

Propuesta de tratamiento cognitivo-conductual y de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido

Proposal of a cognitive-behavioral and positive psychology intervention for children with cleft lip and palate

Andrómeda Ivette Valencia-Ortíz¹
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México

Ximena Ruíz-Elnecave
Universidad Nacional Autónoma de México

Las malformaciones congénitas (MC) en Latinoamérica son responsables de más del 20% de las muertes (de 0 a 4 años), y dejan discapacidad con consecuencias negativas a nivel emocional, individual, familiar, social y económico. El labio y/o paladar hendido (LPH), se encuentran entre las MC más frecuentes y las personas con esta condición pueden tener problemas de alimentación, habla, audición e integración social, por lo que son atendidos multidisciplinariamente. El objetivo fue desarrollar una propuesta (estudio de caso) de una intervención cognitivo conductual con apoyo de estrategias de psicología positiva para un niño de 11 años de edad con labio y paladar hendido. El niño fue evaluado con una entrevista conductual sobre salud, autoreportes y análisis funcional de la conducta para la formulación de caso (Mapa Clínico de Patogénesis, Mapa Clínico de Fortaleza y Mapa de Alcance de Metas). Participó en una intervención de 20 sesiones basadas en el "Juego del Optimismo". Los resultados muestran cambios clínicos en la regulación emocional, estilos atribucionales (pesimista vs optimista) y en las metas conductuales (habilidades sociales y conductas saludables). Estas mejoras permitieron identificar la expresión de emociones positivas, relaciones sociales, significado-compromiso y logro que son los componentes del modelo PERMA en Psicología Positiva.

Palabras claves: hendiduras orofaciales, estilo de atribución, bienestar, modelo PERMA.

Congenital Anomalies (CA) in Latin America are responsible for more than 20% of deaths that occur in the period of 0- 4 years of life, and may result in long-term disability, which may lead to negative emotional, individual, familiar, social and economic impact. In particular Cleft Lip and Palate are among the most common CA and individuals with this condition may encounter problems in areas, such as feeding, speech, hearing and social integration, which can be treated with a multi-disciplinary team. The aim of this report was to present the case study proposal of a cognitive-behavioral intervention with support of positive psychology strategies for an 11 years old boy, with a cleft lip and palate. The boy was evaluated with a health behavioral interview, self-report, and functional behavioral analysis for the case formulation (Clinical Pathogenesis Map, Clinical Strengths Map and Goal Attainment Map). He participated in 20 sessions based in the "Optimistic Game". The results had shown clinical changes in the emotional regulation, attributional style (pessimistic vs optimistic) and behavioral goals (social skills, health behaviors). These improvements allowed the expression of Positive emotions, Engagement, positive Relationships, Meaning and Accomplishment that are the components of the PERMA model in Positive Psychology.

Keywords: orofacial clefts, attributional style, well-being, PERMA model.

La infancia es un periodo caracterizado por constantes cambios evolutivos y retos relacionados con el desarrollo que deben ser superados tanto por niños sanos como por niños que viven procesos infecciosos, enfermedades congénitas o trastornos crónicos (Martin-Romera, García de Pablos y Díaz-Atienza, 2004; Monleón, 2001; Valencia, 2007). Los menores con enfermedades deben aprender a vivir por un largo periodo con ajustes en su vida cotidiana, realizando conductas de adhesión al tratamiento médico dependiendo de su propia etapa del desarrollo, lo que genera un impacto en su calidad de vida a nivel individual y familiar.

Las malformaciones o defectos congénitos (MC) que se presentan por alteraciones en el desarrollo morfológico, estructural, funcional, o molecular del embrión pueden llegar a cubrir criterios de enfermedad

crónica. Sus efectos pueden identificarse en aspectos estéticos, alteraciones funcionales con secuelas transitorias o permanentes, llegando incluso a la muerte (Flores, Pérez y Pérez, 2011).

Algunos factores relacionados con la frecuencia de las MC, son la exposición de una mujer embarazada a algún agente teratógeno, tener padecimientos crónico-degenerativos, o un proceso infeccioso, ya que estas situaciones elevan la frecuencia a 14.9 por 1,000 y la mortalidad hasta 15.1%, comparada con el 12.2% de la mortalidad perinatal general (Jurado, Mutchinick, Urrusti & Vargas, 2006; Ray, O'Brien & Chan, 2001). En países latinoamericanos las MC llegan a ser responsables de más del 20% de las muertes en el periodo de 0 a 4 años y producen distintas consecuencias (Piloto, Sanabria y Menéndez, 2001). Entre las secuelas, se pueden encontrar aquellas de origen estético (cicatrices o deformidades), discapacidad (alteraciones en la voz y en la fluidez del habla, disminución de la audición), alteraciones dentales y maxilares, entre otras (Cáceres-Renere, 2004). Todo esto conlleva a su vez consecuencias negativas a nivel emocional (autoes-

¹ Dirección para correspondencia:
andromeda@sepimex.com.mx
ximena@sepimex.com.mx

tima negativa, estilo conductual caracterizado por timidez, aislamiento y evitación de situaciones sociales, autoimagen negativa, dependencia), individual (dificultades de adaptación en la escuela, problemas de conducta, rendimiento escolar inferior a lo esperado), familiar (ansiedad de los padres y familiares debido al defecto facial, frustración de la madre ante complicaciones durante la alimentación del bebé, sentimientos de culpa, estilo inadecuado de crianza con predominio de sobreprotección), social (déficit en habilidades sociales, posible rechazo y/o burlas por parte de sus pares, dificultad para empezar y mantener amistades) y económico (Fadéyibi, Coker, Zacchariah, Fasawe & Ademiluyi, 2012; Limiñana, Corbalán-Berná y Patró-Hernández, 2007; Cáceres-Renere, 2004).

Las hendiduras orofaciales, en particular labio y/o paladar hendido (LPH), se encuentran entre las MC más frecuentes. El labio y paladar hendido afecta aproximadamente a 1 de cada 700 nacimientos vivos, con una gran variabilidad de esta cifra dependiendo de la zona geográfica de origen, raza, grupo étnico, así como exposiciones ambientales y estatus socioeconómico. De manera general, la población asiática y los indio-americanos presentan la prevalencia más alta de niños nacidos con hendiduras orofaciales mientras que la población africana presenta la menor prevalencia (Dixon, Marazita, Beaty & Murray, 2011). En cuanto al sexo, el labio hendido, con o sin paladar hendido se presenta con mayor frecuencia en los hombres, mientras que el paladar hendido se presenta más en mujeres (Bedón-Redríguez y Villota-González, 2012).

Aunque se ha podido probar un componente genético en el labio y paladar hendido no sindrómico gracias a estudios realizados con gemelos y estudios familiares, pocos análisis de árboles genealógicos muestran una clara herencia mendeliana. Al parecer la mayoría de los casos son esporádicos (Dixon, Marazita, Beaty & Murray, 2011).

En México, este tipo de malformación congénita tiene una incidencia de 1,1 a 1,39 por cada 1,000 nacidos vivos registrados, ocupando el primer lugar entre todas las MC (González et al., 2011). En un estudio realizado en el Estado de Campeche en México, se encontró que la población con mayor vulnerabilidad de padecer estas deformaciones genéticas eran aquellos pertenecientes a un estrato socioeconómico bajo y habitantes de zonas rurales (Acuña-González et al., 2011).

Las personas con labio y/o paladar hendido pueden tener problemas con la alimentación, el habla, la audición y de integración social, los cuales pueden ser tratados y hasta cierto grado corregidos a través de la cirugía, tratamientos dentales, terapia de lenguaje e intervenciones psicosociales (Dixon, Marazita, Beaty & Murray, 2011). Además del impacto funcional, emocional y estético para los niños y sus familias a lo largo de la vida, el tratamiento médico y multidisciplinario representa un importante gasto económico a nivel familiar y del propio sistema de salud (González et al., 2011).

Algunos estudios reportan que la mayoría de los niños y adultos con labio y/o paladar hendido no experimentan más problemas psicosociales, sin embargo sí se identifican algunos problemas en áreas específicas como: problemas de comportamiento, satisfacción con la apariencia de su rostro, ansiedad y depresión (Hunt, Burden, Hepper, & Johnston, 2005).

Demir, Karacetin, Baghaki, & Aydin (2011) realizaron una investigación en la cual compararon un grupo de niños entre 6 y 16 años de edad con diagnóstico de labio y paladar hendido no sindrómico contra un grupo control de niños sanos donde ambos grupos fueron evaluados con escalas y entrevistas psiquiátricas. Estos investigadores concluyeron que los niños con labio y paladar hendido no sindrómico se encontraban en mayor riesgo de desarrollar trastorno de ansiedad social y trastorno depresivo mayor.

Al respecto, en el 2006, con el objetivo de evaluar y comparar la aceptación y conducta social, así como los movimientos faciales de ni-

ños de entre 7 y 16 años con y sin hendiduras faciales, se diseñó un estudio en el que dividieron a los participantes en dos grupos (con y sin diagnóstico) quienes participaron en actividades de interacción social estructuradas y narración de historias con contenido emocional. Se videograbaron las actividades para realizar análisis conductual con los datos. Los investigadores concluyeron que al comparar ambos grupos, el análisis conductual permitió identificar diferencias significativas en los patrones de conducta social, pero no en habilidad para la expresión emocional facial. Estos resultados sugieren que algunos niños con hendiduras faciales tienen un desarrollo relativamente normal, sin embargo, para aquellos que muestran déficit, la observación conductual de respuestas sociales típicas puede ser de ayuda como elemento en las intervenciones en habilidades sociales (Slifer, Pulbrook, Amari, Vona-Messersmith, Cohn, Ambadar, Beck, & Piszczor, 2006).

Para examinar el rol de las estrategias parentales de afrontamiento y apoyo social en niños con fisura de labio y paladar, así como los niveles de adaptación ante el estrés psicológico, Baker, Owens, Stern y Willmont (2009) desarrollaron un estudio con 103 padres encontrando efectos negativos bajos en el impacto familiar y el estrés psicológico. En contraste, los padres reportaron niveles altos de ajuste positivo o crecimiento relacionado al estrés generado por la condición de salud de su hijo.

En otro estudio que tenía el objetivo de explorar la naturaleza del ajuste psicosocial (modelo de estrés y afrontamiento de Lazarus y Folkman) en adolescentes de 11 a 16 años con labio y paladar hendido y sus padres, se trabajó con 145 familias quienes contestaron evaluaciones sobre el ajuste psicosocial, afrontamiento, experiencias sociales y satisfacción con su apariencia, para relacionar esta información con el diagnóstico e información sociodemográfica de los participantes. De acuerdo con los datos obtenidos, los autores no identificaron dificultades en el ajuste psicosocial de los jóvenes con esta condición o sus padres, sin embargo, resaltan la importancia de intervenciones oportunas y de la participación de un equipo interdisciplinario en el manejo clínico del paciente (Berger & Dalton, 2009).

Considerando los hallazgos sobre las características psicológicas de los niños con labio y paladar hendido y resaltando que dentro de la psicología de la salud y en el campo de la medicina conductual, el objetivo del psicólogo es ayudar al desarrollo razonable del niño con alguna enfermedad, dentro de las limitaciones impuestas por su condición y no solo atender a su enfermedad (Aley, 2002), es relevante desarrollar estrategias que empoderen a los niños y sus familias.

En este sentido la visión del psicólogo de la salud en pediatría está fuertemente relacionada con el objetivo de la Psicología Positiva. Al respecto Seligman (2008) señala que el campo de la salud es paralelo a la psicología positiva, ya que el foco es la salud-bienestar más que la enfermedad. Las intervenciones positivas no solo buscan la disminución de la psicopatología o de los síntomas desadaptativos, además promueven el incremento de emociones positivas, el uso de fortalezas, empoderamiento y el desarrollo de una vida con sentido y bienestar. De esta manera algunos trabajos en población con enfermedades crónicas, tanto en adultos como niños, muestran la importancia de considerar aspectos como resiliencia, el bienestar, la calidad de vida, emociones positivas, estrategias de intervención apoyadas en psicología positiva, adhesión médica, autoeficacia y conductas de autocuidado (Flores, González-Celis y Valencia-Ortiz, 2010; Kern de Castro y Moreno-Jimenez, 2007; Majani, 2011; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006; Valencia, 2007).

En particular, el estudio de la resiliencia relacionado con la enfermedad crónica pediátrica significa un cambio de perspectiva en el campo de la salud ya que se enfoca en el desarrollo positivo del niño. La aplicación práctica de los conocimientos para promover la resiliencia todavía es un desafío para los profesionales (Kern de Castro y Moreno-Jiménez, 2007).

En los últimos años, los estudios en Psicología Positiva han identificado una serie de componentes que se encuentran fuertemente relacionados con el bienestar. Estos forman parte de las metas que se desean promover en las personas cuando se trata de incrementar su calidad de vida, su salud y su bienestar. A estos Seligman (2011) los identifica con el acrónimo *PERMA* (por sus siglas en inglés)

- Emociones positivas (*Positive emotions*): Incremento en la percepción y expresión de emociones positivas.
- Involucramiento (*Engagement*): Capacidad para involucrarse en actividades cotidianas, utilizando los recursos y fortalezas personales.
- Relaciones sociales (*Relationship*): Desarrollar y cultivar relaciones personales de manera constructiva.
- Significado (*Meaning*): Percepción de pertenencia y servicio a algo mayor que uno mismo, generando propósito y sentido.
- Logro (*Accomplishment*): Percepción de que se pueden realizar las cosas, relacionado con la capacidad de elegir acciones para el bienestar.

Para lograr los objetivos propuestos por Seligman, se han desarrollado en los últimos años diversos estudios con el fin de identificar estrategias y actividades que favorezcan el desarrollo del bienestar en las personas. Se ha encontrado evidencia de que cultivar el optimismo, expresar gratitud, la disminución de la sobrecarga cognitiva, fomentar-cultivar relaciones personales y aprender a vivir en el presente (ver tabla 1) son técnicas altamente efectivas (King, Hicks, Krull & del Gaiso, 2006; Lyubomirsky, 2011; Seligman, 2008, 2011; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Vazquez, Hervás y Ho, 2006).

El uso de las estrategias basadas en psicología positiva aplicadas a las intervenciones psicológicas, han mostrado incremento de emociones positivas aumentando el bienestar físico y psicológico por lo que se sugiere que este elemento podría completar los tratamientos actuales en beneficio de una mayor eficacia, además de tener un efecto positivo en la reducción de las recaídas (Cloninger, 2006; Majani, 2011; Seligman, Rashid & Parks, 2006; Vázquez, Hervás y Ho, 2006), por lo tanto tiene gran relevancia el incorporar estrategias que faciliten en los niños con enfermedades el incremento de su funcionamiento psicológico y social.

MÉTODO

El objetivo del presente trabajo fue desarrollar una propuesta de intervención cognitivo conductual con apoyo de estrategias de psicología positiva para niños con labio y paladar hendido a partir de la propuesta de intervención denominada “El Juego del Optimismo” (Valencia, 2007).

Participante

Masculino de 11 años de edad, estudiante de quinto año de primaria asiste a escuela privada, católico, originario y residente de la Ciudad de México, nivel sociocultural -económico medio-alto.

Escenario

Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Medición

Evaluación inicial (realizada por personal del Centro de Servicios Psicológicos):

- ~ Preconsulta (entrevista de primera vez) donde exploraron motivo de consulta y estrategias de solución del problema.

- ~ Dibujo de la Familia (Corman, 1967). Evalúa el estado emocional del niño con respecto a su adaptación al medio familiar.
- ~ Dibujo de la Figura Humana (Koppitz, 1968). Permite identificar indicadores emocionales y de maduración.
- ~ Test Gestaltico Visomotor de Bender (Bender, 2003). Se utiliza para la detección de inmadurez o dificultades perceptuales o visomotoras.

Evaluación del Programa del Juego del Optimismo:

- ~ Entrevista Conductual sobre Salud (Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006). Consta de una ficha de identificación y 54 preguntas sobre características sociodemográficas de la familia, el área de la salud del niño, el área de crianza, actividades en el hogar y actividades en la escuela. Las preguntas están enfocadas al análisis funcional e identificación de parámetros conductuales (frecuencia y duración de la conducta).
- ~ Evaluación General sobre los Componentes del Tratamiento-V2 (Valencia, Flores y Sánchez-Sosa, 2006). Consta de 25 afirmaciones que describen el comportamiento que se espera del paciente de acuerdo con los objetivos de la intervención denominada “El Juego del Optimismo”. Se incluyen aspectos sobre adherencia al tratamiento, reestructuración intraverbal o cognitiva, solución de problemas, habilidades sociales y seguimiento de instrucciones. Se identificaron estos comportamientos antes y después del tratamiento, analizando cada respuesta en una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta que van desde completamente de acuerdo, hasta completamente en desacuerdo.
- ~ Técnica de Análisis del Contenido Verbal de las Explicaciones (*Content Analysis of Verbatim Explanations Technique*-CAVE-Schulman, Castellon & Seligman, 1989). Se utilizó la técnica de análisis del contenido verbal de las explicaciones “CAVE” como una estrategia pertinente a la exploración del “estilo atribucional” del niño. Para el uso del CAVE se requiere que la persona evaluada mencione a qué atribuye las situaciones que se le presentan (por qué cree que ocurre eso), se registran sus respuestas y posteriormente jueces expertos e independientes evalúan por separado los contenidos explicativos de cada verbalización, identificando la respuesta dentro de cada una de tres dimensiones: a) personalización (interna vs externa), b) permanencia (temporal vs. permanente) y c) de dominio (específico vs. global).
- ~ Cuestionario de Depresión Infantil, (*Children’s Depression Inventory*, CDI) (Kovacs, 1992). El CDI valora a un rango de edad de 7 a 17 años, y evalúa la presencia y severidad de los síntomas depresivos: estado de ánimo negativo, ineficacia, autoestima negativa, anhedonia y problemas interpersonales.
- ~ Cuestionario de Estrés en los Niños (Valencia, 2007). El Cuestionario de Estrés está integrado con 25 reactivos para conocer qué tanto preocupan a los niños algunas situaciones de la vida diaria en las áreas familiar, escolar y social.
- ~ Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños “Lo que siento y pienso” (CMAS-R) (Reynolds y Richmond, 1997). La CMAS-R valora a un rango de edad de 6 a 19 años; consta de 5 puntuaciones. La puntuación de Ansiedad total se basa en 28 reactivos de ansiedad, divididos en tres subescalas de ansiedad: Ansiedad fisiológica (dificultades del sueño, náusea y fatiga), Inquietud/hipersensibilidad (preocupación obsesiva, miedo de ser lastimado o aislado emocionalmente), y Preocupaciones sociales/concentración (pensamientos distractores, miedos de naturaleza social o interpersonal). Los 9 reactivos restantes de la CMAS-R son parte de la subescala de Mentira (conformidad, conveniencia social, o falsificación deliberada de respuestas).

Tabla 1. *Estrategias de Intervención de Psicología Positiva*

Algunas de las Estrategias de Intervención desde la Psicología Positiva	
Objetivo	Estrategia
<p>Cultivar el optimismo: Identificar el lado bueno de las cosas sintiéndose bien respecto al futuro. Incorpora el hábito de esforzarse por encontrar el lado positivo de una situación, anticipando un mejor resultado. Permite ubicar un nivel adecuado de expectativas positivas (sin caer en falso optimismo) lo que predispone a la persona a comportarse de una manera constructiva y sana en situaciones concretas. Esta actividad permite mejorar la manera en que se tienden a explicar los resultados (disminuyendo explicaciones pesimistas) y favorece el logro de objetivos.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. El mejor yo posible: Ejercicio mental que consiste en visualizar el mejor futuro posible para uno mismo en diferentes ámbitos de la vida (escritura autorreflexiva). 2. Diario de objetivos a corto y largo plazo: Identificar objetivos a corto y largo plazo descomponiéndolos en objetivos secundarios, describiendo los pasos que se darán para alcanzar los objetivos. 3. Diario de empoderamiento: Consiste en recordar ocasiones pasadas en las que has logrado algo, reconocer los recursos y las virtudes que tenías en distintas situaciones y seguirás desarrollando para lograr una mayor motivación facilitando el logro de objetivos.
<p>Expresión de gratitud: Es una metaestrategia, es disfrutar, no dar por sentado, es enfrentar, es centrarse en el presente. Permite disminuir emociones negativas como envidia, avaricia, hostilidad, preocupación y la irritabilidad. Definiendo la gratitud como sentimiento de asombro, agradecimiento y apreciación por la vida. Consiste en esforzarse por identificar lo afortunado de las circunstancias centrándose en el presente, apreciando la vida tal como es hoy y lo que ha permitido que llegue a este punto.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Carta de agradecimiento a una persona significativa que aún esté viva. 2. Bitácora de gratitud identificando tres cosas por las que se está agradecido diariamente. 3. Expresión directa de gratitud: expresión verbal o escrita a una persona de manera contingente.
<p>Disminución de sobrecarga cognitiva: Permite disminuir el pensamiento repetitivo, innecesario, pasivo y excesivo sobre las causas y consecuencias de alguna situación determinada, de igual forma, permite disminuir los pensamientos relacionados con la comparación social.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Usar la distracción: Elegir situaciones placenteras o de agrado para la persona con el fin de cambiar el foco de atención, principalmente actividades que aumenten la felicidad, curiosidad, tranquilidad, diversión y orgullo. 2. Actuar para resolver el problema: Observarse a sí mismo y a la vida en general desde una nueva perspectiva, intentando iniciar estrategias de solución de problemas.
<p>Ocuparse de las relaciones sociales: Permite incrementar y mejorar la calidad de las relaciones sociales</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Practicar la amabilidad: Planear alguna situación en la que se pueda ofrecer apoyo o ayuda a otra persona en un tiempo determinado, repitiendo esta actividad de forma periódica. 2. Verbalizaciones positivas: Incrementar verbalizaciones positivas hacia los demás y hacia tí mismo, generando frases de admiración, agradecimiento y afecto. 3. Dedicar tiempo: Dedicar un tiempo determinado a la semana a escuchar, hablar y convivir con las personas significativas (familia, amigos, pareja, etc.). 4. Abrazar: Incrementar el contacto físico positivo con las personas significativas generando más momentos para abrazarse.
<p>Vivir en el presente - Fluir: promover estados cognitivos relacionados con emociones positivas y bienestar.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Atención positiva: Incrementar un estado de concentración intensa en el momento presente involucrándose en lo que se está haciendo. Se busca equilibrar habilidades y desafíos de forma que la actividad que se realiza se perciba como un desafío que pone a prueba las habilidades y experiencia, generando control, fortaleza y eficacia.

- Autoregistros para Análisis Funcional de la Conducta Blanco: esta estrategia de evaluación permite tener un autoinforme del niño, quien registra en una tabla la frecuencia de la conducta blanco o de la conducta intraverbal (cogniciones). Es una estrategia de evaluación muy utilizada en el modelo cognitivo conductual para monitorear los avances durante el tratamiento.

Procedimiento

Una vez firmado el consentimiento informado, se dio inicio a la evaluación inicial, posteriormente el usuario fue canalizado al programa “El Juego del Optimismo”, donde se realizó la evaluación específica de los componentes del tratamiento (tres sesiones). Se inició con el tratamiento “El Juego del Optimismo” conformado por cinco módulos, cada uno con conductas blanco y criterios de adquisición (Valencia, Flores y Sanchez-Sosa, 2006), distribuidos en un total de 20 sesiones de una hora cada una. (Figura 4 y Tabla 2).

Estudio de Caso

Familiograma

Utilizando la entrevista conductual sobre salud, se identificó principalmente la estructura familiar y los principales antecedentes hereditarios, destacando la presencia de familiares con diabetes tipo 1 y 2, hidrocefalia, ataque cardiaco, ataques de pánico, conducta agresiva y labio/paladar hendido (Figura 1).

Motivo de consulta

El participante es el primogénito de la familia. Tiene diagnóstico de labio y paladar hendido bilateral. Asiste al Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, debido a que presenta problemas con imagen corporal, altas expectativas respecto a los resultados de las cirugías estéticas, peleas con su hermano menor y dificultades para establecer relaciones sociales con sus pares, sin cubrir criterios diagnósticos para algún trastorno psicológico.

Resultados de la evaluación

La evaluación inicial con el Bender descartó compromiso neurológico. La evaluación complementaria arrojó indicadores de ansiedad moderada, síntomas leves de depresión, estilo atribucional pesimista y baja adherencia a conductas para el mantenimiento de la salud (principalmente en alimentación). Los resultados más significativos de la entrevista se presentan integrados en la formulación de caso.

Formulación de caso

Con la información obtenida durante la evaluación se realizó el análisis funcional para desarrollar la formulación de caso de acuerdo con Nezu, Nezu y Lombardo (2006), por lo que se elaboraron Mapa Clínico de Patogénesis (Figura 2) y Mapa de Alcance de Metas (Figura 4). Se agregó a la propuesta la descripción funcional de los elementos positivos que se identifican en el menor y se integraron en el Mapa

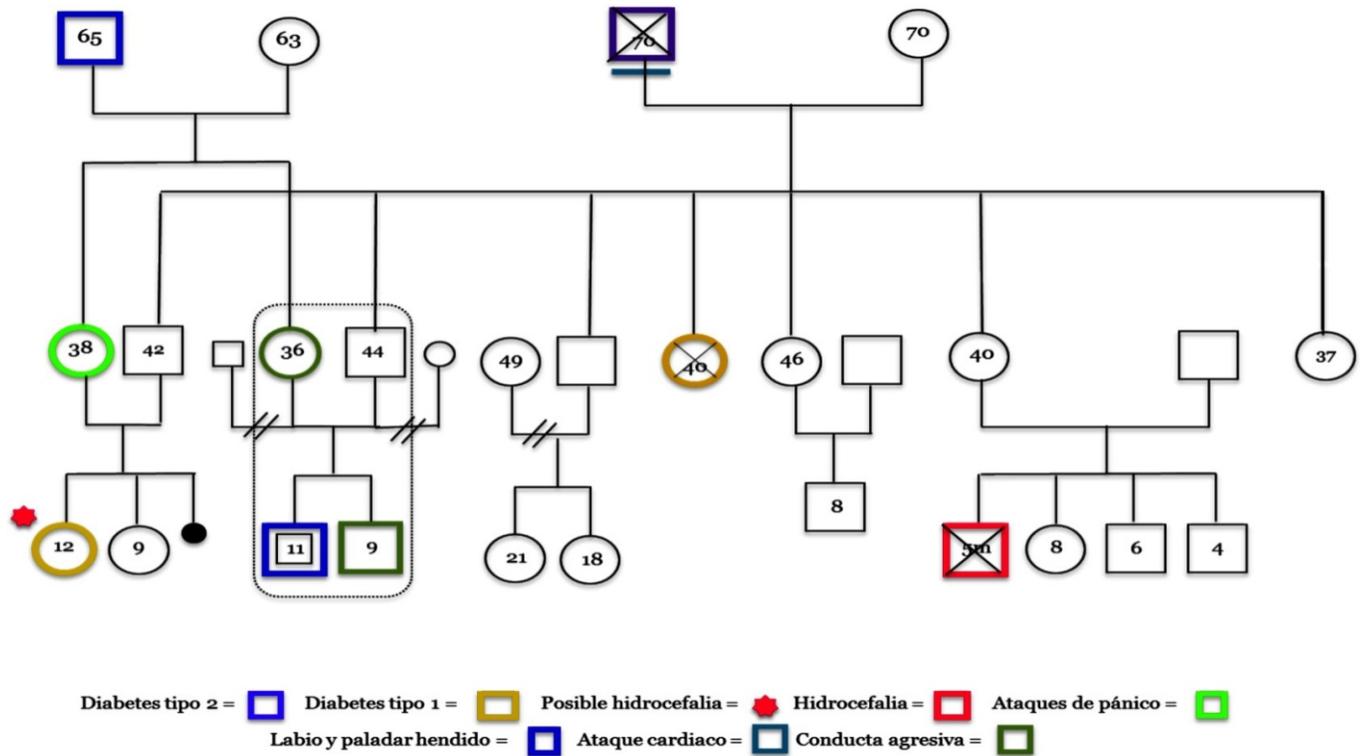


Figura. 1. Se observa el familiograma, haciendo énfasis en los trastornos de salud física y mental más significativos del entorno familiar.

Clínico de Fortalezas que se puede observar en la Figura 3 (Valencia, Ruíz, Caballero y Flores, en prensa).

La familia nuclear del menor presenta antecedentes de ansiedad y depresión así como de labio y paladar hendido. La madre tiene déficit de regulación emocional lo cual resulta en pobre control del enojo. Su estilo disciplinario es irritable explosivo; el del padre es agresivo, usando correctivos físicos frecuentemente. El menor es el primogénito de la familia. Nació con labio y paladar hendido bilateral para el cual ha tenido 7 cirugías funcionales y estéticas; se tienen consideradas próximas intervenciones quirúrgicas. Ante las expectativas poco realistas sobre el resultado final de las operaciones y de las diferentes hospitalizaciones, la familia reacciona de manera ansiosa y agresiva, dañando la relación entre sus miembros.

La importancia de utilizar una representación pictográfica sobre la relación de las variables que mantienen las respuestas desadaptativas en el menor es que se pueden identificar las situaciones más rele-

vantes de la historia de vida del menor (variables distantes) por ejemplo los problemas de salud de la familia y cómo se mantienen prácticas de sobreprotección, así como las situaciones desencadenantes o precipitantes (variables antecedentes) y la forma en que estos acontecimientos se vinculan con las características propias del menor (variables orgánicas), lo que nos permite entender el comportamiento-reacciones (variables de respuesta) y finalmente, facilita la identificación de las consecuencias desadaptativas a corto plazo y favorece el hacer un pronóstico sobre lo que sucedería a largo plazo en el supuesto de que las condiciones antes mencionadas permanecieran estables (consecuencias a corto y largo plazo).

El Mapa Clínico de Fortalezas (Valencia y Flores, 2013), por su parte, se desarrolla con el objetivo de identificar a través del análisis funcional la relación entre las variables distantes, antecedentes, orgánicas, de respuesta y las consecuencias a corto y largo plazo, pero de aquellos factores positivos (eventos, emociones, características y

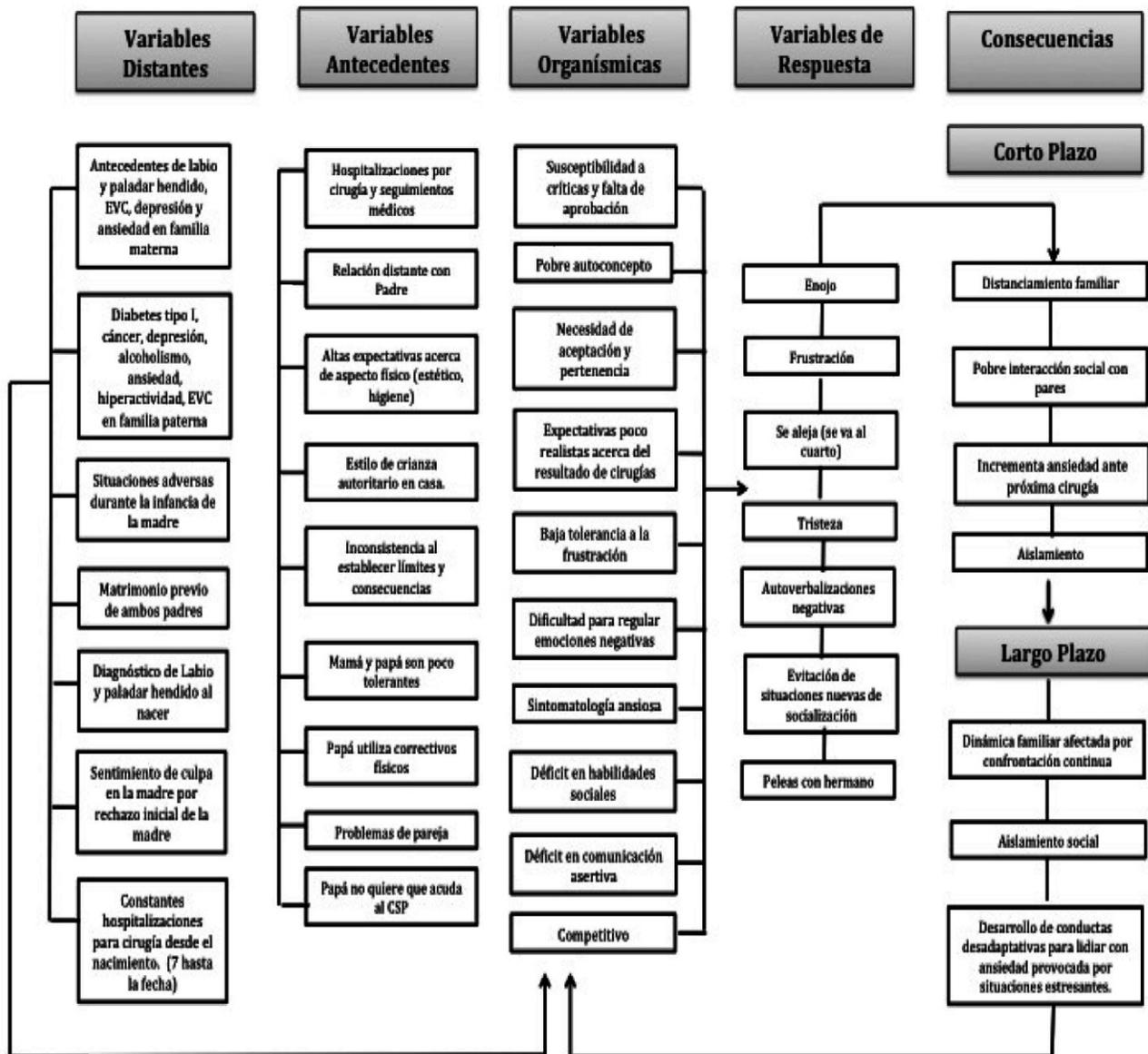


Figura 2. Mapa Clínico de Patogénesis (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación del caso.

consecuencias) que permiten identificar recursos en el paciente y su entorno, y que serán utilizados como punto de partida para continuar con su desarrollo, empoderando dichas fortalezas para incrementar los componentes *PERMA* (Seligman, 2011). En este sentido se puede observar que el menor cuenta con apoyo social y recursos para ser atendido de forma adecuada con respecto al tratamiento médico. Destacando como fortalezas: la gratitud, sabiduría (interés por el conocimiento interés), espiritualidad- sentido y fe (capacidad para apreciar que forma parte de un todo), aprecio por la belleza (capacidad para apreciar expresiones artísticas y culturales) y valentía (capacidad para mostrarse tenaz en el logro de sus objetivos). Además de contar con intereses como el deporte y su habilidad para mostrar cariño, empatía y el uso del sentido del humor.

Protocolo de intervención

Una vez desarrollada la formulación del caso incluyendo factores protectores se conformó el Mapa de Alcance de Metas, donde se identificaron como objetivos del tratamiento el incremento de conductas de cuidado para la salud, promover imagen corporal saludable, disminuir creencias irracionales, manejo de emociones negativas, disminución de conductas de evitación-ansiedad, promover conductas asertivas, habilidades de negociación y de solución de problemas, como se muestra en la figura 4.

Como parte de la propuesta de intervención, se identificaron las estrategias de psicología positiva que pueden potencializar los objetivos que se espera alcanzar con el uso de las técnicas cognitivo-conductuales que conforman el tratamiento “El Juego del Optimismo”. Es por esto que se seleccionaron actividades para realizar en sesión y en casa para reforzar los objetivos del tratamiento y promover respuestas relacionadas con el desarrollo del bienestar (*PERMA*).

Resultados de la intervención

Para el análisis de los datos recolectados con el uso de auto registros de conductas blanco se emplearon criterios experimentales y terapéuticos, correspondientes a la inspección visual. Esta estrategia consistió en el análisis de la presentación gráfica de los datos identificando el cambio de la línea base a la fase de tratamiento, considerando la demostración de los efectos significativos determinados por el cambio de los niveles basales de la ejecución de las conductas blanco (considerando la tendencia y variabilidad de la línea base), encontrando para las conductas de alimentación y regulación emocional cambios clínicamente significativos, con un incremento en el uso del plato del buen comer y un incremento de emociones positivas.

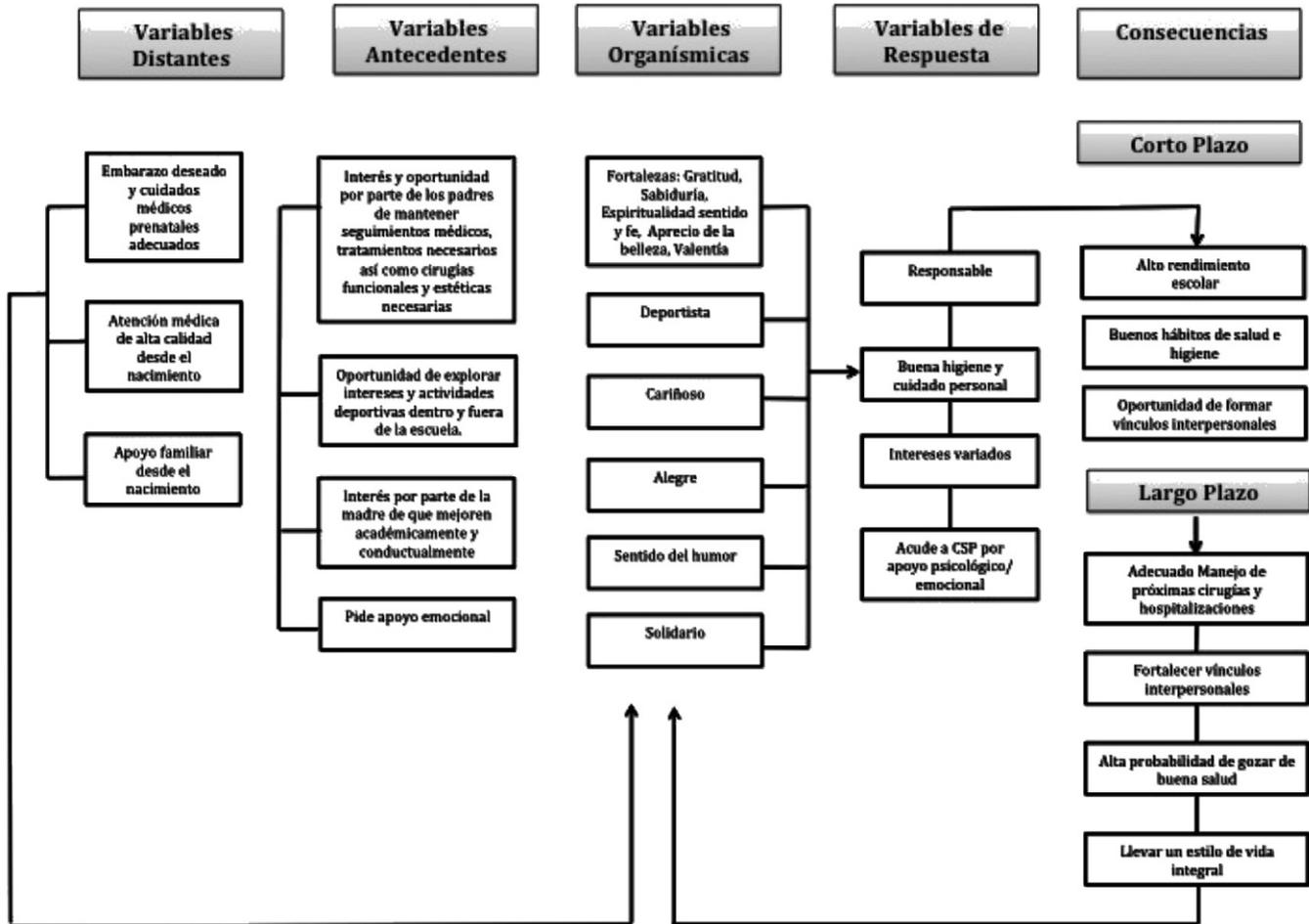


Figura 3. Mapa Clínico de Fortalezas (representación pictográfica): análisis funcional de la relación de variables correspondiente a la formulación del caso.

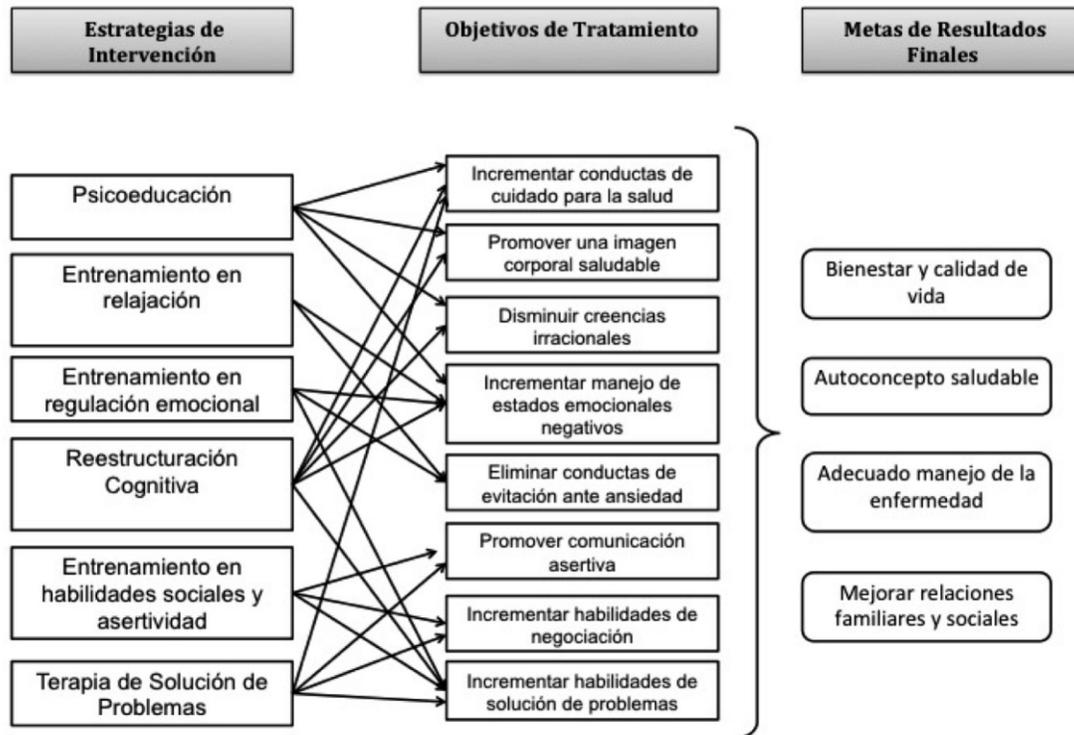


Figura 4. Mapa de Alcance de Metas: representación de las estrategias potenciales de intervención y su alcance en variables específicas.

Respecto a los componentes del tratamiento se encontró que la reestructuración cognitiva fue el componente con mayor incremento con respecto a la evaluación pre con un porcentaje del 70% de ganancia, seguido del componente de adherencia con un 64% y finalmente el componente de habilidades sociales y negociación con un incremento de 50% de uso al término del tratamiento.

Además de los cambios ya mencionados se encontró significancia clínica en la percepción del usuario al emplear las estrategias de la intervención. En este caso la significancia clínica se refiere a los cambios que resultan importantes en la evolución de sintomatología (para su disminución) y el incremento de componentes percibidos de bienestar (mejor relación en la familia, mejor estado de ánimo, incremento en las habilidades para comunicarse, y capacidad para resolver problemas sin aislarse) estableciendo umbrales críticos que son exclusivos del problema de estudio y que funcionan en los estudios de caso como criterios de referencia.

Conclusión

La intervención con Terapia Cognitivo-Conductual para el manejo de niños con enfermedades crónicas en la infancia es un reto, ya que debe contemplar la adhesión al tratamiento y el ajuste a los procedimientos médicos, enfocando sus esfuerzos para que este periodo del desarrollo permita al niño o niña empoderarse para continuar con los logros propios del desarrollo, aunado al proceso de adaptación que su familia vive, en particular los padres.

Por lo tanto, es fundamental contar con estrategias que no solo cumplan con el objetivo básico de incrementar la adhesión al tratamiento médico y lograr la disminución de la sintomatología negativa, además se debe promover el uso de estrategias que le permitan a los niños y sus familias un máximo de bienestar, generando en ellos emo-

ciones positivas y recursos personales que de manera integral promuevan la calidad de vida y el crecimiento personal.

Los niños con labio y paladar hendido, son una población vulnerable que requiere de trabajo multidisciplinario para el manejo de las posibles complicaciones emocionales y de salud (Flores-Nava, Pérez-Aguilera y Pérez-Bernabé, 2011). El papel del psicólogo está claramente enfocado a apoyar el proceso de adhesión al tratamiento médico, pero sobre todo a empoderarlo para generar en ellos recursos y habilidades que les permitan tener conductas resilientes y en su caso generar estrategias de intervención que permitan prevenir complicaciones (Demir, Karacetin, Baghaki, & Aydin, 2011).

De esta manera, no solo existe un compromiso como especialistas de la salud para lograr una mejoría en su condición física ayudando al control de la enfermedad, sino que se puede lograr tener la visión de "salud" que durante tanto tiempo ha sido el estandarte "...un estado de completo bienestar físico, emocional y social y no solo la ausencia de enfermedad" (Organización Mundial de la Salud, 2014).

Siendo la principal aportación de este estudio la incorporación del análisis funcional de la conducta para la evaluación de las fortalezas a través del uso del Mapa Clínico de Fortalezas y el acompañamiento de las técnicas cognitivo conductuales con ejercicios sustentados en estrategias de Psicología Positiva. Este planteamiento es innovador porque permite centrar la atención del paciente en sus emociones positivas debido a que se propició el incremento de la auto-observación de estados emocionales positivos y el refuerzo de conductas que tienen el objetivo de mantener un estado de ánimo positivo y no solo la disminución del malestar.

Aunque este esfuerzo es solo una primera aproximación al uso de las estrategias basadas en psicología positiva como elementos que refuercen las estrategias cognitivo conductuales en esta población, es prioritario establecer pautas para que la investigación dirija sus es-

Tabla 2. *Estrategias de Intervención Cognitivo-Conductuales y Actividades Propuestas de Psicología Positiva.*

OBJETIVO DE TRATAMIENTO	TÉCNICA COGNITIVO CONDUCTUAL	TÉCNICA DE PSICOLOGÍA POSITIVA
Incrementar conductas de cuidado para la salud. (Módulo de Adherencia)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reestructuración Cognitiva • Terapia de Solución de Problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • El mejor yo posible • Diario de objetivos a corto y largo plazo • Diario de empoderamiento • Actuar para resolver el problema
Promover una imagen corporal saludable (Módulo de Adherencia)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reestructuración Cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • El mejor yo posible • Diario de empoderamiento • Incrementar verbalizaciones positivas • Actuar para resolver el problema
Disminuir creencias irracionales (Módulo 1, 2, y 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Reestructuración Cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • El mejor yo posible • Carta de agradecimiento • Bitácora de gratitud
Incrementar manejo de estados emocionales negativos: incrementar emociones positivas (Módulo 1, 2 y 3)	<ul style="list-style-type: none"> • Psicoeducación • Entrenamiento en relajación • Entrenamiento en regulación emocional • Reestructuración Cognitiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la amabilidad • Incrementar verbalizaciones positivas • Dedicar tiempo • Abrazar • Atención positiva • Expresión directa de gratitud
Eliminar conductas de evitación ante ansiedad (Módulo 4)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en relajación • Entrenamiento en regulación emocional 	<ul style="list-style-type: none"> • Usar la distracción • Actuar para resolver el problema • Atención positiva
Promover comunicación asertiva (Módulo 4 y 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad • Terapia de Solución de Problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Practicar la amabilidad • Incrementar verbalizaciones positivas • Dedicar tiempo • Abrazar • Bitácora de gratitud • Expresión directa de gratitud
Incrementar habilidades de negociación (Módulo 4 y 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad • Terapia de Solución de Problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario de objetivos a corto y largo plazo • Diario de empoderamiento • Actuar para resolver el problema • Practicar la amabilidad
Incrementar habilidades de solución de problemas (Módulo 4 y 5)	<ul style="list-style-type: none"> • Entrenamiento en regulación emocional • Reestructuración Cognitiva • Entrenamiento en habilidades sociales y asertividad • Terapia de Solución de Problemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Diario de objetivos a corto y largo plazo • Diario de empoderamiento • Actuar para resolver el problema • Usar la distracción

Tabla 3. *Se presenta en términos de porcentaje el uso de los componentes del tratamiento antes y después de la intervención.*

COMPONENTE	PRE	POST	% DE GANANCIA
Componente de Adherencia al Tx médico y conductas de autocuidado	28	92	64
Componente de Reestructuración cognitiva y cambio en estilo explicativo	25	95	70
Componente de Habilidades sociales y negociación	40	90	50

fuerzas a incrementar el rigor metodológico que permita conocer el papel de estas estrategias en la eficacia de las intervenciones en el campo de la salud.

Referencias

- Acuña-González, G., Medina-Solís, C. E., Maupomé, G., Escoffié-Ramírez, M., Hernández-Romano, J., Márquez-Corona, M. D. L., Islas-Márquez, M. L., y Villalobos-Rodelo, J. J. (2011). Factores de riesgo hereditarios y socioeconómicos para labio o paladar hendido no asociados a un síndrome en México: estudio de casos y controles pareado. *Biomédica*, 31(3), 381-91. doi: 10.7705/biomedica.v31i3.378.
- Aley, K. E. (2002). Developmental approach to pediatric transplantation. *Progress in Transplantation*, 12(2), 86-91.
- Baker, S. R., Owens, J., Stern, M., & Willmot, D. (2009). Coping strategies and social support in the family impact of cleft lip and palate and parents' adjustment and psychological distress. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(3), 229-236. doi:10.1597/08-075.1.
- Bedón-Rodríguez, M., y Villota-González, L. (2012). Labio y paladar hendido: tendencias actuales en el manejo exitoso. *Archivos de Medicina (1657-320X)*, 12(1), 107-119.
- Bender, L. (2003). *Test gestáltico visomotor B. G.: Usos y aplicaciones clínicas*. Buenos Aires, Paidós.
- Berger, Z. E., & Dalton, L. J. (2009). Coping with a cleft: psychosocial adjustment of adolescents with a cleft lip and palate and their parents. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 46(4), 435-443. doi: 10.1597/08-093.1.
- Cáceres-Renere, A. (2004). Incorporación de la atención psicológica a una patología AUGÉ: fisuras labiopalatinas. *Terapia Psicológica*, 22(2), 185-191.
- Cloninger, C. (2006). The science of well-being: an integrated approach to mental health and its disorders. *World Psychiatry*, 5, 71-76.
- Corman, L. (1967). *El Test del dibujo de la Familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Demir, T., Karacetin, G., Baghaki, S., & Aydin, Y. (2011). Psychiatric assessment of children with nonsyndromic cleft lip and palate. *General Hospital Psychiatry*, 33(6), 594-603. doi:10.1016/j.genhosppsy.2011.06.006.
- Dixon, M. J., Marazita, M. L., Beaty, T. H., & Murray, J. C. (2011). Cleft lip and palate: understanding genetic and environmental influences. *Nature Reviews Genetics*, 12(3), 167-178. doi:10.1038/nrg2933.
- Fadeyibi, I. O., Coker, O. A., Zacchariah, M. P., Fasawe, A., & Ademiluyi, S. A. (2012). Psychosocial effects of cleft lip and palate on Nigerians: The Ikeja-Lagos experience. *Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery*, 46(1), 13-18.
- Flores, A., Gonzalez-Celis, A. L., y Valencia-Ortiz, A., (2010). Validación del Instrumento de Autoeficacia para realizar conductas Saludables en Niños Mexicanos. *Psicología y Salud*, 20(1), 23-30.
- Flores-Nava, G., Pérez-Aguilera, T. V., y Pérez-Bernabé, M. M. (2011). Malformaciones congénitas diagnosticadas en un hospital general. Revisión de cuatro años. *Acta Pediátrica de México*, 32(2), 101-106.
- González-Osorio, C. A., Medina-Solís, C. E., Pontigo-Loyola, A. P., Casanova-Rosado, J. F., Escoffié-Ramírez, M., Corona-Tabares, M. G., y Maupomé, G. (2011, Junio). Estudio ecológico en México (2003-2009) sobre labio y/o paladar hendido y factores socio-demográficos, socioeconómicos y de contaminación asociados. *Anales de Pediatría*, 74(6), 377-387. doi: 10.1016/j.anpedi.2011.01.011.
- Hunt, O., Burden, D., Hepper, P., & Johnston, C. (2005) The psychosocial effects of cleft lip and palate: a systematic review. *The European Journal of Orthodontics*, 27(3), 274-285. doi: 10.1093/ejo/cji004.
- Jurado, G. E., Mutchinick, O., Urrusti, S. J., & Vargas, G. C. (2006). A public health problem in México. *Gaceta Médica de México*, 132, 141-82.
- Kern de Castro, E., y Moreno-Jiménez, B. (2007, enero-abril). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12(1), 81-86.
- King, L. A., Hicks, J. A., Krull, J. L., & del Gaiso, A. K. (2006). Positive effect and the experience of meaning in life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 179-196. doi: 10.1037/0022-3514.90.1.179.
- Koppitz, E. (1968). *El dibujo de la figura humana en los niños*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Kovacs, M. (1992) *Children's Depression Inventory (CDI)*. New York: Multi Health Systems.
- Limiñana-Gras, R., Corbalán-Berná, F. J. y Patró-Hernández, R. (2007). Afrontamiento y adaptación psicológica en padres de niños con fisura palatina. *Anales de Psicología*, 23(2), 201-2016.
- Lyubomirsky, S. (2011). *La ciencia de la felicidad*. Barcelona: Books4pocket.
- Majani, G. (2011). Positive psychology in psychological interventions in rehabilitation medicine. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 33, 64-68.
- Martin-Romera, A., García de Pablos, C. y Diaz-Atienza, F., (2004). Salud mental infantil y hospital de día. *Revista de Psiquiatría y Psicología del niño y el adolescente*. 4(2), 114-126.
- Monleón, B. M. (2001). Intervención psicológica en la adhesión al tratamiento de enfermedades crónicas pediátricas. *Anales Españoles de Pediatría*, 55, 329-334. doi:10.1016/S1695-4033(01)77694-1.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales: Un enfoque basado en problemas*. México: Manual Moderno.
- Organización Mundial de la Salud (2014). Preguntas más frecuentes. Recuperado de <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>
- Piloto-Morejón, M., Sanabria-Chocontá, M. I., y Menéndez-García, R. (2001). Diagnóstico prenatal y atención de las malformaciones congénitas y otras enfermedades genéticas. *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 27(3), 233-40.
- Ray, J. G., O'Brien, T. E., & Chan, W. S. (2001). Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis. *Qjm: An International Journal of Medicine*, 94(8), 435-444. doi: 10.1093/qjmed/94.8.435.
- Reynolds, C., y Richmond, B (1997) Escala de Ansiedad Manifiesta (Revisada) CMAS-R: México. 2ª ed. Ed. Paidós.
- Schulman, P., Castellon, C. & Seligman, M.E.P. (1989). Assessing explanatory style: The Content Analysis of Verbatim Explanations and the Attributional Style Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 27, (5), 505-512.
- Seligman, M. (2011). *Flourish: A New Understanding of Happiness, Well-being-and how to Achieve Them*. Boston: Nicholas Brealey Pub.
- Seligman, M. (2008). Positive health. *Applied Psychology*, 57(s1), 3-18. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x.

- Seligman, M., Rashid, T., & Parks, A. C. (2006). Positive psychotherapy. *American Psychologist*, 61(8), 774-778. doi: 10.1037/0003-066X.61.8.774.
- Slifer, K. J., Pulbrook, V., Amari, A., Vona-Messersmith, N., Cohn, J. F., Ambadar, Z. A., Beck, R. P., & Piszczor, R. (2006). Social acceptance and facial behavior in children with oral clefts. *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 43(2), 226-236. doi: 10.1597/05-018.1.
- Valencia, A. (2007). *Programa de apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias* (Disertación doctoral). Universidad Nacional Autónoma de México, México, D.F.
- Valencia, A., y Flores, A. (2013, 25 de julio). *Formulación de casos clínicos y psicología positiva como herramientas terapéuticas*. Trabajo presentado en el 7th World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies. Lima, Perú.
- Valencia, A., Flores, A., y Sánchez-Sosa J. J. (2006). Efectos de un programa conductual para el cuidado de pacientes oncológico pediátricos. *Mexican Journal of Behavior Analysis*. 32(2), 178-198.
- Vázquez, C., Hervás, G. y Ho, S. (2006) Intervenciones clínicas basadas en la Psicología Positiva: Fundamentos y aplicaciones. *Psicología Conductual*, 14(3), 401-432.