza, el indígena cría a sus hijos diferente a como los crían los ladinos, y los de la parte de Oriente, los crían diferente a los de Occidente; es importante conocer, cuales se consideran las normalidades en cada lugar de acuerdo a sus creencias y costumbres, para no decir que uno está equivocado respecto del otro. (4)

La crianza no contempla solo satisfacer las necesidades materiales y físicas del niño, sino también sus necesidades emotivas de amor, afecto y sentimiento de seguridad. En la primera infancia, al ambiente familiar, es el único que el niño conoce. La sociedad en que vivimos, afecta de manera a la familia, y por ende a los niños, ya que ellos reciben esta carga de problemas. El padre tenso todo el día por la consecución de los ídolos de la sociedad capitalista (dinero, prestigio, éxito), vuelve a la casa por la noche agotado por una jornada de estrés de tráfico, competitividad, frustración y fracaso en el trabajo; también la madre se siente cansada, humillada, frustrada, desilusionada y siente también la necesidad de recibir consuelo, consideración, reconocimiento por su trabajo que, cuando es solamente el doméstico, ni siquiera se reconoce y aprecia. Se quebranta la seguridad y la estabilidad de la familia. El ansia y la inseguridad de los padres se transmite necesariamente a los hijos. Sobre ellos la pareja desahoga continuamente las propias tensiones, sobreponiéndolas también implícitamente a represiones y castigos. Además los patrones de crianza no vienen de la nada, es toda una estructura del sistema capitalista; de allí se toman los modelos que después funcionan a nivel de las familias y de los indi-

(3) Finch, Stuart M. Fundamentos de Psiquiatría Infantil. Psique Argentina 1,976. pag. 24

(4) Op. Cit. Pags. 22-28

viduos. En la infancia se crean las premisas para la formación de una sociedad jerarquizada, fundada en la explotación del hombre y que influye poderosamente en el desarrollo y personalidad de los individuos que la conforman.

## LA FAMILIA

La Familia representa una institución de adiestramiento para el control social e inculca un elaborado sistema de reglas, modos de pensar y de obrar, funcionales al sistema de poder dominante. Ella socializa los niños, para hacer adultos competitivos a la búsqueda de éxito, poder y dinero. (5)

Las relaciones de los padres con los hijos son como se establecen los vínculos de comunicación entre ellos. Si las relaciones no son sanas, es decir si no tienen la atmósfera de afecto, comprensión y entendimiento entre ambos, serán relaciones disfuncionales o sea que son relaciones dañinas.

No vamos a verlo desde el punto de vista económico o social, sino de amor entre ellos, ya que cuando existen relaciones inadecuadas, en las cuales el hijo es maltratado ya sea física, emocional, el niño crecerá con problemas de índole físico o psicológico, y pueden haber algunos casos en donde el padre sea demasiado permisivo, que el niño resulta agrediendo, pero ésta también es una relación mala y resulta patológica. (6)

Así mismo la comunicación es importante, para establecer una relación sana entre padres e hijos. Todos los trastornos psicológicos, presentes en un niño, dependen estrechamente de su ambiente (familia). Los síntomas se manifiestan siempre cuando los padres son inadecuados, hostiles o rechazantes. En la medida en que no dan amor y seguridad al hijo, comprometen el proceso de socialización. En los trastornos del niño, la familia es el factor etiopatológico. Los hijos son confiados, si los padres se han demostrado dignos de confianza; son capaces de amar si han recibido

(5) Di Giorgi, Piero El Niño y sus Instituciones. Pags. 34, 39, 45.

(6) Op Cit. pags. 22-28

amor; manifiestan agresividad y rebelión, si han sido frustrados. Efectivamente el niño adquiere en la familia, los primeros fundamentos de la vida de grupo y consigue un sentido de seguridad, por el hecho de pertenecer a un núcleo familiar que ofrece protección; asimila los modelos de comportamiento y relaciones y toda una serie de valores más a través de la crianza, a través del comportamiento de la familia.

Un problema que hace que los niños no se sientan seguros es la falta del padre. Es conocido que, para los niños, los padres son seres omnipotentes que todo lo saben, en suma lo mitifican y lo idealizan. Pronto el muchacho, se da cuenta que el padre, no es lo que creyó y busca modelos ideales y de comportamiento que le den más seguridad, orden y disciplina.

Además la madre juega un papel importante y determinante en el desarrollo del niño; se ha probado el papel determinante de la madre en el desarrollo de la emotividad, la psicomotricidad y del lenguaje del niño: Se llama "Organizador Psíquico del niño" a la intervención de la madre en el primer desarrollo psíquico infantil. La madre representa todo el ambiente del niño. Si la relación madre-niño es normal y satisfactoria, tanto para la madre como para el niño, no existen trastornos en el desarrollo psíquico del niño. (7)

Si los primeros cuidados maternos son cálidos y permanentes, establecen la base para un prolongado sentido de satisfacción, seguridad y confianza en los demás; si tales cuidados no existen, pueden establecerse, como Erickson sugiere, las raíces de la desconfianza y la inseguridad. Estos son los orígenes de las actitudes del Yo, que son importantes para conducir al niño a través de las etapas posteriores del crecimiento. (8)

La ausencia del padre, afecta al niño en sus relaciones interpersonales, porque los hijos reaccionan a la ausencia paterna, idealizando al padre: En un inmaduro va-

(7) Op. Cit. Pags. 34, 39, 45.

(8) Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. Pag 76

gabundeo los muchachos siguen de modo ambivalente la figura paterna debilitada, es decir, la autoridad que no han hallado en el padre. (9)

## MALTRATO INFANTIL

Según otro autor señala que el maltrato infantil, que suele llevar la denominación de "SINDROME DEL NIÑO APALEADO", puede definirse como cualquier acto con intencionalidad por parte de quienes están al cuidado del niño, ya sea utilizando instrumentos o sin ellos y ocasionando lesiones, intoxicaciones y algunas veces hasta enfermedades a dichos niños. Esto ocurre con frecuencia en sociedades desfavorecidas en donde superan las ideas conflictivas más que el propio razonamiento y son padres con ideas autoritarias y de propiedad. Hay varios tipos de maltrato infantil en los cuales tenemos, el maltrato por negligencia, maltrato emocional y maltrato por abuso sexual. El maltrato por negligencia se dá por inconveniencia que encuentran los cuidadores de dicho niño frente a sus necesidades físicas, sociales, psicológicas, intelectuales y aparte porque no tienen una visión hacia el futuro del niño. Desde el punto de vista que un padre no cubra las necesidades básicas del niño, siempre existe negligencia, las cuales se dan de manera consciente o por ignorancia, incultura, pobreza o por falta de capacidad para la protección de sus hijos. El maltrato emocional, es cualquier acto que rebaje la autoestima del niño como el rechazo, ignorar al niño, aterrorizarlo, aislarlo; así también la indiferencia, la falta de seguridad, de afecto, rechazo verbal, incomunicación, insulto, desvalorización repetida, discriminación, educación bajo intimidación y las exigencias propias de las edades de los adultos. El maltrato por abuso sexual, lo consideramos entre el maltrato físico y el emocional y se puede definir como participación del niño en una actividad sexual, para lo cual el niño no está preparado por su desarrollo y en las que se están violando tanto las leyes sociales como legales. La insidencia del maltrato infantil, que no es más que el número de casos que son atendidos por los profesionales, como también existe incidencia de casos de aquellos que pasan desapere-

(9) Op. Cit. Pags. 22 - 28

cibidos, los cuales no dejan lesiones físicas sino lesiones de tipo emocional, ya que vamos a considerar la palabra lesión como daño o perjuicio en alguna parte del cuerpo físico o psíquico. (10)

Existen internacionalmente y en nuestro país leyes que protegen a los niños de este maltrato que es: La Convención Internacional, complementa la Declaración no la substituye. Mientras que la Declaración, es una afirmación de principios de carácter meramente moral y no encierra obligaciones específicas, La Convención tiene fuerza coercitiva, requiere una forma de decisión por parte de cada Estado que la suscriba y ratifique, e incluye mecanismos de control para verificar el cumplimiento de sus disposiciones y obligaciones. (11)

Además entre los factores de riesgo podemos encontrar varios aspectos, tomando en cuenta las alteraciones comportamentales del niño, que pueden ser motivos para el maltrato físico, así como también ocurre con respecto a dicho comportamiento con la baja autoestima de los padres en donde encontramos toda la sintomatología depresiva de las madres; hay casos de maltrato físico que pertenecen a clases sociales desfavorecidas o marginales y desde el sentido común, puede resultar evidente que las causas por las que una persona pierde el control de sus impulsos agresivos, o es incapaz de utilizar medidas adecuadas de control en relación a la conducta de los niños, esto no tiene porqué coincidir con las causas de que una persona no alimente o vista adecuadamente a sus hijos. Porque encontramos situaciones de estrés, derivadas de fuertes deprivaciones de tipo económico y social y aquí también dirigimos la atención que no solamente podemos ver el factor socioeconómico, ya que también puede producirse en todas las clases sociales y por lo tanto no es directamente un problema asociado a la pobreza, ya que encontramos maltratadores con trastornos psiquiátricos de clases sociales acomodadas.

Aclarando un poco más ña terminología, podemos hablar de microsistemas, ecosistemas y macrosistemas. En el microsistema contemplaremos los comporta-

(10) Martínez Roig, A. y J., de Paúl Ochotorena. Maltrato y Abandono en la Infancia. Martínez Roca, S. A. 1,993 pp 26 - 27

(11) UNICEF Convención de los Derechos del Niño; Pag. 4

mientos concretamente de los miembros de la familia y es allí donde vamos a incluir características psicológicas, y comportamentales de cada uno de los padres, como la de los hijos, donde le damos importancia a la interacción entre los diferentes miembros del sistema familiar; los ecosistemas son relativos a lo ontogénico de los padres o sea la relación con los propios padres y el tipo de cuidado y atención recibidos en la infancia, lo que estaría condicionado o explicando a la vez la capacidad para el desarrollo del rol de padre o madre y para cuidar, atender y educar en forma adecuada a los propios hijos, ya que aquí es donde encontramos el mayor peso explicativo en la aparición del maltrato físico, porque se centra en la propia experiencia del padre o madre maltratador físico, como víctima de maltrato físico en su infancia. En el nivel macrosistema, vamos a incluir los recursos económicos de una sociedad, distribución de los mismos, crisis económicas y las tasas de desempleo. (12)

### PSICOTERAPIA INFANTIL

Esta clase de problemas y especialmente lo que pertenece al tipo emocional, será una disciplina correspondiente al psicólogo quien dará atención con psicoterapia infantil; ya que la psicoterapia es el tratamiento de los problemas y trastornos emocionales y de la personalidad, por medios psicológicos. Aunque se pueden emplear muchas técnicas psicológicas diferentes, al tratar de aliviar estos problemas y trastornos y ayudar al paciente a convertirse en una persona feliz, madura e independiente, un importante factor terapéutico que se encuentra en cada una de estas técnicas, es la relación ente el terapeuta y el paciente, con las experiencias interpersonales que esta implica. (13)

La psicoterapia vá dirigida a modificar la conducta desadaptada y también a eliminar las condiciones ambientales que la pudieran estar causando. Al concluir un tratamiento psicoterapéutico con éxito, el paciente debería haber aprendido algo y haber adquirido un mayor control sobre su vida. Las tres escuelas principales de psicoterapia son: La dinámica, la Humanista y la terapia de la Conducta.

(12) Martínez Roig, A., y J. de Paúl Ochotorena. Maltrato y Abandono en la Infancia. Op. Cit Pags. 34 - 41.

(13) Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Moderna. Pag. 862

Pero en nuestro trabajo nos interesamos por la terapia de la conducta: la Terapia de la conducta se basa en las teorías del aprendizaje que surgieron del trabajo de investigadores como Pavlov, Watson, Skinner y Bandura. Estas terapias no huragan en los pensamientos y motivos del paciente, sino que se centran en cambio, en las dos primeras escuelas, ven solo como síntomas de un problema más profundo. Los terapeutas de la conducta trabajan principalmente en la modificación de la conducta, usando técnicas desarrolladas por estudios controlados de investigación. (14)

Actualmente en la psicoterapia encontramos dos grupos: Primeramente aquellos en los cuales el objetivo es llevar al paciente a una comprensión de las fuerzas psicodinámicas que lo motivan, o sea los tratamientos de insight; y en segundo las psicoterapias directivas o activas que se enfocan a eliminar los síntomas, sin ocuparse de que se desarrolle un insight personal, ni un cambio caracterológico. El modelo de las psicoterapias de insight, es el psicoanálisis; mientras que la persuasión y las teorías del aprendizaje proporcionan los modelos para las psicoterapias directivas. (15)

Esta técnica es la más apropiada para el caso que nos asiste, la cual es superación de las fobias en los niños hospitalizados por experiencias traumáticas, nosotras aplicaremos psicoterapia directiva, con técnicas conductuales y específicamente trabajaremos con la técnica de DESENSIBILIZACION SISTEMATICA, porque consideramos que es aquella en la cual hacemos el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología y sus disciplinas íntimamente relacionadas (fisiología y neurofisiología) con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales de comportamiento; y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de esas anomalías por medio de estudios experimentales controlados del caso individual, tanto descriptivos como correctivos. (16)

(14) Papalia, Diane E. y Sally Wendkos Olds. Psicología Pag. 577.

(15) Kolb, Lawrence C. Psiquiatría Clínica Moderna. Op. Cit. pag. 863

(16) Yates, Aubrey J. Terapia del Comportamiento. México Editorial Trillas, 1987, Pag. 31

Hay un autor que dice: que los principios básicos de psicoterapia para niños, no son esencialmente diferentes de los de la psicoterapia para adultos; pero la falta de madurez y la posición de dependencia del niño, requieren ciertas modificaciones del enfoque y la aplicación de esos principios (White y Watt, 1,973), por consiguiente, parece apropiado examinar ciertas diferencias que existen entre los niños y los adultos, para poder atender mejor las bases de los métodos terapéuticos para niños. (17)

Por lo que consideramos importante la Técnica de DESENSIBILIZACION SISTEMATICA, aplicada a niños hospitalizados a causa de lesiones que han dejado en ellos traumas y específicamente fobias. Aunque ha surgido una considerable confusión en torno a la terminología en relación con esta técnica. Como indican Evans y Wilson (1,968), los términos relacionados con hechos conductuales, con las condiciones que producen estos hechos, y con los conceptos explicativos, se han confundido y con frecuencia, intercambiado. En relación con la Desensibilización Sistemática, los siguientes son los principales términos que se han confundido: Desensibilización Sistemática, Inhibición Recíproca, Extinción y Contracondicionamiento. De los cuatro, el término Desensibilización Sistemática es el más claro, ya que casi invariablemente se ha utilizado para referirse a un conjunto particular de procedimientos. El término Desensibilización Sistemática, se refiere a un conjunto general de procedimientos experimentales en el que se incluye el contracondicionamiento o de la extinción, o de ambos procedimientos. La Técnica de Desensibilización Sistemática, sus procedimientos que aquí hemos incluido, han sido detalladamente descritos por Wolpe (1,958 - 1,961) y por Wolpe y Lazarus (1,966). El procedimiento consta de tres etapas: entrenamiento de relajación profunda, construcción de jerarquías de ansiedad y aplicación de procedimientos de Desensibilización Sistemática. Dicho procedimiento comienza cuando se ha completado el entrenamiento de relajación y la construcción de jerarquías, con el seguimiento de los pasos detallados. (18)

(17) Clarizio, Harvey F. y George F. Mc. Coy. Trastornos de la Conducta en el Niño. México, D. F., El Manual Moderno 1,992. Pag. 412

(18) Yates, Aubrey J. Terapia del Comportamiento. México, Editorial Trillas, 1,987 Op Cit. Pags. 79 - 82.

Se ha demostrado experimentalmente la potencia de la relajación muscular en la Desensibilización Sistemática. Trabajando independientemente, con fobias a las arañas y a las serpientes, respectivamente, Rachman (1,965) y Davidson (19 65) encontraron que a los sujetos que se les aplica toda la secuencia de procedimientos de Desensibilización Sistemática mostraron mejoría, que es significativamente mayor que la que muestran los que reciben entrenamiento de relajación muscular sin presentación de escenas, o los que tienen escenas sin relajación..

El método de relajación que se enseña es esencialmente el de Jacobson (1,938), pero la instrucción se termina en el curso de seis entrevistas, lo cual contrasta notablemente con el largo programa de entrenamiento de Jacobson. Se le pide al paciente que lo practique en casa en períodos de 15 minutos al día. Al introducir la relajación, se le dice al paciente que la relajación, no es más que uno de los métodos de nuestro arsenal, para combatir la ansiedad. (19)

En el trabajo de laboratorio, que se acaba de describir se basa en la suposición de que los temores y fobias de los que se quejan sujetos normales y pacientes psiquiátricos, se generan esencialmente de la misma forma, es decir, por medio de la asociación de respuestas intensas de temor con estímulos neutrales específicos presentes en el momento en el que se experimentaba una situación u objeto incondicionado productor de temor. Aunque indudablemente es verdad, que de ninguna forma, se pueden explicar todos los temores y fobias en esta forma dramática, igualmente es indudable que se puede suponer que algunas han surgido en situaciones traumáticas. (20)

(19) Wolpe, Joseph. Práctica de la Terapia de la Conducta. México, Edit. Trillas 1988. Pag 117-121

(20) Yates, Aubrey J. Terapia del Comportamiento. Op. Cit. pag. 162.

El presente documento tiene como finalidad proporcionar información sobre el proceso de selección de personal para el cargo de Asesor Técnico en el área de Asesoría Técnica, en el marco del Programa de Asesoría Técnica del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación. El proceso de selección se realizará de conformidad con el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, así como con el Reglamento del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación.

El proceso de selección se realizará de conformidad con el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, así como con el Reglamento del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación. El proceso de selección se realizará de conformidad con el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, así como con el Reglamento del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación.

El presente documento tiene como finalidad proporcionar información sobre el proceso de selección de personal para el cargo de Asesor Técnico en el área de Asesoría Técnica, en el marco del Programa de Asesoría Técnica del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación. El proceso de selección se realizará de conformidad con el artículo 123 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y el artículo 107 de la Ley Orgánica del Poder Judicial de la Federación, así como con el Reglamento del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación.

El presente documento tiene como finalidad proporcionar información sobre el proceso de selección de personal para el cargo de Asesor Técnico en el área de Asesoría Técnica, en el marco del Programa de Asesoría Técnica del Sistema de Asesoría Técnica del Poder Judicial de la Federación.

## PREMISAS

1. El maltrato infantil, provoca daños emocionales y fobias.
2. La técnica de DESENSIBILIZACION SISTEMATICA, es efectiva en el tratamiento psicológico en niños con fobias.
3. Los patrones de crianza son determinantes en el trato y cuidados del niño en la familia.

\*\*\*\*\*

## 1.2 HIPOTESIS

LA TECNICA CONDUCTUAL DE DESENSIBILIZACION SISTEMATICA, ES EFECTIVA PARA DAR TRATAMIENTO TERAPEUTICO ADECUADO EN CASOS DE TRAUMAS Y ALGUNAS FOBIAS, POR LO FUNCIONAL, POR LO BREVE EN SU TIEMPO Y EFECTIVA EN RESULTADOS.

### VARIABLE DEPENDIENTE:

Eliminación de fobias y traumas emocionales, toda persona que se encuentra padeciendo de una fobia trae como consecuencia alteraciones emocionales en el paciente, como ansiedad y angustia ante el objeto provocador de niveles de ansiedad, y esto afecta su esfera: personal, familiar y social.

## VARIABLE INDEPENDIENTE:

Tratamiento adecuado en la Desensibilización Sistemática todas aquellas acciones psicológicas encaminadas a lograr la estabilización emocional al eliminar los niveles de ansiedad por las fobias que padecen los pacientes, que les permitirán el logro de su bienestar psíquico, la técnica de Desensibilización Sistemática con orientación conductista unida a técnica de relajación muscular por medio de respiraciones profundas.

La manera como se midió la acción terapéutica fue a través de hojas de evolución que fueron llevadas durante sesiones de psicoterapia permitiéndose así conocer el proceso evolutivo del grupo en la superación de la sintomatología de ansiedad por medio del examen mental.

## INDICADORES:

### PROBLEMAS DE FOBIAS Y TEMORES

#### EMOCIONALES:

Temor  
Inseguridad  
Llanto  
Timidez  
Angustia

#### FISICOS:

Palidez  
Trastornos en el ritmo cardíaco  
Sudoraciones  
Disnea

## INDICADORES PARA LA TECNICA DE DESENSIBILIZACION SISTEMATICA:

### RELAJACION MUSCULAR:

Vá del sufrimiento de una tensión alta (daño, dolor, fatiga) hasta donde declina la tensión.

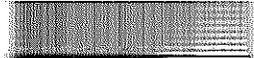
### JERARQUIAS DE MIEDOS:

Los miedos van en un orden descendente, del más temible al más débil.

### DESENSIBILIZACION:

El hábito se va declinando, hasta llegar finalmente a su extinción.

\*\*\*\*\*



30

## CAPITULO II

### 2. TECNICAS E INSTRUMENTOS

#### 2.1 TECNICAS:

##### -TECNICAS DE MUESTREO:

El grupo de pacientes se vió conformado por un muestreo no aleatorio, permitiendo evaluar pacientes de 6-12 años de ambos sexos.

Para la realización del presente informe se trabajó con una población de once pacientes, analizados del 20 de noviembre de 1,995 al 5 de febrero de 1,996 dependiendo el ingreso de cada quien y que presentaban algunas fobias, debido a experiencias traumáticas y que fueron hospitalizados en Sala de Pediatría del Hospital de Amatlán, con quienes se trabajó con tratamiento psicoterapéutico; aplicando primeramente la técnica de relajación muscular por medio de respiraciones profundas y la Técnica de Desensibilización Sistemática, haciendo un total de 6 sesiones por paciente y con duración desde 15, 20 y hasta 25 minutos por sesión; siendo los 11 pacientes quienes conforman la muestra poblacional del presente estudio.

##### TECNICAS DE RECOLECCION DE DATOS Y PROCEDIMIENTOS:

En primera instancia, se avocó al departamento de Pediatría del Hospital Nacional de Amatlán, para establecer la población con la cual se trabajó y que presentara las características necesarias en relación a los objetivos de nuestro estudio para estructurar el grupo de trabajo.

Se realizaron observaciones, durante la entrevista informática, así como también durante la aplicación de la técnica, se llevó un control de las observaciones (en hojas de evolución) de las sesiones de psicoterapia, con el fin de obtener información para conocer el desarrollo, evolución y crecimiento de los pacientes.

Las técnicas psicoterapéuticas utilizadas, tuvieron sustentación, teórico-práctica en la técnica conductista de Desensibilización Sistemática y auxiliándose con la técnica de relajación muscular a base de respiraciones profundas. Al aplicar el tratamiento terapéutico a los 11 casos, dió inicio con el rapport y construcción de jerarquías de miedos, respiraciones profundas, relajación de todo el cuerpo empezando por los pies, pantorrillas, muslos, estómago, hombros, cuello, brazos y cabeza; seguidamente la aplicación de la técnica de Desensibilización Sistemática con presentación de escenas; primero se presentó el estímulo provocador de respuesta de ansiedad, comenzando por lo más débil ya que éste es el principio de la técnica, hasta llegar a lo más fuerte; siendo en esta parte donde los nueve niños a quienes se les aplicó la técnica en cinco se observó la capacidad de responder al cambio (inhibición recíproca). Cuatro casos manejaron mucha resistencia, y dos a quienes no se les aplicó dicha técnica por observar salud inestable únicamente se hizo entrenamiento de respiraciones profundas. De donde tenemos que la técnica funcionó en 5, en 4 no funcionó y en 2 no se aplicó en forma total; los resultados de cada sesión se anotaban en las hojas de evolución.

## TECNICAS DE ANALISIS

Primeramente se conoció en cada niño sus USA (unidades subjetivas de ansiedad) a través de la adaptación del inventario de miedos diseñado por Joseph Wolpe, pero aplicado de manera oral por la salud inestable del paciente; conociendo USA al principio y al final. Se utilizaron hojas de evolución donde se llevó control del examen mental, analizando la condición previa al tratamiento como al final, pudiéndose conocer la evolución de casos.

2.2 Inicialmente se realizó una entrevista con los niños, conforme sus ingresos; y oportunamente se realizaron entrevistas con algunos padres de los niños seleccionados para nuestro estudio; recabamos información por medio de cuestionarios elaborados con anterioridad, para formar un cuadro de situación familiar y antecedentes del niño; se llevaron hojas de evolución para llevar control de las observaciones durante cada sesión. Se llevó revisión de expedientes del departamento de Estadística del Hospital, para recabar información adicional sobre edades, sexo y causa de ingresos de los niños durante los años 92, 93, 94 y 95 para sacar las estadísticas de la causa más común de ingresos de niños por maltrato activo o pasivo (negligencia o exposición a accidentes o ser víctimas de abuso físico).

## CAPITULO III

### PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Se trabajó con 11 pacientes, niños de ambos sexos, comprendidos entre las edades de 6-12 años; estos niños estaban hospitalizados por diversas lesiones, tomándose aquellos cuya lesión hubiera dejado en ellos fobia, hacia lo que produjo dicha lesión o hacia la persona.

Los problemas más relevantes fueron: ansiedad, hiperactividad, agresividad, negatividad, inseguridad, timidez, sentimientos de minusvalía, utilización de mecanismos de defensa (evasión, resistencia, negación etc.).

Durante el proceso de psicoterapia, se observó que las actitudes negativas disminuyeron y permitieron los siguientes logros: Disminución de la ansiedad y eliminación de algunas fobias sintiéndose el niño más relajado.

Para concluir, diremos que la técnica se aplicó a 9 pacientes de manera total y a los otros 2 de manera incompleta por salud inestable; el trabajo que se llevó a cabo fue satisfactorio ya que se pudo conocer el proceso por el cual atraviesa una persona con un cuadro de fobia, y cómo disminuye o se elimina. A continuación compartimos un análisis casuístico de nuestra población.

miento. Al conocer su jerarquía de miedos, el mayor temor o miedo es hacia la madre, siendo ella quién le ocasionó quemaduras que ameritaron su hospitalización. Se le evaluó observándose desconfiado, ansioso, evasivo, orientación normal, triste decaído. Al aplicarle tratamiento psicoterapéutico se procedió al entrenamiento de respiraciones profundas, relajación, aplicándose a partir de la 4ta. sesión las USAS descendieron, llegando en las últimas a 0.

#### ANALISIS FINAL:

En este caso la técnica de Descensibilización fue efectiva.

#### CASO 4

Paciente de sexo femenino, de 11 años de edad cronológica, pertenece a hogar integrado, profesa la religión católica, es la menor de cuatro hermanos, estudia quinto año de primaria. Al conocer su jerarquía de miedos manifiesta temor a objetos punsantes. Se hizo evaluación observándose ansiosa, triste, desesperada. El tratamiento se inició con rapport, seguidamente se practicaron respiraciones profundas, entrenamiento de relajación, manejando la paciente mucha ansiedad y resistencia.

#### ANALISIS FINAL:

En este caso la técnica no fué efectiva ya que únicamente se aplicaron respiraciones profundas y entrenamiento de relajación.

## CASO 5

Paciente femenino de 11 años de edad, estudia el 1er. año de primaria, pertenece a hogar desintegrado, hija única, es caso de madre soltera que atiende un trabajo y quedando su hija sola; y desamparada quien sufrió un accidente automovilístico que le causó lesiones que ameritaron su hospitalización. En su jerarquía de miedos encontramos miedo a los carros; al iniciarse el tratamiento se le evaluó ansiosa, indecisa, triste, decaída, juicio normal, orientación adecuada. Se hizo rapport, se practicaron respiraciones profundas, relajación y finalmente presentación de escenas imaginarias provocadoras de ansiedad. Observándose que a partir de la 3a. sesión las USAS descendieron.

### ANALISIS FINAL:

La técnica de Desensibilización Sistemática fué efectiva en este caso.

## CASO 6

Paciente de sexo femenino, de 11 años de edad cronológica, estudia 5to. año de primaria, pertenece a hogar desintegrado, es la mayor de 3 hermanos, vive al lado de una tía, donde después de tortear sufrió quemaduras de 2do. grado al hacer una explosión el comal ignorando que pudo suceder. La niña sufrió lesiones que ameritaron su hospitalización; al conocer su jerarquía de miedos manifiesta temor al fuego.

Durante la aplicación del tratamiento psicoterapéutico se evaluó mediante observaciones y entrevistas el estado mental observándose desesperada, triste, ansiosa, alerta, colaboradora y se practicaron respiraciones profundas.

Hasta la 5ta. sesión las USAS, no habían descendido.

#### ANALISIS FINAL:

En este caso la técnica de Desensibilización Sistemática no fué efectiva, por habernos encontrado con un caso de salud inestable.

#### CASO 7

Paciente de sexo masculino, de 10 años de edad cronológica, estudió únicamente 2do. año de primaria, pertenece a hogar integrado, pero tiene que trabajar para su propio sostenimiento, aquí se dá un caso de maltrato por negligencia desde el punto que los padres no cubren las necesidades básicas del niño, sufriendo este un accidente al destapar un tanque de gas propano ocasionándole quemaduras de 1er grado que ameritaron su hospitalización.

Según su jerarquía de miedos tiene temor al fuego. Al evaluarlo se observa alerta, juicio normal, ansioso, estado de ánimo apropiado, orientación normal, memoria reciente. Durante el proceso psicoterapéutico, se hizo entrenamiento de respiraciones profundas, relajación y aplicación de la Desensibilización Sistemática, pero hasta la 6a. sesión las USAS no habían descendido manejando mucha ansiedad y resistencia.

#### ANALISIS FINAL:

La técnica de Desensibilización Sistemática no dió resultados esperados.

#### CASO 8

Paciente de sexo femenino, de 12 años de edad cronológica, estudia el 5to. año de primaria, profesa la religión católica, no se pudo conocer información completa de la niña, por falta de comunicación con los parientes que no se lograron co-

nocer. Ingresó al hospital por quemaduras que sufrió al caerle agua caliente sobre el brazo, estómago y pierna en el lado derecho. Al conocer su jerarquía de miedos manifiesta tener miedo al fuego; al iniciarse el tratamiento psicoterapéutico se hizo exámen mental observándose alerta, afable, juicio normal, orientación adecuada, ansiosa, lenguaje coherente.

El tratamiento se inició con rapport, respiraciones profundas, ejercicios de relajación y se aplicó la Desensibilización Sistemática. Tenemos como resultado que a partir de la 2a. sesión las USAS descendieron llegando a 0 en la sexta sesión.

#### ANALISIS FINAL:

Aquí la técnica de Desensibilización Sistemática fue efectiva.

#### CASO 9

Paciente de sexo femenino de 6 años de edad cronológica, sin escolaridad y sin poder conocer mayor información de la niña, por no haberse podido conocer a los familiares. La niña fue ingresada al hospital, sufriendo quemaduras de 1er. grado ocasionadas según información de la niña, al intentar sacar una olla del fuego conteniendo "nixtamal", según su jerarquía de miedos la niña manifiesta miedo a la madre. El tratamiento psicoterapéutico se inició con rapport, se llevó a cabo la evaluación psicológica observándose ansiosa, ojos llorosos, juicio normal, aspecto general limpia, poco colaboradora; durante el tratamiento se practicaron respiraciones profundas, entrenamiento de relajación y aplicación de Desensibilización Sistemática, manifestando en todas las sesiones mucha resistencia, poca colaboración, hasta la 6ta. sesión las USAS no habían descendido.

#### ANALISIS FINAL:

La técnica de Desensibilización Sistemática al aplicarla en este caso, no se lograron los resultados esperados.

#### CASO 10

Paciente femenino de 6 años de edad cronológica, sin escolaridad, pertenece a hogar integrado, es la mayor de 3 hermanos; procede de area rural, profesa la religión católica, la familia se dedica a las labores campesinas. La paciente ingresó al hospital con quemaduras de 1er. grado en el estómago ocasionadas al caerle café caliente. Al conocer su jerarquía de miedos manifiesta la niña tenerle miedo al fuego. Durante la aplicación del tratamiento psicoterapéutico se hizo exámen mental observándose alerta, juicio normal, retraída, mutismo, actividad motora disminuída, negativismo, inaccesible. En este caso solamente se practicaron respiraciones profundas, porque no se logró aplicar la técnica.

#### ANALISIS FINAL:

La técnica de Desensibilización Sistemática, no dió resultados esperados porque no se logró aplicar.

#### CASO 11

Paciente de sexo masculino, de 10 años de edad cronológica, estudia 4to. año de primaria, pertenece a hogar integrado, es el 5to. de ocho hermanos, profesan la religión evangélica; procede de area rural donde la principal ocupación de la familia son las labores del campo.

Al conocer su jerarquía de miedos, el niño le tiene miedo a los perros. El tratamiento psicoterapéutico se inició con rapport, al evaluarlo se observa alerta, juicio normal, contento, accesible, ansioso, lenguaje coherente.

Se cuantificaron las USAS, se practicaron respiraciones profundas, entrenamiento de relajación y aplicación de Desensibilización Sistemática; observándose que a partir de la 3ra. sesión las USAS tuvieron descenso llegando a 0 en la sexta sesión.

#### ANALISIS FINAL:

En este caso la Descensibilización Sistemática fué efectiva, lograndose el éxito esperado.

CUADRO DE RESUMEN

Tx

SESIONES

CASO	SEXO	EDAD	EXPERIENCIA TRAUMÁTICA	ACTITUD DE INICIO	ACTITUD FINAL	UNIDADES SUBJETIVAS DE ANSIEDAD						
1	M	10	Mordedura de perro	Tiembla al ver perros	Tranquilo al tocar juguete asociado con un perro	10	10	10	8	0	0	0
2	M	9	Accidente que sufrió al caer de camión	Ansioso, decaído, indeciso.	Ansioso alerta, decaído.	Se practicaron respiraciones profundas						
3	M	11	Quemaduras en el muslo	Ansioso, evasivo, desconfiado.	Tranquilo, alegre colaborador.	10	10	10	5	0	0	0
4	F	11	Operación por apendicitis	Alerta, decaída, ansiosa	Alerta, decaída.	Respiraciones profundas y ejercicios de relajación.						
5	F	11	Atropellado por un carro	Ansioso, decaída.	Colaboradora contenida	10	10	5	0	0	0	0
6	F	11	Quemaduras en extremidades	Desesperada por dolor físico.	Desesperada, triste, apático.	Solo se practicaron respiraciones profundas.						
7	M	10	Quemadura en brazo, y cara	Ansioso, alerta, juicio normal.	Decaído, triste, ansioso.	10	10	10	10	10	10	10
8	F	12	Quemadura en brazo, estómago y pierna derecha.	Ansiosa, alerta.	Tranquila, colaboradora.	10	5	0	0	0	0	0
9	F	6	Quemadura pie derecho.	Ansiosa, triste, mutismo	Retraída, desconfiada.	10	10	10	10	10	10	10
10	F	6	Quemadura en estómago.	Triste, decaída, ansiosa.	Resistencia para trabajar	10	10	10	10	10	10	10
11	M	10	Caida en un barranco.	Ansioso, alerta.	Tranquilo, colaborador.	10	7	5	2	0	0	0

EFFECTIVIDAD

CASOS	SI	NO	OBSERVACIONES
1	X		Colaboró/ situación de salud estable.
2			En este caso no se aplicó la técnica, solamente respiraciones profundas, por mucho dolor de cabeza, y dificultad para relajarse.
3	X		Colaborador, salud estable, relajado.
4		X	Se practicaron respiraciones profundas y ejercicios de relajación, pero en este caso no funcionó la técnica, (mucho resistencia).
5	X		Colaborador, estable, contento.
6		X	No funcionó la técnica, paciente sufre dolores agudos.
7		X	No funcionó la técnica, paciente deprimido, ansioso, decaído.
8	X		Salud estable, tranquilo.
9		X	La técnica no funcionó positivamente, paciente ansioso, decaído.
10			No se aplicó la técnica, porque el paciente mostró mucha resistencia; deprimido, mutismo.
11	X		Relajado, contento, salud estable.

Se analizaron 11 casos, habiéndose aplicado la técnica en 9; funcionó en 5 y en 4 no; por lo tanto funcionó en un 55 o/o de los casos.

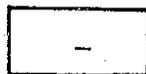
SE APLICO LA TECNICA D. S.

EFFECTIVIDAD

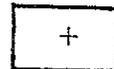
CASO	SI	NO	SI	NO
1	X		X	
2		X		
3	X		X	
4	X			X
5	X		X	
6	X			X
7	X			X
8	X		X	
9	X			X
10		X		
11	X		X	

	ACTITUDES	ESTADO DE ANIMO	DOLOR FISICO	ACTITUDES	ESTADO DE ANIMO	DOLOR FISICO
CASOS	AL PRINCIPIO			AL FINAL		
1	+	+	↑	+	+	↓
2	-	-	↑	-	-	↓
3	-	-	↑	+	+	↓
4	-	-	↓	-	-	↓
5	-	-	↑	+	+	↓
6	-	-	↑	-	-	↑
7	-	-	↑	-	-	↓
8	-	-	↑	+	+	↓
9	-	-	↑	+	+	↓
10	-	-	↑	-	-	↑
11	+	+	↑	+	+	↓

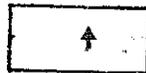
CUADRO DE REFERENCIA



NEGATIVO



POSITIVO



DOLOR FUERTE  
O INTENSO



DOLOR LEVE O NADA

## ANÁLISIS FINAL

En el trabajo realizado, la muestra fué de 11 casos de niños hospitalizados, a quienes se les aplicó la técnica de Desensibilización Sistemática, específicamente a niños que fueron ingresados por causas tanto físicas como emocionales, que dejara en ellos además de fobias, trastornos de conducta. Al hacer este análisis tenemos los casos 1 y 11:

Miedo a los perros;

Caso 1: Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, al ser evaluado se le observó alerta, estado de ánimo normal, orientación adecuada, accesible, colaborador. Según su jerarquía de miedos, le tiene miedo a los perros.

Caso 11: Paciente de sexo masculino, de 10 años de edad, alerta, juicio normal, orientación adecuada, accesible, ansioso, lenguaje coherente, ingresó al hospital por caída al huir de unos perros, su jerarquía de miedos: Miedo a los perros.

Se trabajó con los dos de manera independiente en distinta hora y fecha según los ingresos. Se inició el tratamiento terapéutico con rapport, entrenamiento de respiraciones profundas, relajación muscular, y aplicación de la técnica de Desensibilización Sistemática, observándose que a partir de las primeras sesiones descendieron sus unidades subjetivas de ansiedad, por lo que la técnica dió resultados esperados.

Los casos 2 y 10:

Miedo al vacío, miedo al fuego:

Caso 2: Paciente de sexo masculino de 9 años de edad, se le observó decaído, indeciso, ansioso, alerta, orientación adecuada, juicio normal, fué ingresado por haber sufrido golpes en la cabeza al caerse de un camión, al conocer su jerarquía de miedos el niño le tiene miedo al vacío.

Caso 10: Paciente de sexo femenino, de 6 años de edad, alerta, juicio normal, retraída, mutismo, actividad motora disminuída, negativismo, inaccesible; ingresó al hospital por haber sufrido quemaduras en el estómago al caerle café caliente, conociendo su jerarquía de miedos, le tiene miedo al fuego.

El tratamiento se hizo en distintas fechas y horas por los ingresos al hospital, iniciándose el tratamiento terapéutico con rapport y entrenamiento de respiraciones profundas; pero se trató de dos casos difíciles para el tratamiento, observándose manifestaciones de mucho dolor físico, poca colaboración y mucha resistencia; llegándose a la consideración que la técnica si hubiera sido efectiva en niños recuperados.

Los casos 3 y 9:

Miedo a la Madre:

Caso 3: Paciente de sexo masculino de 11 años de edad, desconfiado, evasivo, orientación normal, triste, decaído; al conocer su jerarquía de miedos, le tiene miedo a la madre quién le ocasionó quemaduras en las piernas.

Caso 9: Paciente de sexo femenino de 6 años de edad, ansiosa, ojos llorosos, juicio normal, poca colaboración, ingresó al hospital por haber sufrido quemaduras ocasionadas cuando intentaba sacar del fuego una olla con nixtamal caliente y encontrándose sola a la vez.

Se aplicó el tratamiento terapéutico en los dos casos pero independientemente por distintas fechas de ingreso, iniciándose con rapport, seguidamente entrenamiento de respiraciones profundas, relajación muscular y aplicación de la técnica de Desensibilización Sistemática, observándose éxito en uno de los casos.

Los casos 4 y 5:

Miedo a objetos punzantes y miedo a los carros:

Caso 4: Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, ansiosa, triste, desesperada, con temor a objetos punzantes, ingresó al hospital para ser atendida por intervención quirúrgica.

Caso 5: Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, ansiosa, indecisa, triste, decaída, juicio normal, orientación adecuada; fué ingresada al hospital por sufrir accidente automovilístico, al conocer su jerarquía de miedos, la niña le tiene miedo a los carros.

El tratamiento terapéutico se hizo en distintas fechas y en distintas horas, habiéndose iniciado con rapport, entrenamiento de respiraciones profundas, también en relajación muscular y presentación de escenas imaginarias provocadoras de respuestas de ansiedad, observándose que a partir de las primeras sesiones descendieron las unidades subjetivas de ansiedad, en uno de los casos, por lo que la técnica fué efectiva al lograrse resultados esperados.

Los casos 6, 7 y 8:

Miedo al fuego:

Caso 6: Paciente de sexo femenino de 11 años de edad, desesperada, triste, ansiosa, alerta, colaboradora, ingresó al hospital por haber sufrido quemaduras de 2do. grado al encontrarse torteando y el comal hizo una explosión, según su jerarquía de miedos la niña le tiene miedo al fuego.

Caso 7: Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, al evaluarse se observó alerta,, juicio normal, memoria reciente; el paciente ingresó al hospital por

sufrir quemaduras cuando destapó un tanque de gas propano, se conoció su jerarquía de miedos, donde el paciente le tiene miedo al fuego.

Caso 8: Paciente de sexo femenino de 12 años de edad, alerta, afable, juicio normal, orientación adecuada, ansiosa, lenguaje coherente; la paciente ingresó al hospital por haber sufrido quemaduras con agua caliente sobre brazo, estómago, y pierna del lado derecho. Se conoció su jerarquía de miedos, donde la niña le tiene miedo al fuego.

El tratamiento terapéutico se aplicó en los tres casos en distintas fechas y horas, iniciándose con rapport, respiraciones profundas, ejercicios de relajación y aplicación de la técnica de Desensibilización Sistemática, observándose a partir de la segunda sesión efectividad en uno de los casos, por lo que la aplicación de la técnica dió resultados esperados.

La hipótesis se comprueba, porque es una técnica efectiva para dar tratamiento terapéutico en casos de traumas y algunas fobias, por lo funcional, por la brevedad en su tiempo y efectiva en resultados.

Durante la realización del presente estudio se encontraron 2 situaciones: Una en donde los pacientes a pesar del sufrimiento por dolor físico prestaron colaboración por su salud inestable y manejaron mucha resistencia, finalizando el estudio donde nuestra experiencia como terapeutas, fue satisfactoria y comprobable.

## CAPITULO IV

### 4. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 4.1 CONCLUSIONES

1. Se acepta la hipótesis de investigación que dice: "La técnica conductual de Desensibilización Sistemática, es efectiva para dar tratamiento terapéutico adecuado en casos de traumas y algunas fobias, por lo funcional, por lo breve en su tiempo y efectiva en resultados", porque en un 55 o/o de los casos resultó efectiva.

2. En los casos de accidentes en los 4 años, trabajadas las estadísticas el 64o/o corresponde a los varones, por lo que se concluye que los varones están más expuestos a los accidentes; y en casos de enfermedad común encontramos el 60o/o en sexo masculino y el 40 o/o en sexo femenino.

3. La edad de los sujetos del presente estudio, el 82 o/o son escolares (entre 7 y 12 años), y el 18 o/o son preescolares (entre 0 y 6 años).

4. La causa más frecuente de ingreso al hospital de los niños y niñas, fueron las quemaduras.

5. De los 11 casos analizados, la técnica de Desensibilización Sistemática fué aplicado en 9 casos y en 2 no de manera total; de los 9 casos en que se aplicó la técnica, tenemos al final efectividad en 5 casos y en 4 no; por lo que la técnica funcionó en 55 o/o de los casos.

6. El factor dolor físico hizo que el paciente no colaborara, eso interfiere en la aplicación de la técnica de Desensibilización Sistemática y su efectividad.

7. De los casos atendidos el 45 o/o son de sexo masculino y el 55 o/o son de sexo femenino.

8. La técnica de Desensibilización Sistemática se aplicó en el 82 o/o de los casos y fué efectiva en 55 o/o de los sujetos; y en 45o/o no fué efectiva.

#### 4.2 RECOMENDACIONES

1. Legislar a favor de la niñez trabajadora para evitar accidentes laborales.
2. Establecer un programa que tenga como objetivo evitar accidentes domésticos y exposición de los niños a situaciones de peligro.
3. Aplicar la Técnica de Desensibilización Sistemática, fuera del hospital en donde el niño ya no tenga dolor físico que interfiera para su efectividad.

## BIBLIOGRAFIA

1. CLARIZIO, Harvey F. y George F. Mc. Coy. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA EN EL NIÑO. México, D.F. El Manual Moderno 1,992.
2. DE AJURIAGUERRA, J. MANUAL DE PSIQUIATRIA INFANTIL. Barcelona-México Edición MASSON, 1,983
3. DI GIORGI, Piero. EL NIÑO Y SUS INSTITUCIONES. Traducción Paulino García Moya. México, Roca, 1,977.
4. FINCH, Stuart M. FUNDAMENTOS DE PSIQUIATRIA INFANTIL' Buenos Aires, Ediciones Psique Argentina, 1,976.
5. KOLB, Lawrence C. PSIQUIATRIA CLINICA MODERNA. Sexta Edición en Español. Ediciones científicas La Prensa Médica Mexicana, S. A. de C. V. 1,989.
6. MARTINEZ, Roig A. y J. de Paul Ochotorena. MALTRATO Y ABANDONO DE LA INFANCIA. Martínez Roca, S. A. 1,993.
7. PAPALIA, Diane E. y Sally Wendkos Olds. PSICOLOGIA. Ediciones Mc. GRAW-HILL/ INTERAMERICANA DE MEXICO. S. A. de C. V.
8. RIEZGO, Bernal del. ERRORES EN LA CRIANZA DE LOS NIÑOS. Obeja negra.
9. UNICEF. Convención de los Derechos del Niño. Impreso por ALESGO.

10. WOLPE, Joseph. PRACTICA DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA. Impreso en México, Editorial Trillas. Sexta reimpresión enero de 1988.
11. YATES, Aubrey J. TERAPIA DEL COMPORTAMIENTO. Biblioteca Técnica de Psicología, México Editorial Trillas, Octava impresión febrero de 1987.

ANEXOS.

## GLOSARIO

**ANGUSTIA:** Sentimiento o afecto originado por el instinto de protección contra el peligro, que provoca una perturbación del ánimo elemental, en parte de un modo agudo y brusco y en parte en una forma lenta, continuada y atormentadora.

**CARACTERISTICA:** Carácter o propiedad típica de un objeto, de un individuo, de un proceso. Las características más generales de los fenómenos psíquicos (por ej., sentimientos, sensaciones) son la cualidad, la intensidad y la duración. Llamemos característica de la personalidad, a las disposiciones y modos de vivencia y de acción que se presentan con una cierta persistencia en un individuo.

**DESENSIBILIZACION SISTEMATICA:** Método para contrarrestar gradualmente los hábitos neuróticos de la respuesta de ansiedad.

**FOBIA:** (gr. phobos, miedo): violenta angustia, que aparece compulsivamente, ante determinados objetos o situaciones exteriores que realmente no presentan peligro.

**FRUSTRACION:** Vivencia de fracaso, de no consecución de lo que esperaba, de perjuicio, de injusticia.

**INCIDENCIA:** Número de casos que se producen en una comunidad.

**METODO:** (gr. methodos, camino hacia): procedimiento científico, efectuado siguiendo un plan, encaminado a la obtención de conocimientos científicos. En sentido amplio, manera de obtener un objetivo.

**ONTOGENIA:** Desarrollo del individuo.

**PERSONALIDAD:** Modo de ser individual, conjunto de todos los procesos y propiedades psíquicas de un hombre, que se manifiestan de modo mediato o inmediato.

**PSICOLOGIA:** Tiene muchas definiciones por ej., Chr. Wolf. "Ciencia del alma". Rohrer: "Psicología es la ciencia que estudia los procesos y estados conscientes y sus causas y efectos", o la de Pauli: "La Psicología es la ciencia de los procesos vitales subjetivos, que se asocian siguiendo leyes".

**PSICOTERAPIA:** Las formas no médicas de tratamiento, usan las palabras y las conductas, como herramientas en lugar de recetas y bisturíes. Los psicoterapeutas, no provocan cambios fisiológicos en los cuerpos de sus pacientes.

**SINDROME:** (gr. dromos, curso): conjunto de síntomas (o de síntomas y signos), que se observan en una enfermedad.

**TECNICA:** Conjunto de reglas de sistematización, mejoramiento, facilitación y seguridad en el trabajo.

**TRAUMA:** Herida, lesión, contusión. Trauma Psíquico: vivencia que aparece de modo brusco y afecta profundamente al individuo. Muchas veces es breve, pero puede ser de larga duración. Se trata de vivencias de espanto, angustia, gran repugnancia, etc., que dejan consecuencias persistentes, como neurósis, desarrollo neurótico, deformación caracterial, etc. Neurosis- Psicosis traumática aguda.

**USA:** Unidades subjetivas de ansiedad.

HOSPITAL DE AMATITLAN

DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA

HOJA DE EVOLUCION

NOMBRE

EXPEDIENTE No. \_\_\_\_\_

FECHA

EXAMEN MENTAL RAPPORT

\*\*\*\*\*

CUESTIONARIO

1. Cómo es la relación de la familia con el niño?
2. Con quien vive el niño?
3. A quién quiere más el niño, y que parentesco tiene con él?
4. Que actividad realiza el niño, tanto en la casa como fuera?
5. Cómo se maneja el niño en la casa, contento, agresivo, etc.?

6. Quienes cuidan del niño dentro y fuera de la casa?
7. Quién trabaja para el sostén del niño, y desde cuando?
8. Quién o quienes se encargan de corregir las faltas del niño?
9. Dónde se maneja más el niño, dentro o fuera del hogar?
10. Con quién de los padres, pasa más tiempo el niño?
11. Cuantas veces al año se enferma el niño y de qué?
12. De que se queja el niño continuamente?
13. Durante las horas del día y de la noche, con quienes o donde pasa más tiempo el niño?
14. Quién es la persona encargada de preparar los alimentos al niño?
15. Quién se encarga de la limpieza del niño?

16. Qué faltas comete frecuentemente el niño dentro y fuera del hogar?
17. Cuales eran las mayores faltas que cometía antes el niño?
18. Cómo le gusta permanecer al niño, limpio o sucio?
19. Cómo se muestra el niño en casa, activo o lento?
20. A qué le tiene miedo el niño y porqué?

## ANAMNESIS

### I. DATOS GENERALES

1. EDAD \_\_\_\_\_ 2. SEXO \_\_\_\_\_ 3. ESCOLARIDAD \_\_\_\_\_  
4. PROCEDENCIA \_\_\_\_\_

### II. MOTIVO DE CONSULTA: (situación traumática)

### III. HISTORIA PERSONAL:

#### A. Período Prenatal:

01. Edad de los padres al embarazo: la madre \_\_\_\_\_ el padre \_\_\_\_\_  
02. Embarazos anteriores: \_\_\_\_\_ 03. Abortos \_\_\_\_\_  
04. Durante el embarazo, hubo amenazas de aborto? \_\_\_\_\_  
05. Cual fué la reacción de los padres ante el embarazo? (deseado o nó)  
06. Hubo control prenatal? \_\_\_\_\_ 07. Médico \_\_\_\_\_ 08. Comadrona \_\_\_\_\_  
09. Cómo se alimentó la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_  
10. Usó algún medicamento? \_\_\_\_\_ 11. Cúal? \_\_\_\_\_  
12. Usó drogas? \_\_\_\_\_ 13. Cuales? \_\_\_\_\_  
14. Cigarrillos? \_\_\_\_\_ 15. Bebidas alcohólicas \_\_\_\_\_ 16 Cantidad \_\_\_\_\_  
17. Padeció alguna enfermedad durante el embarazo? \_\_\_\_\_ Rubeola,  
infecciones, otras?: \_\_\_\_\_  
18. Hubo problemas emocionales durante el embarazo? \_\_\_\_\_
-

19. Actividad cotidiana de la madre durante el embarazo? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

20. Duración del embarazo? \_\_\_\_\_ Observaciones \_\_\_\_\_

**B. PERIODO PERINATAL:**

21. Dónde fué atendido el parto? \_\_\_\_\_

22. Quién atendió el parto? \_\_\_\_\_

23. Cuanto duró la labor? \_\_\_\_\_ 24. Se usó forceps? \_\_\_\_\_

25. Hubo llanto espontáneo? \_\_\_\_\_ (Asfixia, se puso "moradito") \_\_\_\_\_

26. Nació amarillo? \_\_\_\_\_ 27. En qué posición? \_\_\_\_\_

28. Cuánto pesó al nacer? \_\_\_\_\_ 29. Cuanto midió? \_\_\_\_\_

30. Otras complicaciones durante el parto: Cuáles? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. PERIODO POSTNATAL:**

31. Cuánto permaneció el niño en el hospital al nacer? \_\_\_\_\_

32. Se le dió pecho? \_\_\_\_\_ 33. Hasta que edad? \_\_\_\_\_

34. Si no le dió o suspendió, por qué razón? \_\_\_\_\_

35. Si se le dió otra leche, hasta que edad? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

36. A qué edad se inició con alimentos sólidos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

37. Cuáles fueron sus primeros alimentos sólidos? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

38. Cómo fué su sueño durante los primeros meses de vida? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

39. Horario en que dormía: \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**D. DESARROLLO NEUROPSIQUICO:**

**a. Desarrollo motor:**

A qué edad alcanzó cada una de las siguientes habilidades motoras:

01. Sostuvo la cabeza \_\_\_\_\_ 2. Volteó el cuerpo \_\_\_\_\_ 3. Se sentó \_\_\_\_\_

04. Gateo \_\_\_\_\_ 05. Caminó con ayuda \_\_\_\_\_ 06. Caminó sin ayuda \_\_\_\_\_

07. Subió gradas \_\_\_\_\_ 08. Corrió \_\_\_\_\_ 09. Saltó \_\_\_\_\_ 10. Pintó \_\_\_\_\_

11. Rayas \_\_\_\_\_ 12. Dibujó garabatos \_\_\_\_\_

13. Mano que utiliza más \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

**b. Control de esfínteres:**

01. A que edad avisó para orinar? \_\_\_\_\_ 02. Defecar \_\_\_\_\_

03. Que métodos utilizó para que avisara? \_\_\_\_\_

04. Si el niño es mayor de cuatro años y no controla esfínteres indague todas las características de la afección y anótelas \_\_\_\_\_

**c. Lenguaje:**

A qué edad alcanzó cada una de las siguientes habilidades verbales:

01. Sonrió por primera vez \_\_\_\_\_ 02. Gorgéo \_\_\_\_\_ 03. Vocalizó \_\_\_\_\_

04. Habló \_\_\_\_\_ 05. Dijo frases \_\_\_\_\_ 06. Oraciones \_\_\_\_\_

07. Siguió instrucciones \_\_\_\_\_

OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_

d. Sueño:

01. A que hora acostumbra dormirse el niño? \_\_\_\_\_  
02. A que hora acostumbra levantarse? \_\_\_\_\_  
03. Se duerme sin dificultades? \_\_\_\_\_ 04. Duerme tranquilo? \_\_\_\_\_  
05. Con quién duerme? \_\_\_\_\_ 06. Despierta asustado? \_\_\_\_\_  
07. Habla dormido? \_\_\_\_\_ 08. Rechina los dientes mientras duerme? \_\_\_\_\_  
09. Se levanta dormido? \_\_\_\_\_ 10. Se mece o cabecea antes de dormirse? \_\_\_\_\_  
OBSERVACIONES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

e. Alimentación:

01. Comidas que prefiere \_\_\_\_\_  
02. Comidas que rechaza \_\_\_\_\_  
03. Come mucho \_\_\_\_\_ 04. Come poco \_\_\_\_\_  
05. Con quienes come y a que hora? \_\_\_\_\_  
06. Refacciona en la escuela? \_\_\_\_\_  
07. Ingiere alguna otra cosa o substancia que no sea propiamente alimento? \_\_\_\_\_  
08. Otras características en la alimentación del niño: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

f. Salud:

- 01 Vacunas que se le han puesto:
- |                   |                      |
|-------------------|----------------------|
| - Sarampión _____ | - Poliomiéltis _____ |
| - Difteria _____  | - Tosferina _____    |
| - Tétano _____    | - Rubeola _____      |
| - Paperas _____   | - BCG _____          |
| - Tifoidea _____  |                      |

02. Enfermedades que ha padecido:

- |                    |                        |
|--------------------|------------------------|
| - Sarampión _____  | - Poliomiélfitis _____ |
| - Difteria _____   | - Tosferina _____      |
| - Varicela _____   | - Rubeola _____        |
| - Paperas _____    | - Tifoidea _____       |
| - Bronquítis _____ |                        |

03. Otras enfermedades padecidas: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

04. Ha sido hospitalizado? \_\_\_\_\_ Razón: \_\_\_\_\_  
Por cuanto tiempo? \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

05. Golpes fuertes que haya sufrido: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

06. Antecedentes familiares de salud: (Enfermedades padecidas por  
padres u otros familiares: Cardiopatías, Diabetes, Cáncer, Sífilis etc.)  
\_\_\_\_\_

07. Algún pariente ha presentado enfermedad mental o conducta anor-  
mal? \_\_\_\_\_



03. Algún miembro de la familia se ha ido o fallecido?\_\_\_\_\_ -  
- Quién?\_\_\_\_\_ cuando?\_\_\_\_\_ motivo -\_\_\_\_\_ -  
-Cuál ha sido la reacción del grupo familiar y especialmente la del niño?\_\_\_\_\_ -
04. Se ha integrado recientemente algún miembro a la familia y cómo ha influido en ella:\_\_\_\_\_ -
05. De qué manera colabora el niño con los oficios de la casa?\_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
06. De qué manera corrige la familia las fallas del niño?\_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
07. De qué manera premian las acciones del niño?\_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
08. Cómo ven los padres el comportamiento del niño dentro de la familia?\_\_\_\_\_ -
- Observaciones:\_\_\_\_\_ -  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### GENOGRAMA

## V. HISTORIA ESCOLAR

- A que edad y en que año asistió por primera vez a la escuela? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cuál fué su reacción? (fué a gusto, se resistió o tuvo dificultades de adaptación). \_\_\_\_\_
- Cómo ha sido su rendimiento escolar? \_\_\_\_\_
- Ha repetido grados? Cuáles: \_\_\_\_\_
- Motivo de repitencia: \_\_\_\_\_
- Cómo ha sido la relación del niño con sus maestros? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cómo ha sido la relación del niño con sus compañeros de clase? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Cómo es su comportamiento en el recreo? \_\_\_\_\_
- Juega sólo? \_\_\_\_\_ con niños mayores? \_\_\_\_\_
- con el grupo de su clase? \_\_\_\_\_ con niños menores? \_\_\_\_\_
- Riñe o pelea con otros niños de la escuela? \_\_\_\_\_
- Ha tomado cosas que no son de él? \_\_\_\_\_
- Cumple con sus tareas? \_\_\_\_\_
- Dice ir a la escuela y en realidad no asiste? \_\_\_\_\_
- Falta con frecuencia a la escuela? \_\_\_\_\_
- Si ha sido castigado, por qué motivo? \_\_\_\_\_
- Si ha sido expulsado, por qué motivo? \_\_\_\_\_
- Si ha sido cambiado de escuela, por qué motivo? \_\_\_\_\_
- Qué materias le gustan más? \_\_\_\_\_

- Qué materias se le dificultan? \_\_\_\_\_
- Participa en algún equipo deportivo u otro grupo en la escuela? \_\_\_\_\_
- Cómo premia o castiga la familia el rendimiento escolar del niño? \_\_\_\_\_

Observaciones: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## VI. PERFIL SOCIAL

01. Cómo es la relación del niño con las demás personas? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
02. Qué juegos le gustan? \_\_\_\_\_
03. Prefiere jugar: con niños mayores \_\_\_\_\_ con niños menores \_\_\_\_\_  
con niños de su edad \_\_\_\_\_ del otro sexo \_\_\_\_\_
04. Animales que le agradan: \_\_\_\_\_
05. Animales que le desagradan: \_\_\_\_\_
06. Prefiere estar solo \_\_\_\_\_ acompañado \_\_\_\_\_
07. Cómo se comporta dentro de un grupo? \_\_\_\_\_
08. Cómo es su relación en el vecindario? \_\_\_\_\_
09. Le gusta ir a reuniones sociales? \_\_\_\_\_
10. Qué diversiones le gustan? \_\_\_\_\_
11. Participa en grupos de alguna clase? \_\_\_\_\_
12. Independencia personal: se baña por si mismo: \_\_\_\_\_  
se viste solo \_\_\_\_\_ se amarra los zapatos \_\_\_\_\_ se sirve sus alimentos \_\_\_\_\_  
come por su cuenta \_\_\_\_\_

B. EXAMEN MENTAL: - \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ACCIDENTES POR AÑO					
ACCIDENTES	1,992	1993	1994	1995	TOTAL
Trauma o fractura	70	54	55	53	232
Quemaduras	33	46	32	45	156
Caídas	36	01	00	00	037
Heridas	09	18	17	18	052
Lesiones	06	06	02	02	016
Accidentes	12	54	43	18	127
<b>TOTALES</b>	<b>166</b>	<b>179</b>	<b>149</b>	<b>136</b>	<b>630</b>

CAUSAS BASICAS DE ENFERMEDAD COMUN POR AÑO

CAUSAS SELECCIONADAS	1992	1993	1994	1995	TOTALES
Síndrome diarreico	87	87	60	61	295
Deshidratación	09	21	10	01	041
Bronconeumonía	67	68	61	58	254
I. R. S.	07	07	06	01	021
Escarlatina	02	01	00	00	003
Anemia	10	20	13	06	049
Conjuntivitis	05	00	00	00	005
Bronquítis	02	00	02	00	004
Neumonía Basal	12	11	10	14	047
Desnutrición	04	00	00	00	004
Asma Bronquial	04	11	01	07	023
Gastroenterocolitis	02	00	00	03	005
Urticaria	00	00	01	00	001
Amebiásis	25	33	29	12	099
Amigdalitis	01	00	01	00	002
Hipertensión	08	09	04	00	021
Infección Urinaria	16	37	23	11	087
Infección Intestinal	00	01	00	00	001
Otitis Media	01	00	02	01	004
Intoxicación por Medic.	01	00	02	00	003
Parasitismo	03	02	00	00	005
Crísis Asmática	03	00	00	00	003
Vómitos	01	00	00	01	002
Apendicitis	02	00	03	00	005
Síndrome de Mal Trat.	01	00	00	00	001
Broncoespasmo	01	00	00	00	001
Síndrome de abandono	00	01	00	00	001
TOTALES	274	309	228	176	987