

MINISTERIO DE SALUD
DIRECCIÓN GENERAL DE EXTENSIÓN Y CALIDAD DE LA ATENCIÓN

Normativa — 033

**Guía para la atención psicológica de niños, niñas y
adolescentes con VIH**

MANAGUA, NOVIEMBRE- 2009

N
WS
460
0537
2009

Nicaragua. Gobierno de Reconciliación y Unidad Nacional
Ministerio de Salud. Dirección General de Extensión y
Calidad de la Atención. **Guía para la atención psicológica de
niños, niñas y adolescentes con VIH** / Dirección Superior del
Ministerio de Salud. Dirección General de Servicios de Salud
Dirección de Normación. Managua: MINSA, Nov. 2009

85 p.; ilus; tab

(Normativa 033, contiene Acuerdo Ministerial No. 327- 2009)

1. Depresión Infantil (Descriptor Local)
2. Niños Huérfanos-VIH (Descriptor Local)
3. Factores de Riesgo
4. Infecciones por VIH
5. Atención Psicosocial a la Niñez y la Adolescencia-VIH (Descriptor Local)
6. Trastornos Psicológicos de niños, niñas y Adolescentes-VIH (Descriptor Local)
7. Atención al Enfermo VIH-SIDA (Descriptor Local)
8. Evaluación psicológica niños, niñas y Adolescentes con VIH (Descriptor Local)

Ficha Bibliográfica elaborada por la Biblioteca Nacional de Salud
© MINSA - 2010

Créditos

Autoridades del Ministerio de Salud.

Dr. Guillermo González	Ministro de Salud
Lic. Nora Orozco	Vice Ministra de Salud.
Dr. Enrique Beteta	Secretario General
Dr. Carlos Jarquín	Dirección General de Servicios de Salud
Dra. Clelia Valverde	Dirección de Normación, DGSS
Dra. Juana Ortega	Dirección General de Regulación Sanitaria

Equipo Técnico.

Dra. Aurora Soto	Componente ITS/VIH/Sida
Dr. Guillermo Gosebruch	Salud Mental, MINSA Central
Dra. Nancy González	Componente ITS/VIH/Sida
Lic. Karla Salazar	Jefa departamento de Psicología, HIMJR
Lic. Ingellman Ramírez	Departamento de Psicología, HIMJR
Lic. Jessica Tercero	Departamento de Psicología, HIMJR
Dra. Mariángeles Pérez	Jefa servicio de infectología, HIMJR
Lic. Patricia González	Fundación Xochiquetzal
Lic. Virginia Ramos	Jefa de enfermería, HIMJR.
Dra. Sheyla Silva	Servicio de infectología, HIMJR

ASISTENCIA TÉCNICA

Dra. Marcia Castillo	Consultora UNICEF
Dr. Fernando Lazcano	UNICEF
Dra. María Delia Espinoza	UNICEF

REVISIÓN TÉCNICA

Dr. José Ramón Espinoza	Especialista en VIH y Sida, UNICEF
-------------------------	------------------------------------



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN

Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 327-2009

ACUERDO MINISTERIAL
No. 327 - 2009

GUILLERMO JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Ministro de Salud, en uso de las facultades que me confiere la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 102 del tres de Junio de mil novecientos noventa y ocho; el Decreto No. 25-2006 "*Reformas y Adiciones al Decreto No. 71-98, Reglamento de la Ley No. 290, "Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo"*", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 91 y 92 del once y doce de Mayo, respectivamente, del año dos mil seis; la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", publicada en La Gaceta, Diario Oficial, No. 91 del diecisiete de mayo del año dos mil dos; el Decreto No. 001-2003 "*Reglamento de la Ley General de Salud*", publicado en La Gaceta, Diario Oficial, Nos. 7 y 8 del diez y trece de Enero del año dos mil tres, respectivamente.

CONSIDERANDO

I

Que la *Constitución Política de la República de Nicaragua*, en su arto. 59 partes conducentes, establece que: "Los nicaragüenses tienen derecho, por igual, a la salud. El Estado establecerá las condiciones básicas para su promoción, protección, recuperación y rehabilitación. Corresponde al Estado dirigir y organizar los programas servicios y acciones de salud".

II

Que la Ley No. 290 "*Ley de Organización, Competencia y Procedimientos del Poder Ejecutivo*", en su arto. 26, incisos b), d) y e), establece que al Ministerio de Salud le corresponde: b) Coordinar y dirigir la ejecución de la política de salud del Estado en materia de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud; d) Organizar y dirigir los programas, servicios y acciones de salud de carácter preventivo y curativo y promover la participación de las organizaciones sociales en la defensa de la misma; y e) Dirigir y administrar el sistema de supervisión y control de políticas y normas de salud."

III

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", en su Artículo 1, Objeto de la Ley, establece que la misma tiene por objeto "tutelar el derecho que tiene toda persona de disfrutar, conservar y recuperar su salud, en armonía con lo establecido en las disposiciones legales y normas especiales, y que para tal efecto regulará: a) Los principios, derechos y obligaciones con relación a la salud; y b) Las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud".



MINISTERIO DE SALUD





Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Una Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 327-2009

IV

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", en su Artículo 2, Órgano Competente, establece que "El Ministerio de Salud es el órgano competente para aplicar, supervisar, controlar y evaluar el cumplimiento de la presente Ley y su Reglamento; así como para elaborar, aprobar, aplicar, supervisar y evaluar normas técnicas, formular políticas, planes, programas, proyectos, manuales e instructivos que sean necesarios para su aplicación."

V

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*", en su Artículo 4, Rectoría, señala que: "Corresponde al Ministerio de Salud como ente rector del Sector, coordinar, organizar, supervisar, inspeccionar, controlar, regular, ordenar y vigilar las acciones en salud, sin perjuicio de las funciones que deba ejercer frente a las instituciones que conforman el sector salud, en concordancia con lo dispuesto en las disposiciones legales especiales"; y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 19, numeral 17, establece: "Artículo 19.- Para ejercer sus funciones, el MINSa desarrollará las siguientes actividades: 17.- Elaborar las políticas, planes, programas, proyectos nacionales y manuales en materia de salud pública en todos sus aspectos, promoción, protección de la salud, prevención y control de las enfermedades, financiamiento y aseguramiento."

VI

Que la Ley No. 423 "*Ley General de Salud*" en su Artículo 32, establece que: "La atención en salud de la mujer, la niñez y la adolescencia será de acuerdo al Programa de Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia del Ministerio de Salud" y el Decreto No. 001-2003, "Reglamento de la Ley General de Salud", en su Arto. 211 establece: "Artículo 211.- De la Atención Integral a la Mujer, la Niñez y la Adolescencia.- La atención a la mujer, la niñez y la adolescencia se proveerá según lo dispuesto en los programas de atención integral a los grupos poblacionales de acuerdo a su ciclo de vida, según manuales y demás disposiciones complementarias."

VII

Que el presente Acuerdo Ministerial tiene como objetivo fortalecer las habilidades de las y los profesionales y técnicos de la salud en la atención a la niñez, y adolescencia afectados por el VIH / Sida y sus familias, garantizando que la misma sea de calidad.



**PODER
CIUDADANO**
*Nicaragua
Gana con Voz!*

MINISTERIO DE SALUD



Gobierno de Reconciliación
y Unidad Nacional

El Pueblo, Presidente!

2009: AÑO 30 DE
LA REVOLUCIÓN
Viva Nicaragua Libre!

Acuerdo Ministerial No. 327-2009

Por tanto, esta Autoridad,

ACUERDA

PRIMERO: Se aprueba el documento denominado "Guía para la Atención Psicológica de Niños, Niñas y Adolescentes con VIH", el cual forma parte integrante del presente Acuerdo Ministerial.

SEGUNDO: Se designa a la Dirección General Extensión y Calidad de la Atención, para que dé a conocer el presente Acuerdo Ministerial y el referido documento a los directores de establecimientos de salud públicos y privados, que brindan atención psicológica a niños, niñas y adolescentes con VIH.

TERCERO: El presente Acuerdo Ministerial entrará en vigencia a partir de su firma.

Comuníquese el presente, a cuantos corresponda conocer del mismo.

Dado en la ciudad de Managua, a los once días del mes de Noviembre del año dos mil nueve.

MINISTERIO
DE SALUD

GUILLERMO JOSÉ GONZÁLEZ GONZÁLEZ
MINISTRO DE SALUD



MINISTERIO DE SALUD

GLOSARIO.

1. **Ansiedad por separación:** Temor irracional que sienten algunos niños y niñas de apartarse de sus padres (o de uno de ellos), debido a la preocupación de lo que sucederá a sus padres o a ellos (as) mismos durante la ausencia.
2. **Aprestamiento escolar:** preparación que requieren la niñez para adquirir las habilidades básicas (lingüísticas, psicomotoras y sociales) para el aprendizaje formal (lectura, escritura, etc.)
3. **Atrofia:** Disminución en el tamaño de un órgano o tejido desarrollado normalmente. Pérdida, deterioro o disminución gradual de volumen.
4. **Cognitivo:** Proceso mental por medio del cual comprendemos el mundo procesamos información, elaboramos juicios, tomamos decisiones y comunicamos nuestros conocimientos a los demás.
5. **Cuidadores:** son todas las personas que pueden asumir un rol parental con los niños, niñas y adolescentes.
6. **Déficit atencional e hiperactividad:** incapacidad para centrar la atención junto con un patrón de conducta impulsiva, que no se podría esperar del nivel de desarrollo en la niñez.
7. **Desarrollo cognitivo:** proceso mediante el cual cambia la comprensión del mundo por parte de la niñez en función de su edad y su experiencia.
8. **DSM IV-TR:** siglas en inglés para “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos” Versión IV.
9. **Encefalopatía:** cualquier enfermedad degenerativa del encéfalo.
10. **Esquizofrenia:** uno de los trastornos psiquiátricos más graves ya que supone alteraciones a nivel afectivo, cognitivo (alucinaciones y delirios) e interpersonal. Conjunto de trastornos caracterizados por una grave distorsión de la realidad, que produce un comportamiento antisocial- ridículo u obsceno-, alucinaciones y perturbaciones del movimiento.
11. **Estigmatización:** asignación de percepciones negativas a una persona debido a la percepción de diferencias respecto del conjunto de la población, puede producirse sobre la base del aspecto físico (lo que incluye raza o sexo), enfermedad mental o física o de varias otras cualidades.
12. **Funcionamiento premórbido:** comportamientos típicos (cogniciones, afectos y conductas) de las personas en el período previo al desarrollo de un trastorno mental.
13. **Hipocondría:** trastorno somatoforme en el que la persona interpreta síntomas insignificantes como signos de una enfermedad grave sin que exista evidencia orgánica alguna de dicha enfermedad.

14. **Juego de gran actividad motriz:** actividades que desarrollan la coordinación y equilibrio de distintas partes del cuerpo: correr, saltar, trepar, pedalear, lanzar y atrapar objetos, subir y bajar escaleras, arrastrarse, danzar, nadar, etc.
15. **Juego sensorial y de habilidad manual:** tiene que ver con la manipulación de objetos por lo que contribuye al conocimiento de éstos y a la adquisición de las destrezas básicas para el posterior aprendizaje escolar, sobre todo, los trazos de la escritura.
16. **Juego simbólico:** estimula la toma de conciencia del mundo real, la imaginación, la imitación de la conducta de los adultos y favorece la asimilación y superación de experiencias dolorosas.
17. **Logopeda:** especialista en el tratamiento de los trastornos del lenguaje.
18. **Morbilidad psiquiátrica:** proporción de personas que presentan trastornos mentales en un sitio y tiempo determinado.
19. **Negativismo desafiante:** empieza a la edad de ocho años y se caracteriza por conductas negativas y falta de voluntad de aceptar la autoridad de otros. Con frecuencia, se desarrolla en un trastorno de la conducta o del estado de ánimo.
20. **Neuropsiquiatría:** rama de la ciencia de la salud que combina la neurología y la psiquiatría.
21. **Pensamientos subyacentes:** ideas o atribuciones que se encuentran en la base de sentimientos y emociones no placenteras (tristeza, enojo, etc.) y que es necesario conocer, analizar y modificar para lograr el alivio psicológico.
22. **Plasticidad:** la capacidad que tienen los niños y niñas para modificar su personalidad, la cual es mayor comparada con la que tienen los adultos.
23. **Psicodrama:** Método de terapia de grupo en el cual las personas representan sus respuestas emocionales en situaciones que consideran difíciles y, además, practican roles nuevos y constructivos.
24. **Psicopatología:** rama de la medicina que trata las causas y los procesos de los trastornos mentales. Conducta o actividad mental anómala o de mala adaptación.
25. **Psicopatología externalizada:** trastornos psicológicos que se caracterizan por el efecto que producen en el entorno social inmediato (familia, escuela), siendo los más comunes la hiperactividad, los problemas de conducta como la agresividad y el trastorno disocial.
26. **Psicopedagogía:** rama de la psicología que se ocupa de los aspectos psicológicos relacionados con el aprendizaje escolar.
27. **Psicosocial:** perteneciente tanto a los aspectos psíquicos como a los sociales.
28. **Psicoterapia:** término general que se refiere a las atenciones psicológicas, verbales y expresivas utilizadas para el tratamiento de la conducta incompatible. El paciente trata de resolver los conflictos internos y modificar su

comportamiento mediante intercambios verbales con el terapeuta y otras actividades.

29. **Rapport:** es la afinidad que se establece entre el profesional de la salud y el paciente, de modo que este último esté dispuesto a regresar a sesiones posteriores.
30. **Seropositividad:** resultado positivo en las pruebas serológicas (determinación de anticuerpos en suero de enfermedades infecciosas).
31. **Somatización:** síntomas orgánicos (en varios sistemas) que aquejan a una persona a consecuencia de problemas emocionales no resueltos (ansiedad, depresión, estrés, etc.).
32. **Terapia antirretroviral:** administración de un conjunto de medicamentos que interrumpen la replicación del VIH, ayuda al restablecimiento del sistema inmunológico, reduce la ocurrencia de infecciones oportunistas y ayuda a mejorar la calidad y la esperanza de vida de las personas con VIH.
33. **Terapia de crisis:** tratamiento breve y de urgencia cuyo fin es aliviar los síntomas del paciente, ayudarlo a encontrar soluciones y restablecer el ajuste anterior a la crisis.
34. **Transmisión vertical o perinatal:** transmisión del virus de una embarazada con VIH a su recién nacido (a). Se puede producir durante el embarazo, el parto y el puerperio.

Contenido

I.	INTRODUCCION.....	12
II.	EPIDEMIOLOGIA.....	13
III.	OBJETIVOS.....	15
IV.	POBLACIÓN DIANA Y POBLACION A APLICAR EL MANUAL.....	15
V.	DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD.....	16
VI.	PRINCIPALES TRASTORNOS PSICOLÓGICOS DE LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH.....	21
VII.	ACTIVIDADES A REALIZAR.....	24
VIII.	PROCEDIMIENTOS.....	28
IX.	TRATAMIENTO.....	36
X.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
	ANEXOS.....	84

I. INTRODUCCION

El Ministerio de Salud de Nicaragua ha preparado el “Manual para la atención psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH y afectados por el VIH y Sida” con el objetivo de proporcionar a las y los profesionales de la psicología, salud mental y de la salud información, herramientas y orientaciones que faciliten la atención a la niñez y adolescencia con VIH y afectada por el sida.

Una de las repercusiones más adversas y difíciles de la epidemia de VIH es el número creciente de niños y niñas afectados por la enfermedad; cuyas vidas han sido afectadas en forma radical por los efectos de la enfermedad sobre sus familias, escuelas, comunidades y sistemas de salud. La reacción ante ésta situación es variable, pero tienen en común sensibilidad y fortaleza.

El VIH y el sida destruyen en forma gradual los vínculos humanos básicos que son necesarios para el desarrollo de los niños, niñas y adolescentes y la vida familiar normales. Los niños afectados por el VIH y sida experimentan miedo y ansiedad frente a la enfermedad de sus padres, y más tarde se enfrentan al trabajo de duelo que implica su muerte.

La comprensión de los factores que inciden en la salud mental de niños, niñas y adolescentes, en particular, los que afectan a quienes tienen VIH, es de crucial importancia para que los profesionales puedan realizar una evaluación psicológica que les permita establecer un diagnóstico acertado que especifique el tipo de trastorno, los factores que los determinan, así como las fortalezas personales, familiares y sociales con las que se cuenta para promover los cambios que sean necesarios a fin de mejorar su bienestar, su salud mental y la de su familia.

Por ello la atención psicosocial a estos niños, niñas y adolescentes es, no solo indispensable, sino una obligación de todos los actores sociales, sobre todo las instituciones del estado, pues ello sería la garantía del acceso a una vida con mayor dignidad para ellos(as) y sus familias.

Es importante considerar en el abordaje psicológico de la niñez y adolescencia con VIH de la Costa Caribe de Nicaragua la diversidad cultural y cosmovisión que se tiene sobre el problema. El profesional debe respetar las creencias culturales y no demostrar ninguna actitud de burla o discriminación.

Además para las intervenciones se deberán de considerar la dispersión geográfica, la dificultad en el acceso, la actitud pasiva de la población producto de la situación de pobreza y exclusión social en que viven.

La atención psicosocial debe de contar con la colaboración de autoridades estatales, municipales, escolares, organizaciones religiosas, privadas y no gubernamentales.

En consecuencia, potenciar las capacidades de las familias a través de la preparación para los cuidados domiciliarios, movilizar apoyo a las comunidades que

permita a los huérfanos, niñez vulnerable y sus familias tener respuestas certeras a sus necesidades de afecto, salud, alimentación, educación, higiene, cuidados especiales y medidas efectivas contra el estigma y la discriminación entre otros, contribuirá a mejorar, prolongar y elevar su calidad de vida.

II. EPIDEMIOLOGIA

A finales del año 2008¹ se reportó un total de 2 millones de personas menores de 15 años viviendo con el VIH en el mundo y 370,000 nuevas infecciones, ambos datos corresponden a niños menores de 15 años. La cifra de fallecimientos alcanzó 380,000 niños, niñas y adolescentes, y un total de 15 millones de huérfanos como consecuencia del sida (ONUSIDA).

En Nicaragua se desconoce la magnitud real de esta epidemia; y aunque el país tiene la tasa más baja de prevalencia comparado con el resto de países de Centroamérica, hay varios grupos de riesgo y circunstancias que permiten estimar un sub-registro importante: no hay información válida sobre las condiciones de los niños, niñas y adolescentes trabajadores, los/as que son explotados/as sexualmente y los que usan drogas intravenosas.

La mayoría de nuevas infecciones ocurren a personas de 15 a 24 años, cuya vulnerabilidad se debe a falta de oportunidades educativas y de información veraz y oportuna para la disminución de las conductas de riesgo.

A diciembre del año 2008 la vigilancia epidemiológica del Ministerio de Salud² reportó 3,876 personas con VIH, 69% de las cuales (2,682) son hombres y 31% (1,197) son mujeres. La tasa de incidencia nacional se elevó de 7.6 por cada 100,000 habitantes en el año 2006 a 13.3 por cada 100,000 habitantes en el 2008. Se registraron un total de 419 nuevos casos en el año 2006 y de 754 en el 2008, de los cuales 48 eran mujeres embarazadas.

En el año 2008 se registraron 150 casos de VIH en niños, niñas y adolescentes menores de 15 años, de los cuales 110, casi tres cuartas partes, son menores de 4 años.

¹ ONUSIDA, Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008.

² Vigilancia Epidemiológica, Ministerio de Salud. 2008.

La atención a los niños, niñas y adolescentes mediante la terapia antirretroviral se inició en el año 2004, en el hospital infantil “Manual de Jesús Rivera”, lo que implica que la atención psicológica a esta población se está iniciando en el país; que la experiencia en este campo no se ha sistematizado y que no se dispone de instrumentos de evaluación ni estrategias de atención adaptadas a las particulares necesidades de estos niños, niñas, adolescentes y sus familias. Una reciente revisión de expedientes clínicos con una muestra de 19 casos atendidos en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (niñez de 3 meses a 16 años), encontró que se diagnosticaron 8 trastornos que afectaban frecuentemente a 11 niños, niñas y adolescentes. Los principales trastornos detectados fueron: trastornos del desarrollo³ (27.7%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad y negativismo desafiante (22.2% para ambos). El porcentaje restante (27.9) corresponde a otros trastornos (trastorno disocial, enuresis, ansiedad por separación, trastorno del sueño, y depresión).

Estos datos se obtuvieron mediante la lista de verificación de trastornos basada en el DSM IV TR que forma parte de la historia clínica diseñada para la evaluación psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH. Es conveniente señalar que en 4 de los 11 casos se encontraron dos ó más trastornos.

Como parte del proceso de elaboración del protocolo e historia clínica-psicológica se llevaron a cabo entrevistas con un grupo de profesionales de la psicología que habían atendido a niñez afectada por el VIH. La información obtenida indica que a la totalidad de estos casos se les proporcionó terapia de duelo, de lo cual se infiere que los problemas que presentaban estaban asociados con una reacción depresiva ocasionada por la pérdida.

³ Se entiende por trastornos del desarrollo la falta de logro de los hitos del desarrollo esperados para la edad o regresiones a causa de enfermedades oportunistas, sobre todo cuando hay afectaciones del sistema nervioso central. Las principales áreas afectadas son la motricidad y el lenguaje.

III. OBJETIVOS

Objetivo General:

Fortalecer las habilidades de las y los profesionales y técnicos de la salud en la atención a la niñez, y adolescencia afectados por el VIH y sida y sus familias garantizando que la misma sea de calidad.

Objetivos específicos:

1. Proporcionar herramientas y procedimientos que se adapten a las características y necesidades de la atención psicológica (evaluación) de niños, niñas y adolescentes con VIH y afectados por el sida.
2. Promover el desarrollo de capacidades en el personal de salud para el apoyo emocional a las familias de niños, niñas y adolescentes con VIH.
3. Aplicar métodos, técnicas y tratamientos para la atención de las condiciones psicológicas (tratamiento) de niños, niñas y adolescentes con VIH.

IV. POBLACIÓN DIANA Y POBLACION A APLICAR EL MANUAL

Está dirigido a la atención de todos los niños, niñas, adolescentes y huérfanos y sus familias afectados por el VIH y el Sida en Nicaragua.

Además, está orientada al personal de salud del primero y segundo nivel de atención la red de establecimientos públicos y privados que brindan o están involucrados en la atención psicológica de la niñez y adolescencia con VIH o afectada por el sida.

V. DEFINICIÓN DE LA ACTIVIDAD

5.1 Salud mental de los niños, niñas y adolescentes con VIH y Sida.

- Marco conceptual.

La salud y la enfermedad mental pueden verse como las dos caras de una moneda o como los extremos de un continuo en el que es posible clasificar a todos los seres humanos. Con frecuencia se recurre a los términos de normalidad y anormalidad para comprender estos dos aspectos del proceso.

Una conducta se considera esperada o típica y evidencia salud mental, si se apega a las normas sociales predominantes, por lo que no llama la atención de quienes rodean al individuo ni de los proveedores de salud, y es tomada como modelo a seguir pues refleja el ideal social. Por el contrario, la conducta anormal contradice las normas y expectativas sociales, provoca que a quien la presenta se le considere enfermo(a), sea derivado(a) en algún momento de su vida a los servicios de salud mental y se le asigne un diagnóstico.

Por ejemplo, un niño que presenta conductas agresivas, molesta a los compañeros más pequeños, cuyo desarrollo y progreso escolar son lentos, que tiene dificultades de atención, etc., es sin duda, considerado como desajustado. En igual situación se encuentra una adolescente cuyo arreglo personal contrasta con el de las muchachas de su grupo, que sufre baja del rendimiento académico y tiene conductas bizarras o extravagantes.

A pesar de esto, conviene tener en cuenta que no siempre es patológica la conducta que no se apega a la norma social pues muchos casos de genialidad, en distintos ámbitos de la actividad humana, se han distinguido precisamente por no conformarse a la norma social. Por otro lado, los criterios de conformidad a la norma tienen algunos inconvenientes relativos a los puntos de corte arbitrarios en las pruebas que valoran el coeficiente intelectual, y al número de conductas y el tiempo que deben permanecer para que se considere que existe una desviación.

El concepto de relatividad cultural es importante debido a que una conducta que se considera no esperada puede ser en realidad ajustada al grupo social o a la cultura a la que pertenece la persona que la presenta; sin embargo, se debe tener cuidado de no caer en el relativismo cultural según el cual, toda conducta puede ser considerada normal o adaptada.

La conducta esperada o típica puede ser evaluada en forma objetiva y subjetiva, dos perspectivas que no siempre coinciden. Los informes subjetivos se refieren a los sentimientos de la persona: se siente feliz o no, tranquila o perturbada, satisfecha o insatisfecha, ansiosa, deprimida, etc., aun cuando quienes le rodean no observen

indicio alguno de trastorno. El criterio objetivo funciona al contrario: las conductas de la persona, sus relaciones sociales, etc., se consideran deterioradas por los observadores externos, en muchos casos a simple vista, aún cuando la propia persona no tenga conciencia de esto y se considere adaptada, feliz y productiva.

Los conceptos de esperado y no esperado expuestos en este apartado, contribuyen a ampliar la comprensión de la salud mental infantil pues permiten visualizar que la misma es un proceso y que existen varios criterios que han de tenerse en cuenta para su estudio. Por esta razón, la consideración de estos conceptos es de crucial importancia cuando se trata de valorar el funcionamiento psicológico de niños, niñas y adolescentes.

Otras cuestiones claves para el estudio de la salud mental de la infancia y la adolescencia son la óptica desde la que debe entenderse y los factores que contribuyen a perderla y mantenerla.

Es necesario considerar la evaluación de Denver para la valoración objetiva del desarrollo de la niñez. (Ver anexo 6)

5.2 Salud mental infantil⁴ desde una perspectiva evolutiva y la percepción de los padres.

Los trastornos psicológicos infantiles no pueden entenderse partiendo del modelo utilizado para la comprensión de los trastornos de los adultos, sino que deben valorarse en un contexto evolutivo. Esto implica que, para hacer una correcta valoración de los problemas en la salud mental infantil, es necesario tener en cuenta los cambios conductuales y cognitivos que dependen de la edad, la maduración física y el desarrollo psicológico. En consecuencia, los factores a considerar son: edad cronológica, nivel cognitivo y social, entorno familiar, en particular la percepción de los padres, y otras variables sociales y culturales.

La **edad cronológica** supone entender que algunas conductas son esperadas normales a cierta edad, (ver Evaluación de Denver) mientras que constituyen síntomas a otra edad. Por ejemplo, mojar la cama hasta los 5 años es normal, pero después de esta edad, es el síntoma principal del trastorno conocido como enuresis; el negativismo a los 3 años y en la adolescencia es típico de estas edades (en tanto refleja la necesidad de autoafirmación de los niños, niñas y adolescentes ante los adultos que les crían y educan) y es diferente del negativismo desafiante que se presenta a distintas edades, y conforma una entidad que puede evolucionar hacia el trastorno disocial.

En este mismo sentido, la agresividad instrumental (golpear a otros con el fin de apoderarse de, o recuperar un objeto) es una manifestación normal de los niños y niñas a los 2 ó 3 años, mientras que la agresividad para ocasionar daño se considera un importante trastorno de las relaciones sociales; la desobediencia en los niños y

⁴ El término infantil hace referencia a la niñez y la adolescencia.

niñas de edad preescolar no se considera un problema ni tiene pronóstico desfavorable, pero es todo lo contrario en la niñez de edad escolar.

El **nivel cognitivo y social** ayuda a comprender por qué la agresividad no puede valorarse como un trastorno a los 2 ó 3 años de edad y que el diagnóstico de depresión sea difícil de establecer en niños y niñas.

En el caso de la agresividad, el niño o niña no puede relacionar su conducta con el efecto que produce en los demás, ocurre en el contexto de la lucha por los objetos, dado el egocentrismo típico de esta edad, los padres le dan menos importancia que si la presentan niños y niñas de mayor edad.

En cuanto a la depresión, el desarrollo insuficiente del pensamiento no les permite ubicarse en el futuro y experimentan sentimientos de desesperanza y pesimismo.

Por otro lado, la edad de inicio, cronicidad y curso de los síntomas también son criterios básicos al considerar la salud mental infantil. Inicio temprano y cronicidad es más grave que inicio tardío y agudo en respuesta al estrés: hiperactividad y conducta desafiante a los 10 años y presentes desde la infancia son problemas serios comparados con las mismas conductas cuando se producen como reacción a la separación de los padres. El curso implica que hay períodos en que los síntomas se exacerbaban y otros en que disminuyen su frecuencia, duración e intensidad, así como períodos de remisión completa.

La **percepción de los padres**, así como su actitud influye en más del 60% de los casos enviados a psiquiatría infantil: el estado emocional (depresión y estrés), sus conceptos erróneos (intentos de independencia como problema y usar la coerción para coartarla), intolerancia (mayor con la hiperactividad que con la agresividad e impulsividad), sentimientos de incompetencia, problemas conyugales y estrés intenso son circunstancias que diferencian a los niños, niñas y adolescentes que son llevados a consulta de aquellos que no lo son. (1)

Entre las **variables sociales**, es indispensable tener en cuenta que existen diversas circunstancias que por su naturaleza traumática (por ejemplo, todas las formas de abuso y explotación) pueden contribuir en forma decisiva al desarrollo de patología psicológica en niños, niñas y adolescentes, sobre todo, si tienen pocos o ningún factor de protección. La comprensión de los trastornos psicológicos en la infancia y adolescencia precisa considerar tanto los factores que suponen riesgo para la salud mental, como los que contribuyen a protegerla.

Estas consideraciones son válidas tanto para la población en general como para los niños, niñas y adolescentes con VIH y afectados por el sida; no obstante, también es necesario tener en cuenta las circunstancias que de manera particular pueden influir en que la niñez y adolescencia presente trastornos psicológicos.

Entre dichas circunstancias se encuentran su condición médica, la situación familiar (si los padres están vivos y saludables), social (estigma y discriminación por propios

y ajenos, nivel de integración familiar y social) y económica (garantía de satisfacción de las necesidades materiales básicas).

5.3 Factores de riesgo en salud mental infantil.

En salud mental el riesgo supone la exposición a circunstancias que elevan la probabilidad de manifestar conductas inapropiadas.

Hay tres tipos de variables de riesgo: próximas, intermedias y distales.

- Las próximas influyen directamente sobre el niño (por ejemplo, afecto materno y prácticas educativas).
- Las intermedias son las creencias y valores parentales.
- Las distales, cuya influencia es indirecta, incluyen educación familiar, ocupación y características del vecindario.

El desarrollo de la enfermedad exige interacción de disposiciones personales y factores ambientales de riesgo, la probabilidad de la influencia negativa de los factores de riesgo próximos (ejemplo falta de afecto materno) es mayor que el de los distales.

El riesgo de enfermedad aumenta por la confluencia de varios factores, su duración y capacidad de producir daño. Un mismo factor de riesgo puede estar presente en distintos trastornos.

A continuación se presenta una síntesis del impacto en la salud mental infantil de tres importantes factores de riesgo: el ambiente socioeconómico desfavorable, la composición familiar y la psicopatología de los padres y madres.

El **entorno socioeconómico desfavorable** (teniendo como referencia la insatisfacción de necesidades básicas o falta de acceso a salud, educación, vivienda y alimentación) influye en el rendimiento escolar, en los trastornos emocionales, en la delincuencia juvenil y, sobre todo, en la aparición de patologías o sintomatología asociada a las carencias antes mencionadas.

No está bien establecida la relación entre bajo nivel socioeconómico y trastornos de conducta, pero es claro que este factor afecta a las familias atendidas en programas sociales y que a la pobreza se añaden otros factores de riesgo tales como el bajo nivel educativo, la paternidad juvenil, la explotación sexual, el uso de drogas, etc.

En cuanto a la **composición familiar**, se considera que la pérdida de uno de los padres por muerte o divorcio afecta al niño, sobre todo, durante el año siguiente a su ocurrencia, siendo típicos los problemas emocionales, escolares, sociales, físicos y de conducta.

No obstante, por sí misma, la pérdida no causa trastornos psicológicos, pues es compensada por otros factores. Por ejemplo, el efecto del divorcio lo atenúa el menor tiempo de exposición a conflictos familiares o al abuso; mientras que las consecuencias del fallecimiento son o pueden ser atenuadas por factores

mediadores como el género del padre muerto, la relación previa con éste, si la muerte fue súbita o esperada y si la familia compensa la pérdida afectiva.

El estudio de la **psicopatología de los padres o madres** ha revelado que las madres deprimidas informan más trastornos en sus hijos y los juzgan más negativamente que las no deprimidas. Estos niños, niñas y adolescentes reciben más diagnósticos psiquiátricos (trastornos de conducta, depresión, hipocondría, etc) reflejan tensión, cefaleas, tienden a la fatiga y pasividad, al mal funcionamiento social, a tener deseos de muerte entre los más frecuentes.

En el mismo sentido, los hijos de pacientes esquizofrénicos tienen más riesgo de desadaptación (psicopatología y deterioro cognitivo y social) que los hijos de depresivos. En los hijos de alcohólicos es mayor el riesgo de consumir alcohol y otras sustancias, de hiperactividad y agresividad, menor control conductual y peor desempeño escolar (rendimiento, asistencia y abandono).

Por otro lado, se debe tener en cuenta que los niños, niñas y adolescentes responden de manera distinta aunque estén expuestos a los mismos factores de riesgo. Mientras unos funcionan de modo más adaptativo de lo esperado, otros desarrollan trastornos psicológicos.

Al primer grupo se le conoce como niños resistentes (resilience) y al segundo como niños vulnerables. La resistencia es uno de los aspectos fundamentales que se incluyen en el estudio de los factores de protección.

5.4 Factores de protección en salud mental infantil.

El concepto de resistencia resiliencia (resilience) alude a la capacidad de las personas de superar los obstáculos que desfavorecen su desarrollo debido a que tienen más recursos para solucionar problemas, funcionar en forma integrada ante el estrés, procesar en forma simultánea dos o más estímulos competidores, etc.

La resistencia también se refiere a los niños, niñas y adolescentes que:

- ✚ Aunque enfrentan riesgo de adquirir trastornos psicológicos no los desarrollan y/o logran una buena adaptación y desarrollo psicológico.
- ✚ Muestran competencia sostenida bajo condiciones de estrés.
- ✚ Se recuperan de los traumas que hayan enfrentado.

Se debe tener en cuenta que la resistencia no es un atributo universal, categórico o fijo, pues los niños, niñas y adolescentes pueden ser resistentes ante ciertos estímulos estresantes y vulnerables ante otros.

La resistencia también puede variar a través del tiempo y de distintos contextos. Esto quiere decir que hay épocas de la vida en que se puede tener mayor resistencia a los factores de riesgo y otras en que ésta disminuye. Por ejemplo, la adolescencia es

una etapa en la que, debido a los múltiples cambios que se producen, el riesgo es mayor y la resistencia puede ser menor.

En igual sentido, mientras en el contexto familiar puede haber muchos factores de protección que aumentan la resistencia, en el medio escolar pueden predominar los factores de riesgo, los cuales disminuyen la resistencia de los niños, niñas y adolescentes.

Los factores de protección se encuentran en tres distintos niveles y en conjunto contribuyen a atenuar los efectos de los factores que hacen vulnerables a los niños, niñas y adolescentes y les colocan en riesgo de desarrollar trastornos. Estos niveles son personal (propios del niño), familiar y comunitario.

Entre los **factores de protección propios** del niño, niña o adolescente se incluyen un temperamento fácil que lo(a) hace atractivo(a) y agradable para los demás, estrategias tempranas de afrontamiento que combinan autonomía y búsqueda de ayuda, gran inteligencia y logros académicos, comunicación eficaz y habilidades de solución de problemas, autoestima positiva y elevada auto eficacia (vigor, energía).

Los factores de protección en la familia tienen que ver con la oportunidad de tener una estrecha relación con al menos una persona que entienda las necesidades del niño, niña o adolescente, la educación positiva, disponibilidad de recursos, un talento o afición valorado por los adultos o iguales; así como creencias y prácticas religiosas o espirituales que den estabilidad y significado en épocas de sufrimiento y adversidad.

Los **factores de protección en la comunidad** incluyen relaciones agradables con vecinos, iguales o mayores, ambiente escolar eficaz con profesores que sean modelos positivos y den apoyo, y el disponer de oportunidades en las transiciones principales de la vida (por ejemplo participación en la comunidad o en la iglesia, un amigo que sirva de apoyo o una pareja) (Marsh y Graham, 2002).

Tal como se ha señalado, a pesar de la existencia de factores de protección, la posibilidad de adquirir trastornos psicológicos es siempre real y mayor en la medida en que predominen las circunstancias que hacen vulnerables a los niños, niñas y adolescentes.

VI. Principales trastornos psicológicos de los niños, niñas y adolescentes con VIH

Los trastornos psicológicos en adultos con VIH no se manifiestan de la misma manera en los niños, niña y adolescente con VIH y afectada por el sida. Por tanto, en la población infantil también se debe de tener en cuenta diversas circunstancias que determinan que la atención que se les brinde deba ser también distinta.

Los factores predisponentes a trastornos psicológicos asociados al VIH y Sida son de tipo **biológico, psicológico, familiar y social**, los cuales actúan por sí mismos y en interacción.

Entre los **factores biológicos** se cuentan la afectación del sistema nervioso central (cefalea, fatiga, depresión, insomnio y mareos) y la fragilidad corporal aumentada por los efectos adversos de los antirretrovirales y otros medicamentos, por ejemplo para infecciones oportunistas.

Los **factores psicológicos** tienen que ver con ingesta de medicamentos, hospitalizaciones repetidas y aislamiento de los pares, conocimiento de su estatus VIH y la percepción que sobre éste se le ha transmitido: miedo a la muerte, al sufrimiento y conflictos familiares. El rechazo, los problemas de autoestima, los duelos.

Los **factores familiares y sociales** incluyen la condición VIH, enfermedad y/o pérdida de uno o ambos padres (quién les cuida y educa si esto sucede), dificultad paterna o materna para cuidar y educar al niño(a) con VIH a causa de afectaciones en su salud física, psicológica y para elaborar y superar el duelo debido a que el padre o madre sobreviviente no puede apoyar dada su condición, enfermedad o aflicción, etc. La falta de desarrollo sociocultural, como los problemas de inasistencia a la escuela.

El diagnóstico de trastornos psicológicos en los pacientes con VIH se dificulta debido a que hay varios estados como la pena y el duelo, consecuentes a pérdidas personales, que deben ser diferenciadas de afecciones psiquiátricas mayores como depresión y ansiedad.

Estos mismos síntomas pueden aparecer a causa de condiciones orgánicas (que van desde infecciones del sistema nervioso central y encefalopatías hasta malnutrición y atrofia del crecimiento) en tanto que también hay signos y síntomas cuya naturaleza parecen ser psiquiátrica, pero que en realidad son efectos colaterales de los medicamentos para tratar el VIH y las condiciones relacionadas (ejemplo fatiga generalizada, debilidad neuromuscular, insomnio, somnolencia, dificultad para concentrarse, sueños anormales y depresión)

El cuidado de la salud, en especial de la salud mental de los niños, niñas y adolescentes con VIH es muy importante. Existen estudios publicados sobre trastornos psiquiátricos en estos niños, niñas y adolescentes con VIH en los cuales se encontró:

1. La depresión explica el 50% de las hospitalizaciones de los niños, niñas y adolescentes que adquirieron el VIH mediante transmisión vertical; una buena proporción han perdido a uno o ambos padres. Los escolares con VIH puntúan más alto en escalas de depresión y ansiedad, los que habían tenido una pérdida reciente de un familiar reportaron síntomas de depresión, ideas o intentos suicidas, somatización y baja autoestima. Por el contrario, los que asistían

regularmente a la escuela tenían niveles más bajos de depresión y ansiedad, aunque sus padres los percibían como menos activos socialmente que los niños, niñas y adolescentes sin VIH; lo anterior se relaciona directamente con el estigma y discriminación que no sufre la niñez afectada por otras enfermedades crónicas. (Gaughan et. al., 2004; Havens et. al., 1994; Rotheram-Borus et. al., 1997; Bose et. al., 1994; citados en Rao, Sagar, Kabra y Lodha, 2007).

2. Los desórdenes de ansiedad son más frecuentes niños, niñas y adolescentes con VIH. Un estudio que comparó cuatro grupos de niños (con VIH, hemofílicos, con otras enfermedades crónicas – asma – y niños sanos), encontró tasas más altas de ansiedad en el grupo con VIH que en los otros grupos, siendo el diagnóstico más común el trastorno de ansiedad por separación (Bussing & Burket, 1993, citado en Rao et. al., 2007).
3. Los trastornos de conducta, que son propios de la población pediátrica, presentan una tasa más alta en los niños, niñas y adolescentes con VIH, lo que se interpreta como la forma en que enfrentan su condición, y una expresión de la angustia asociada a la separación (Stiffman et. al., 1992; Rotheram-Borus et. al., 1997; Bose et. al., 1994; citados en Rao et. al., 2007).
4. Se encontró una tasa elevada de déficit atencional e hiperactividad en niños, niñas y adolescentes con VIH. No obstante, otros estudios que utilizaron una muestra de control (niños, niñas y adolescentes sin VIH) encontraron estos trastornos en ambos grupos. Algunos investigadores concluyen que no hay relación entre las anomalías del SNC provocadas por el VIH y la hiperactividad, lo cual sugiere que factores no asociados a éste pueden jugar un rol importante en estos trastornos.

En un estudio reciente realizado en el Hospital Infantil Manuel de Jesús Rivera (niñez de 3 meses a 16 años), se encontró que los principales trastornos detectados fueron: trastornos del desarrollo⁵ (27.7%), trastorno por déficit de atención con hiperactividad y negativismo desafiante (22.2% para ambos). El porcentaje restante (27.9) corresponde a otros trastornos (trastorno disocial, enuresis, ansiedad por separación, trastorno del sueño, y depresión).

Estos datos se obtuvieron mediante la lista de verificación de trastornos basada en el DSM IV TR que forma parte de la historia clínica diseñada para la evaluación psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH. Es conveniente señalar que en algunos de los casos se encontraron dos ó más trastornos.

Además de los datos encontrados, la información obtenida indica que a la totalidad de estos casos se les proporcionó terapia de duelo, de lo cual se infiere que los problemas que presentaban estaban asociados con una reacción depresiva ocasionada por la pérdida (duelo).

⁵ Se entiende por trastornos del desarrollo la falta de logro de los hitos del desarrollo esperados para la edad o regresiones a causa de enfermedades oportunistas, sobre todo cuando hay afectaciones del sistema nervioso central. Las principales áreas afectadas son la motricidad y el lenguaje.

VII. ACTIVIDADES A REALIZAR

7.1 La evaluación y el diagnóstico psicológico de niños, niñas y adolescentes con VIH.

Los niños, niñas y adolescentes son cualitativamente diferentes de los adultos, razón por la que, cuando se les da atención psicológica, es útil partir de algunas premisas ligadas a la edad y a las particularidades de los problemas que pueden presentar:

- ✚ Su personalidad (que se forma en las relaciones sociales, la actividad y comunicación propias de cada etapa) no se ha estabilizado por lo que sus características y conducta se modifican con rapidez. Esto evidencia su gran plasticidad y es un factor que favorece el logro de los objetivos terapéuticos.
- ✚ Dependen de los adultos para satisfacer sus necesidades y el trato que reciben de éstos puede suponer, sobre todo en casos extremos (alcoholismo, violencia intrafamiliar, psicopatología y delincuencia familiar, etc.), un riesgo para su salud mental. Por esto es probable que muchas de sus dificultades obedezcan a la insatisfacción de sus necesidades emocionales.
- ✚ Tienen pobre autocontrol de impulsos, predominio de los procesos de excitación motora, conocimiento insuficiente del mundo en que viven, incipiente desarrollo del pensamiento y el lenguaje, lo cuál les impide enfrentar el mundo con autonomía y les hace más vulnerables a situaciones de estrés.
- ✚ Muchos niños, niñas y adolescentes no presentan cuadros psicopatológicos estructurados (por lo que no es posible establecer un diagnóstico), sino síntomas indicadores de dificultades en su adaptación social, escolar y/o familiar. No obstante, en muchos casos es necesario promover el cambio de algunas conductas, hábitos de vida y estados emocionales.
- ✚ Además de tratar los síntomas, se deben estudiar los factores que determinan que éstos surjan y se mantengan, así como los que lo han protegido de mayores trastornos (personales, familiares, escolares y sociales), e influir sobre ambos tipos de factores para contribuir a restablecer el ajuste psicológico. Se deben realizar grandes esfuerzos en este sentido, sobre todo, en los casos cuyas circunstancias de vida son más adversas.
- ✚ Los niños, niñas y adolescentes carecen de conciencia de enfermedad, en mucho de los casos desconocen que viven con el VIH, no acuden voluntariamente a consulta, ni desean curarse, lo cual es más cierto cuanto más pequeños sean y menos se compruebe que tengan patología mental. Esto implica que es indispensable recurrir, como fuentes principales de información y ayuda a los adultos que participan en su crianza y educación.

Cuando se evalúa o se da tratamiento psicológico a niños, niñas y adolescentes se deben tener en cuenta las cuestiones antes señaladas a fin de que se puedan alcanzar los objetivos establecidos.

En el caso de la evaluación psicológica es indispensable obtener un conocimiento amplio y profundo de sus condiciones de vida y educación (actitudes, conductas y métodos educativos), de las relaciones y el funcionamiento conyugal (de la pareja parental), familiar, escolar y social debido a que pueden estar relacionados con los problemas que presentan. Es importante considerar las características particulares de la niñez con VIH y su evolución, pues ello determinará la efectividad de la ayuda que reciban.

En este sentido, también debe tenerse en cuenta que una atención psicológica exitosa exige el cumplimiento de algunos requisitos por parte del personal de salud.

7.2 Condiciones indispensables para una buena atención psicológica.

Una buena atención psicológica debe ser entendida como un proceso que puede durar desde un día (una sola sesión con duración de al menos una hora) hasta varios años (cantidad y periodicidad variable de sesiones) cuyo objetivo fundamental es el de proporcionar ayuda para lograr alivio emocional, restablecer el funcionamiento adaptado y promover cambios necesarios a distintos niveles. En el caso de los niños, niñas y adolescentes, las principales condiciones son las siguientes:

- ✚ Disponer de condiciones ambientales y materiales apropiadas para brindar una atención de calidad. (anexo 1)
- ✚ Establecer una relación de confianza y respeto tanto con el niño (a) o adolescente como con sus padres o tutores, para obtener su colaboración y garantizar los objetivos de la atención. (anexo 2)
- ✚ Tener u obtener conocimiento de las teorías y destreza en el uso de los métodos y técnicas necesarias para dar la ayuda demandada, lo cual puede suponer la necesidad de formación especializada.
- ✚ Dirigir y controlar la comunicación hacia objetivos específicos previamente definidos e informar de los mismos al paciente, según su edad y nivel de desarrollo, y/o a sus padres o tutores.

- ✚ Obtener información relevante (mediante preguntas claves y observación) sobre los problemas que aquejan a las personas y los factores que los determinan (personales y ambientales).
- ✚ Verificar y ampliar la información que proporciona el paciente y/o sus padres o tutores con otra persona significativa (otro familiar, la maestra, etc.) con previo conocimiento de los cuidadores y conservando la confidencialidad.
- ✚ Favorecer la expresión de emociones, sentimientos y dar apoyo emocional a la niñez, adolescentes y sus cuidadores o tutores relacionados con las situaciones vitales.
- ✚ Ayudar a tomar conciencia de los factores de riesgo que determinan sus problemas, encuentre soluciones viables y favorezca el cambio

La relación que se establece con las personas que requieren apoyo emocional, debe ser siempre positiva y basarse en la aceptación, la confianza y el respeto mutuo, pues de ello depende en gran medida que el trabajo sea exitoso.

Si la relación es positiva ambas partes sentirán agrado, confianza, armonía, cordialidad o seguridad psicológica, desearán mantener la relación y serán más receptivas a los mensajes de la otra. Por el contrario, si la relación es negativa se puede sentir hostilidad, desconfianza, tensión, incomodidad o discordia, lo cual tiene el efecto de reducir la receptividad y el deseo de continuar la relación.

Las y los profesionales que atienden la salud mental de niños, niñas y adolescentes, deben mostrar en las sesiones de trabajo actitudes esenciales tales como: aceptación, empatía y autenticidad.

- ✚ La **aceptación** implica tener y demostrar interés real y completo por el valor de las personas a las que se atiende sin que para ello tengan que cumplir ningún otro requisito que el de necesitar ayuda profesional. Esto implica que, si alguna razón insuperable, impide sentir verdadero interés en la persona que se atiende, se la debe referir a otra(o) profesional. Por esto, es indispensable que el personal de salud sea consciente de sus actitudes, prejuicios y temores respecto de las personas que viven con el VIH.
- ✚ La **empatía** es la capacidad de ponerse en el lugar de la persona a la que se atiende, de examinar las circunstancias que le afectan desde la perspectiva de ésta y de captar en forma clara y cabal el significado de lo que trata de explicar.
- ✚ La **autenticidad o congruencia**, es la cualidad que refleja la medida en que el (la) profesional es veraz en la relación que establece con la persona a la que atiende, es decir, si hay coherencia entre lo que dice, hace y la realidad.

En otras palabras, para ser auténtica(o) el discurso y la conducta deben ser acordes “al yo real” y se deben evitar las máscaras. Esta cualidad es de gran importancia cuando quienes reciben la ayuda profesional son los niños, niñas y adolescentes, no solo porque como adulto el profesional constituye un modelo, sino porque ellos y ellas tienen una sensibilidad especial para captar si éste(a) es en realidad una persona congruente.

En el caso de niños, niñas y adolescentes con VIH y afectados por el sida, la atención psicológica puede incluir las siguientes acciones:

- ✚ Escuchar con atención e interés su perspectiva de las cosas, así como sus creencias, opiniones y sentimientos.
- ✚ Respetar sus derechos y contribuir a, o garantizar, que los demás también los respeten.
- ✚ Apoyar a superar los obstáculos que les impiden comunicarse con libertad, para lo cual se les debe proporcionar medios ajustados a sus características y necesidades (dibujo, juego, dramatización, etc.).
- ✚ Estimularle a contar su historia y la de su familia y adaptarse a su ritmo (puede necesitar más de una sesión debido a cansancio, resistencia, aburrimiento o rechazo a hablar de situaciones dolorosas, lo que obligará al cambio de actividad).
- ✚ Promover la expresión y enfrentamiento de las emociones surgidas a partir de la revelación de su condición, la de una persona significativa (padres, hermanos, etc.) o su muerte.
- ✚ Apoyar en el desarrollo y en el mantener una actitud positiva hacia la vida, para que las situaciones adversas se les hagan llevaderas.
- ✚ Identificar los factores de protección y contribuir a que estén presentes en sus vidas. Esto puede lograrse, por ejemplo, motivando al niño, niña o adolescente para que se mantenga en la escuela, fortaleciendo su relación de apego y ayuda con un adulto/a, contribuyendo a mejorar su autoestima, etc.
- ✚ Apoyar a que reconozcan y construyan sus habilidades, destrezas y fortalezas. Una forma de hacerlo es destacando (y contribuyendo a desarrollar) sus talentos (dibujar, cantar, bailar, tocar un instrumento, buen rendimiento escolar, etc.) y cualidades positivas.
- ✚ Contribuir a que tomen decisiones informadas que prolonguen su vida y mejoren la calidad de la misma. En este sentido, es de crucial importancia, si es necesario, promover la adhesión al tratamiento médico y favorecer la adopción de un estilo de vida saludable que incluya dieta, ejercicios, recreación, etc.

Para que la atención psicológica a estos niños, niñas y adolescentes sea exitosa no se debe incurrir en los siguientes errores:

- Interrogar o forzar a hablar de temas que no desean o no están preparados/as para abordar,
- Tomar decisiones en su nombre,
- Juzgar o culpabilizar,
- Imponer creencias y opiniones,
- Pasar por alto sus derechos o permitir que otros lo hagan,

- Tener actitudes discriminatorias por su condición social, económica, de salud, etc.,
- No tener en cuenta sus sentimientos y necesidades emocionales,
- Sentir lástima y compasión.

La atención psicológica de la niñez y adolescencia con VIH se debe de realizar de acuerdo al flujograma de la página 62.

VIII. PROCEDIMIENTOS.

8.1 Instrumentos de evaluación: La historia clínico-psicológica de niños, niñas y adolescentes con VIH.

La historia clínico-psicológica es uno de los principales instrumentos utilizados en el proceso de evaluación tanto en niños, niñas y adolescentes como en adultos, con la salvedad de que, cuando se trata de niños y niñas, es indispensable recurrir a sus padres y educadores como principales fuentes para la recolección de la información. En el caso de la ausencia de uno o ambos padres, hay muchas personas que asumen el rol de tutores o acompañantes, lo cual se debe tener en cuenta a la hora de atenderlos.

Debido a que la atención psicológica a las personas con VIH y afectados por el sida es bastante reciente, se presenta una guía para la elaboración de la historia clínica.

Esta guía consta de un formato de entrevista a la madre, padre o tutor del niño, niña o adolescente cuya última parte es una lista de verificación de síntomas y trastornos basada en los criterios DSM IV-TR para los trastornos del eje I que se presentan en la niñez y la adolescencia (redactadas como afirmaciones a las que se responde afirmando o negando su presencia), y un formato de entrevista al niño, cuya última parte incluye la elaboración de dos dibujos (Ver anexos 3 y 4)

8.2 Instrumentos y técnicas de evaluación en niños, niñas y adolescentes.

En el proceso de atención psicológica infantil se puede usar una serie de técnicas proyectivas e instrumentos que son útiles tanto para la evaluación como para el tratamiento.

Casi todos estos recursos tienen la ventaja de que proporcionan información indirecta (sin que los niños, niñas y adolescentes se percaten de que la están dando) y se adaptan a las características de los más pequeños relativas al predominio de la actividad sobre la comunicación verbal, lo cual les lleva a rechazar el exceso de preguntas y los discursos largos, sobre todo si los temas a tratar son dolorosos.

Los principales son los que se exponen a continuación:

Instrumentos:

- ✚ **Juguetes:** los juguetes facilitan la realización de una de las formas de la actividad de juego, el cual es el medio de expresión natural de los niños y niñas. El juego les permite reproducir situaciones de su vida cotidiana, así como conflictos y experiencias traumáticas y expresar las emociones y sentimientos

asociados. También facilita la expresión el análisis y comprensión de estas situaciones y experiencias, así como observar y aprender modelos de conducta adaptada.

- ✚ **Títeres:** al igual que el dibujo, los títeres tienen un enorme atractivo para niños y niñas, por lo que facilitan mucho el trabajo de las(os) profesionales. Son útiles para representar y analizar situaciones de la vida cotidiana al lograr que el niño(a) se identifique con el personaje y la trama. Su principal utilidad es que con ellos se pueden reproducir situaciones vitales que tienen especial relación con los problemas que aquejan a los niños y niñas que observan y/o hacen la representación dramática.
- ✚ **Plastilina:** la sola manipulación de este material permite descargar tensiones, favorece la capacidad imaginativa, la espontaneidad y creatividad, por ejemplo, durante el juego se pueden crear los objetos no disponibles y que son necesarios para realizar esta actividad. También contribuye a fortalecer los músculos de la mano, lo cual es valioso para los niños y niñas que se encuentran en etapa de aprestamiento escolar.
- ✚ **Música:** su uso facilita la expresión de estados anímicos para su posterior análisis y es de particular utilidad cuando se la usa en psicodanza y como complemento del entrenamiento en relajación.

Técnica:

- ✚ **Narración de historias:** una posibilidad son las pruebas proyectivas, entre las cuales se cuentan la prueba de percepción para niños, niñas (CAT) y la prueba del cuento ilustrado (que se usa en adolescentes).

Estas pruebas se usan, sobre todo con fines de evaluación. La narración de historia es muy valiosa debido a que puede ser reconfortante para el niño(a) el escuchar una historia sobre alguien a quien le ocurre algo similar a la experiencia por la que está pasando. Las siguientes sugerencias pueden ayudar al uso efectivo de esta técnica:

- Usar fábulas, cuentos del folklore o historias que les sean familiares, que transmitan un mensaje, por ejemplo, usar animales en situaciones antropomórficas.
- (b) No usar nombres o sucesos reales.
- (c) Al finalizar la historia animar al niño(a) a hablar sobre lo que sucedió, por ejemplo, se le puede preguntar sobre el mensaje de la historia para saber si lo comprendió.
- (d) Cuando sea útil, se le puede pedir que haga su propia historia sobre un tópico particular, por ejemplo, “Cuéntame una historia sobre una niña que estaba muy triste”.

- ✚ **Dibujo y pintura dactilar:** esta actividad es muy atractiva para niños, niñas y adolescentes, lo cual facilita mucho su uso. Su valor radica en que es un medio que les permite expresar su percepción de la realidad (personal, familiar, etc.), objetivar conflictos, temores y otros estados emocionales, proyectarlos sobre objetos externos, etc.

Durante la evaluación el dibujo que con más frecuencia se le solicita a los niños, niñas y adolescentes es el de su familia, pero también se usa el dibujo libre. En la etapa de tratamiento también se pueden utilizar estas dos opciones, lo mismo que otras que se consideren útiles.

- ✚ **Caja de arena:** los materiales son miniaturas que representan seres vivos de todas las especies (incluyendo personas de todas las épocas, razas y edades), objetos, elementos de la naturaleza, guerreros, figuras místicas y religiosas, etc. Una caja de madera y arena de mar permite reproducir experiencias vitales y las emociones asociadas, facilita la expresión, la toma de conciencia y una nueva visión de la realidad.
- ✚ **Dramatización y juego de roles** como experiencias actuadas por los y las adolescentes. Su valor es el mismo que se le atribuye a la representación dramática con títeres, con la diferencia de que en este caso no existe el elemento de fantasía que suponen los títeres.

El uso de estos instrumentos y técnicas exige un mínimo de experiencia o un período de entrenamiento práctico en combinación con el estudio de sus fundamentos teóricos bajo la guía de una persona experta. Es por ello, que si la unidad de salud no cuenta con profesionales de la psicología se asegure la referencia para la atención y valoración de las niñas, niños y adolescentes que lo ameritasen.

8.3 Asesoría a la familia para el apoyo emocional de los niños, niñas y adolescentes con VIH.

El apoyo emocional puede entenderse como estar disponible para una persona que necesita alguien con quien hablar de sus preocupaciones, temores, etc., y demostrarle amor, comprensión y estima, lo cual le ayudará a sentirse amada, respetada, entendida y segura.

Debemos de alentar a las personas a que enfrenten las emociones propias y ajenas en forma adecuada. En consecuencia, al trabajar con la familia de estos niños, niñas y adolescentes se pueden realizar las siguientes acciones:

- ✚ Facilitar la libre expresión de sus emociones (dolor, preocupaciones, miedos, etc.) y hacerle saber que son normales y necesarios para que puedan recuperar su bienestar.
- ✚ Proporcionar medios que faciliten la expresión de las emociones, por ejemplo llorar sin tener que avergonzarse, ni interrumpir, excepto si es excesivo, y no utilizar frases que minimicen sus sentimientos debido a que su estado emocional puede empeorar.
- ✚ Las expresiones deben ser emitidas en un tono suave, tranquilo, para transmitir estabilidad y control emocional.
- ✚ Dar puntos de vistas optimistas sobre lo que cuenta sin menospreciar lo difícil y significativo de esto y mostrar los aspectos positivos que en ese momento no afloran con facilidad o que son poco evidentes.

- ✚ No usar frases o palabras que denoten enjuiciamiento o crítica porque eso obstaculiza enormemente la expresión de las emociones y puede generar cólera.
- ✚ Utilizar el lenguaje extraverbal para reforzar el apoyo emocional que se ofrece con palabras pues esto transmite seguridad, que refuerza la confianza y fortalece la autovaloración: hacer contactos físicos ligeros (abrazos, dar la mano, etc), asentir con la cabeza, adoptar ciertas expresiones faciales, etc. Considere siempre el respeto o los límites que la persona establezca.

Para ayudar a los niños, niñas y adolescentes a superar las emociones surgidas de la revelación del diagnóstico; según el estado emocional particular durante la asesoría se pueden utilizar diferentes estrategias:

- ✚ Para la **negación** que es un mecanismo de afrontamiento temporal que se produce como reacción inmediata al conocimiento del diagnóstico se debe:
 - aceptar la negación como parte del proceso y dar el tiempo que necesiten para la aceptación de su condición,
 - explorar los miedos que pueden causar la negación,
 - reconocer estos miedos y explicar que son normales,
 - reforzar su conocimiento sobre el VIH y sida dando información simple, en especial sobre cómo el vivir positivamente puede prolongar sus vidas (cuidado de la dieta, ejercicios físicos y manejo del estrés).

- ✚ Cuando el niño, niña o adolescente **culpa** a otros por su condición se le puede ayudar mediante las siguientes acciones:
 - explorar las razones por las que culpa a otros,
 - dar información exacta y apropiada a su edad sobre cómo se transmite y no se transmite el VIH, facilitar que se centre en el futuro y no en el pasado, ayudar al niño(a) o adolescente y a su familia a comunicarse abiertamente sobre sus sentimientos.
 - explorar otras fuentes de apoyo que estén disponibles (familia extensa, escuela, grupo comunitario, etc.).

- ✚ **Sentimiento de culpa** que conduce al niño, niña o adolescente y a su familia a resistirse a la revelación del estatus (condición de portador o de sida) y no les permite vivir positivamente; se debe:
 - facilitar su libre expresión,
 - explorar las razones de éstos,
 - dar información exacta y apropiada a la edad sobre los mecanismos de transmisión del VIH, promover la comunicación de sus problemas a la familia,
 - ayudar a no personalizar la culpa (para evitar el sentimiento de aislamiento) y
 - respetar sus sentimientos para trabajar con ellos.

- ✚ El **enojo**, una emoción común que indica un estado de frustración de las necesidades. En el caso de los niños, niñas y adolescentes con VIH se expresa, con el hecho de no poder asistir a la escuela, por tener que tomar

medicamentos que otros niños de su edad o cercanos a ellos no lo hacen, de culpar a otros (padres) de su estado y con la impotencia ante la muerte de los padres.

Es más manifiesto en los y las adolescentes, considerando que la manifestación de los sentimientos es diferente en cada ciclo de vida del ser humano.

Se debe realizar lo siguiente:

- apoyar reconociendo que su enojo es una reacción normal y comprensible,
- se favorece que lo expresen libremente y exploran los pensamientos subyacentes.
- también se pueden mostrar formas en que ellos(as) y su familia pueden exteriorizar el enojo en forma segura (por ejemplo, llorando, golpeando una almohada, haciendo un juego de roles o pintando).

 El **miedo** es emocionalmente impactante, en este caso se debe:

- animar al niño(a) o adolescente a hablar sobre sus miedos asegurándole que sentirse atemorizado es muy normal,
- ayudarles a enfrentarlos, educando y brindando información apropiada a la edad, por ejemplo sobre cómo las personas con VIH pueden vivir positivamente y prolongar sus vidas.

Asimismo, es necesario apoyar a la niñez o adolescente a salir de la conmoción, por ejemplo, discutir la situación y las posibilidades de tener una vida positiva, explorar las opciones prácticas disponibles para que reciba ayuda de otras fuentes y animar a la familia a participar en las sesiones para que el niño(a) o adolescente sienta que sus preocupaciones son compartidas.

8.4 Comunicación con los niños, niñas y adolescentes acerca de su status.

Los cuidadores o tutores y el personal de salud tienen percepciones y preocupaciones distintas sobre la revelación de la condición de VIH a los niños, niñas, adolescentes y frente a otros miembros de la familia.

Entre las razones que los padres o cuidadores tienen para no informarles se cuentan la idea de que el niño(a) es demasiado pequeño(a) para comprender lo que significa su condición, de que el momento en que se le dice que tiene VIH es angustiante, el miedo a que el niño, niña o adolescente lo revele a terceros en forma indiscriminada y la necesidad de proteger a la familia de la estigmatización.

Existen circunstancias que llevan a los cuidadores a revelar su condición al niño(a) con VIH, entre las que se cuentan la oposición de la familia a los secretos, la convicción de que el niño(a) tiene derecho de saber, la preocupación de que alguien más le diga su diagnóstico, y lograr fortalecer el vínculo afectivo con el niño/a. Otros factores que precipitan la revelación son: el miedo a la revelación accidental, la progresión de la infección, preguntas persistentes de los niños, niñas y adolescentes sobre su estado de salud y la necesidad de que colaboren con el tratamiento.

Los proveedores de salud, por el contrario, perciben la revelación como un proceso que se inicia con la preparación de los padres o cuidadores en el que interviene un equipo multidisciplinario (médico, enfermera, nutricionista, psicólogo y trabajador social) que se encarga de la atención integral y comparte con el niño, niña o adolescente información adecuada a su edad a la cual tiene derecho y que lo capacita para que las experiencias de su condición de VIH tengan sentido.

Los padres o cuidadores tienen el derecho a decidir el profesional de la salud que les acompañará en la revelación de la noticia. La no revelación se convierte en un potencial impedimento para que los niños, niñas y adolescentes desarrollen habilidades para afrontarla y alcanzar una mejor calidad de vida.

La revelación puede ser total o parcial. La primera se refiere a informar a los niños, niñas y adolescentes sobre su condición sin decir un nombre específico, esto supone que podría bastar con decir que tienen "gérmenes en la sangre" que los pueden enfermar si no toman el medicamento.

Debido al estigma asociado a la infección con VIH, la revelación parcial es considerada como un paso útil en el proceso y representa un compromiso entre la necesidad del secreto que tienen los cuidadores y la necesidad de información que tienen sus niños, niñas y adolescentes.

Algunos mensajes que pueden utilizar los padres y los profesionales según la edad durante la revelación:

A un niño de 4 o 5 años:

"Hay un germen (o virus) en tu sangre que a lo mejor hace que te pongas enfermo, por eso tienes que tomarte la medicina". "Es muy importante que te tomes la medicina todos los días, así tu cuerpo estará fuerte".

"Un virus es una cosa que se mete dentro de tu cuerpo, en tu sangre, y que puede hacer que te pongas enfermo. Como un catarro. El catarro es un virus. El VIH está en tu sangre (...y en la de mamá y la de papá)". "

A un niño en edad escolar(6-12 años):

"Naciste con el VIH porque pasó de la sangre de mamá a la tuya cuando estabas en su panzita". "Tener el VIH no significa que tengas nada malo. Sólo es un virus en tu sangre. La gente puede tener distintos tipos de virus".

"VIH es el nombre del virus que hay en tu sangre. Sida es el nombre de la enfermedad que aparece si no se trata el VIH. Estás tomando medicinas para tratar el VIH y no enfermarte".

"Tener el VIH es algo privado y sólo tú decides si quieres contárselo a los demás. No tienes que contarle si no quieres. Por otro lado, puedes contárselo a las personas

que necesitan saberlo (por ejemplo, el profesor, la enfermera, etc. si el padre o cuidador lo aprueba). No hay que avergonzarse de tener el VIH".

A un(a) adolescente:

"Tienes el VIH. Un virus es una cosa que se mete en tu sangre, y que puede hacer que te pongas enfermo. No significa que te vayas a poner muy enfermo necesariamente. Puedes controlar el virus tomando la medicina diario. "

"Como sabes qué es el VIH y que lo tienes en la sangre, tienes la responsabilidad especial de no pasárselo a otras personas. Puedes evitar volver a contraer el virus o contagiárselo a otras personas si... (explicar según el nivel de riesgo y la madurez sexual del adolescente)".

"Tener el VIH no significa que no puedas tener relaciones sexuales afectivas, sino que debes planificar con cuidado tu futuro con los demás y tomar decisiones correctas sobre tu seguridad y la de los demás".

"Muchos adolescentes con VIH han descubierto que tener el virus les da una especie de fuerza para educar a los demás sobre el VIH, evitar que se propague el virus y cambiar las ideas equivocadas y los prejuicios que tienen al respecto. Si quieres, puedes utilizar tu condición para marcar una diferencia en la vida de otras personas".

Se considera que la no revelación puede generar sentimientos de soledad, tristeza y miedo, pues los niños, niñas y adolescentes a los cuales no se les había dicho su diagnóstico, a pesar de ello, eran conscientes de su situación y sentían que no podían discutirlo abiertamente con sus padres (10).

En contraste, no hay evidencia que sugiera que la revelación les afecta negativamente, pues se encontró que los que sabían su diagnóstico mostraron una tendencia no significativa (en sentido estadístico) a presentar menos depresión, así como un progreso lento de la enfermedad en aquellos que revelaron su estatus a sus amigos comparados con los que no lo hicieron (10).

Aunque los niños, niñas y adolescentes pueden sentir confusión, miedo y ansiedad, son capaces de entender y explicar la enfermedad, sus causas y tratamiento de acuerdo con su desarrollo cognitivo y emocional. En el contexto de la revelación se requiere un cambio que va desde decidir si se les revela o no su condición VIH hasta como proporcionarles información que sea acorde a su desarrollo cognitivo.

En la actualidad se recomienda que la revelación sea vista como un proceso dinámico y continuo en lugar de como un punto traumático en el tiempo. Esto implica llevar a cabo múltiples conversaciones teniendo en cuenta el desarrollo cognitivo del niño, niña o adolescente para que en forma progresiva logre una comprensión más profunda sobre la condición VIH.

También es necesario acordar con los cuidadores las condiciones necesarias para informarles sobre su condición tales como: que otra (s) persona (s) debe (n) saberlo, quién le va a informar, qué se le va a informar, cuándo y en qué forma.

La mejor forma de revelar al niño, niña o adolescente su condición es que un cuidador en el que confía y al que quiere le de información adecuada a su edad, en un contexto de cariño y estableciendo contacto físico durante el proceso.

Puede ser útil pero no imprescindible la participación de profesionales, lo fundamental es que el cuidador o tutor se preocupe sinceramente por su bienestar y esté dispuesto a seguir hablando del tema.

La revelación no debe ocurrir en forma casual, por accidente o en el momento de un enojo o discusión, pues el niño, niña o adolescente asociará su condición con un problema o enojo familiar, lo que complicaría el proceso de asimilación. La conversación debe surgir de forma natural a raíz de sus preguntas y comentarios, lo cual le dará mayor libertad para expresar sus preocupaciones y para obtener respuesta a sus verdaderas inquietudes (25).

Los proveedores de salud deben crear un ambiente de apoyo en el que se comparte un dialogo abierto para acceder a sus necesidades individuales de revelación, preocupaciones y miedos. Una vez que estos temas han sido identificados, pueden trabajar con los cuidadores o tutores para generar formas de superar sus preocupaciones y desarrollar un plan evolutivamente apropiado para la revelación a sus niños, niñas y adolescentes. Este proceso permite preparar a los cuidadores o tutores para que afronten su propia condición del niño(a) o adolescente e iniciar la revelación a éste ante un resultado confirmado.

En términos prácticos, esto supone acciones que los padres, o cuidadores pueden realizar para proporcionar ayuda a niños, niñas, adolescentes y su familia a través de lo siguiente:

- ✚ Hablar con la madre, el padre o cuidador y ayudar a enfrentar sus dudas y temores sobre su propia condición (si corresponde) la del niño, niña o adolescente.
- ✚ Proporcionar información que le permita comprender los beneficios de la revelación.
- ✚ Resumir los hechos más importantes sobre el VIH y sida que los padres, madres, cuidadores o tutores deben saber para enfrentar con éxito el proceso de revelación; esta información debe ser clara, sencilla, libre de tecnicismo y frases estereotipadas.
- ✚ Crear un entorno privado para tratar el tema, y apoyar a los cuidadores o tutores a informarse, deliberar, coordinar y decidir si deben iniciar la revelación del diagnóstico a sus hijos e hijas, cuándo y cómo.
- ✚ Valorar la disposición para revelar la condición serológica y en caso de que disponga no hacer la revelación, respetar su decisión y esperar una oportunidad mas propicia para retomar el tema.

- ✚ Explicar que la revelación es un proceso y no un momento y que no es necesario nombrar la infección ni hacer una revelación completa que suponga dar explicaciones complicadas al niño(a) o adolescente.
- ✚ Explicar que el niño(a), según su edad, es capaz de comprender y explicar la enfermedad y sus causas y que en consecuencia se le debe proporcionar información apropiada a su desarrollo.
- ✚ Cuando el cuidador o tutor esté preparado, se debe elaborar un plan que le permita hacer un proceso de revelación que se ajuste a sus necesidades y las del niño/a o adolescente.
- ✚ Es muy reconfortante y dá mucha seguridad a los cuidadores o tutores saber que otros padres se han hecho las mismas preguntas, que han encontrado la forma de hablar sobre el VIH y que los niños han reaccionado bien cuando se les ha hablado del tema.

IX. TRATAMIENTO

9.1 La Atención Psicosocial de niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del sida

El término psicosocial puede entenderse como todos los aspectos de la vida en los que se produce la combinación de dos niveles básicos del funcionamiento de los seres humanos: el psicológico y el social. En este sentido, es importante señalar que la satisfacción de las necesidades sociales contribuye en gran medida al bienestar psicológico.

La atención psicosocial hace referencia a diversas intervenciones, procesos y programas que se realizan con la finalidad de promover la satisfacción de necesidades no materiales ni biomédicas, sino de tipo social y emocional. Estas intervenciones favorecen las relaciones interpersonales dentro de la familia, la escuela y la comunidad, ayudan a adquirir habilidades para la vida, transmiten valores y brindan un sentido de pertenencia.

Entre las necesidades sociales y emocionales de los niños, niñas y adolescentes y huérfanos(as) a causa del sida, se encuentran: cuidado y afecto por parte de su familia, participación social en igualdad de condiciones, acceso y permanencia en la educación formal (como medio de preparación para una vida digna y útil), acceso a los cuidados de su salud física y mental, protección ante todas las formas de abuso, explotación y discriminación y respeto a sus derechos (de sucesión, entre otros).

Los niños(as) y adolescentes que conocen de su estatus tienen otras necesidades emocionales tales como manejar la enfermedad, luchar contra el estigma y la discriminación y prepararse para el futuro.

Por otro lado, al igual que los niños(as) y adolescentes, los cuidadores o tutores tienen necesidades psicosociales que son evidentes en el hecho de que también enfrentan el duelo (sea como hijos o como padres, como hermanos o como abuelos), deben satisfacer sus necesidades materiales (comida, vestido, gastos escolares, etc.) y emocionales (cuidados de salud, darles amor y atención, y todo lo que implica su educación).

Del mismo modo, la mayoría de ellos enfrentan el hecho de que los niños, niñas o adolescentes a su cargo tienen el VIH y pueden morir pronto. Estas situaciones pueden llevarlos a experimentar depresión, aflicción y sentimientos de desesperanza, retraimiento y aislamiento, desesperación y pérdida de esperanza en el futuro, ansiedad, frustración y confusión (Alliance, 2003).

Las necesidades psicosociales de los cuidadores deben ser identificadas para proporcionarles la ayuda que les permita realizar su función parental de la mejor manera posible con los niños, niñas, adolescentes y huérfanos a causa del sida.

9.2 Importancia de la atención psicosocial a niños, niñas y adolescentes huérfanos (as) a causa del sida.

Los niños(as) huérfanos(as) revelan en forma repetida su ansiedad frente a la pérdida de sus padres, se muestran temerosos de perder la seguridad y certeza en el futuro y esto entorpece su capacidad para concentrarse en la escuela.

Los niños, niñas y adolescentes en duelo requieren ayuda de los adultos que les cuidan para poder superar la pérdida de los padres. Pero, los cuidadores también necesitan ayuda y orientación para elaborar su duelo y superarlo.

En este sentido, los niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del sida necesitan oportunidades para expresar sus sentimientos sin miedo al estigma, la discriminación y la exclusión.

Por otro lado, los huérfanos y huérfanas a causa del sida tienen dificultades para acceder a los servicios básicos para su bienestar, tales como salud, alimentación, participación social y educación (dado el riesgo de no poder asistir más a la escuela lo que pone en peligro el desarrollo de sus capacidades) y pueden enfrentar el riesgo de perder sus bienes (si los padres no garantizan el derecho de sucesión).

De igual modo, suelen ser más pobres, menos sanos debido a que su desarrollo cognitivo sufre perturbaciones, pueden ser víctimas de las peores formas de trabajo infantil, así como de distintas formas de abuso y explotación (física, psicológica y sexual). También tienen mayor riesgo de sufrir retraso en el crecimiento y se enfrentan al dilema de tener que trabajar para mantenerse a ellos mismos y/o a sus hermanos(as) menores.

Por ello la atención psicosocial a estos niños, niñas y adolescentes es, no solo indispensable, sino una obligación de todos los actores sociales, sobre todo las

instituciones del estado, pues ello sería la garantía del acceso a una vida con mayor dignidad para ellos(as) y sus familias.

9.3 Acciones propias de la atención psicosocial a niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del sida

La atención psicosocial supone una serie de acciones entre las que se cuentan:

- hacer una evaluación psicosocial que permita establecer cuales son las necesidades particulares de cada caso.
- planificar la sucesión, preparar a los niños, niñas y adolescentes para enfrentar la enfermedad y muerte de sus padres (y la suya en el caso de que estén en fase sida),
- ayudarles a elaborar el duelo,
- proporcionar apoyo a los cuidadores,
- promover y fortalecer la responsabilidad comunitaria y usar los recursos comunitarios existentes,
- garantizar el acceso a la educación, el aprendizaje y el apoyo que el medio escolar puede proporcionarles.

La **evaluación psicosocial** se refiere a una evaluación formal de una persona o familia para identificar sus necesidades no-biomédicas y sus prioridades. Esta evaluación permite descubrir problemas (los cuales suelen ser preocupaciones no evidentes o que no se comentan), y puede utilizarse para vincular a las personas a importantes recursos y servicios locales (19).

La evaluación psicosocial es un estudio normalizado de la estructura de la familia, del apoyo familiar, el estado de ánimo y la salud mental, de los posibles obstáculos a la adhesión, así como de los recursos espirituales, religiosos, sociales y legales de la comunidad.

Puede ser realizada por un(a) profesional que tenga la preparación adecuada o por el equipo multidisciplinario (en cuyo caso cada miembro del personal clínico se centra en su especialidad). En la evaluación puede participar personal del I nivel de atención, el cual ha recibido capacitación y puede ser el vínculo entre la familia en su entorno familiar y comunitario y el hospital.

Debido a que esta evaluación forma parte del programa de atención, es indispensable que quien la lleve a cabo esté muy atento a todos los aspectos del tratamiento y que se identifiquen los problemas y/o necesidades psicosociales más urgentes.

La **planificación de la sucesión** permitirá a los padres con VIH y sida garantizar un mejor futuro para sus hijos e hijas y suprimir una fuente importante de tensión y ansiedad emocional. Previene los abusos que los adultos y adultas puedan cometer con las propiedades que por derecho corresponden a los huérfanos(as).

Debe ayudar a los progenitores a planificar el futuro de sus hijos e hijas facilitándoles orientación sobre los lugares donde pueden brindarle asesoría jurídica (certificados de nacimiento y de las propiedades: tierra, casas, dinero, etc.).

También se debe de brindar información sobre los lugares en donde puedan encontrar apoyo ante la pérdida, que les oriente a determinar un cuidador adecuado para ellos(as), si fuese necesario. Esta tarea se realiza en el contexto de la preparación para la muerte, proceso en el cual ha demostrado ser de utilidad el uso de diarios personales, caja de recuerdos y álbum de fotos, lo cual facilita hablar de la propia enfermedad, fortalecer la identidad familiar y potenciar la capacidad emocional.

Elaboración del duelo o la preparación para la muerte, (propia, de los padres u otro ser querido) implica para el personal de salud, llevar a cabo las siguientes acciones:

- ✚ Apoyar a los padres a enfrentar la muerte como un hecho natural, a fin de que puedan transmitir dicha percepción a sus hijos e hijas. Esto tiene un propósito educacional y terapéutico, pues ayuda a las personas a entender que, aunque la muerte es un evento triste y doloroso, es también real e inevitable.

Algunas experiencias han demostrado que cuando los padres preparan a sus hijos para la muerte, estos tienen mayor capacidad de tomar decisiones sobre su futuro (dónde vivir, cómo usar sus propiedades, etc.).

- ✚ Comunicar los hechos en forma abierta y honesta, lo cual implica dar información ajustada a su edad, evitando usar explicaciones abstractas tales como “tu madre se fue a dormir” o “tu padre hizo un largo viaje”
- ✚ Permitir y apoyar a expresar sus enojos y miedos procurando que no se hiera a sí mismo o a otros.
- ✚ Reconocer que la reacción más natural de los niños, niñas y adolescentes ante la muerte podría ser la negación.
- ✚ Ayudar en este proceso de manera amable, continua, discutir los hechos sobre el VIH y capacitar al niño(a) o adolescente para expresar miedos y hacer preguntas.
- ✚ Dar información práctica sobre lo que va a suceder con ellos cuando el padre o la madre muera: quién los va a cuidar, con quién van a vivir, a qué escuela van a ir.
- ✚ Asegurar que no está solo(a) con sus preocupaciones y miedos: animar a la familia a discutir también en casa los hechos relacionados con la muerte y el duelo. Cuando sea apropiado considerar involucrar a otras personas (por ejemplo un guía religioso o espiritual) para explicar el significado de la muerte dentro de la cultura.
- ✚ Permitir al niño(a) o adolescente discutir como le gustaría o a su familia ser recordados, por ejemplo, podrían preparar un libro de recuerdos con fotos y poemas.

Cuando la muerte de los padres u otros seres queridos sea un hecho consumado, el apoyo psicosocial inmediato puede consistir, entre otras cosas:

- ✚ Dar tiempo para pensar en la muerte, hacer preguntas y aceptar sus silencios. Puede ser útil ver fotos, hablar sobre los recuerdos y visitar la tumba de la persona fallecida. También se puede sugerir que escriban cartas de despedida a la persona muerta para facilitar la expresión de sus sentimientos.
- ✚ Si el niño, niña o adolescente tiene conductas de búsqueda de la persona muerta, se puede aprovechar la oportunidad para acompañarle en dicha búsqueda y confirmar con amabilidad la realidad de la muerte.
- ✚ Permitir expresar sus sentimientos de enojo y miedo, y procurar que el niño, niña o adolescente no se hiera a sí mismo o a otros.
- ✚ Repetir en forma simple y honesta los hechos, por ejemplo, se puede expresar “sé que es difícil creer que tu madre ha muerto, pero su cuerpo estaba débil y cansado y no pudo continuar”.
- ✚ Discutir las preguntas relativas a las creencias culturales y religiosas. El niño, niña o adolescente podría preguntar “¿por qué Dios se llevó a mi hermano?” Lo que el profesional le diga nunca debe implicar que la muerte es una forma de castigo.
- ✚ Ayudar a que la pérdida sea real para el niño, niña o adolescente, por ejemplo, involucrarlo en los rituales (vela, entierro, misas, rezos, visitas a la tumba, etc.).
- ✚ Nunca se les debe imponer expectativas sobre su recuperación del duelo tales como decir “en tres meses te sentirás mucho mejor” o “tenés que seguir con tu vida”.
- ✚ Animar al niño, niña o adolescente a afrontar sus emociones dentro de su familia y su comunidad, por ejemplo, asegurando que continúe con su vida familiar, escolar, etc., para evitar que sea innecesariamente separado de las personas que ama y ayudarle a superar los miedos que puede tener sobre el futuro de la familia.
- ✚ El personal de salud debe elegir la intervención apropiada para cada niño, niña o adolescente, puesto que algunos(as) no se sienten cómodos hablando de sus problemas personales en grupo y prefieren hacerlo en sesiones individuales.
- ✚ En el caso de que acepten participar en grupos es importante darles oportunidad de compartir experiencias y sentimientos con otros niños que se encuentren en situaciones similares a las suyas, pues esto les ayudará a tomar conciencia de que no están solos.

Apoyo a los cuidadores: los que tienen necesidades psicosociales, de modo que algunas acciones indispensables para apoyar la importante función que realizan pueden ser las que se exponen a continuación:

- ✚ Lograr que los cuidadores o tutores sean sensibles a las necesidades psicosociales de los niños, niñas y adolescentes bajo su cuidado.

- ✚ Proporcionar información y entrenamiento básico para que puedan asumir las funciones parentales, el cuidado de la salud de los niños, niñas o adolescentes y la comunicación.
- ✚ Crear centros de cuidado o casas de albergue diurno a los que puedan acudir los niños y niñas para que los cuidadores puedan descansar.
- ✚ Establecer y facilitar la participación en grupos de apoyo o grupos de reflexión para los cuidadores o tutores a fin de que puedan obtener y dar apoyo a otros que se encuentran en su misma situación.
- ✚ Organizar visitas comunitarias informales para dar a los cuidadores apoyo moral y contacto social con regularidad.
- ✚ Reforzar la capacidad laboral de los cuidadores o tutores y otros miembros de la familia para que puedan obtener los ingresos económicos que necesitan para el sustento de su familia.

Promover y fortalecer la responsabilidad comunitaria y usar los recursos comunitarios existentes: la atención psicosocial a los huérfanos a causa del sida se ha realizado de forma preferencial a partir de programas basados en la comunidad, dirigidos a proteger sus derechos y garantizar su bienestar, la mayoría de los cuales se han centrado en las necesidades materiales y físicas; sin embargo, la perspectiva actual reconoce que los huérfanos(as) y sus familias también necesitan atención psicosocial.

La filosofía de estos programas es que los huérfanos tienen mejor oportunidad de desarrollarse en sus familias y en un ambiente familiar en el que tengan la oportunidad de aprender su cultura de primera mano y satisfacer sus necesidades.

La atención psicosocial basada en la comunidad supone una concertación de todos los actores sociales (autoridades estatales y municipales, escolares, de salud, organizaciones religiosas, privadas y no gubernamentales) de manera que cada quien asuma la responsabilidad que le corresponde en el cuidado de los huérfanos(as) a causa del sida y de sus familias.

Para proporcionar atención psicosocial a los huérfanos (as) a causa del sida es indispensable hacer uso de los recursos comunitarios. En este sentido, una cuestión esencial es comprometer a los miembros de la comunidad en la evaluación de sus necesidades y prioridades, para realizar intervenciones específicas, pues ello contribuiría a desarrollar un sentido de propiedad y responsabilidad.

Entre las acciones que la comunidad puede realizar para proporcionar esta atención psicosocial se encuentran las siguientes (una vez que los familiares, cuidadores, tutores, niños y adolescentes estén preparados psicológicamente para hacerse públicos):

- ✚ Identificar a los niños, niñas y adolescentes en situación de orfandad, y a las familias vulnerables, las cuales se caracterizan por tener muchos niños, cuidadores o tutores con escasa o nula capacidad económica, presencia de niños enfermos, hogares dirigidos por niños, abuelos o un solo padre.
- ✚ Promover la interacción entre niños y adultos, mediante proyectos conjuntos, visitas familiares y comidas comunitarias.
- ✚ Hacer una evaluación que permita conocer las necesidades psicosociales de los huérfanos(as) a causa del sida y las de sus cuidadores o tutores.
- ✚ Involucrar a niños(as) y jóvenes en la planificación de actividades para sus pares (de su misma edad) vulnerables (huérfanos y que tienen VIH) y les proporcionen compañía; es decir programas de acompañamiento voluntario entre pares
- ✚ Organizar actividades grupales (culturales, deportivas, etc.) sobre todo para los niños, niñas o adolescentes que se encuentran socialmente aislados.
- ✚ Estimular su participación en la planificación y ejecución de los programas de atención psicosocial que se realizan en busca de mejorar la calidad de vida.
- ✚ Involucrarles en la toma de decisiones sobre su vida porque esto les ayuda a construir su autoestima, desarrollar habilidades de comunicación y negociación y a aprender sobre cooperación y entendimiento mutuo.
- ✚ Promover el desarrollo de capacidades para que los huérfanos(as) puedan hacerle frente a la vida cotidiana en aspectos relacionados con la gestión doméstica, el cuidado de los hermanos menores, el uso de los recursos económicos y el acceso a los servicios.
- ✚ Establecer clubes para niños(as) y adolescentes que les proporcionen apoyo continuo y oportunidades para la interacción social.
- ✚ Facilitar la participación de los niños, niñas y adolescentes en los comités comunitarios. Compartir ideas con ellos, pedirles consejos e involucrarlos en la planificación e implementación de la ayuda para el desarrollo de habilidades sociales y de vida.

La educación, es de vital importancia para el futuro de los niños, niñas y adolescentes que asistan a la escuela y se beneficien plenamente de este derecho. La educación puede también reducir los riesgos de que adquieran el VIH al mejorar sus conocimientos, incrementar su conciencia, sus capacidades y sus oportunidades.

Además del aprendizaje académico, la escuela puede contribuir a su desarrollo psicosocial proporcionando un entorno seguro y estructurado, apoyo emocional,

supervisión de adultos, oportunidad de aprender a relacionarse con otros niños y desarrollar redes sociales.

Los huérfanos, sobre todo si han perdido a ambos padres, necesitan alguien en quien confiar, que los instruya y que se interese en sus vidas. Esto implica que el maestro podría tomar un rol más activo en su educación, proporcionándoles oportunidades para mejorar su autoestima y autoconfianza, ayudándoles a establecer metas realistas y a disfrutar del aprendizaje, con lo cual dejaría de ser un simple instructor para pasar a ser un consejero capaz de proporcionar el tipo de ayuda que estos niños(as) y adolescentes necesitan.

La escuela también podría contribuir a promover la madurez emocional y el desarrollo de habilidades sociales, lo cual facilitaría el aprendizaje escolar. Esto es necesario, sobre todo en los hogares dirigidos por abuelos y hermanos, en los cuales no se enfatiza el desarrollo de estos aspectos.

Por otro lado, se deben identificar los obstáculos que impiden el acceso y la permanencia de los niños, niñas y adolescentes en las escuelas. Puesto que uno de los principales obstáculos es el costo de la escolarización, se deben invertir esfuerzos para garantizar la gratuidad.

De igual manera, la escuela puede asumir la preparación profesional de los huérfanos(as) para que logren autosuficiencia económica, desarrollen habilidades sociales para tomar decisiones conscientes, de modo que puedan protegerse de distintos riesgos, sobre todo, el de adquirir el VIH.

Por último, los maestros y autoridades escolares pueden contribuir a identificar a los niños vulnerables, atraerlos hacia la escuela y mantenerlos en ella mediante la mejoría de los programas escolares, protegerlos del maltrato y la explotación y garantizar que todos y todas disfruten del derecho a un medio ambiente educativo seguro. Los esfuerzos para mejorar y ampliar el papel de la escuela exigen la participación de los padres, los líderes comunitarios y la propia niñez.

9.4 Funciones del personal de la salud en la atención psicosocial a los niños, niñas y adolescentes huérfanos a causa del sida.

La atención psicosocial de los huérfanos/as a causa del sida no es patrimonio de una organización o persona particular, sino que es el resultado de la participación de todos los actores sociales. No obstante, es indispensable que el personal de salud tenga claro cuales son los límites y alcances de su participación en este gran esfuerzo.

Aunque todos los profesionales deben estar familiarizados con los problemas psicosociales derivados de la condición VIH y con los recursos disponibles en la localidad, se pueden definir responsabilidades individuales:

- ✚ El personal de salud debe proporcionar a los niños, niñas y adolescentes y a sus familias conocimientos científicos sobre la condición VIH y el sida, sus mecanismos de transmisión, conductas de riesgo, etc. Esta información debe ser clara, sencilla, sin términos técnicos que dificulten su comprensión y basada en las necesidades de las personas a las que se atiende.
- ✚ Los problemas de salud mental (síntomas psiquiátricos, alteraciones emocionales y de conducta, etc.), deben ser evaluados y atendidos por personal clínico calificado tales como psiquiatra y psicóloga/o. En caso de que la unidad de salud no disponga de ello deberá de asegurar su asistencia a través de la referencia, previa coordinación con la unidad receptora.
- ✚ La evaluación de los problemas económicos, la situación educativa, las condiciones materiales de vida compete, sobre todo, al personal de trabajo social.
- ✚ El asesoramiento de apoyo⁶ puede realizarlo el personal de psicología, enfermería y trabajo social. Los asesores apoyan el plan de atención de la niñez, adolescencia y su familia y les animan a hablar sobre su salud y tratamiento y son los primeros en descubrir los problemas psicosociales que influyen en la salud y el bienestar.
- ✚ El rol del consejero es evaluar las necesidades psicosociales, ayudar a establecer y priorizar los problemas, a explorar todas las opciones y a tomar decisiones, dar apoyo emocional, información precisa y relevante, referir a servicios y ayudar a acceder a éstos, intervenir cuando sea necesario, informar al equipo multidisciplinario y registrar las sesiones de asesoramiento.
- ✚ Todos los asesores deberían tener capacidad de empatía, profesionalidad (tratar a los pacientes con respeto, salvaguardar la confidencialidad, no ser crítico con sus valores o creencias) y aptitudes para la comunicación (con los pacientes y los miembros del equipo multidisciplinario) tales como escuchar activamente, preguntar de manera efectiva, explicar y llevar los registros.
- ✚ Evaluar las necesidades de atención psicosocial de los niños(as) y adolescentes con VIH, de los(as) huérfanos(as) a causa del sida así como las de sus cuidadores o tutores y familia en general.
- ✚ Luego de evaluar los problemas psicosociales, el personal de salud debe realizar las acciones establecidas para encontrarles solución, un ejemplo de esto es proporcionar apoyo emocional a los niños(as) y adolescentes y a sus familias, mejorar la autoestima, potenciar los factores de protección, intervención en crisis, etc.

⁶ Consiste en ayudar a los pacientes a descubrir sus necesidades y problemas, proporcionar información, remitir a recursos y servicios de la localidad y animarles a sobrellevar las dificultades que supone su condición VIH.

- ✚ En el caso de las necesidades cuya satisfacción no corresponden al personal de salud, su función es la de conectar a las familias con otros recursos sociales organismos gubernamentales y no gubernamentales que brinden este tipo de apoyo.
- ✚ El conocimiento de los recursos disponibles por parte del personal de salud es indispensable puesto que en algunos casos las necesidades de estos niños(as) y adolescentes son de carácter evidente y urgente.

Por ejemplo, algunos niños(as) con VIH necesitan educación especial, estimulación del desarrollo, etc., mientras que los adolescentes requieren formación profesional para facilitarles el acceso al mercado laboral en mejores condiciones. En estos casos, las instituciones hacia las que se debe orientar a las familias en búsqueda de la satisfacción de sus necesidades forman parte del Ministerio de Educación (Educación especial e INATEC).

- ✚ El personal de salud correspondiente (nutricionista) debe hacer la valoración nutricional de los niños(as) y adolescentes con VIH, muchos de los cuales son a la vez huérfanos(as), debido a que esto no solo contribuye a mejorar su calidad de vida, sino a disminuir su vulnerabilidad a las enfermedades oportunistas.
- ✚ Practicar y promover una actitud de respeto y sensibilidad hacia los niños, niñas y adolescente con VIH, los huérfanos a causa del sida y sus familias es un aspecto fundamental del papel que corresponde al personal de salud.
- ✚ Participar en la educación y movilización de la comunidad para que en forma progresiva asuma un compromiso en el apoyo psicosocial que requieren las familias afectadas por el VIH y sida.
- ✚ El personal de salud también puede contribuir en forma decisiva a disminuir el estigma y la discriminación que afecta a estos niños, niñas, adolescentes y a sus familias.

La atención psicosocial dirigida a los(as) huérfanos(as) a causa del sida, a los niños vulnerables (incluidos los que tienen el VIH) y a sus cuidadores o tutores es una de las intervenciones de crucial importancia para mitigar el sufrimiento que la epidemia está causando.

Aunque todos los actores sociales deben participar en la detección y satisfacción de las necesidades psicosociales de estas personas, no cabe duda que el personal de salud se encuentra en una posición privilegiada por cuanto en forma ineludible los cuidadores acuden a la institución de salud en busca de los cuidados que los niños, niñas y adolescentes requieren.

9.5 Visitas domiciliarias.

Es otra modalidad de atención fuera de las unidades de salud que puede ser realizada por el personal: psicólogas, trabajadoras sociales, médicos y enfermeras debidamente entrenadas.

Es una alternativa de apoyo emocional para las personas que no cursan complicaciones relevantes en cuanto a su salud sin embargo son ideales también para las personas que se encuentran en fase terminal.

Son objetivos de la visita domiciliar:

- Realizar acompañamiento emocional a personas con VIH o sus familiares.
- Lograr que los familiares alcancen el proceso de aceptación de la fase terminal.
- Brindar acompañamiento a la persona con VIH para abordar temáticas en familia que tiene que ver con problema asociados al VIH como discriminación, rechazo, temores y miedos que expresan familiares al o poseer científica sobre el VIH.
- Realizar acompañamiento para hacer pública su condición ante su familia.
- Abordar problemática familiar entre padres, hijos e hijas y sus conflictos.

9.6 Planificación del tratamiento psicológico de los niños, niñas y adolescentes con VIH y sus familias.

Al planificar el tratamiento psicológico para los niños, niñas y adolescentes con VIH y afectador por el sida, se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- ✚ Definir los objetivos que se desea alcanzar: de manera general se pueden enunciar como resolver conflictos, restaurar el desarrollo, promover la maduración y adaptación al medio (21). Se puede añadir que en el caso de estos niños, niñas y adolescentes es indispensable informarles sobre su seropositividad y lo que esto implica en términos del autocuidado de su salud, convivencia con el VIH de forma positiva, promover la expresión de las emociones relacionadas con la experiencia de su condición VIH, la de sus padres y/o la muerte, contribuir a la adherencia a la terapia antirretroviral, etc.
- ✚ Elegir actividades y tareas que permitan lograr los objetivos: estas actividades y tareas tienen estrecha relación con los objetivos propuestos, siendo las principales la entrevista, el juego, la dramatización entre otros.
- ✚ Utilizar los métodos, instrumentos y técnicas que se ajusten al desarrollo y características del niño/a y a los objetivos del tratamiento, que faciliten el establecimiento de la relación, de la expresión simbólica, la liberación de emociones, etc.
- ✚ Establecer una relación terapéutica adecuada a la edad, el problema o trastorno, la personalidad y las circunstancias del paciente.
- ✚ Utilizar recursos complementarios: esto se refiere a otras intervenciones que pueden ser necesarias. Es importante tener en cuenta que los niños, niñas y

adolescentes con VIH, al igual que otros niños, tienen necesidades cuya atención compete a otros profesionales, por ejemplo, en el caso de que tengan dificultades escolares y de aprendizaje, será necesaria la intervención de un (a) especialista en psicopedagogía, si tienen problemas del desarrollo del lenguaje, un/a logopeda será el (la) profesional apropiado(a), etc.

- ✚ Establecer los indicadores que permitan valorar si los objetivos formulados fueron cumplidos, especificando las áreas del funcionamiento psicológico en que se esperaban los cambios deseados.
- ✚ Criterios de evolución: valorar la medida en que se alcanzaron los objetivos contrastando éstos con los resultados obtenidos y decidir en que momento debe finalizar el tratamiento y como se realizará el seguimiento.

Se debe decidir qué personas participarán en el tratamiento (solo el niño o niña, los padres o ambos), el tiempo y lugar en que se realizará, la frecuencia de las sesiones, etc.

9.7 Intervención terapéutica de las principales manifestaciones psicológicas con niños, niñas y adolescentes.

A. Trastornos de la conducta.

- A.1 Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad:

Definición: es un patrón persistente de falta de atención y/o hiperactividad e impulsividad. Sus principales síntomas pueden incluir baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, también puede haber labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima.

Es importante tomar en cuenta la edad de inicio (antes de los 7 años), y el comportamiento alterado es involuntario.

Este trastorno se caracteriza por problemas atencionales, impulsividad, autocontrol y sobreactividad motora. Los problemas atencionales se refieren a distracción en tareas de rendimiento, percepciones del profesor sobre la concentración del niño/a, y atención selectiva, dividida y sostenida. Los padres y maestros los describen afirmando: “nunca termina lo que empieza”, “no se concentra”, “está en la luna”, etc.

La impulsividad es el déficit para inhibir conductas en respuesta a las demandas situacionales. Se debe distinguir entre la “impulsividad social” (incapacidad del niño para esperar su turno en situaciones académicas o de juego, asumir riesgo innecesarios que le llevan a caídas y lesiones, y poca tolerancia a la frustración) y la “impulsividad cognitiva” (tendencia del niño/a a responder rápidamente cometiendo un mayor número de errores sobre tareas que impliquen diversas alternativas).

Por sobreactividad se entiende un exceso de actividad motora o verbal que lleva al niño/a a hablar y moverse continuamente y en situaciones inapropiadas, hacer ruidos extraños con la boca, etc.

Entre los problemas asociados con la hiperactividad se encuentran las dificultades de aprendizaje y déficits cognitivo, trastornos emocionales, baja autoestima, etc. Por otro lado, este trastorno provoca grandes problemas en el rendimiento académico, esto es, afectaciones en todas las áreas académicas (aritmética, lecto-escritura, lenguaje, etc.) y se extiende a las habilidades generales para el aprendizaje.

Finalmente, estos niños tienen trastornos emocionales (cambios de estado de ánimo, ansiedad, somatización y baja autoestima), en las relaciones con los compañeros y un locus de control externo (creencia de que sus conductas están gobernadas por circunstancias del ambiente).

En la evaluación de este trastorno participan varios profesionales entre los que se cuentan psicólogos, psicopedagogos, neurólogos y pediatras. Los instrumentos de evaluación suelen ser entrevistas (entrevistas clínicas a padres y maestros), escalas (por ejemplo, escala de evaluación de la actividad), cuestionarios (cuestionario de conducta infantil de Achenback y Edelbrock), diversas pruebas y observaciones conductuales.

El tratamiento de la hiperactividad se desarrolla en dos modalidades terapéuticas: tratamiento farmacológico y terapias cognitivo-conductuales. Ambas alternativas terapéuticas obtienen efectos positivos cuando se emplean de forma independiente, pero sus resultados no constituyen una respuesta global y satisfactoria.

La hiperactividad es el único trastorno de la clínica infantil en el cual se hace uso de psicofármacos siendo la medicación habitual los estimulantes, cuyos efectos secundarios son la pérdida de apetito, insomnio, dolor de cabeza, dolor abdominal y alteraciones del estado de ánimo. Los resultados obtenidos por los fármacos estimulantes son bastantes consistentes a corto plazo.

Características diagnósticas de algunos trastornos de conducta más frecuentes.

1. Desatención:

Seis o más de los siguientes síntomas de desatención han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

- a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas escolares, en el trabajo u otras actividades.
- b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.

- d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones del hogar, no se debe a comportamiento negativista o incapacidad para comprender instrucciones.
- e) A menudo tienen dificultades para organizar tareas y actividades.
- f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido como trabajos escolares o domésticos.
- g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades por ejemplo juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros, etc.
- h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- j) A menudo es descuidado en las actividades diarias.

2. Hiperactividad:

Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad impulsividad han persistido por lo menos durante seis meses con una intensidad que es desadaptativa e incoherente en relación con el nivel de desarrollo.

- a) A menudo mueve mucho las manos o los pies o se remueve en el asiento
- b) A menudo abandona su asiento en la casa u otros lugares en que se espera que permanezca sentado/a.
- c) A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado hacerlo.
- d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de descanso.
- e) A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor.
- f) A menudo habla mucho.
- g) Estos comportamientos se han presentado al menos durante los últimos 6 meses (tipo).
- h) A menudo contesta antes de que la otra persona haya terminado de hacer la pregunta.
- i) A menudo tiene dificultades para esperar su turno.
- j) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros.
- k) Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años (Criterio B).
- l) Algunos de estos comportamientos ocurren tanto en la casa como en cualquier otro lugar (Criterio C).
- m) Estos comportamientos crean problemas al niño/a en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio D).
- n) Estos comportamientos se han presentado al menos durante los últimos 6 meses.
- o) Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno tal como autismo, esquizofrenia, etc. (Criterio E).

- A.2 Negativista Desafiante.

Definición: es un patrón recurrente de comportamiento hostil y desobediente, dirigido a la figura de autoridad, que persiste por lo menos durante 6 meses. Este trastorno suele ponerse de manifiesto en el ambiente familiar e ir gradualmente produciéndose en otros ambientes.

- a) A menudo se encoleriza y hace berrinches.
- b) A menudo discute con adultos.
- c) A menudo desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas.
- d) A menudo molesta a otras personas.
- e) A menudo acusa a otras personas de sus errores o mal comportamiento.
- f) A menudo es colérico y resentido.
- g) A menudo es rencoroso y vengativo.
- h) A menudo se molesta fácilmente con otras personas.
- i) Este comportamiento le crea problemas al niño/a en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio B).
- j) Este comportamiento se ha presentado al menos durante 6 meses.
- k) Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno tales como esquizofrenia, depresión, etc. (Criterio C).
- l) Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno disocial o antisocial.

- A.3 Trastorno Disocial:

Definición: es un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de las demás personas y/o normas sociales importantes para el individuo.

Los niños, niñas o adolescentes suelen presentar comportamientos agresivos y reaccionar agresivamente ante otras personas. Por ejemplo iniciar peleas físicas frecuentes, ser cruel con los animales, objetos y/o personas. Este trastorno puede iniciar antes de los 10 años (tipo infantil) o aparecer después de los 10 años (tipo adolescente) y se manifiesta de la siguiente forma:

a) Agresión a personas y animales.

- a. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros.
- b. A menudo inicia peleas físicas.
- c. Ha utilizado armas que pueden causar daño físico grave a otras personas (piedras, cuchillos, palos, navajas, etc.).
- d. Ha manifestado crueldad física con otras personas.
- e. Ha manifestado crueldad física con animales.
- f. Ha robado enfrentándose a la víctima.
- g. Ha forzado a alguien a alguna actividad sexual.

b) Destrucción de la propiedad

- a. Ha provocado incendios con la intención de causar daño grave.
- b. Ha destruido propiedades de otras personas (distinto a incendio).

c) Fraudulencia o robo

- a. Ha violentado la casa, el carro de otras personas.
- b. A menudo mienta para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones.
- c. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima.

d) Violaciones graves a normas

- a. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones iniciando esta conducta antes de los 13 años.
- b. Se ha escapado de casa al menos una vez sin regresar durante un largo período.
- c. Ha dejado de asistir a la escuela iniciando esta práctica antes de los 13 años
- d. Se escapa de la escuela con frecuencia
 - Este comportamiento se inició antes de los 10 años (tipo de inicio infantil).
 - Estos comportamientos le crean problemas al niño/a en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio B).
 - Si tiene 18 o más: Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno antisocial (Criterio C).

Intervención del trastorno de la conducta.

El tratamiento cognitivo-conductual se apoya en los fundamentos del análisis conductual aplicado y en la terapia del aprendizaje social. Las técnicas empleadas han tenido una gran evolución que va desde las más antiguas, como la economía de fichas, los programas de refuerzos, el coste de respuestas, tiempo fuera, hasta las técnicas cognitivo-conductuales como la terapia de solución de problemas o los métodos de autocontrol.

Uno de los procedimientos mas conocidos es la “técnica de la tortuga” utilizada en forma individual o grupal que tiene como objetivo enseñar a los niños/as pequeños/as a controlar conductas impulsivas, perturbadoras y agresivas e implica el modelado de la posición de la tortuga, entrenamiento en relajación, aprendizaje de estrategias para resolver problemas y la generalización y consolidación de estas habilidades.

El trabajo con los padres y educadores insiste en la definición y precisión de las conductas alteradas, el uso de métodos verbales, ensayos conductuales y modelado, y de técnicas operantes para fomentar conductas adaptadas y eliminar las desadaptadas (Barkley, 1990).

Se ha informado que el tratamiento cognitivo-conductual tiene efectos positivos que se manifiestan en el aumento de la atención y del rendimiento académico, mejora de las interacciones sociales, aumento de la aceptación de los iguales y la disminución de la actividad motora excesiva. En igual sentido los padres y educadores mejoran su percepción del comportamiento infantil, logran mayor control sobre el mismo en el medio natural, mejoría en las interacciones padres-hijos y reducción del estrés familiar.

Existen otros programas basados en el enfoque cognitivo-conductual que tratan la hiperactividad en el ámbito escolar. Uno de estos programas se centra en actividades que contribuyan a eliminar/reducir déficits de atención, movilidad e impulsividad, dificultades de aprendizaje, aumentar el autocontrol, la capacidad de analizar y resolver problemas. Se tiene en cuenta el hecho de que la hiperactividad sea de tipo atencional, si se acompaña de negativismo, agresividad, impulsividad, etc., la gravedad de los problemas académicos, la edad del niño, la estructura familiar, etc.

Los componentes de este programa son:

- ✚ **Entrenamiento del profesor** en técnicas de registro y procedimientos para fomentar conductas adaptadas y extinguir comportamientos anómalos. Las actividades suponen informar sobre el trastorno, principios y técnicas de aprendizaje y la modificación del estilo de enseñanza, contenido de la intervención (técnicas, objetivos conductuales que se pretenden alcanzar y efectos esperados) y posibles obstáculos.
- ✚ **Promover la implicación y motivación del niño.** Se informa al niño de los objetivos y contenidos del programa, describiendo y visualizando ejemplos de las conductas que serán reforzadas, las que se extinguirán y castigarán, también se debate sobre los beneficios y ventajas del programa. Entre las técnicas que se utilizan están la información verbal, modelado y técnicas de refuerzo.
- ✚ **Control ambiental y planificación de tareas.** Supone cambios en la ubicación del niño para neutralizar la distracción, realizar tareas para el control visomotor-cognitivo (observar figuras y detalles, construir y reproducir modelos, clasificar series de objetos diferentes, etc.), ejercicios para la inhibición muscular y relajarse (balanceo, respirar lentamente, equilibrio, etc.).
- ✚ **Aplicación de los procedimientos de manejo de contingencias seleccionados.** Aplicación de un sistema de economías de fichas que especifique las conductas por las cuales se ganan y pierden fichas, así como los criterios para el intercambio de fichas por refuerzo.
- ✚ **Entrenamiento cognitivo:** uso de autoinstrucciones en actividades académicas, domésticas o sociales, desarrollo de habilidades para la solución de problemas (definirlo, generar soluciones, tomar de decisiones y ponerlas en práctica), uso de las estrategias aprendidas para afrontar la impulsividad y dificultades de aprendizaje e incorporación de técnicas de autocontrol.
- ✚ **Mantenimiento y generalización. Entrenamiento a padres.** Se analizan las interacciones padres-hijos, se entrena a los primeros para que fomenten las

conductas gobernadas por reglas, ignoren las conductas alteradas y reforzar los comportamientos adaptados.

Procedimientos:

1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutor(a) del niño (a), tomando en cuenta el formato (ver anexo).

2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutora (ver anexos).

3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:

- a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.
- b) Presentación de la niña, niño o adolescente: El nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
- c) Motivo de Consulta: Conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué esta en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
- d) Entrevista estructurada (ver anexo).
- e) En el caso que no se logre una cooperación en la entrevista de parte del niño, niña o adolescente realizar pruebas proyectivas tales como: dibujo libre, CAT, la familia, etc.

4.- Una vez teniendo la causa del trastorno se pueden realizar algunos de estos métodos, técnicas o instrumentos.

a) Observación de la conducta; si el niño es inquieto, distraído, agresivo, callado, hablador, penoso, etc. Esto escribirlo en la nota evolutiva del expediente.

b) Ludoterapia, realizar diversos juegos de acuerdo a la edad del niño o niña (4ª – 9ª), donde se observará a que juega, como juega, que dice, a que personajes (papá, mamá, etc) menciona, etc.

c) Aplicación de pruebas proyectivas infantiles:

- CAT
- Desiderativo
- CABP
- El Árbol
- La familia
- El 16 FP
- T.A.T
- Frases incompletas

Nota: Si se sospecha de un trastorno de aprendizaje se le aplicarán los siguientes TEST:

- RAVEN
- STA. FE
- GOODENOUGH
- WISC

d) De acuerdo a los resultados de las pruebas aplicadas, trabajar las debilidades encontradas (baja autoestima, problemas en las relaciones familiares, etc.), a través de intervenciones individuales, de padres, de pareja y del núcleo familiar.

5.- Tareas a cumplir en el hogar:

- a) Cartel de caritas, donde el niño o niña registrará diariamente su comportamiento bajo la supervisión de la madre, padres, tutora o tutor (ver anexo).
- b) La economía de fichas, se le indica a la madre, padre, tutora o tutor elaborar fichas con un valor de 1 a 5 córdobas, la cual le irá entregando al niño o niña de acuerdo a su comportamiento, al final de la semana se cambian las fichas reunidas por el niño o niña de acuerdo al valor real. Ej.: 10 córdobas (Ver anexos).

Nota en las siguientes sesiones se valorará si la conducta del niño o niña ha mejorado en un 70 – 80% se le brindará alta.

- c) Baños: Cocer suficiente hojas de naranja agria o manzanilla (si el niño o niña estudia por la mañana será por la tarde y viceversa), cuando el agua esté tibia deberá bañarse con ella hasta agotarla, luego se secará e irá a dormir.
- d) Té: Cocer en una taza de agua ya sea culantro (6 hojas), manzanilla (ramas), hojas de naranja agria (6 hojas), lechuga (2 hojas) esto cocerlo con canela y endulzarlo al gusto; ya sea con miel o azúcar y dárselo (toma pequeña: un cuarto de taza) 3 minutos después de cenar.

Nota: Los baños y té, se deben realizar no más de 8 días y consecutivamente las dos cosas.

- e) Técnicas de relajación: a través de música instrumental, dirigida por el profesional durante 15 minutos.

6.- Tareas a cumplir a Nivel Escolar: enviar a la profesora o profesor una solicitud de apoyo, con actividades sugeridas para trabajar la conducta del niño o niña (ver anexo)

Nota: Después de enviar la solicitud de apoyo escolar, enviar de dos sesiones obtener informe de la realización del mismo y los cambios observados en el niño o niña.

7.- Orientaciones Generales:

Integrar al niño, niña o adolescente a participar en algún deporte de su preferencia, actividades socioculturales, cursos técnicos (inglés, computación) u ocupacionales (ebanistería, belleza, etc.).

8- En el caso que se sospeche una posible lesión cerebral; enviarle la realización de un electroencefalograma (EEG), y posterior a su resultado positivo al especialista (Neurólogo), para su respectivo seguimiento.

B. Trastornos emocionales

- B.1. Depresión Infantil.

Definición: es un desorden caracterizado por una alteración (cambios), en el estado de ánimo, tales como tristeza, pensamientos suicidas, desánimo, fatiga, falta de apetito, insomnio u otras manifestaciones. Se puede presentar a cualquier edad.

Deben estar presentes cinco o más síntomas.

- ✓ Se ve deprimido la mayor parte del día de casi cada día (tristeza, sentirse vacío, llanto).
- ✓ Ha perdido el interés o no disfruta de las actividades que antes le gustaban la mayor parte del tiempo.
- ✓ Ha perdido o aumentado el apetito o peso (sin hacer dieta).
- ✓ Ha disminuido o aumentado el tiempo que dedica a dormir casi todos los días.
- ✓ Han disminuido o aumentado la cantidad y rapidez de sus movimientos (enlentecimiento o agitación psicomotora).
- ✓ Se le ve fatigado/a o sin energía casi todo el día.
- ✓ Se siente muy inútil o muy culpable por hechos que el/ella no provocó.
- ✓ Ha disminuido su capacidad para pensar, concentrarse y/o tomar decisiones.
- ✓ Piensa mucho en la muerte o en suicidarse (solo la idea, ha hecho intento o tiene un plan).
- ✓ Ha tenido períodos en los que parecía eufórico sin razón para ello (ganar un premio, alcanzar una meta, etc.) (Criterio B).
- ✓ Los síntomas (1 a 9) le provocan mucho malestar, influyen en su rendimiento, en sus relaciones, etc. (Criterio C).
- ✓ Los síntomas se deben a que el/ella está tomando un medicamento o a una enfermedad médica (Criterio D).

- ✓ Los síntomas se deben a duelo, persisten por más de 2 meses, acusando incapacidad funcional o síntomas psicóticos (Criterio E)

Otra intervención terapéutica para la depresión es el **programa emoción-actividad-cognición** (14), el es un tratamiento integrado desarrollado en tres fases con sus propios objetivos y cuatro componentes: **educación emocional, actividades agradables, reestructuración cognitiva, elementos complementarios** y para la generalización y mantenimiento de los logros terapéuticos (tareas para casa, solución de problemas, entrenamiento en autocontrol).

La **educación emocional** supone que el niño, niña o adolescente aprenda a reconocer y discriminar sus emociones por medio de juegos (“Vocabulario emocional”, “Charadas emocionales”, “Contra-seña emocional”, “Estatuas de emociones”, “Expresión de emociones”), y de fichas de trabajo (“Los cestos de manzanas”, “Las piedras no comen pizzas”, “Cada oveja con su pareja”, “Adivina, adivinanza”, “La tarta de los sentimientos” o “Termina la frase”). Las tareas en casa consisten en autoregistros y otros ejercicios.

La intensidad de las emociones se autoevalúa por medio de escalas numéricas (3, 5 u 11 puntos) y gráficas (línea horizontal o vertical, triangulo horizontal o vertical, diagrama de barras o escalas de grises, termómetro o barómetro, caras, semáforo).

El plan de **actividades agradables** consta de los siguientes pasos:

- ✚ Se explica que las actividades agradables tendrán un efecto similar al de las vitaminas y los antidotos, y se identifican por medio de entrevistas, observación, autorregistros y menús de actividades reforzantes.
- ✚ Se le persuade y motiva para la ejecución en casa de las actividades agradables identificadas, lo cual también se facilita mediante la gradación y colaboración de personas significativas.
- ✚ Auto observación y autorregistro del número y calidad de las actividades agradables realizadas y del estado de ánimo.
- ✚ Se promueve la toma de conciencia de que hacer actividades agradables mejora su estado de ánimo, por medio de ejercicios como el “Interrogatorio anímico”, “las vías del tren”, “noche y día” o “el súper día”.

La **reestructuración cognitiva** incluye las siguientes tareas:

- ✚ Exposición del modelo cognitivo A-B-C (adversidad, balance cognitivo, consecuencia) a través de explicaciones verbales y ejercicios escritos⁷. La adversidad es la situación a la que se atribuye el estado anímico, los pensamientos corresponden al balance cognitivo y la consecuencia son las emociones que se derivan de dicho balance.

⁷ “Interrogatorio de la inspectora pesquisas”, “Tréboles de pensamientos y sentimientos”, “En mente el blanco”, “Pienso, luego siento” o “Un picasso de sentimientos”.

- ✚ Descripción del funcionamiento mental en la depresión (ilustrando la forma y el contenido de los pensamientos y razonamientos depresivos).
- ✚ Detección, cuestionamiento y sustitución de los pensamientos automáticos, los errores lógicos y los esquemas cognitivos depresógenos. Para detectarlos se usa un autorregistro de tres columnas y fichas de trabajo⁸, para el cuestionamiento se utilizan textos breves y grabaciones magnetofónicas⁹. La sustitución implica adquirir modos adaptados y realistas de pensar lo cual se logra a través de algunos ejercicios¹⁰ y de la discusión y generación de alternativas (usando la información obtenida con los autorregistros).
- ✚ Autorregistro de las situaciones, pensamientos automáticos, emociones negativas, pensamientos racionales, emociones menos negativas o positivas.
- ✚ Superación de la incredulidad ante la refutación del terapeuta y de la persistencia de los pensamientos automáticos por medio de dos ejercicios¹¹.

Elementos complementarios: el programa emoción-actividad-cognición incorpora uno o varios de los siguientes elementos: habilidades sociales y aserción, relajación muscular, higiene de sueño, solución de problemas, autocontrol y otros elementos (auto instrucciones e inoculación en control de estrés, entrenamiento en control de la ira, y métodos para mejorar la autoestima).

La participación de los padres es fundamental, como coterapeutas, sobre todo en la depresión prepuberal pues controlan los antecedentes y consecuentes de la conducta, pueden organizar el horario de vida del niño/a: sueño, alimentación, tiempo libre, aplicación de reforzadores, etc. Se les entrena en principios de modificación de conducta y en la terapia cognitivo-conductual de la depresión. También son sujetos de terapia, debido a que su conducta contribuye a mantener el problema del niño/a, por ejemplo, mediante las relaciones conflictivas con él/ella.

- B.2.Trastorno Distímico.

Definición: estado en el que una profunda alteración del humor constituye la manifestación central, los síntomas depresivos se inician de forma insidiosa en la infancia o adolescencia y sigue un curso intermitente de poca intensidad durante muchos años o décadas

Se manifiesta por:

- ✓ Casi siempre se ve deprimido la mayor parte del día (tristeza, irritabilidad), al menos durante un año (Criterio A).
- ✓ Ha disminuido o aumentado el apetito, el tiempo de sueño, se fatiga, desconcentra, tiene baja autoestima, desesperanza, o

⁸ "Revisar el día", "Preguntar sobre pronto", "Redactar".

⁹ "Los mellizos holmes" de Seligman, Reivich, Jaycox y Gillham (1995) y "La historia del lotero" de Méndez.

¹⁰ "Divide y vencerás", "Esta es tu vida", "Agua pasada no mueve molino", "La experiencia es la madre de la ciencia" o "La real academia de la lengua".

¹¹ *Experimentos conductuales*, (como los de "El laboratorio del profesor Sinoloveo Nolocreo") y *detención del pensamiento* y con prácticas como las de "Mastica que mastica, machaca que machaca").

- ✓ Le es difícil tomar decisiones (subrayar cuales de estos síntomas ha tenido el niño/a o adolescente), (Criterio B).
- ✓ Los síntomas identificados en 1 y 2 no han desaparecido por más de 2 meses seguidos de al menos durante un año (Criterio C).
- ✓ En el último año un médico o psiquiatra le dijo que el niño/a o adolescente tiene un trastorno depresivo (Criterio D).
- ✓ Nunca le han dicho que tiene un trastorno maníaco o bipolar (Criterio E).
- ✓ Nunca le han dicho que tiene un trastorno psicótico crónico (esquizofrenia, trastorno delirante), (Criterio F).
- ✓ Los síntomas se deben a que el/ella está tomando un medicamento o a una enfermedad médica (Criterio G).
- ✓ Los síntomas (1 y 2) le provocan mucho malestar, influyen en su rendimiento, en sus relaciones, etc. (Criterio H).
- ✓ Estos síntomas (1 y 2) aparecieron antes de los 21 años (tipo: inicio temprano)

- B.3 Trastorno de Ansiedad por Separación.

Definición: es un malestar general que produce inquietud, nerviosismo, sudoración, movimientos repetitivos de manos y pies, debido al alejamiento del hogar de la persona u objetos que para el niño o la niña son importantes. Este trastorno inicia antes de los 6 años de edad.

La ansiedad por separación es un trastorno que se caracteriza por ansiedad excesiva o incluso pánico cuando los niños o niñas no están con las principales figuras de apego (padres), en un ambiente familiar, o anticipan una separación, por lo que no pueden quedarse solos/as en una habitación, ir a la escuela o a la casa de sus amigos. Pueden sentir miedo exagerado a animales, monstruos, secuestradores, asaltantes, accidentes y enfermedades que pueden sucederles a ellos/as o a sus padres.

Los niños y niñas que presentan este trastorno tienen problemas para dormir e insisten en que alguien se quede con ellos/as hasta que concilien el sueño, se despiertan por las noches y buscan compañía y en caso de no encontrarla pueden sentirse muy nostálgicos, tristes e incluso con pánico, suelen aislarse de la actividad social y no se pueden concentrar en el juego y el trabajo escolar. Este diagnóstico se establece solo si estos comportamientos duran por lo menos cuatro semanas, siendo este el criterio más importante. Los niños y niñas que lo padecen provienen de familias unidas y que cuidan de ellos.

El trastorno de ansiedad por separación se produce después de experimentar algún estrés vital como la pérdida de un familiar, una mascota, la amenaza de una pérdida a causa de una enfermedad grave en la familia, la separación de los padres o mudarse a un nuevo vecindario.

Por otro lado, se considera que este trastorno está relacionado con dificultades en el proceso de apego que ocurre en los primeros dos años de vida, es decir, con el establecimiento de un apego inseguro el cual influye en el desarrollo de este trastorno y otros como la depresión.

El tratamiento se realiza en base a la extinción de la ansiedad mediante el aumento gradual del tiempo de separación para lo cual se requiere la cooperación de los padres y el niño o niña, así como la demostración del terapeuta a fin de que se prepare a éste/a para los intentos de separación. También pueden ser útiles el juego con marionetas y la representación de papeles en la que el terapeuta asume el papel del niño, y exhibe reacciones adaptativas ante separaciones imaginarias.

Con frecuencia el tratamiento de este trastorno fracasa debido a la incapacidad de los padres para colaborar con el programa terapéutico. También contribuye el hecho de que éstos tengan problemas no resueltos de ansiedad por la separación, lo cual les impide alejarse. En tales casos, puede ser útil una terapia familiar (Sarason y Sarason, 1996).

El duelo es la reacción normal a la pérdida y supone un conjunto de sentimientos y emociones, síntomas físicos y pensamientos en la persona que lo experimenta, pero cada quien reacciona de forma distinta.

Cuando se vive la pérdida de una persona importante se tiende a regresar, a sentirse incapaz de existir sin ella. Se suele sentir culpa y autorreproche (por lo que sucedió, lo que no se realizó, etc.), ansiedad (de intensidad variable), tristeza y depresión, soledad, fatiga y adormecimiento, incapacidad, shock (en la muerte súbita), anhelo, emancipación y alivio.

Entre los síntomas físicos se cuentan: vacío en el estomago, atoramiento en garganta y pecho, sobre sensibilidad de la nariz, respiraciones cortas, debilidad muscular, falta de energía y boca seca.

Ciertos pensamientos son comunes en las etapas tempranas y desaparecen en poco tiempo, otros persisten y pueden desencadenar depresión y ansiedad (Worden, 1982, citado en Peña y Montaña, 2002). El trabajo del duelo supone no solo la persona perdida, sino las esperanzas, sueños y fantasías no realizadas con ella.

El duelo tiene tres fases cuyas manifestaciones psicológicas son típicas:

✚ **Fase de evitación:** se niega la pérdida, el doliente está abrumado, en “shock” y no puede comprender lo ocurrido. La negación sirve como “anestesia emocional” y mecanismo de protección ante la confrontación con la destrucción del mundo del doliente. Pueden aparecer incredulidad, necesidad de conocer la razón de la muerte, confusión y desorganización. En ocasiones, la respuesta puede ser una aceptación intelectual de la muerte que permite a la persona ocuparse de solucionar problemas prácticos (funeral), pero la respuesta emocional es negada.

- ✚ **Fase de confrontación:** aunque permanecen la negación e incredulidad, se reconoce la pérdida y la experiencia se torna más dolorosa, hay sensaciones de pánico o ansiedad generalizada que pueden llegar a cronificarse. Por ejemplo, el doliente se siente vulnerable y angustiado al despertar y enfrentarse a otro día sin la persona amada. La culpa (incluso de estar vivo) puede llevar al odio hacia sí mismo, se eleva la sensibilidad a las interacciones negativas y puede envidiar a los que no han sufrido una pérdida.

También son comunes la depresión y desesperación, las cuales se manifiestan en introversión, apatía, fatiga, regresión, dependencia, impotencia o abandono, ambivalencia, vergüenza, falta de control, concentración y problemas somáticos. Junto a la depresión puede haber pérdida del interés en sí mismo, conductas autodestructivas e ideas de suicidio (reencuentro con la persona fallecida y huida del duelo). El suicidio ocurre, sobre todo, en personas con trastornos psicológicos, problemas de autocontrol, sobre dependientes y que carecen de apoyo social. La preocupación por el difunto es natural y se expresa en pensamientos obsesivos, sueños y la creencia de que se ha visto a la persona amada. Se puede presentar el “ataque de duelo”, caracterizado por dolor emocional y sensaciones físicas súbitas que interrumpen las actividades y dejan a la persona fuera de control.

- ✚ **Fase de restablecimiento:** el duelo disminuye gradualmente en la medida en que se aprende a vivir con la pérdida y la energía emocional se reinvierte en otras personas, cosas e ideas. La persona fallecida no es olvidada, sino pasa a ocupar un lugar especial en la vida del doliente, el cual es libre para establecer nuevas relaciones de apego sin sentirse psicológicamente atado a la antigua relación. Sin embargo, la culpa acompaña los inicios del restablecimiento, junto con el esfuerzo para continuar la vida y amortiguar la pérdida.

Las etapas del duelo son:

- La ruptura de antiguos hábitos se produce al aclararse la confusión que sigue a la pérdida, supone tomar conciencia de la necesidad de abandonar los patrones habituales de relación y comprender lo inútil de anticipar las antiguas rutinas. Se pueden alterar los hábitos alimenticios (inapetencia o exceso de apetito) y de sueño (inquietud, pesadillas), lo cual desaparece en forma gradual.
- El inicio de la reconstrucción de la vida se produce casi sin que el doliente se percate e implica la disminución del dolor y la confusión, aunque todavía siente depresión, tensión física y ansiedad. También se produce el llanto espontáneo en momentos y lugares inesperados, lo cual es a veces muy mortificante. Durante el primer año, los sueños, ensueños y fantasías indican el progreso del duelo, el cual concluye con la despedida.
- Búsqueda de nuevos objetos de amor o de amigos: ocurre después del primer año y se caracteriza por la recuperación de los hábitos de alimentación y sueño. Se vuelve a sentir felicidad y alegría y se

empieza a planificar actividades para compartir con personas recién conocidas o los antiguos amigos. También disminuye la frecuencia de reacciones de enojo, culpabilidad, resentimiento, ansiedad y/o temores.

- Terminación de la readaptación, da lugar al final del duelo. Los hábitos cotidianos se mezclan, se unen los patrones antiguos con los nuevos y se llevan a cabo como si hubieran existido antes de la pérdida. Al finalizar el duelo, la persona regresa con una nueva visión de la vida.

Los factores claves del **impacto del fallecimiento de un padre en la infancia y la adolescencia** son el tipo de relación que tenía con el padre/madre, la edad del niño/a o adolescente al ocurrir el deceso, su madurez emocional y el período de advertencia previo a la muerte en caso de enfermedad terminal. Si el deceso fue repentino o la relación era tensa, el duelo puede permanecer irresuelto por años (duelo congelado).

Para un niño(a) pequeño(a) la muerte de un padre/madre es un misterio, puede sentir culpa o temor a ser castigado o abandonado, pero en cualquier edad, un hijo es vulnerable al fallecimiento de sus progenitores. La pérdida de un padre es particularmente dolorosa cuando un hijo se identifica de una manera profunda con el padre que muere.

La muerte de un padre amenaza el desarrollo de la madurez e independencia de los adolescentes. Cuando ocurre en el inicio de ésta, suele causar una regresión y la búsqueda de la ayuda propia de la infancia para encontrar el consuelo necesario. El impacto que este evento tiene es diferente según su estado individual de desarrollo del adolescente, por ello, las personas que quedan a su cuidado deben ayudarlo a superar dicho impacto.

Principales manifestaciones:

- ✓ El niño(a) manifiesta malestar excesivo al alejarse del hogar o de alguna persona significativa
- ✓ Se preocupa demasiado por la posible pérdida de los padres o porque éstos sufran un daño
- ✓ Tiene miedo de perderse o ser secuestrado
- ✓ Se niega o resiste a ir a la escuela por miedo a separarse de las personas importantes (padres, tíos, etc.)
- ✓ Tiene miedo de estar solo en cualquier lugar (casa, escuela, parque, etc.)
- ✓ Se resiste o teme dormir solo en su casa o en otras casas
- ✓ Tiene pesadillas en las que el tema principal es quedarse solo
- ✓ Tiene dolores de cabeza, vómitos, mareos antes o durante la separación de una persona importante (padres, hermanos)

- ✓ Estos comportamientos se han presentado por lo menos durante 4 semanas (Criterio B)
- ✓ Estos comportamientos se iniciaron antes de que el niño/a cumpliera 18 años (Criterio C)
- ✓ Este problema ocasiona malestar o deterioro social, laboral o académico (Criterio D)
- ✓ Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a o adolescente tiene trastorno tales como esquizofrenia, angustia, etc. (Criterio C)

Intervención de trastorno emocional: (duelo, intento suicida, abuso infantil)

El propósito de la terapia de duelo es ayudar al niño, niña o adolescente a resolver los conflictos inherentes a la separación y a superar las etapas necesarias para la elaboración de la pérdida. El proceso se realiza en un breve lapso de tiempo e implica las siguientes tareas:

- ✚ Aceptar la realidad de la pérdida, lo cual supone abandonar los mecanismos de negación propios de la situación dolorosa (desconocer los hechos, su irreversibilidad o ignorar la importancia del impacto afectivo).
- ✚ Experimentar el dolor de la aflicción (física y emocional) con lo cual se evita la supresión de estos sentimientos y sensaciones.
- ✚ Adaptarse a los cambios del medio sociales provocados por la pérdida (nuevos objetivos o roles).
- ✚ Distanciarse de la relación emocional con el ausente para poder emplear esta energía en otras relaciones afectivas, ya que puede llevar a dependencia patológica respecto de la relación anterior.

La terapia de duelo dura aproximadamente 10 sesiones previamente planificadas retomando cada una de las fases del duelo, lo que se considera adecuado para que los pacientes analicen la pérdida y la relación de esta con sus problemas actuales.

El procedimiento de la terapia de duelo incluye:

- ✚ El primer paso es descartar cualquier patología física, teniendo en cuenta que patologías similares pueden tener distintas causas.
- ✚ Establecer un acuerdo terapéutico sobre las condiciones en que se realizará el proceso, lo cual supone sobre todo el compromiso del paciente para explorar su relación con el ausente y analizar pérdidas anteriores que puedan estar incidiendo en su situación actual.
- ✚ Se induce al paciente a hablar sobre la persona fallecida, iniciando con los recuerdos agradables, lo cual facilitará el surgimiento de sentimientos negativos (dolor, rabia, culpa y desilusión) propios del duelo. También se puede utilizar el procedimiento contrario. El trabajo se centra en la carga emocional que acompaña a los recuerdos o con la falta de afecto.

- ✚ Permitirle al niño, niña o adolescente usar objetos transicionales (que simbolizan lazos con la persona ausente) como un momento necesario para facilitar la superación del duelo.
- ✚ Analizar las implicaciones del abandono del dolor mediante la exploración de las fantasías de finalización, lo cual tiene el propósito de ayudarlo al paciente a hacer la despedida.

Procedimientos:

1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutota del usuario, tomando en cuenta el formato (ver anexo).

2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutora (ver anexos).

3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:

- a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.
- b) Presentación de la niña, niño o adolescente: nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
- c) Motivo de Consulta: conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué esta en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
- d) Entrevista estructurada (ver anexo)
- e) En el caso que no se logre una cooperación en la entrevista de parte del niño, niña o adolescente realizar pruebas proyectivas tales como: dibujo libre, CAT, la familia, etc.

4.- Una vez teniendo la causa del trastorno se puede realizar algunos de estos métodos, técnicas e instrumentos.

- a) Observación de la conducta: Si su lenguaje, postura son lentificados, su estado de ánimo, su forma de sentarse, si anda cabizbajo, en el adolescente su presentación personal. En el niño si esta juguetón, conversador, entre otras cosas.
- b) Ludoterapia, realizar diversos juegos de acuerdo a la edad del niño o niña (4^a – 9^a), donde se observará a que juega, como juega, que dice, a que personajes (papá, mamá, etc., menciona, etc.
- c) Aplicación de pruebas proyectivas:
 - Test de familia.
 - Test desiderativo.

- Test de árbol.
- CAT.
- 16 Fp.
- TAT.
- Test de adaptación Bell.
- Test de frases incompletas.

d) De acuerdo a los resultados obtenidos de las pruebas aplicadas trabajar las debilidades encontradas.

Nota: En ocasiones la intervención se debe de realizar cuando el niño, niña o adolescente presenta un trastorno depresivo mayor. Se deden realizar las siguientes acciones:

- Establecer un primer contacto escuchando cuidadosamente tratando de reflejar sentimientos y hechos.
- Plantear preguntas abiertas cuyas respuestas por parte del paciente sean concretas.
- Animar al paciente a buscar nuevas soluciones a través de las lluvias de ideas estableciendo prioridades.
- Brindar seguimiento inmediato y sistemático que permita ir evaluando nuevas acciones.

5-Tareas a cumplir en el hogar:

- a) Participación en juegos: que los padres incentiven al niño, niña o adolescente a participar en juegos con sus coetáneos.
- b) Lecturas de cuentos.
- c) Visitas a centros turísticos.

Otros procedimientos y técnicas específicas para la terapia de duelo son: contar la historia repetidamente para saber el lugar que ocupaba el fallecido en la vida de la persona y la relación con otras pérdidas, analizar los sueños, llevar un diario, usar álbumes de fotos para ayudarle a recordar al ausente, escribir cartas y hacer ejercicios para expresarle pensamientos y sentimientos sobre aspectos no tratados en vida, por ultimo mirar y revisar otras relaciones vitales para formar una red de apoyo social sólida (Vachon,1991, citado en Peña y Montaña, 2002).

C. Trastorno del Aprendizaje:

Definición: es un trastorno que se caracteriza por un rendimiento sustancialmente inferior en la lectura, cálculo o expresión escrita de acuerdo a su edad, al nivel escolar y a la inteligencia esperada.

Este trastorno puede estar asociado a baja autoestima y dificultad en las relaciones interpersonales.

Criterios para el diagnóstico de lectura

- A. El rendimiento en lectura, medido mediante pruebas de precisión o comprensión normalizadas y administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dados la edad cronológica del niño (a) sus coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. La alteración del criterio A significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que exigen habilidades para la lectura.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para la lectura exceden a las habitualmente asociadas al déficit.

Nota: Si hay una enfermedad medica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje. 111

Criterios para el diagnóstico del cálculo

- A. La capacidad para el cálculo, evaluada mediante pruebas normalizadas administradas individualmente, se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperada dados la edad cronológica del niño(a), su coeficiente de inteligencia y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren capacidad para el cálculo.
- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades para el rendimiento del cálculo exceden a las habitualmente asociadas al déficit.

Nota: Si hay una enfermedad medica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje. 111

Criterios para el diagnóstico de la expresión escrita.

- A. Las habilidades para escribir, evaluadas mediante pruebas normalizadas administradas individualmente (o evaluaciones funcionales de las habilidades para escribir), se sitúan sustancialmente por debajo de las esperadas dados la edad cronológica del niño(a), su coeficiente de inteligencia evaluada y la escolaridad propia de su edad.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana que requieren la realización de textos (p. eje., escribir frases gramaticalmente correctas y párrafos organizados)

- C. Si hay un déficit sensorial, las dificultades en la capacidad para escribir exceden a las asociadas habitualmente al déficit.

Nota: Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje. 111

Criterios para el diagnóstico de la expresión motora.

- A. El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dada la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (p., ej., caminar, gatear, sentarse), caérsele los objetos de la mano, "torpeza", mal rendimiento en deportes o caligrafía deficiente.
- B. El trastorno del Criterio A interfiere significativamente en el rendimiento académico o las actividades de la vida cotidiana.
- C. El trastorno no se debe a una enfermedad médica (p., ej., parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- D. Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden a las asociadas habitualmente al déficit.

Nota: Si hay una enfermedad médica (p. ej., neurológica) o un déficit sensorial, se codificarán en el Eje. 111

Criterios de evaluación para el retardo mental.

- A. Evaluar los conocimientos generales adquiridos durante los años escolares, como el abecedario, números, colores, conceptos de lateralidad.
- B. Evaluar la orientación alopsíquica y auto psíquica (nombre, edad, lugar donde habita, nombre de sus padres, etc.).
- C. También realizar ejercicios de lectura corta y dictado de palabras y oraciones; conocimiento de las partes del cuerpo humano.

Intervención en los trastornos del aprendizaje.

- 1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutora del usuario, tomando en cuenta el formato (ver anexo).
- 2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutora (ver anexos).
- 3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:
 - a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.

- b) Presentación de la niña, niño o adolescente: nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
- c) Motivo de Consulta: conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué esta en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
- d) Evaluación Psicopedagógica: evaluar los conocimientos generales adquiridos durante los años escolares, como el abecedario, números, colores, conceptos de lateralidad. Evaluar la orientación alopsíquica y auto psíquica (nombre, edad, lugar donde habita, nombre de sus padres, etc.). También realizar ejercicios de lectura corta y dictado de palabras y oraciones; conocimiento de las partes del cuerpo humano.

4- Aplicación de pruebas psicométricas para medir coeficiente intelectual.

- Prueba de Goodenough.
- Prueba de Bender.
- Prueba de Wisc.
- Prueba de Santa Fe.
- Prueba de Raven.
- Prueba de ABC.

Nota: las pruebas se deben realizar por sesión y no todas a la vez por ejemplo: en un a sesión la prueba de Goodenough y el ABC. Estas pruebas serán únicamente aplicadas por el profesional de la psicología.

5.- Valorar en conjunto con la madre, padre, tutor o tutora el diagnostico y tratamiento a seguir.

Intervención en los trastornos de escritura (DISLEXIA).

- Si el problema está dentro de la escritura realizar en cuatro sesiones los siguientes ejercicios.
- Iniciar con silabas (escritura) por ejemplo: sa, se, si, so, su.
- Formación de palabras de sencillas a complejas.
- Elaboración de oraciones de sencillas a complejas.
- Posterior a estas sesiones se le brinda cita en 2 meses dejándoles tareas asignadas para valorar el avance académico.
- Valorar ALTA.

Intervención en los trastornos de lectura (DISLALIA).

- Se realizaran en tres sesiones ejercicios de la lectura donde la psicóloga leerá en voz alta (lectura corta) ejerciendo énfasis en los símbolos gramaticales como (punto, coma, acento.) posteriormente el niño, la niña o el adolescente deberá realizar la misma lectura, ejercitando los signos o símbolos gramaticales. Esto mismo se hará en las siguientes sesiones.
- Se brinda cita en un mes para valorar el desarrollo de la lectura bajo orientaciones en el hogar
- En dos meses se brindara el ALTA.

Intervención en el retardo mental.

1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutora del usuario, tomando en cuenta el formato (ver anexo).

2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutora (ver anexos).

3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:

- a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.
- b) Presentación de la niña, niño o adolescente: nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
- c) Motivo de Consulta: conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué esta en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
- d) Evaluación Psicopedagógica: Evaluar los conocimientos generales adquiridos durante los años escolares, como el abecedario, números, colores, conceptos de lateralidad. Evaluar la orientación alopsíquica y auto psíquica (nombre, edad, lugar donde habita, nombre de sus padres, etc.). También realizar ejercicios de lectura corta y dictado de palabras y oraciones; conocimiento de las partes del cuerpo humano.

4- Aplicación de pruebas psicométricas para medir coeficiente intelectual.

- Prueba de Goodenough.
- Prueba de Bender.
- Prueba de Wisc.
- Prueba de Santa Fé.
- Prueba de Raven.

- Prueba de ABC.

Nota: las pruebas se deben realizar por sesión y no todas a la vez por ejemplo: en un a sesión la prueba de Goodenough y el ABC. Estas pruebas serán únicamente aplicadas por el profesional de la psicología.

5.- Valorar en conjunto con la madre, padre, tutor o tutora el diagnóstico y tratamiento a seguir.

6.- Procedimientos:

1. Elaborar y entregar informe psicológico.
2. Transferir al centro de educación especial “Melania Morales” o el correspondiente a su localidad.
3. Valorar en tres meses, el ingreso al centro y la adaptación de la niña o niño.
4. Valorar alta en un mes.

D.Trastornos de Eliminación.

Definición: es la evacuación de orina o heces de forma repetida en lugares inadecuados de manera involuntaria o intencionada. Edad de inicio a partir de los 4 años de edad y con una frecuencia de al menos una vez al mes durante tres meses.

D.1. Enuresis

- a. El niño/a se orina en la cama o en la ropa (voluntaria o involuntariamente)
- b. Este problema se ha presentado al menos dos veces por semana durante por lo menos 3 meses consecutivos u ocasiona malestar.
- c. Deterioro social, laboral o académico (Criterio B)
- d. El niño/a tiene por lo menos 5 años o nivel de desarrollo equivalente.
- e. Este problema se debe exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (diurético) o enfermedad médica (diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo)
- f. Este problema se presenta (tipo): sólo en la noche, sólo en el día, de noche y de día.

D.2. Encopresis

- a. El niño/a se defeca en lugares inadecuados (ropa interior o en el suelo), en forma voluntaria o involuntaria (Criterio A).
- b. Este comportamiento se ha presentado al menos una vez al mes por lo menos durante 3 meses (Criterio B)

- c. El niño/a tiene por lo menos 4 años o nivel de desarrollo equivalente (Criterio C)
- d. Este comportamiento se debe exclusivamente al uso de laxantes o una enfermedad médica distinta del estreñimiento (Criterio D).
- e. El niño/a padece de estreñimiento.

Intervención del trastorno de eliminación.

1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutota del usuario, tomando en cuenta el formato (ver anexo).

2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutora (ver anexos).

3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:

- a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.
- b) Presentación de la niña, niño o adolescente: El nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
- c) Motivo de Consulta: Conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué esta en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
- d) Entrevista estructurada.
- e) En el caso que no se logre una cooperación en la entrevista de parte del niño, niña o adolescente realizar pruebas proyectivas tales como: dibujo libre, CAT, la familia, etc.

4.- Tareas a cumplir en el hogar:

- a) Cartel de caritas, donde el niño o niña registrará diariamente su comportamiento bajo la supervisión de la madre, padres, tutora o tutor (ver anexo).
- b) La economía de fichas, se le indica a la madre, padre, tutora o tutor elaborar fichas con un valor de 1 a 5 córdobas, la cual le irá entregando al niño o niña de acuerdo a su comportamiento, al final de la semana se cambian las fichas reunidas por el niño o niña de acuerdo al valor real. Ej.: 10 córdobas.

Nota: en las siguientes sesiones se valorará si la conducta del niño o niña ha mejorado en un 70 – 80% se le brindará alta.

- c) Baños: Cocer suficiente hojas de naranja agria o manzanilla (si el niño o niña estudia por la mañana será por la tarde y viceversa), cuando el agua esté tibia deberá bañarse con ella hasta agotarla, luego se secará e irá a dormir.
- d) Té: Cocer en una taza de agua ya sea culantro (6 hojas), manzanilla (ramas), hojas de naranja agria (6 hojas), lechuga (2 hojas) esto cocerlo con canela y

endulzarlo al gusto; ya sea con miel o azúcar y dárselo en toma pequeña (un cuarto de taza) 3 minutos después de cenar.

Nota: Los baños y té, se deben realizar no más de 8 días y consecutivamente las dos cosas.

- e) Técnicas de relajación: a través de música instrumental, dirigida por el profesional durante 15 minutos.

Luego ir valorando el alta en las 2 últimas sesiones.

Si el niño o niña ha mejorado en un 70% o más, brindarle el alta.

E.Trastorno de habilidades motoras.

Definición: es una alteración significativa del desarrollo de la coordinación motora (cuando el niño, niña no logra realizar lo esperado a su edad; por ejemplo: control de la cabeza, sentarse, hablar, caminar, etc.)

Este trastorno se observa en los primeros años de vida (0 nacidos – 5 años), sin embargo puede prolongarse en la adolescencia o adultez.

- a) El rendimiento en las actividades cotidianas que requieren coordinación motora es sustancialmente inferior al esperado dado a la edad cronológica del sujeto y su coeficiente de inteligencia. Puede manifestarse por retrasos significativos en la adquisición de los hitos motores (por ejemplo caminar, gatear, sentarse), caérseles los objetos de las manos, “torpeza”, mal rendimiento en el deporte o caligrafía deficiente.
- b) El trastorno de criterio a interfiere significativamente el rendimiento académico con las actividades de la vida cotidiana.
- c) El trastorno se debe a una enfermedad médica (por ejemplo parálisis cerebral, hemiplejía o distrofia muscular) y no cumple los criterios de trastorno generalizado del desarrollo.
- d) Si hay retraso mental, las deficiencias motoras exceden a las asociadas habitualmente al trastorno.

Intervención del trastorno de las habilidades motoras.

1.-Elaborar Historia Clínica en conjunto con la madre o tutor (a).

2.-Aplicar la prueba “Denver” que nos permita valorar el desarrollo actual de la niña o niño (ver anexo) de 0 nacido a 5 años.

Nota: esta prueba puede ser aplicada por cualquier profesional de la salud que sea entrenado en la misma.

3.- Elaborar y entregar a la madre, padre, tutor o tutora, el plan de estimulación.

4.- Valorar de acuerdo a la edad de la niña o niño el plan de estimulación:

- De 0 a 1 año reevaluar en la siguiente cita
- De 1 a 3 años reevaluar en 3 meses.
- De 3 a 6 años reevaluar en 6 meses.

5.- Valorar el alta

F. Trastornos de la Alimentación.

Este trastorno se divide en:

- F.1 Anorexia Nerviosa: esta caracterizada por el rechazo a mantener el peso ideal de acuerdo a su talla; también es un miedo intenso a ganar peso y una percepción alterada de la forma o tamaño del cuerpo. La edad promedio de inicio 3 – 17 años; aunque varía de cultura a cultura.
 - a. Rechaza tener el peso esperado o por encima de lo esperado para su edad y talla por lo que se niega a comer (Criterio A).
 - b. Aunque pesa menos de lo esperado para su edad y talla, tiene mucho miedo a ganar peso o volverse obesa/o (Criterio B).
 - c. Cree tener más peso/volumen del que en verdad tiene, exagera su importancia a esto, o niega el peligro de su delgadez (Crit. C).
 - d. Tiene 3 meses o más de que no le baja la menstruación (Criterio D).
 - e. Se da atracones y luego se provoca vómitos o usa laxantes, diuréticos o enemas para eliminar lo que ha comido.
- F.2 Bulimia Nerviosa: Se debe al consumo excesivo de alimentos variados, provocado por ansia de comer. Se inicia generalmente al final de la adolescencia o inicio de la adultez y puede variar de cultura a cultura.
 - a. Come tres o cuatro veces más de lo que la mayoría de las personas comen en un corto período de tiempo.
 - b. Siente que no puede parar de comer, o no puede controlar el tipo y la cantidad de comida que ingiere.
 - c. Se provoca el vómito, usa laxantes, diuréticos, enemas, ayuna o hacer ejercicios en exceso para eliminar la comida (Criterio B).
 - d. Los atracones y conductas compensatorias (vómito, uso de laxantes, etc.) ocurren 2 veces por semana durante 3 meses (Crit. C).
 - e. Se auto valora solo o casi solo en función del peso y la silueta corporales (Criterio D).

- f. Un psicólogo o psiquiatra le dijo que estos comportamientos son parte de un trastorno llamado anorexia nerviosa (Criterio E).

Intervención del trastorno de la alimentación:

1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutor (a) del niño (a).

2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutora (ver anexos).

3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:

- a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.
- b) Presentación de la niña, niño o adolescente: nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
- c) Motivo de Consulta: conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué esta en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
- d) Entrevista estructurada (ver anexo).
- e) En el caso que no se logre una cooperación en la entrevista de parte del niño, niña o adolescente realizar pruebas proyectivas tales como: dibujo libre, CAT, la familia, etc.

4- Orientaciones Generales:

Integrar al niño, niña o adolescente a participar en algún deporte de su preferencia, actividades socioculturales, cursos técnicos (inglés, computación) u ocupacionales (ebanistería, belleza, etc.).

5- En las últimas dos sesiones ir valorando el alta.

6- Dar alta; si el niño, niña o adolescente ha mejorado en 80%.

Nota: Si es necesario la transferencia a otras especialidades (psiquiatría, nutrición o neurología, etc.) se intervendrá en conjunto.

G.Trastornos del Sueño.

Se caracteriza por la interrupción del descanso diurno y/o nocturno; provocando un malestar clínicamente significativo o un deterioro social – escolar o laboral. Es importante investigar si al inicio del trastorno estaba ingiriendo algún medicamento o sustancia que puedan haberlo provocado.

- G.1 Terrores nocturnos

- a. El niño/a despierta bruscamente con gritos de angustia durante las 3 primeras horas de sueño (Criterio A).
- b. Durante estos episodios el niño/a tiene taquicardia, sudoración, respiración jadeante (Criterio B).
- c. No responde a los intentos de tranquilizarlo ni logra calmarse con relativa facilidad (Criterio C).
- d. No recuerda el episodio ni puede describirlo con detalle a la mañana o el día siguiente (Criterio D).
- e. Estos episodios provocan malestar al niño/a, influyen en su rendimiento o en sus relaciones.
- f. Estos episodios se deben a que el niño/a está tomando medicamentos o a una enfermedad médica (Criterio E).
- g. Este problema no se debe a los efectos directos de una sustancia (droga, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio F).

- G.2 Pesadillas

- a. El niño/a se despierta con frecuencia a causa de sueños terroríficos y prolongados de los cuales tiene recuerdos vívidos en los que peligró su vida, seguridad o autoestima (Criterio A).
- b. Cuando se despierta reconoce donde está y quiénes lo rodean (Criterio B).
- c. Este problema provoca malestar al niño/a o problemas en la escuela, sus relaciones sociales, etc. (Criterio C).
- d. Este problema se debe a que el niño tiene una enfermedad (médica o mental), ingiere drogas o medicamentos (Criterio D).

Intervención del trastorno del sueño

- 1.- Historia clínica; la cual se realizará en conjunto con la madre o tutor (a).
- 2.- Realizar lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV – TR, esto con la madre o tutor (a) (ver anexos).
- 3.- Entrevista a niños, niñas y adolescentes:
 - a) Presentación del profesional: el nombre y apellido, mencionar las actividades a realizar por sesiones, la participación de sus familiares en el tratamiento, etc.
 - b) Presentación de la niña, niño o adolescente: nombre y apellido, grado que cursa, su edad, nombre de sus padres, lugar donde habita, etc.
 - c) Motivo de Consulta: conversar con el niño, niña o adolescente si conoce el porqué está en la consulta, quien le dijo y que le dijo, etc.
 - d) Entrevista estructurada.

- e) En el caso que no se logre una cooperación en la entrevista de parte del niño, niña o adolescente realizar pruebas proyectivas tales como: dibujo libre, CAT, la familia, etc.

4- Aplicación de pruebas proyectivas acorde a su edad e impresión diagnóstica.

5- Orientaciones generales:

- a) Evitar en el niño, niña, adolescente programas televisivos que conlleven agresividad, terror, acción, etc.
- b) Evitar en el hogar o en el colegio toda situación que produzca miedo. Por ejemplo: “te va a salir el mono”, “hoy te lleva el diablo”, etc.
- c) Promover en la niña, niño, adolescente un buen hábito de descanso. Por ejemplo hacer que todos los días se duerman a las 8:00 pm
- d) Acompañar (un adulto) a la niña, niño, adolescente a la cama y conversar algo agradable, leer un cuento, un poema, cantar una canción, orar, etc, hasta que logre conciliar el sueño.
- e) Baños.
- f) Té

6- Ir valorando el alta en las últimas dos sesiones.

7- valorar el alta si la niña, niño, adolescente han superado en un 80% el trastorno.

9.8 Psicoterapia de grupo y Grupos de apoyo para niños, niñas y adolescentes con VIH.

El tratamiento psicológico en grupo con niños, niñas y adolescentes puede llevarse a cabo mediante:

- La psicoterapia tradicional, lo cual supone la dirección de uno o más especialistas en salud mental; puede hacerse de manera individual y en grupo (psicoterapia de grupo)
- Los grupos de apoyo o de autoayuda en los que, no solo no es necesaria la intervención de un especialista, sino que, en algunos casos, está contraindicada.

Es necesario iniciar con grupos de reflexión por grupos de edades, dirigidos por psicólogos, trabajadores sociales, de acuerdo a una temática establecida: nutrición, etapas del duelo, etc.

Psicoterapia de grupo:

Son encuentros en los que participan tres o más personas que se esfuerzan por resolver problemas comunes, para lo cual cuentan con la guía de, al menos, una persona entrenada y calificada en métodos y técnicas psicoterapéuticas.

La psicoterapia de grupo tiene dos principios básicos: el de la interacción terapéutica (un paciente es agente terapéutico de otros y viceversa) y el de la espontaneidad (participación libre de todos los miembros del grupo).

Se considera que las ventajas de la psicoterapia con grupos son el hecho de proporcionar ayuda a un número mayor de personas con lo cual su influencia y utilidad social es más amplia y el de aprovechar mejor los recursos materiales y humanos que cuando se atiende a una sola persona.

Los objetivos son: favorecer el desarrollo y adaptación social, facilitar la socialización, la educación (entendida como asimilación de valores y normas sociales) y la recreación, así como prevenir y resolver problemas.

Los métodos y técnicas deben elegirse en función de los objetivos que se pretendan alcanzar. Los más utilizados son:

- distintos tipos de juego (simbólico, sensorial y de habilidad manual, y de gran actividad motriz),
- la dramatización directa (actuada por la persona) e indirecta (teatro de títeres),
- intercambios verbales con adolescentes, etc. que pueden usarse en las sesiones de grupo.

Una sesión habitual debe tener tres momentos una introducción, un desarrollo y un cierre o conclusión.

- La introducción implica un momento del proceso dirigido a preparar al grupo para la acción y puede ser más o menos extensa dependiendo del tipo de actividad que se vaya a realizar. Por ejemplo, cuando se trata de juego libre, sobre todo con fines recreativos, la introducción es breve y simple; en contraste, si el método elegido es la dramatización, la introducción (conocida en psicodrama como calentamiento) es más compleja y supone más tiempo y esfuerzo.
- El desarrollo sería la puesta en práctica de todas las actividades definidas para la sesión.
- La conclusión o cierre implica un análisis del beneficio logrado y una preparación (motivación) para la siguiente.

Los grupos de apoyo:

Se pueden definir como la asociación de personas (comúnmente adultos) que se reúnen periódicamente para compartir un problema, intercambiar experiencias e ideas, encontrar y poner en práctica soluciones al mismo.

Los grupos de apoyo se caracterizan por su reciprocidad, naturalidad, espontaneidad, la empatía y el gran espíritu de unión entre sus miembros. Del mismo modo, se consideran el medio más utilizado de ayuda interpersonal y naturaleza “independiente” al no contar con la dirección de profesionales.

Entre los problemas que pueden tratarse con la creación de un grupo se encuentran fobias, divorcio, enfermedades terminales o degenerativas, violaciones, etc. En estos grupos el número de miembros varía según el escenario y la organización que los impulsa (religiosa o laica).

Entre las funciones de los grupos de apoyo se cuentan: reducir y dominar las emociones (miedo, ansiedad, aislamiento) que acompañan al problema que los aqueja, ofrecer información, orientación o adiestramiento para la solución del problema así como retroalimentación y apoyo con respecto a sus sentimientos. También son muy útiles en la prevención primaria porque aprovechan los vínculos naturales entre las personas, lo cual contribuye a consolidar el bienestar.

Los grupos de apoyo pueden ser útiles tanto para los niños, niñas y adolescentes con VIH como para sus familias. Algunos de los principales temas que pueden ser tratados en estos grupos son los siguientes:

- ✚ Como informar al niño(a) o adolescente sobre su condición VIH.
- ✚ Trabajo de duelo consecuente a la pérdida. Este tema es válido tanto para los adultos (cuidadores o tutores y familia en general) como para los niños/as y adolescentes.
- ✚ Métodos y estilos educativos utilizados por los cuidadores o tutores en la crianza de los niños(as) y adolescente con VIH.
- ✚ Cuidados de salud y nutrición que requieren los niños(as) y adolescente con VIH.
- ✚ Educación sexual, sobre todo de los y las adolescentes, siendo de especial importancia la prevención del riesgo.
- ✚ Estigma y discriminación hacia los niños(as) y adolescentes con VIH y sus familias.
- ✚ Derechos de los niños(as), adolescentes y adultos/as con VIH.
- ✚ Miedos y otros estados emocionales provocados por la enfermedad, las hospitalizaciones y otras experiencias.

En cuanto a los métodos, en el caso de los adultos, se utiliza sobre todo los intercambios verbales y en forma complementaria otros como el juego de roles, cine-debate, etc. En el caso de los niños(as) y adolescente con VIH, como ya se ha señalado en otros apartados, tienen un papel destacado el juego, el dibujo y otras técnicas indirectas y en menor medida el intercambio verbal, sobre todo en los más pequeños y a la inversa en el caso de los adolescentes.

Un grupo de apoyo lo puede constituir un mínimo de 15 y un máximo de 20 personas, puede constar de 8 a 12 sesiones, cuya duración promedio es de hora y media. La primera sesión tiene como objetivo la empatía y cohesión grupal.

Las dos o tres primeras sesiones tienen como objetivo primordial la familiarización entre los miembros del grupo y con profesionales de la salud. En las siguientes seis o siete sesiones se produce la conformación del grupo como tal (siendo la cohesión una de las características principales de esta fase); por último, en las dos o tres sesiones finales se lleva a cabo el cierre y la despedida del grupo, siendo de especial importancia el énfasis en los aprendizajes y los logros obtenidos por cada miembro del grupo y del grupo en general.

Estos grupos deben ser dirigidos por dos miembros del equipo de salud que atiende a estos casos, los cuales deben de tener un entrenamiento básico en trabajo con grupos.

Las (los) profesionales que tengan a su cargo la dirección de estos grupos tendrán en cada sesión papeles distintos: mientras uno asume un rol activo (dirige toda la acción del grupo), el otro observa, toma notas e interviene, en algún momento de la sesión, en caso de ser necesario. Estos papeles se intercambian de una sesión a otra.

Estas sesiones deben planificarse con anticipación, lo cual implica conocer a las personas que integrarán el grupo, los objetivos que se pretende alcanzar, las actividades a realizar, los métodos y técnicas que se utilizarán, el registro de la información y los criterios que permitirán valorar el logro de los objetivos propuestos.

Intervención en crisis con familias de niños, niñas y adolescentes con VIH.

Los objetivos de la terapia de crisis que se deben tener en cuenta son los siguientes: aliviar los síntomas, ayudar a restablecer el ajuste, descubrir los factores precipitantes de la crisis y determinar su origen a partir de las experiencias pasadas y problemas presentes. A continuación se presenta una breve referencia de cada aspecto:

1. Contribuir a aliviar los síntomas: supone identificar cualquier malestar que experimente la persona (alteraciones de la conducta, la comunicación o estados de aflicción subjetiva) y realizar las acciones necesarias según la situación concreta. Esto incluye ayudar a expresar emociones, analizar situaciones para lograr una comprensión más amplia, sugerir un cambio de conducta, etc. Aliviar el síntoma en sí

mismo es una meta obligada y útil para el desarrollo y reorganización de la personalidad.

2. Ayudar a restablecer el ajuste de la persona previniendo mayor descompensación, restableciendo el nivel de ajuste anterior y ayudando a recuperar el nivel óptimo de funcionamiento.

3. Descubrir los factores precipitantes. Casi siempre es una situación que constituye “la gota que derrama el vaso” cuya forma y significado exacto no siempre es evidente y existe aún en personas con ajuste crónicamente deficiente. En el caso de niños, niñas y adolescentes con VIH y afectados por el sida, la primera crisis, probablemente, se produce cuando se le comunica el diagnóstico a sus padres o tutores.

4. Determinar el origen de la crisis a partir de experiencias pasadas y problemas presentes. En el caso de las familias de los niños, niñas y adolescentes con VIH o afectados por el Sida, es importante considerar el efecto acumulado de la enfermedad o muerte de los padres, la pobreza y otros factores que aumentan la probabilidad de sufrir una crisis.

Los requisitos de una intervención en crisis eficaz son los siguientes:

- ✚ Utilizar la capacidad de empatía para poder comprender los problemas del paciente tal como éste los experimenta.
- ✚ Escuchar en forma atenta y selectiva para detectar los aspectos cruciales del problema y obtener información incluso de pacientes renuentes o con dificultades emocionales para expresarse.
- ✚ Comentar con objetividad evitando que influyan las necesidades, deseos y valores personales en lo que se transmite al paciente.
- ✚ Evaluar problemas, conflictos, cualidades y recursos de la persona. Valorar el funcionamiento premórbido, el estado mental, las probabilidades de suicidio y la motivación para el cambio.
- ✚ Proporcionar al paciente información sobre los servicios disponibles en la comunidad y las disposiciones administrativas y legales que pueden afectarle.

Las tácticas de la terapia de crisis que se pueden utilizar son las siguientes:

1. Dar apoyo emocional a la persona: se puede reconocer en forma implícita la dificultad, por ejemplo, al decir, *“No puede ser tan grave si puede hablarse de ello”*, o dando un fuerte respaldo verbal del tipo: *“Estoy segura de que hizo lo correcto al marcharse”*, *“Comprendo muy bien por lo que está pasando y sé que no es fácil”*. Para dar apoyo emocional es necesario mostrar sensibilidad y comprensión de la situación del paciente, comunicar dicha comprensión en forma adecuada, mostrar cordialidad y aceptación no posesivas, y transmitir sinceridad y franqueza.

2. Promover la expresión de emociones intensas propias de la crisis: La expresión de las emociones propias de la crisis puede producirse en forma espontánea, pero hay personas que las reprimen y experimentan gran dificultad para expresarlas. En estos casos se debe facilitar el reconocimiento y expresión de dichas emociones y sentimientos.

3. Infundir esperanza y optimismo: la falta de esperanza en la solución de problemas es casi siempre una causa del desajuste que lleva a la crisis. Infundir esperanza ayuda a que el paciente reaccione positivamente y vea con más flexibilidad sus opciones, pero no se debe hacer si no se fundamenta en la realidad, es decir, si la mejoría o solución de la situación es poco probable.

4. Demostrar interés y participar activamente: esto supone escuchar con interés sin hacer comentarios innecesarios o inoportunos, sino solo los que sean pertinentes y en el momento apropiado. Esto implica saber utilizar el silencio.

5. Ser firme y directa(o) al retroalimentar o interpretar, esto implica no hacer comentarios e interpretaciones superfluas o no pertinentes. En la primera parte de la sesión la intervención del profesional se debe limitar al 10% del tiempo y solo para obtener información, en la segunda parte se puede usar el mismo tiempo que se le concede a la persona en crisis.

6. Predecir las posibles consecuencias futuras: indicar a la persona en crisis lo que habitualmente le ocurre a quienes continúan su mismo curso de conducta en una situación similar a la suya pues esto la ayudará a reflexionar en lo que puede suceder y a decidir si es eso lo que desea. Indicar que se le predice para que esto no se vuelva realidad. Las personas en crisis no pueden predecir lo que ocurrirá en el futuro de modo que cuando se predice de forma correcta se le presta un servicio muy valioso, pero se debe tener en cuenta que la capacidad de hacer una predicción correcta se fundamenta en una buena experiencia de trabajo con un tipo determinado de problemas humanos.

7. Fijar los límites necesarios: se deben establecer reglas explícitas sobre lo que la persona puede y no puede hacer en los encuentros, lo que es útil, sobre todo, para las que llegan con amenazas suicidas, conducta desorganizada o acting out, etc. Su utilidad reside en que permite al paciente hallar una forma de contención y al profesional una forma de protegerse de situaciones extremas que pueden ser incontrolables.

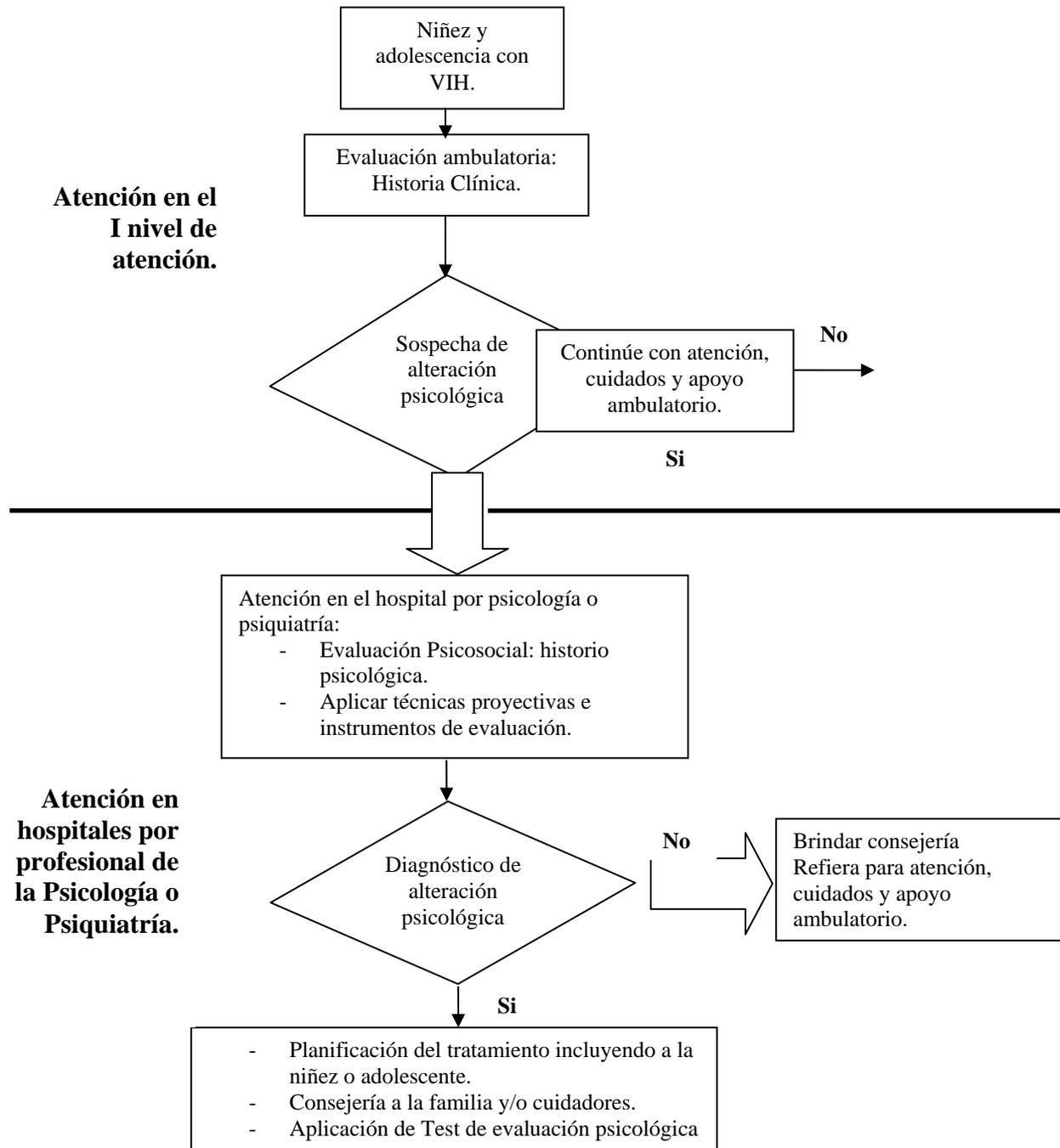
El profesional de la salud debe de determinar donde inicia una crisis, y lo mas importante abordar la intervención en crisis no sólo individual sino también en la familia.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Campbell, S. (1989). "La psicopatología del niño desde una perspectiva evolutiva". En Ollendick Th. & Hersen, M. Psicopatología Infantil. Editorial Martínez Roca. Madrid.
2. Comisión Nacional de Promoción y defensa del niño y la niña (2000). "Código de la niñez y la adolescencia de la república de Nicaragua". Managua, editorial Terra Nuova.
3. Cowen, E. (1992). Salud mental de la comunidad y prevención primaria. En Weiner I., Métodos en psicología clínica. 2^{da} edición. Editorial Limusa. Págs. 723-778
4. Documento borrador "Consejería para niñez y adolescencia". **UNICEF**. Manuscrito sin publicar.
5. Documento "Guía de Consejería y apoyo psicosocial para adolescentes, adultos y transmisión vertical".
6. Documento "La vulnerabilidad de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes y sus familias en los tiempos del **VIH y el sida**. Reflexiones para la acción". UNICEF. Manuscrito sin publicar.
7. Internacional **HIV/AIDS** Alliance. Supporting Comunita Action on AIDS in Developing Countries (2003). Psychosocial support: resources for communities working with orphans and vulnerable children.
8. Lazcano F. (2008) "Cuando el **VIH** entra en la vida familiar. ¿Qué hacer?". Serie: Niñez vulnerable por el VIH y el sida en Nicaragua (UNICEF).
9. Lemos, S. (1996). Factores de riesgo y protección en psicopatología en niños y adolescentes. Págs. 25-50. En José Buendía (Editor), Psicopatología en niños y adolescentes. Ediciones Pirámide, S.A. Madrid.
10. Lesch A., Swart L., Kagee A., Moodley K., Kafaar Z., Myer L & Cotton M. (2007) "Paediatric HIV/AIDS disclosure: towards a developmental and process-oriented approach". AIDS Care, págs. 811-816.
11. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson.
12. Ministerio de Salud de Panamá. Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en Relación con el VIH/SIDA. MINSA, OPS/OMS, INCAP, CSSS, 2007.
13. Marsh, E., Graham, S. (2002). Clasificación y tratamiento de la psicopatología infantil. Págs. 29-51. En Vicente E. Caballo y Miguel Ángel Simón (Editores). "Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales". Ediciones Pirámide. Madrid.
14. Méndez F., Olivares J., Ros M. E. (2002). Características clínicas y tratamiento de la depresión en la infancia y adolescencia. Págs. 139-176. En Vicente E. Caballo y Miguel Ángel Simón (Editores). "Manual de Psicología Clínica Infantil y del Adolescente. Trastornos generales". Ediciones Pirámide. Madrid.

15. Miller & Keane (1996). "Diccionario enciclopédico de enfermería". 5ta edición. Editorial Panamericana.
16. ONUSIDA y UNICEF (2004). Marco de protección, cuidado y apoyo a huérfanos y niños vulnerables en un mundo con **VIH/sida**.
17. Orientation to Caregiving. "Communicating with children about illness". University of California, San Francisco.
18. Peña, L., Montaña, C. (2002). Manejo del duelo en niños y adolescentes desde el enfoque cognitivo conductual. Págs. 187- 209. En Vicente Caballo y Miguel Ángel Simón (Editores). Manual de psicología clínica infantil y del adolescente. Ediciones Pirámide. Madrid.
19. Rabkin, M., El Sadr, W., Abrams, E. (2004). Evaluación psicológica. En El Manual Clínico de Columbia. Centro Internacional de Programas sobre el **sida**. Universidad de Columbia. New York.
20. Rao R., Sagar R., Kabra K. & Lodha R. (2007). "Psychiatric morbidity in **HIV**-infected children". AIDS Care, págs. 828-832.
21. Reca T. (1976) Un enfoque genético-dinámico-profundo del proceso psicoterapéutico. En Psicología, psicopatología, psicoterapia, págs. 254-293. 2da edición. Siglo veintiuno editores. Buenos Aires.
22. Sarason I., Sarason B. (1996). Conducta inadaptada en la niñez y la adolescencia. En Psicología Anormal: el problema de la conducta inadaptada. Editorial Prentice Hall Hispanoamericana. México. Págs. 460-495.
23. Slaikeu K. (1988). "Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación". Editorial El Manual Moderno.
24. Southern African AIDS Trust (SAT) (2004). "Guidelines for counseling children who are infected with VIH or affected by **HIV and AIDS**". HIV Counselling Series. No. 7.
25. Vibbert, M., Serwanga, R. (2004). Confesión Pediátrica: Hablar a los Niños sobre el **VIH**. En Mariam Rabkin, Wafaa El-Sadr, y Elaine Abrams. El Manual Clínico de Columbia. Centro Internacional de Programas sobre el sida. Universidad de Columbia. New York.
26. Vinogradov S., Yalom I. (1996) Grupo de pacientes externos. En Guía Breve de psicoterapia de grupo. Ediciones Paidós Ibérica. Barcelona. Págs. 147-173.
27. Weins, A. (1992). La entrevista de evaluación. En Weiner I., Métodos en psicología clínica, págs. 17- 75. 2^{da} edición. Editorial Limusa. México.
28. www.cepresi.org.ni

FLUJOGRAMA PARA LA ATENCIÓN PSICOSOCIAL DE LA NIÑEZ Y ADOLESCENCIA CON VIH.



ANEXOS

Anexo 1: Características del consultorio.

1. Condiciones físicas

El consultorio debe contar con tres espacios de dimensiones apropiadas para que quepan 4 personas (3 metros²). En estos espacios se llevarán a cabo las sesiones de entrevistas, observación y aplicación de pruebas con el niño, niña o adolescente y su acompañante, así como las sesiones de relajación y las entrevistas con las familias.

También debe tener buenas condiciones de acceso (para personas con discapacidad) iluminación, ventilación y aislamiento (protección contra ruidos y garantizar la privacidad). Esto implica que, además de ser construidos con material aislante, el consultorio debe estar alejado de los lugares en los que se atiende al público.

2. Herramientas de trabajo y logística:

Materiales de oficina: escritorios, sillas, papelería en general, engrapadora, sacagrapas, perforadora, clips, grapas, fólder, lapiceros, lápices de grafito, tajadores, borradores, reglas, pegamento, batería de pruebas psicológicas (amplia y completa), archivo, computadora equipada, papelería, klenex, bidones de agua.

Juguetes: columpios, resbaladeros, lápices de colores, crayolas, juegos didácticos, rompecabezas, juguetes varios, caja de arena (caja de madera, arena de mar, miniaturas), títeres, plastilina, anaqueles, triciclos, dominó.

Materiales para las sesiones de relajación: sillas, grabadora, camilla, sabana, discos compactos.

Otros materiales para usar en las sesiones: pizarras acrílicas, sillas, marcadores acrílicos y permanentes, papelógrafos, panfletos, portafolios, mesas, borrador de pizarra, cajas de condones.

Medios para hacer visitas domiciliarias y a la comunidad: vehículo y combustible o viáticos de transporte para el personal.

Anexo 2. Características inherentes del personal de salud¹².

Las calificaciones o características del personal de psicología se resumen en los siguientes aspectos:

Conocimientos amplios, suficientes y actualizados sobre la infección, que abarque las repercusiones psicológicas y sociales del VIH, además de tener la capacidad de traducir el conocimiento a un lenguaje cotidiano y comprensible para establecer un contacto empático.

Empatía, identificación mental y afectiva con el estado de ánimo de la otra persona.

Calidez y Calidad humana, para enfrentarse a una relación que requiere involucrarse más no comprometerse; para responder cálidamente a las necesidades de otras personas y relacionarse con satisfacción personal, con una gama de personas de distintas edades, antecedentes y personalidades.

Confidencialidad en lo que se ha orientado o conversado.

Responsabilidad con las personas, las tareas y con los pasos a seguir para alcanzar los resultados esperados.

Abierto al dialogo y habilidades de comunicación.

Consciente consigo mismo en conocimientos y estilos de vida. Es decir ser consistente entre lo que se dice, lo que se hace y lo que se es.

Es importante partir de los valores y estructura ética del consultante y no del asesor. Se debe de respetar al otro como un ser distinto y particular, sin interferir en su escala de valores, sino más bien construyendo por medio de la conversación, formas prácticas y con sentido que faciliten la comprensión del tema y su autocuidado.

Aceptar la diversidad de género es practicar la no discriminación.

Disposición voluntaria y deseo personal de trabajar en este campo, de lo contrario no conduce sino a un malestar fuerte y daño serio en el trabajador de la salud y en la persona asesorada contribuyendo aún más al “síndrome de desgaste” y a una potencial agresión hacia el consultante.

Trabajo en equipo, para recurrir a la acción multidisciplinaria en el momento que lo requiera.

¹² Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico en relación con el VIH/Sida. Ministerio de Salud Panamá.

Competencia cultural, comprender diversos marcos culturales y conocer las creencias, valores, tradiciones, hábitos y costumbres. Conocer la cultura, lenguaje juvenil de modo que las/los adolescentes se sientan comprendidos cuando se expresen a su manera.

Respeto es decir permitir la libertad de expresión en términos que la persona determine.

Flexible, estar preparado para asumir imprevistos, cambios de opinión, o decisión del usuario y ser tolerante con las diversas formas de comportamiento.

Reconocer sus limitaciones para que las vaya trabajando con la experiencia cotidiana.

En cuanto a las emociones y sentimientos, el personal de salud puede presentar los siguientes:

Confusión: cuando no se sabe que hacer y como actuar ante determinada situación, o cuando se ha involucrado demasiado con los problemas y entremezcla sus sentimientos personales con los de la otra persona.

Cuando se encuentra en la disyuntiva de elegir apoyar a la persona aun en contra de las normas institucionales o mantener la lealtad a la institución.

Desesperación: generalmente ocurre cuando se esta trabajando con una persona que tiene dificultad para comprender, expresarse y contradice repetidamente al asesor.

Fatiga: trabajar con VIH es fatigante y consume muchas energías. El trabajador necesita realizar actividades creativas, individuales, grupales, para relajarse y reestablecerse. Se debe considerar la necesidad de rotación del personal para evitar el “síndrome de agotamiento”.

Impotencia: cuando se desconocen alternativas de apoyo y atención. El trabajador de la salud debe de estar bien informado de las alternativas y servicios que se ofrecen en la red de establecimientos públicos y otros grupos de apoyo.

Automatización: el trabajo puede tornarse aburrido, por repetitivo y rutinario.

Estrés provocado por el exceso de trabajo que desempeña el trabajador de la salud, la inadaptación a un nuevo trabajo, falta de entrenamiento para el desempeño profesional, la dificultad de comunicarse sin tabúes en el tema de la sexualidad, el impacto psicosocial de trabajar con el VIH y el rechazo y estigma que esto puede ocasionar por razones religiosas, culturales y otras. Se manifiesta como Síndrome del burn out o síndrome del agotamiento

Temor a infectarse, derivado de mitos y creencias. Esto da lugar a actitudes de inseguridad o rechazo a la persona con VIH. Estos temores se suprimen con un buen nivel de información que además es un requisito fundamental del o la psicóloga.

Los **sentimientos y emociones positivas** pueden derivar del logro de metas, el agradecimiento de las personas, la mejoría de la calidad de vida de la niñez y adolescencia con VIH y de sus familiares, la integración de los y las afectados (as) en acciones de prevención y otros.

ANEXO 3

HISTORIA CLÍNICA PSICOLÓGICA PARA NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH Y AFECTADOS POR EL SIDA.

ENTREVISTA A LA MADRE, PADRE O ACOMPAÑANTE

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y SU FAMILIA.

Nombre completo del niño/a: _____ Sexo: _____ Edad (años y meses): _____
Lugar y fecha de nacimiento: _____ No. Expediente: _____ Escolaridad: _____
Nombre de la madre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
Nombre del padre: _____ Edad: _____ Escolaridad: _____ Religión: _____
Dirección domiciliar (completa): _____ Teléfono: _____
Barrio: _____ Municipio: _____ Departamento: _____
Entrevistada/o y parentesco con el niño/a: _____ Fecha y hora de 1era. entrevista: _____

II. RESUMEN DE LA CONDICIÓN MÉDICA DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE Y DE SU FAMILIA (Datos obtenidos del expediente).

Fecha del diagnóstico: _____ El niño(a) lo sabe: Sí No Si respondió SI, pregunte ¿cómo reaccionó? Si respondió NO, pregunte la razón: _____

Infección adquirida por: Transfusión Sexo Voluntario: _____ Violación: _____ Agujas Parto Lactancia

Padres con VIH: Madre: Sí No Padre: Sí No

Fallecidos: Madre Sí No Padre Sí No

Defunción por sida: Madre: Sí No Padre: Sí No

Otros familiares con VIH y parentesco (materno y/o paterno)

Enfermedades oportunistas y número de hospitalizaciones: _____

Cómo han afectado las infecciones oportunistas y hospitalizaciones a su niño, niña o adolescente Secuelas de las enfermedades actuales o padecidas (especifique el tipo: neurológicas, osteomusculares, gástricas, nutricionales y otras _____

III. IMPRESION GENERAL: Aspecto físico (salud, higiene, vestimenta, calzado), expresión oral y corporal, tono de voz, conducta, pensamiento, lenguaje y estado emocional aparente de la persona entrevistada.

IV. MOTIVO DE CONSULTA: Descripción del problema. ¿El niño/a tiene conductas, estados emocionales, dificultades escolares, en sus relaciones o su desarrollo que le preocupen?

¿Desde cuando lo presenta? ¿Qué cree usted lo puede estar ocasionando? ¿Qué ha hecho para resolverlos y qué resultados obtuvo?

V. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA: Si identificó algún problema en el Motivo de Consulta, haga las preguntas de esta sección; si no es así, PASE A PÁGINA No 4 y llene los datos de la lista de verificación de trastornos. Luego, vuelva a esta sección y haga las preguntas que contiene. Si no identificó problemas, pase a la sección VII.

1. ¿Cuál es la frecuencia, intensidad y duración de estos problemas? _____

2. ¿Cuando iniciaron el/los problema/s al niño/a se le había dicho el diagnóstico (suyo/de sus familiares) o había fallecido uno o ambos padres? Explique

3. ¿Qué cree usted que puede causar el/los problema/s?: _____

4. ¿Qué ha hecho para solucionar el/los problema/s y qué resultados obtuvo? _____

VI. EXPECTATIVAS DE LA ATENCIÓN PSICOLÓGICA: _____

VII. ANAMNÉSIS:

1. ¿Cómo fue el embarazo (salud, accidentes, alimentación, estado emocional) y el parto (complicaciones)? _____

2. ¿Cómo fueron los primeros 5 años de vida en cuanto al del desarrollo psicomotor e independencia? (sostuvo la cabeza, gateó, caminó, primeras palabras y frases, control de defecación y orina) Indagar retrocesos. _____

3. ¿Cómo ha sido su alimentación en cada etapa del desarrollo: 0–5, 6–12, 13–18 años? (apetito, estrategias usadas para que coma, cumple indicaciones de nutrición, etc.) _____

4. ¿Cómo ha sido el sueño en cada etapa del desarrollo: 0–5, 6–12, 13–18 años? (horas diarias de sueño, siesta — si procede —, duerme solo o acompañado, tiene o ha tenido algún trastorno: somnilogio, pesadillas, terror nocturno, insomnios, hábitos de sueños. Otros: explique) _____

Conducta personal: cualidades, carácter, estado de ánimo:

Conducta Social: relaciones con vecinos, amigos, adultos, etc:

VIII. COMPOSICIÓN Y DINÁMICA FAMILIAR: Elaborar familiograma de tres generaciones.

1. Datos de familiares significativos que viven con el niño/a. Si los padres fallecieron, ponga un asterisco en el número de quien asume rol parental (tutor).

No.	Nombre y apellidos	Sexo	Edad	Escolaridad	Ocupación	Ingreso mensual	Parentesco
1							
2							
3							
4							
5							

2. Ingreso familiar: _____

Tipo, cantidad de ayuda y quién la da: _____

3. ¿Cómo en la relación o dinámica familiar con el niño(a) las personas que viven con él/ella? (aceptación, rechazo, sobreprotección, rivalidades, etc.) Indagar problemas familiares, conyugales, entre el niño/a y sus hermanos y entre el niño y otros parientes.

4. ¿Cómo tratan al niño sus familiares por el hecho de tener VIH? _____

5. ¿Cómo son las relaciones de la familia con los vecinos? _____

6. ¿Cómo es el carácter o manera de ser del niño(a), adolescente sus virtudes y defectos?

7. ¿Quiénes y cómo premian y castigan al niño/a? (Indagar abuso físico y emocional) _____

8. ¿Cómo y cuándo expresa la familia su alegría y disgusto al niño(a) y adolescente?

9. ¿Qué normas le establece que cumpla? Métodos disciplinarios y normas utilizadas en el hogar, qué y quien los implementa? Indagar abuso físico, verbal, psicológico _____

10. ¿Qué planes tienen los padres o tutores para su hijo/a en el futuro? _____

IX. HISTORIA ESCOLAR: Indagar éxitos y fracasos, ausencias prolongadas, cambios de colegio y razones de esto, problemas de conducta, aprendizaje y en las relaciones. _____

X. RECREACIÓN : juegos y pasatiempos preferidos, tiempo que dedica y con quien los comparte. Indagar si ha dejado de hacer actividades culturales, deportivas, escolares u otras por su condición VIH.

XI. COLABORACIÓN EN EL HOGAR: tareas que hace en el hogar, si trabaja, tiempo dedicado y paga.

XII. EDUCACIÓN SEXUAL: ¿Qué sabe de sexualidad, quién le enseñó? (experiencias sexuales consentidas y no consentidas – abuso/explotación –). _____

XIII. RESPUESTA DEL ENTORNO SOCIAL: ¿Quiénes saben de la condición VIH del niño/a y como reaccionaron? (rechazo, burla, aceptación etc.)

XIV. IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: _____

XV. SUGERENCIAS OFRECIDAS AL PADRE, MADRE O TUTOR: _____

XVI. PLAN PARA COMPLETAR LA EVALUACIÓN Y/O INICIAR EL TRATAMIENTO PSICOLÓGICO:

Nombre y apellido de la psicóloga: _____

Firma y Código MINSA: _____

ANEXO 4

LISTA DE VERIFICACIÓN DE TRASTORNOS INFANTILES BASADA EN EL DSM IV-TR

Instrucciones: Voy a leerle una serie de situaciones que con frecuencia le ocurren a los niños, niñas y adolescentes. Diga cuáles de estas situaciones le ocurren a _____ (escriba el nombre del niño/a) y cuáles no.

I. Déficit de atención con hiperactividad (APLICAR EN NIÑOS DE 4 AÑOS Y MÁS).

A.1) Atención (6 ó más síntomas al menos durante 6 meses, con intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo).

1. A menudo no presta atención a los detalles y comete errores por descuido en tareas escolares u otras actividades..... Sí _____ No _____
2. A menudo tiene dificultad para mantener la atención en tareas o actividades de juego..... Sí _____ No _____
3. Cuando se le habla directamente parece no escuchar..... Sí _____ No _____
4. A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, encargos u obligaciones en la escuela..... Sí _____ No _____
5. A menudo tiene dificultades para organizar sus tareas y obligaciones..... Sí _____ No _____
6. A menudo evita, le disgusta o es renuente a realizar tareas que requieren esfuerzo mental sostenido..... Sí _____ No _____
7. A menudo pierde objetos necesarios para las tareas o actividades (juguetes, libros, herramientas, etc.)..... Sí _____ No _____
8. A menudo se distrae fácilmente por cosas de poca importancia..... Sí _____ No _____
9. A menudo se descuida en actividades diarias..... Sí _____ No _____

A.2) Hiperactividad/impulsividad (6 o más síntomas al menos durante 6 meses, con intensidad desadaptativa e incoherente con el nivel de desarrollo).

1. A menudo mueve mucho las manos o los pies o se remueve en el asiento..... Sí _____ No _____
 2. A menudo abandona su asiento en la casa u otros lugares en que se espera que permanezca sentado/a..... Sí _____ No _____
 3. A menudo corre o salta en situaciones en las que es inapropiado hacerlo..... Sí _____ No _____
 4. A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de descanso..... Sí _____ No _____
 5. A menudo está en marcha o suele actuar como si tuviera un motor..... Sí _____ No _____
 6. A menudo habla mucho..... Sí _____ No _____
 7. Estos comportamientos se han presentado al menos durante los últimos 6 meses (tipo)..... Sí _____ No _____
 8. A menudo contesta antes de que la otra persona haya terminado de hacer la pregunta..... Sí _____ No _____
 9. A menudo tiene dificultades para esperar su turno..... Sí _____ No _____
 10. A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros..... Sí _____ No _____
 11. Algunos síntomas de hiperactividad-impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los años (Criterio B)..... Sí _____ No _____
 12. Algunos de estos comportamientos ocurren tanto en la casa como en cualquier otro lugar (Criterio C)..... Sí _____ No _____
 13. Estos comportamientos crean problemas al niño/a en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio D)..... Sí _____ No _____
 14. Estos comportamientos se han presentado al menos durante los últimos 6 meses..... Sí _____ No _____
 15. Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno tal como autismo, esquizofrenia, etc. (Criterio E)..... Sí _____ No _____
- Establezca el tipo de trastorno según el DSM-IV TR _____

7

II. Negativismo desafiante (deben estar presentes cuatro o más de los siguientes comportamientos: Numeral 1-8)

1. A menudo se encoleriza y hace berrinches..... Sí _____ No _____
2. A menudo discute con adultos..... Sí _____ No _____
3. A menudo desafía activamente a los adultos o se niega a cumplir sus demandas..... Sí _____ No _____
4. A menudo molesta a otras personas..... Sí _____ No _____
5. A menudo acusa a otras personas de sus errores o mal comportamiento..... Sí _____ No _____
6. A menudo es colérico y resentido..... Sí _____ No _____
7. A menudo es rencoroso y vengativo..... Sí _____ No _____
8. A menudo se molesta fácilmente con otras personas..... Sí _____ No _____
9. Este comportamiento le crea problemas al niño/a en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio B)..... Sí _____ No _____
10. Este comportamiento se ha presentado al menos durante 6 meses..... Sí _____ No _____
11. Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno tales como esquizofrenia, depresión, etc. (Criterio C)..... Sí _____ No _____
12. Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno disocial o antisocial (Criterio D)..... Sí _____ No _____

III. Trastorno disocial (deben estar presentes tres o más síntomas, numeral 1 al 16: Criterio A).

A) Agresión a personas y animales

1. A menudo fanfarronea, amenaza o intimida a otros..... Sí No
2. A menudo inicia peleas físicas..... Sí No
3. Ha utilizado armas que pueden causar daño físico grave a otras personas (piedras, cuchillos, palos, navajas, etc.)..... Sí No
4. Ha manifestado crueldad física con otras personas..... Sí No
5. Ha manifestado crueldad física con animales..... Sí No
6. Ha robado enfrentándose a la víctima..... Sí No
7. Ha forzado a alguien a alguna actividad sexual..... Sí No

Destrucción de la propiedad

8. Ha provocado incendios con la intención de causar daño grave..... Sí No
9. Ha destruido propiedades de otras personas (distinto a incendio)..... Sí No

Fraudulencia o robo

10. Ha violentado la casa, el carro de otras personas..... Sí No
11. A menudo mienta para obtener bienes o favores, o para evitar obligaciones..... Sí No
12. Ha robado objetos de cierto valor sin enfrentamiento a la víctima..... Sí No

Violaciones graves a normas

13. A menudo permanece fuera de casa de noche a pesar de las prohibiciones iniciando esta conducta antes de los 13 años..... Sí No
14. Se ha escapado de casa al menos una vez sin regresar durante un largo período..... Sí No
15. Ha dejado de asistir a la escuela iniciando esta práctica antes de los 13 años..... Sí No
16. Se escapa de la escuela con frecuencia..... Sí No
17. Este comportamiento se inició antes de los 10 años (tipo de inicio infantil: por lo menos uno de los síntomas del 1 al 16)..... Sí No
18. Estos comportamientos le crean problemas al niño/a en la escuela y/o en sus relaciones sociales (Criterio B)..... Sí No
19. Si tiene 18 o más: Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a tiene un trastorno antisocial (Criterio C)..... Sí No

IV. Enurésis (APLICAR SOLO A PARTIR DE 5 AÑOS DE EDAD O DE DESARROLLO EQUIVALENTE Y MAYORES)

1. El niño/a se orina en la cama o en la ropa (voluntaria o involuntariamente) (Criterio A)..... Sí No
2. Este problema se ha presentado al menos dos veces por semana durante por lo menos 3 meses consecutivos u ocasiona malestar o deterioro social, laboral o académico (Criterio B)..... Sí No
3. El niño/a tiene por lo menos 5 años o nivel de desarrollo equivalente (Criterio C)..... Sí No
4. Este problema se debe exclusivamente a los efectos directos de una sustancia (diurético) o enfermedad médica (diabetes, espina bífida, trastorno convulsivo) (Criterio D)..... Sí No
5. Este problema se presenta (tipo): Solo en la noche Solo en el día De noche y de día

V. Encoprésis (APLICAR SOLO A LOS NIÑOS/AS DE 4 AÑOS DE EDAD O DE DESARROLLO EQUIVALENTE Y MAYORES)

1. El niño/a se defeca en lugares inadecuados (ropa interior o en el suelo), en forma voluntaria o involuntaria (Criterio A)..... Sí No
2. Este comportamiento se ha presentado al menos una vez al mes por lo menos durante 3 meses (Criterio B)..... Sí No
3. El niño/a tiene por lo menos 4 años o nivel de desarrollo equivalente (Criterio C)..... Sí No
4. Este comportamiento se debe exclusivamente al uso de laxantes o una enfermedad médica distinta del estreñimiento (Criterio D).. Sí No
5. El niño/a padece de estreñimiento..... Sí No

VI. Ansiedad por separación (deben estar presentes tres o más síntomas, numeral 1 al 8: Criterio A).

1. El niño/a manifiesta malestar excesivo al alejarse del hogar o de alguna persona significativa..... Sí No
2. Se preocupa demasiado por la posible pérdida de los padres o porque éstos sufran un daño..... Sí No
3. Tiene miedo de perderse o ser secuestrado..... Sí No
4. Se niega o resiste a ir a la escuela por miedo a separarse de las personas importantes (padres, tíos, etc.)..... Sí No
5. Tiene miedo de estar solo en cualquier lugar (casa, escuela, parque, etc.)..... Sí No
6. Se resiste o teme dormir solo en su casa o en otras casas..... Sí No
7. Tiene pesadillas en las que el tema principal es quedarse solo..... Sí No
8. Tiene dolores de cabeza, vómitos, mareos antes o durante la separación de una persona importante (padres, hermanos)..... Sí No
9. Estos comportamientos se han presentado por lo menos durante 4 semanas (Criterio B)..... Sí No
10. Estos comportamientos se iniciaron antes de que el niño/a cumpliera 18 años (Criterio C)..... Sí No
11. Este problema ocasiona malestar o deterioro social, laboral o académico (Criterio D)..... Sí No

12. Un/a psiquiatra o psicóloga le dijo que el niño/a o adolescente tiene trastorno tales como esquizofrenia, angustia, etc. (Criterio C)..Sí _____ No _____

VII. Problemas del sueño

7.1) Terrores nocturnos

1. El niño/a despierta bruscamente con gritos de angustia durante las 3 primeras horas de sueño (Criterio A)..... Sí _____ No _____
2. Durante estos episodios el niño/a tiene taquicardia, sudoración, respiración jadeante (Criterio B)Sí _____ No _____
3. No responde a los intentos de tranquilizarlo ni logra calmarse con relativa facilidad (Criterio C) Sí _____ No _____
4. No recuerda el episodio ni puede describirlo con detalle a la mañana o el día siguiente (Criterio D)Sí _____ No _____
5. Estos episodios provocan malestar al niño/a, influyen en su rendimiento o en sus relaciones. Sí _____ No _____
6. Estos episodios se deben a que el niño/a está tomando medicamentos o a una enfermedad médica (Criterio E)..... Sí _____ No _____
7. Este problema no se debe a los efectos directos de una sustancia (droga, fármacos) o de una enfermedad médica (Criterio F)..... Sí _____ No _____

7.2) Pesadillas

1. El niño/a se despierta con frecuencia a causa de sueños terroríficos y prolongados de los cuales tiene recuerdos vívidos los que peligran su vida, seguridad o autoestima (Criterio A) Sí _____ No _____ en
2. Cuando se despierta reconoce donde está y quiénes lo rodean (Criterio B) Sí _____ No _____
3. Este problema provoca malestar al niño/a o problemas en la escuela, sus relaciones sociales, etc. (Criterio C)..... Sí _____ No _____
4. Este problema se debe a que el niño tiene una enfermedad (médica o mental), ingiere drogas o medicamentos (Criterio D)..... Sí _____ No _____

VIII. Anorexia nerviosa (APLICAR A PARTIR DE LA ADOLESCENCIA).

1. Rechaza tener el peso esperado o por encima de lo esperado para su edad y talla por lo que se niega a comer (Criterio A) Sí _____ No _____
2. Aunque pesa menos de lo esperado para su edad y talla, tiene mucho miedo a ganar peso o volverse obesa/o (Criterio B)..... Sí _____ No _____
3. Cree tener más peso/volumen del que en verdad tiene, exagera su importancia a esto, o niega el peligro de su delgadez (Crit. C)...Sí _____ No _____
4. Tiene 3 meses o más de que no le baja la menstruación (Criterio D).....Sí _____ No _____
5. Se da atracones y luego se provoca vómitos o usa laxantes, diuréticos o enemas para eliminar lo que ha comido (tipo)..... Sí _____ No _____

IX. Bulimia nerviosa (APLICAR A PARTIR DE LA ADOLESCENCIA). (deben estar presentes los numerales 1 y 2).

1. Come tres o cuatro veces más de lo que la mayoría de las personas comen en un corto período de tiempo..... Sí _____ No _____
2. Siente que no puede parar de comer, o no puede controlar el tipo y la cantidad de comida que ingiere..... Sí _____ No _____
3. Se provoca el vómito, usa laxantes, diuréticos, enemas, ayuna o hacer ejercicios en exceso para eliminar la comida (Criterio B).....Sí _____ No _____
4. Los atracones y conductas compensatorias (vómito, uso de laxantes, etc.) ocurren 2 veces x semana durante 3 meses (Crit. C)..... Sí _____ No _____
5. Se autovalora solo o casi solo en función del peso y la silueta corporales (Criterio D)..... Sí _____ No _____
6. Un psicólogo o psiquiatra le dijo que estos comportamientos son parte de un trastorno llamado anorexia nerviosa (Criterio E).... Sí _____ No _____

X. Depresión

10.1- Episodio depresivo mayor (deben estar presentes cinco o más síntomas, numeral 1 al 9).

1. Se ve deprimido la mayor parte del día de casi cada día (tristeza, sentirse vacío, llanto)..... Sí _____ No _____
2. Ha perdido el interés o no disfruta de las actividades que antes le gustaban la mayor parte del tiempo..... Sí _____ No _____
3. Ha perdido o aumentado el apetito o peso (sin hacer dieta)..... Sí _____ No _____
4. Ha disminuido o aumentado el tiempo que dedica a dormir casi todos los días.....Sí _____ No _____
5. Han disminuido o aumentado la cantidad y rapidez de sus movimientos (enlentecimiento o agitación psicomotora).....Sí _____ No _____
6. Se le ve fatigado/a o sin energía casi todo el día.....Sí _____ No _____
7. Se siente muy inútil o muy culpable por hechos que el/ella no provocó casi cada día.....Sí _____ No _____
8. Ha disminuido su capacidad para pensar, concentrarse y/o tomar decisiones casi cada día.....Sí _____ No _____
9. Piensa mucho en la muerte o en suicidarse (solo la idea, ha hecho intento o tiene un plan)..... Sí _____ No _____
10. Ha tenido períodos en los que parecía eufórico sin razón para ello (ganar un premio, alcanzar una meta, etc.) (Criterio B)..... Sí _____ No _____
11. Los síntomas (1 a 9) le provocan mucho malestar, influyen en su rendimiento, en sus relaciones, etc. (Criterio C).....Sí _____ No _____
12. Los síntomas se deben a que el/ella está tomando un medicamento o a una enfermedad médica (Criterio D).....Sí _____ No _____
13. Los síntomas se deben a duelo, persisten por más de 2 meses, acusada incapacidad funcional o síntomas psicóticos (Criterio E).....Sí _____ No _____

10.2- Trastorno Distímico

1. Casi siempre se ve deprimido la mayor parte del día (tristeza, irritabilidad), al menos durante un año (Criterio A)..... Sí _____ No _____
2. Ha disminuido o aumentado el apetito, el tiempo de sueño, se fatiga, desconcentra, tiene baja autoestima, desesperanza, o

- le es difícil tomar decisiones (subrayar cuales de estos síntomas ha tenido el niño/a o adolescente), (Criterio B)..... Sí _____ No _____
3. Los síntomas identificados en 1 y 2 no han desaparecido por más de 2 meses seguidos de al menos durante un año (Criterio C) Sí _____ No _____
4. En el último año un médico o psiquiatra le dijo que el niño/a o adolescente tiene un trastorno depresivo (Criterio D)..... Sí _____ No _____
5. Nunca le han dicho que tiene un trastorno maníaco o bipolar (Criterio E)..... Sí _____ No _____
6. Nunca le han dicho que tiene un trastorno psicótico crónico (esquizofrenia, trastorno delirante), (Criterio F)..... Sí _____ No _____
7. Los síntomas se deben a que el/ella está tomando un medicamento o a una enfermedad médica (Criterio G).....Sí _____ No _____
8. Los síntomas (1 y 2) le provocan mucho malestar, influyen en su rendimiento, en sus relaciones, etc. (Criterio H).....Sí _____ No _____
9. Estos síntomas (1 y 2) aparecieron antes de los 21 años (tipo: inicio temprano).....Sí _____ No _____

ENTREVISTA A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES CON VIH.

ENCUADRE: Indicar al niño, niña o adolescente las condiciones en que transcurrirán los encuentros, (numero de sesiones, tiempo por cada sesión) las actividades que se van a realizar, etc.

I. Conciencia de problema y percepción de vivir con el VIH.

1. ¿Por qué venís al hospital? _____
2. ¿Tenés algún problema o algo que hay que resolver? ¿Cuál (es)? _____
3. **Haga esta y las siguientes dos preguntas solo si al niño/a o adolescente se le reveló su condición:** ¿Cómo te distes cuenta de que tenés VIH? La/el médico Tu mamá Tu papá Un familiar (Quien) _____ Un vecino Un amigo (a)
Otros _____
4. ¿Cómo te sentiste, qué hiciste, lo conversaste con alguien?

5. ¿y ahora como te sentís, qué pensás, qué hacés?

II. Percepción de la salud y estados emocionales

1. ¿Cuáles son tus problemas de salud/ De qué te enfermás, cuántas veces, cómo te sentís?

2. ¿Tomar medicamentos, para qué te sirven, cómo te sentís tomando medicamentos?

3. ¿Qué es lo que más te preocupa actualmente de tu salud?

4. ¿Cómo ha sido para vos estar hospitalizado/a, quién te acompaña? _____

5. ¿Qué situaciones hacen que sintás miedo, tristeza, alegría y enojo? _____

6. Dibuja un niño/a que esté triste, otro que esté alegre, otro asustado/a y otro enojado/a.

III. Relaciones familiares:

1. ¿Quiénes es para vos la persona más importantes de tu familia y la menos importante? ¿Por qué?

2. ¿Con quien de tu familia te llevas mejor? _____

3. ¿Con quién te llevas mejor? ¿Por qué? _____

4. ¿Con quién te llevas peor? ¿Por qué? _____

5. **Si los padres están vivos pregunte:** ¿Cómo te llevas con tu mamá/papá? Madrastra o padrastra _____

6. **Si los padres están vivos pregunte:** ¿Cómo se llevan tus padres? _____

7. ¿A quién le contás tus problemas?

Porqué? _____

8. ¿Cómo te llevas con otros familiares? (especificar parentesco)

9. ¿Qué problemas hay en tu familia? (violencia, ingesta de alcohol/drogas, desempleo, enfermedades etc.) _____

10. ¿Cómo te sentís en tu hogar? _____

11. ¿Cuándo te portas mal, que hace tu familia? _____

12. ¿Cuándo te portas bien que hace tu familia? _____

13. ¿Qué hace tu familia cuando te enfermas? _____

14. En el caso de que uno o ambos padres hayan fallecido pregunte, ¿quién es la persona que te da cariño y te cuida? _____

IV. Área escolar, nivel de aspiraciones y metas de futuro.

1. ¿Cómo te va en la escuela? _____
2. ¿Qué es lo que mas te gusta de la escuela?

3. ¿Qué es lo que menos te gusta de la escuela?

4. ¿En qué materias tenés dificultad para aprender?
Porqué? _____
5. ¿Cuáles son tus calificaciones mínimas y máximas?

6. ¿Quién te ayuda y se interesa en tus estudios?

7. ¿Cómo te llevas con tus maestros (as)? Con quien de tus maestros te llevas mejor y con quien no y porqué? _____

8. ¿Cómo te llevas con tus compañeros (as)?

9. ¿Qué dicen y hacen tus padres cuando te sacas malas notas? Tomar por separado

10. ¿Qué quieres ser cuando seas grande/mayor?

11. ¿Cómo quieres que sea tu vida cuando seas grande/en el futuro? _____
12. ¿Qué es necesario para que tu vida y la de tu familia sea mejor que ahora? _____

V. Sexualidad:

1. ¿Tenés novio/a? ¿Cómo se llevan? Desde hace cuanto tiempo son novios? _____
2. ¿Tus padres saben que tenés novio (a)? Si la respuesta es NO, preguntar ¿por qué?

3. ¿Qué entendés por sexualidad y sexo?

4. ¿Quién te habla de sexualidad? Subraye la/s opción/es: maestros, padre, madre, amigos, se informa por su cuenta, otro (especifique _____).

5. ¿Has tenido/tenés relaciones sexuales? Sí A qué edad ____ No

Si la respuesta es afirmativa: ¿Con cuántas parejas?

Qué tipo de experiencias sexuales has tenido: Homosexual ____ Bisexual ____ Heterosexual ____ otras especificar)

6. ¿Qué métodos utilizas para protegerte de las ITS o embarazos no deseados?

7. ¿Quién te orienta? (servicios de salud, familiares, amigos)

8. Has recibido dinero o bienes materiales por practicar sexo? _____

VI. Hábitos de vida, necesidades de recreación y deseos:

1. ¿Qué hacés en tus tiempos libres, los días de fiesta y el día de tu cumpleaños? _____

2. ¿Tenés algún tipo de problema, en el sueño, para comer o ir al baño y hacer tus necesidades? _____

3. ¿Qué es lo que mas te gusta hacer? (ver TV, hacer deportes, estar con amigos, ir a fiestas, al cine otros) sólo o en compañía?

4. ¿Cuáles son tus metas para el futuro? (Si es un niño o niña puede usar la imagen de un mago o hada): "Si yo fuera tu hada madrina o un mago y te pido tres deseos, qué me pedirías? _____.

5. Has consumido o consumes: alcohol ____ marihuana ____ crack ____ cigarro ____ cocaína ____ pega ____ otros (especificar) _____

VII. Relaciones Sociales:

1. Tenés amigos (as) en la escuela, en el barrio, como te llevas con ellos (as)? _____

2. ¿Pertenece a algún grupo artístico, deportivo, religioso u otros? _____

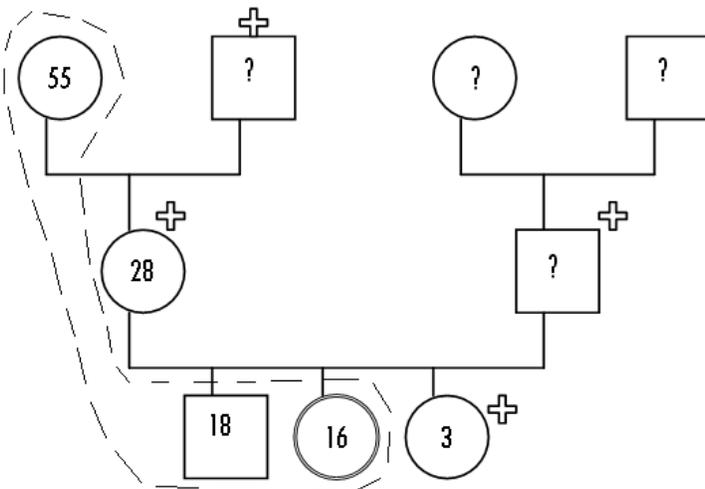
3. ¿Haces algún trabajo por el que te paguen? ¿Cuál? Cuánto te pagan? Horario laboral?, donde trabajas?, te exigen mas de lo que te dijeron que ibas a hacer? Qué has hecho para resolver esto? _____

Anexo 5. Instrucciones para el llenado de los formatos que componen la historia clínico-psicológica.

La entrevista inicial que se realiza con la madre, el padre o acompañante del niño, niña o adolescente, (cuyo formato se encuentra con el título “Entrevista a la madre, padre o acompañante”), puede tener una duración promedio de una hora puede ser realizada en una o dos sesiones dependiendo del caso y de la condición en que se presente la persona a ser atendida. El procedimiento de aplicación es e siguiente:

- ✚ Antes de la sesión de entrevista la/el profesional debe leer el expediente médico para llenar los datos del apartado III (resumen de la condición médica) y obtener información sobre la adherencia a tratamiento y cualquier otro aspecto médico que sea relevante para su trabajo con el niño/a o adolescente y su familia.
- ✚ Garantizar que el lugar en que se hará la sesión ofrece las condiciones físicas necesarias y que se cuenta con las herramientas de trabajo apropiadas.
- ✚ Al iniciar la entrevista la/el profesional debe presentarse, establecer el rapport, y respetar (durante toda la sesión) los requisitos básicos de la comunicación interpersonal (actitud, postura, mirada, escucha, etc.).
- ✚ Hacer el encuadre: se deben explicar los objetivos, contenidos y métodos de la atención psicológica, el tiempo (No. de sesiones y duración de éstas), periodicidad de las sesiones, lugar en que se realizarán, el carácter confidencial de la información que la persona proporcione y la colaboración que se espera de ella. El encuadre supone un acuerdo terapéutico, por ello es indispensable tener en cuenta las expectativas y disposición de la familia para la atención.
- ✚ Anotar los datos de identificación del niño, niña o adolescente y su familia (sección I). Aunque los padres biológicos hayan fallecido, se deben tomar sus datos.
- ✚ Anotar datos de observación de las personas que acuden a la sesión y de la interacción entre ellas y con la/el profesional (la impresión general – sección IV – se establece en base a este método).
- ✚ Hacer las preguntas de cada apartado y las que sean necesarias para esclarecer los aspectos tratados. Cuando sea necesario, se deberá reformular la pregunta para que la persona entrevistada comprenda el sentido de la misma.
- ✚ Si la situación lo amerita, se debe hacer intervención en crisis. La detección de esta necesidad dependen en gran medida de la sensibilidad del personal de salud. Debido a que puede presentarse en cualquier momento, es muy probable que deba suspenderse el llenado de los formatos y posponerse el cumplimiento de los objetivos iniciales de la sesión.
- ✚ En cada sección, a menos que aparezca una pregunta específica, se debe formular al inicio una pregunta abierta para permitir que la respuesta sea amplia y luego hacer otras preguntas que faciliten la obtención de información precisa. Este procedimiento es denominado por los/las especialistas como “preguntas en embudo”, el cual se considera de mucha utilidad. Por ejemplo, al abordar el motivo de consulta – sección V – se puede preguntar: ¿Qué le preocupa de ____ (nombre del niño, niña o adolescente)?, ¿Por qué cree que ____ (nombre del niño, niña o adolescente) necesita atención psicológica? Después se puede precisar las áreas del funcionamiento psicológico que están afectadas formulando preguntas específicas para las conductas, el estado emocional, etc.).

- ✚ La sección VI (descripción del problema) se dedica a explorar el/los problema/s por el que sería necesaria la atención psicológica. Se debe proceder de acuerdo con las instrucciones escritas en el formato y cuidar de obtener la información que permitiría conocer los parámetros de intensidad, frecuencia, duración, etc.
- ✚ Se debe tener en cuenta que muchos padres, madres o acompañantes de los niños, niñas y adolescentes con VIH no identifican dificultades o circunstancias por las que puedan necesitar atención psicológica. Por esta razón se sugiere que se agote este tema pasando al numeral VI y, en el caso de que tampoco se logre identificar una razón para la atención, antes de pasar a la sección VII (expectativas de la atención psicológica), se aplique la lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM-IV-TR.
- ✚ Las expectativas de la atención psicológica se pueden conocer preguntando por el tipo de ayuda que los padres o tutores esperan que se les brinde. Es importante que se les aclare las expectativas que pueden y las que no pueden ser satisfechas por el personal de salud.
- ✚ Cuando se trata de adolescentes, obtener la información sobre la anamnesis requiere paciencia y tiempo, lo cual se debe al hecho de que en una sola pregunta (numerales 3 y 4) se abordan tres etapas del desarrollo. Se sugiere tener el cuidado de indagar lo que corresponde a cada etapa y a cada aspecto del desarrollo (numeral 2) pues los datos que se obtengan son vitales en relación con la condición VIH del niño, niña o adolescente.
- ✚ Cuando la persona a quien se entrevista no es la madre biológica es muy probable que no se pueda obtener la información precisa que se solicita en la primera pregunta de la sección anamnesis. Esto no implica que deba dejar de abordarse este aspecto.
- ✚ En la sección IX se debe elaborar un genograma¹³ de tres generaciones, lo cual es indispensable debido a que muchos niños, niñas y adolescentes han quedado al cuidado de sus abuelas y otros parientes. Aunque pueden haber distintas formas de construir este diagrama, lo importante es que refleje la estructura y, en alguna medida, la dinámica de la familia con la que vive el niño/a o adolescente. Este diagrama también puede ser útil para visualizar el impacto del VIH en la familia, tal como se observa en el caso de una adolescente (16 años) que perdió a ambos padres y a su hermana de 3 años a causa del sida, de modo que en el momento actual su única familia son un hermano dos años mayor que ella y su abuela materna.



¹³ Más conocido en nuestro medio como famiogramas.

- ✚ En la tabla que aparece en esta misma sección se deben tomar los datos de las cinco personas que tienen más relación con el niño, niña o adolescente, sean estas positivas o negativas (a esto se refiere el término “significativos”).
- ✚ Al hacer las preguntas de la sección IX (sobre todo los numerales 3, 4, 7 y 9) se debe estar atento/a a las señales de la comunicación no verbal que acompañen a las respuestas verbales debido a que pueden ser mucho más reveladoras que las palabras. La misma sugerencia es válida para la sección XII en lo referente a las experiencias sexuales no consentidas.
- ✚ La sección X (historia escolar) se puede iniciar con la siguiente pregunta: ¿Cómo le ha ido al niño/a en la escuela? Se debe tener cuidado de obtener información sobre este aspecto en las distintas etapas del desarrollo y, sobre todo, en el presente. Si en la sección V (Motivo de consulta) se hizo mención de dificultades escolares, se debe aprovechar la oportunidad para obtener información más amplia y precisa pues ello facilitará proporcionar la ayuda apropiada o derivar el caso a la persona o institución que corresponda.
- ✚ Para obtener la información que se solicita en la sección XI (recreación y colaboración en el hogar) se pueden hacer las siguientes preguntas: ¿Cómo se divierte/ocupa su tiempo libre el niño/a? y ¿En qué forma colabora con las necesidades del hogar/Qué obligaciones tiene en el hogar? Se debe tener cuidado de hacer las preguntas que sean necesarias para conseguir la información precisa que se requiere, siendo de especial importancia la que se refiere a la posible exclusión escolar y social por su condición VIH y a la actividad laboral que puede realizar.
- ✚ En la sección XII (educación sexual), además de las cuestiones señaladas, se debe indagar si los padres o tutores creen necesitar ayuda para abordar el tema de la sexualidad con el niño, niña o adolescente.
- ✚ Los contenidos de la sección XIII (respuesta del entorno social) se pueden complementar indagando cuál ha sido el impacto de las respuestas adversas del medio en el niño y su familia y la forma en que, a su vez, han reaccionado.
- ✚ La impresión diagnóstica (sección XIV) se establecerá en base a la información obtenida en la exploración del problema (sección VI) y a la lista de verificación de síntomas. Cuando no haya fundamento para formular una impresión diagnóstica, se debe declarar la necesidad de obtener información que permita profundizar el conocimiento del caso a fin de decidir si corresponde o no dar un diagnóstico psicopatológico.
- ✚ En la sección XV, si procede, se pueden dar sugerencias para ayudar a afrontar y resolver situaciones particulares que afecten al niño, niña o adolescente y/o que preocupen a la persona entrevistada. Si esto no es posible en el primer encuentro, se puede hacer en el siguiente, y en las sesiones futuras, evaluar la utilidad de dichas sugerencias.
- ✚ Para llenar la sección XVI (Plan para completar la evaluación y/o iniciar el tratamiento psicológico) se debe especificar el tipo de acciones que se van a realizar en el futuro inmediato, así como los objetivos que se pretende alcanzar.
- ✚ Al final de la sesión, se sugiere resumir la información obtenida, exponer la impresión que la/el profesional tenga del problema y los posibles factores que lo determinan, explicar como va a continuar la atención (aspectos del encuadre), agradecer la colaboración de la persona entrevistada y acordar con ella el día y la hora del próximo encuentro.

La lista de verificación de trastornos infantiles basada en el DSM IV –TR es un formato que complementa la entrevista a los padres o acompañantes. Se diseñó con la finalidad de determinar si, de acuerdo con la percepción de estos informantes, el niño, niña o adolescente cumple criterios

para alguno de los trastornos establecidos por esta clasificación. Este formato se llena colocando una marca (X) en el lugar que corresponda según si el/la informante afirma o niega la presencia del síntoma en cuestión.

Para decidir si el niño, niña o adolescente tiene un trastorno determinado, basta con chequear la presencia del mínimo de síntomas requeridos para el criterio A (para algunos trastornos es un solo síntoma), lo mismo que la existencia del resto de los criterios diagnósticos, es decir, que la opción de respuesta elegida haya sido la afirmativa.

Es importante tener en cuenta que este formato y las respuestas que permite obtener no son el único medio para establecer un diagnóstico: también se debe utilizar la observación y el juicio clínico del profesional de la salud y la información que puedan brindar otras personas (incluido el propio niño, niña o adolescente).

La entrevista con el niño, niña o adolescente se realizará durante la segunda sesión, la cual tendrá una duración promedio de una hora. El formato diseñado consta de 8 secciones que abordan la conciencia de problema y de vivir con el VIH, la percepción de la salud y las emociones, las relaciones familiares, la vida escolar, aspiraciones y metas futuras, la sexualidad, los hábitos de vida y recreación y las relaciones sociales.

La aplicación de este formato y debe apegarse a los principios y procedimientos utilizados en toda entrevista a niños, niñas y adolescentes. A continuación se exponen los que son fundamentales:

- ✚ Al iniciar, la/el profesional debe presentarse y establecer el rapport, cuidando los requisitos básicos de la comunicación interpersonal: actitud, postura, mirada, escucha, etc.
- ✚ Tener en cuenta las características de la edad: con un niño o niña menor de 7 u 8 años el intercambio verbal se realiza en períodos cortos de tiempo e intercalado con juego, dibujo, etc.
- ✚ Los niños, niñas y adolescentes proporcionan información en forma espontánea e indirecta (por ejemplo, mediante las actividades mencionadas en el punto anterior) por lo que se debe estar atenta/o a la autorrevelación y anotar la información.
- ✚ Con los niños y niñas mayores (9 ó más años) se puede prolongar el tiempo de intercambio verbal, pero se debe estar atenta/o a las señales de cansancio o fastidio para cambiar de actividad procurando no desviarse del objetivo de la sesión.
- ✚ Con los/las adolescentes se puede actuar en forma similar a cuando se trabaja con adultos, teniendo cuidado de no convertir la entrevista en un interrogatorio. También se puede introducir, si la situación lo requiriese, alguna actividad que proporcione información indirecta.
- ✚ Revisar la información proporcionada por el padre, madre o acompañante a fin de tener presente las preguntas que no deben hacerse en algunos casos: numerales 3 a 5 de la sección I (suponen que el niño, niña o adolescente conozca su condición VIH), 5 y 6 de la sección III (implican que los padres estén vivos), 1 a 9 de la sección IV (área escolar) con los/as menores de 6 años y 1, 2 y 5 a 7 de la sección V (sexualidad), con los/as menores de 10 ó 12 años.
- ✚ Si el niño desconoce su estatus VIH, se debe tener cuidado de no revelarlo, salvo que el objetivo de la sesión sea ayudar a los padres o tutores a informarle sobre este aspecto.
- ✚ En la sección II, la pregunta número 1 tiene dos formas alternativas. Es probable que la primera resulte más apropiada para los/las adolescentes y la segunda para los niños y niñas. La pregunta número 2 tiene dos partes, la segunda es solo una manera de reforzar la primera. En el numeral 4 se deben obtener las dos respuestas.

- ✚ En el numeral 9 de la sección III, **no se debe incluir como parte de la pregunta lo que aparece en el paréntesis**. Lo que interesa conocer es lo que el niño, niña o adolescente percibe como problemas en su familia y expresa en forma espontánea, por esto la pregunta formulada es abierta; en consecuencia, **no se debe inducir la respuesta**. Aunque sea obvio, conviene recordar que, de ningún modo se pueden inducir o sugerir las respuestas, pero en el caso que nos ocupa, hacerlo puede resultar no solo innecesario, sino contraproducente, sobre todo en lo que concierne a los problemas como el consumo de alcohol y drogas: si alguno de los problemas incluidos existe, es probable que ya se disponga de la información mediante la entrevista a los padres, tutores o acompañantes. Si no se dispone de la información en cuestión cabe la posibilidad de que se haya ocultado. En cualquier caso, no es el niño, niña o adolescente la fuente apropiada para obtener este tipo de información.
- ✚ En las secciones en las que hay preguntas que abordan más de un aspecto, se debe tener cuidado de obtener la información para todos. Por ejemplo, en la sección VI, numeral 2, se pregunta sobre el sueño, la alimentación y los hábitos eliminatorios, en la sección VII, numeral 1, se pregunta sobre los amigos en dos ambientes y cómo son las relaciones con ellos.
- ✚ Anotar la información verbal y contrastarla con la no verbal para determinar si hay coherencia entre ambas.
- ✚ Si la situación lo amerita y la/el profesional está preparada/o, se deben dar sugerencias sobre como afrontar y resolver dificultades o situaciones que preocupan al niño, niña o adolescente. Si esto no es posible en la primera sesión, se debe hacer tan pronto como se pueda.
- ✚ Agradecer al niño/a su colaboración y fijar con el padre, madre o acompañante el día y hora del siguiente encuentro.
- ✚ La VIII sección del formato indica la aplicación de la prueba del dibujo de la familia. Si por alguna razón no es posible hacerlo en este segundo encuentro, se debe retomar para el siguiente.
- ✚ Planificar las sesiones que se necesita para concluir el proceso de evaluación delimitando objetivos, actividades, métodos e instrumentos, tiempo, con quién se va a trabajar, los materiales que se necesita y los resultados que se espera obtener.

ANEXO No. 6: MANIFESTACIÓN DE LA DEPRESIÓN INFANTIL SEGÚN GRUPOS DE EDAD

	Niños pequeños (menores de 6 años)	Niños mayores (6-12 años)	Adolescentes (13-18 años)
1. Humor	Irritabilidad: rabietas, conducta destructiva. Variabilidad Pesadillas	Tristeza.	Tristeza. Variabilidad Irritabilidad: mal humor, ira, rebeldía.
2. Intereses	Menos juegos con amigos.	Aburrimiento.	Pasotismo.
3. Alimentación	Rarezas: aprensión. Problemas con comidas. Pérdida de apetito. No ganancia de peso Pérdida de peso.		Pérdida de apetito. Ganancia de peso lenta. Pérdida de peso. Comer en exceso. Obesidad.
4. Sueño	Pesadillas nocturnas. Terrores nocturnos. Resistencia a irse a la cama. Insomnio intermedio.		Insomnio. Hipersonmia.
5. Movimientos	Menos actividad física: correr, trepar, montar en bicicleta.	Hipomotilidad. Agitación.	
6. Energía			Cansancio. Fatiga. Falta de energía.
7. Autoestima, preocupaciones, sentimientos	“Tonto”. Preocupación por el castigo. Preocupación por el fracaso.	Baja autoestima Autodesprecio. Autoagresividad. Autocrítico. Sentimiento de culpa	Preocupación de imagen corporal. Baja autoestima. Autodesprecio.
8. Déficits cognitivos		Problemas atencionales.	Menor pensamiento abstracto. Indecisión.
9. Muerte/suicidio	Autoagresiones: cabezazos, arañazos, tragarse objetos. Mayor riesgo de lesiones.		