



INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

INVESTIGACIONES Y RESOLUCIONES

ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS

Editora y Compiladora





INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

INVESTIGACIONES Y RESOLUCIONES

ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS
Editora y Compiladora



Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Dra. Mirna García Méndez
Secretaría General

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaria de Desarrollo Estudiantil

Mtro. Jorge Enrique Carbajal López
Secretario Administrativo

Dra. María Susana González Velázquez
**Jefa de la División de Planeación
Institucional**

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

Dr. David Nahum Espinosa Organista
**Jefe de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación**

Lic. Carlos Raziel Leños Castillo
Diseño de portada

Claudia Ahumada Ballesteros
Diseño y formación de interiores

Datos para catalogación bibliográfica

Editora y compiladora: Ana María Baltazar Ramos.

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones.

UNAM, FES Zaragoza, febrero de 2021.

Peso: 2 MB.

ISBN: 978-607-30-4231-4.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños Castillo.

Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Este libro fue dictaminado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y se aprobó en diciembre de 2020.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones.

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México

Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Los Autores

Ana Karen Sánchez Martínez

Psicóloga de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM.
luzzumsdli@gmail.com

Ana María Baltazar Ramos

Profesor de Tiempo completo Asociado C, de la FES, Zaragoza, UNAM.
Coordinadora del Programa de Estimulación del Desarrollo.
Lic. En Psicología. FES Zaragoza UNAM, Maestría y Doctorado en Pedagogía UNAM
aniuxbaltazar@gmail.com

Citlalli Ivonne Bautista Ortiz.

Psicóloga de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM.
citlalli.bautista5@gmail.com

Daniel Rosas Alvarez

Académico de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM; Terapeuta de Centro de Atención Psicológica y Apoyo Educativo Histórico-Cultural
Lic. en Psicología, FES Zaragoza UNAM.
Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica, BUAP.
Doctor en Pedagogía, FES Aragón, UNAM.
verde-dan@hotmail.com

Eduardo Alejandro Escotto Córdoba

Profesor de Tiempo completo, Titular A, de la FES, Zaragoza, UNAM.
Coordinador del laboratorio de Psicología y Neurociencias.
Lic. En Psicología UNAM, Maestría y Doctorado en Lingüística UAM
aescotto@unam.mx

Emiliano Antonio Gutiérrez-Fierros

Departamento de Economía de la Universidad Iberoamericana.
Lic. en Psicología, Universidad Iberoamericana, Ciudad de México.
Master of Science in Marketing de The University of Manchester, UK.
emiliano.gutierrez@ibero.mx

Erick Solis Zavala.

Laboratorio de Psicología y Neurociencias, FES Zaragoza, UNAM.
Investigador en rehabilitación del lenguaje en la Asociación Nacional Contra el Infarto Cerebral, A.C.
Lic. en Psicología, FES Zaragoza UNAM.
erisolzav@gmail.com

Lizbeth Luna López

Psicóloga independiente en estimulación
Lic. en Psicología, FES Zaragoza UNAM.
lizbethfes@gmail.com

Mauricio Alfredo Ramírez Rodríguez.

Laboratorio de Psicología y Neurociencias, FES Zaragoza, UNAM.
Investigador en rehabilitación del lenguaje en la Asociación Nacional Contra el Infarto Cerebral, A.C.
Académico en las carreras de Psicología y Pedagogía de la Universidad UniverMilenium, Plantel Nezahualcoyotl.
Lic. en Psicología, FES Zaragoza, UNAM.
mauricio.ramirez95@hotmail.com

María Guadalupe Pérez Vázquez

Psicoterapeuta en Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).
Directora y fundadora de APIPE-O A.C.
Lic. En Psicología UNAM.
mgpv.0208@gmail.com

Marina Reyes Esquivel

Académica de la carrera de Psicología
de la FES Zaragoza UNAM.

Lic. En Psicología UNAM,

Maestría en Psicología educativa, Universidad INACE

Doctorado en Educación, Universidad INACE.

mujer3030@gmail.com

Norma Martínez Lima

Académica de la carrera de Psicología
de la FES Zaragoza UNAM.

Atiende el Programa Psicoeducativo de
Atención Individual, Edad escolar.

Lic. En Psicología, UNAM.

norma.martinez@zaragoza.unam.mx

Sandra Irma Montes de Oca Mayagoitia

Profesor de Tiempo completo de la
Carrera de Psicología, Universidad

Iberoamericana, Ciudad de México.

Jefa de prácticas académicas de la
Licenciatura en Psicología.

Lic. en Psicología, Universidad
Iberoamericana, Ciudad de México.

Maestría en Psicopedagogía, Universidad de las
Américas. Doctorado en Investigación psicológica,

Universidad Iberoamericana, Ciudad de México

irma.montesdeoca@ibero.mx

Índice

	Presentación	7
	PRIMERA PARTE	9
CAPÍTULO 1	ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO PSICOLÓGICO EN EL PRIMER AÑO DE VIDA	11
	Lizbeth Luna López, Ana María Baltazar Ramos, Eduardo Alejandro Escotto Córdova	
CAPÍTULO 2	LA PRÁCTICA PREPROFESIONAL COMO ELEMENTO SUSTANCIAL PARA LA FORMACIÓN DE PROFESIONISTAS EN PSICOLOGÍA	33
	Sandra Irma Montes de Oca, Emiliano Antonio Gutiérrez-Fierros	
CAPÍTULO 3	ANÁLISIS CUANTITATIVO Y CUALITATIVO DEL TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ EN UN CASO DE AFASIA	45
	Erick Solís Zavala, Eduardo Alejandro Escotto Córdova, Mauricio Alfredo Ramírez Rodríguez	
	SEGUNDA PARTE	63
CAPÍTULO 4	PROGRAMA PARA DESARROLLAR ASERTIVIDAD POR MEDIO DEL JUEGO, Y MEJORAR LAS RELACIONES FAMILIARES	65
	Marina Reyes Esquivel	
CAPÍTULO 5	COMPETENCIA EMOCIONAL EN LA REGULACIÓN CONDUCTUAL Y DESARROLLO DE HABILIDADES SOCIALES EN TDAH	85
	María G. Pérez Vázquez, Norma Martínez Lima	
CAPÍTULO 6	LA PSICOTERAPIA HISTÓRICO-CULTURAL EN LA EVALUACIÓN E INTERVENCIÓN DE UNA PERSONA CON ADICCIÓN AL CRACK	101
	Daniel Rosas Alvarez, Ana Karen Sánchez Martínez, Citlali Ivonne Bautista Ortiz	

Presentación

La presente obra es parte de una serie llamada INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS, en la que se han presentado diferentes problemáticas, posturas e intervención, tanto de investigaciones en estudio de caso como de diseños experimentales con varios sujetos, que de alguna manera nos han permitido conocer y observar formas de intervención, diseños, instrumentos, observaciones y enfoques. De esta forma los psicólogos, podemos revisar aproximaciones metodológicas, diversos modelos teóricos y prácticas de intervención emanados en psicología, ya que, en cada capítulo de estas obras, los autores mencionan al pie de la letra, qué y cómo realizó su investigación.

En esta ocasión, en la primera parte se presentan tres investigaciones como tal y en la segunda parte, tres estudios de caso que dan respuesta a una problemática específica.

En el primer capítulo, presenta una investigación realizada con bebés de 3 y 6 meses a quienes se estimuló durante seis y nueve meses, a dos bebés con un programa bajo el enfoque vigotskiano, donde se capacitó a los padres a utilizar el juego, cuento, y el lenguaje hablado y postural; mientras y a otros dos bebés sólo con la estimulación practicada por los cuidados cotidianos de sus madres en casa, en la que se encontró, que no sólo el Programa de Estimulación ayudó en el desarrollo de los niños sino la importancia que tiene la interacción y afecto padre-hijo, el cómo y porqué demostrarlo, comentarlo y el acercamiento que se debe tener; por otro lado, se observó cómo distintos instrumentos de evaluación pueden tener diferencias importantes en el resultado de las conductas, por lo que las teorías son importantes para el análisis e interpretación.

El siguiente capítulo, da a conocer la percepción que tuvieron 497 estudiantes de una universidad privada de la Ciudad de México, respecto a las prácticas profesionales que llevarán a cabo durante la primavera de 2020; su instrumento evaluó áreas de formación profesional y sustento teórico de las prácticas, el proceso de supervisión, la figura del supervisor y los escenarios donde los estudiantes realizaron sus intervenciones; dentro de los resultados encontraron más del 90% de respuestas favorables, por ejemplo, el 98% de los encuestados dijeron estar satisfechos con la formación del supervisor responsable del grupo, lo que les permite concluir que la información recabada los guiará a la creación de un instrumento de evaluación para las prácticas centrándose en los aspectos explorados.

El tercer capítulo muestra la utilización del Test del Dibujo del Reloj, para distinguir los síntomas en un paciente afásico, mediante el análisis cualitativo de la ejecución versus el análisis cuantitativo; la evaluación cuantitativa se llevó a cabo bajo tres métodos distintos de calificación del Test, mientras que la evaluación cualitativa se hizo bajo la condición de interrogar al sujeto de estudio después de darle la instrucción y el análisis de los errores en la ejecución del Test. No se evidenciaron errores al dibujar el Reloj, pero sí al expresar oralmente la hora que debía indicar el reloj dibujado. Este hallazgo no fue vislumbrado por los métodos cuantitativos de evaluación de la tarea, sino que sólo pudo evidenciarse a través del análisis cualitativo de la ejecución completa. Lo que los lleva a una reflexión sobre las virtudes clínicas del análisis cualitativo en neuropsicología, frente al simple y limitado uso y aplicación de técnicas psicométricas.

En la segunda parte, el capítulo 4 expone un proceso de evaluación y tratamiento dirigido a un niño de 10 años que presentaba conductas agresivas en el entorno familiar. La intervención se centró en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales por medio del juego. Durante 17 sesiones, se trabajó psicoeducación para el desarrollo de

asertividad, con el objetivo de que el niño la pusiera en práctica al relacionarse con sus familiares. En los resultados se observó que el niño adquirió nuevos conocimientos para interactuar y, además, desarrolló habilidades asertivas que le permitieron mejorar la interacción con su familia, sobre todo con su padre y hermanas.

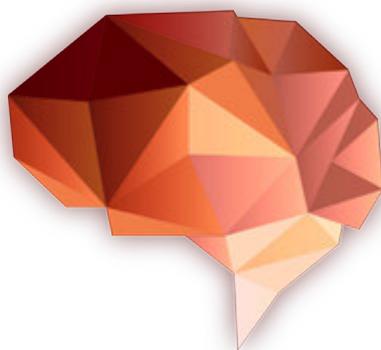
El capítulo 5 describe una intervención psicoeducativa, bajo el enfoque Cognitivo-Conductual, teniendo como sujeto a un niño de 10 años diagnosticado con TDAH, con el objetivo principal de llegar a una regulación conductual adecuada, a través del desarrollo de Competencias Emocionales y la optimización de habilidades sociales mediante el establecimiento de reglas y límites de interacción en el hogar, escuela y diversos contextos. A través de 56 sesiones de 50 minutos se logró la disminución significativa de conductas y actitudes disruptivas presentes en casa y en el ambiente escolar, lo que dificultaba la interacción óptima del paciente con su entorno y su nivel académico.

El capítulo 6 describe el proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica de un adulto de 34 años que solicitó atención para abandonar el consumo de *crack*, dicho caso fue tratado desde los principios del enfoque histórico-cultural. Se describe el proceso de evaluación e intervención realizado a lo largo de 12 sesiones, en las que se utilizó el relato oral de su historia de vida, frases incompletas, producción y análisis de textos, análisis de películas, y dinámicas conversacionales. Se empleó un método cualitativo denominado constructivo-interpretativo, desde el que se configuró un análisis de contenido que permitió comprender los cambios de mejoría reportados por la persona durante el proceso terapéutico.

Espero que esta obra sea recibida tan gratamente como las otras.

Dra. Ana María Baltazar Ramos
2020

PRIMERA PARTE



Capítulo 1



Estimulación del desarrollo psicológico en el primer año de vida

Lizbeth Luna López
Ana María Baltazar Ramos
Eduardo Alejandro Escotto Córdoba

RESUMEN

El desarrollo psicológico en sujetos sanos con maduración biológica equiparable es el conjunto de destrezas, conocimientos y regulación socioafectivas que cada uno puede lograr con ayuda de otros, generalmente sus cuidadores. Por esta razón se investigó si dos infantes que son expuestos a condiciones programadas de desarrollo (programa de estimulación), superarán a otros que no fueron expuestos a ningún programa y sólo recibieron los conocimientos y prácticas de la sabiduría familiar cotidiana sin ninguna estrategia instruccional programada. **Participantes:** cuatro infantes de 6 y 9 meses de edad, de sexo masculino. Dos infantes (sujetos experimentales) se expusieron al Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil (PEDPI) de la FES Zaragoza-UNAM y se compararon con otros 2 cuya estimulación fue la práctica normal de crianza y cuidados cotidianos de sus madres sin ninguna estrategia programada y dada a conocer. **Método:** Durante períodos de seis y nueve meses se trabajó dos días a la semana en sesiones de 50 minutos en una Clínica Universitaria. Las actividades de las sesiones se realizan a través del juego guiado por adultos para estimular lo que la Guía Portage denomina áreas de Socialización, Lenguaje, Cognición, Desarrollo Motriz e Independencia en cada bebé. Se realizaron evaluaciones trimestrales para evaluar el desarrollo entre bebés con y sin estimulación del programa. **Resultados:** Los bebés participantes del programa obtuvieron puntuaciones más altas en los objetivos de la Guía Portage y la Escala de Desarrollo Merrill-Palmer-R, comparados con los bebés no estimulados con el PEDPI, ubicándose por encima de los puntajes esperados de acuerdo con su edad cronológica. **Conclusiones:** Las prácticas de crianza y educación cotidianas no suelen basarse en una estrategia fundamentada. Educar a los hijos conforme a las tradiciones familiares no necesariamente implica tener un óptimo proceso de desarrollo psicológico comparado con una estrategia de estimulación apoyada en datos científicos. Las actividades realizadas dentro del PEDPI favorecieron el desarrollo psicológico de los niños investigados durante el primer año de vida, sin que eso implique que recibían una mala educación por parte de sus padres.

INTRODUCCIÓN

Existen diferentes teorías surgidas en el siglo XX sobre las formas de concebir y abordar el desarrollo, específicamente el infantil, (Papalia & Martorell, 2017). La perspectiva Vigotskiana puso el énfasis del desarrollo psicológico y no en el mero crecimiento o maduración biológica, es decir: en la orientación activa y sociocultural de los adultos y pares, cuyo concepto sintetizador fue Zona de Desarrollo Próximo (ZDP) entendida como lo que un individuo puede llegar a realizar con ayuda de otros, comparado con lo que realiza por sí solo (Vygotski, 1934/1993). Un aporte fundamental de Vigotski, por cierto, poco valorado e investigado, es que la evaluación del desarrollo de un niño comparado consigo mismo, o comparado con otros niños, no puede ser solamente psicométrica. Los datos que aporta la psicometría sólo apuntan a lo que el niño puede hacer por sí solo sin ayuda de otros. Lo más que la psicometría puede decir de un niño es que tanto de aleja o se acerca a una media poblacional, pero nunca lo que puede llegar a realizar con ayuda de otros. La psicometría no evalúa de ninguna manera la naturaleza sociocultural del desarrollo psicológico que siempre es mediada, estimulada y modificada con la colaboración de otros. Por tanto, la evaluación del desarrollo psicológico humano debe incluir siempre lo que el individuo puede hacer por sí solo comparado con lo que puede alcanzar con ayuda de otros. Siguiendo esta aproximación teórica, entenderemos por desarrollo psicológico al:

...conjunto de destrezas, conocimientos y habilidades semiósicas, culturales, socioafectivas y prácticas, que un sujeto puede alcanzar con ayuda de otros en cierto estado de maduración neurobiológica. Se distingue de la maduración en que ésta sólo depende del crecimiento biológico del sujeto, mientras que el desarrollo psicológico depende del apoyo sociocultural, socioafectivo y semiósico en cierto momento histórico concreto (Baltazar, 2019, p. 27).

Así concebido, el desarrollo psicológico ocurre durante toda la vida y no se restringe a la infancia. Es **semiósico**, en el sentido de que está mediado por signos y significados socialmente construidos; es **histórico**, en el sentido de que en cambia durante todo su desarrollo y en cada época; es **sociocultural**, en el sentido de que depende de las interacciones sociales en culturas, lenguas y regiones geográficas específicas. En tanto que es psicológico y no sólo biológico, se expresa en las múltiples y variadas formas de orientar y regular socioculturalmente la actividad de los individuos, y de que cómo estos se autorregulan a sí mismos, al grado de que pueden cambiar los patrones socioculturales que los han formado desde la infancia.

El estudio del desarrollo psicológico infantil ha ayudado a comprender que los primeros años de la vida son cruciales, no solo para la maduración biológica, sino para la formación de su personalidad, su socialización, su lenguaje, su dominio socioafectivo y su intelecto (Álvarez, 2000; Aguirre & Esqueda, 2010). Es justamente durante el primer año de vida que el sistema nervioso está creciendo y reorganizándose con gran plasticidad sináptica en función de sus interacciones con el mundo físico y las prácticas socioculturales. No permanece estático o sin cambios, al contrario: se encuentra en constante transformación (Viosca, 2017) en la medida en que el aprendizaje induce modificaciones condicionadas por la expresión de genes en diferentes momentos del crecimiento. Por eso, esta etapa es de gran relevancia para la promoción del óptimo desarrollo psicológico de un individuo y lo que las acciones que se lleven a cabo en ese año que potencien su desarrollo son dignas de investigarse por sí mismas.

La crianza y la enseñanza pueden darse de forma natural y espontánea, en el sentido de que no son planeadas, meditadas y organizadas, o bien, pueden elaborarse y estructurarse con base en una postura teórica en particular que defina las necesidades de una edad en particular, en este caso el primer año. El elemento esencial del desarrollo planificado es la enseñanza y la crianza basadas en actividades particulares, así como el tipo de organización de estas (Solovieva & Quintanar, 2012) de acuerdo con la actividad rectora.



La actividad rectora en cada etapa del desarrollo es de gran importancia en el individuo porque las acciones de crianza y educación que se ajustan a ella potencian su desarrollo psicológico. El tipo de actividad del niño señala la existencia de la actividad rectora y marca la edad psicológica, no cronológica, de él. En el primer año de vida, la actividad rectora es el afecto y el contacto emocional (Baltazar, 2019), esto es, el infante necesitará del afecto del adulto, pero no del que solo se “siente” y se reduce a la manutención, sino del que se demuestra en las interacciones constantes, cargándolo, arrullándolo, manteniéndolo seco y limpio, interactuando cuando se le alimenta, hablándole, jugando con el niño etc.

Durante los primeros meses, los infantes muestran reacciones sociales ante el otro, como mirar fijamente el rostro de quien le habla o sonreírle, reconocer a sus cuidadores y mostrar reacciones positivas ante ellos en comparación con las reacciones ante extraños (Baltazar, 2019). Además, aparecerá la gesticulación que manifestará emociones en interacción con los adultos (Quezada & Santelices, 2010), mostrando la importancia y repercusión de la interacción con los otros en la formación de la psique del bebé. La comunicación no verbal y verbal entre el niño y sus cuidadores primarios, fomentará el desarrollo del lenguaje, el habla y posteriormente el dominio de la lengua o idioma, es decir, de semiosis entendida como la creación, uso y modificación social de signos y significados (Escotto-Córdova, 2013; Escotto-Córdova, Sánchez-Ruiz & Baltazar-Ramos, 2018).

Con base en lo anterior, desde hace diez años se han planificado un conjunto de actividades que estimulan el óptimo desarrollo psicológico durante el primer año de vida en la Clínica Universitaria de Atención a la Salud, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo el título *Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil (PEDPI)*, coordinado por Baltazar-Ramos (2019).

De acuerdo con el programa, la Estimulación del Desarrollo Psicológico es el conjunto de actividades culturales, semióticas, socioafectivas, y sensomotoras que son planeadas, estructuradas, ordenadas y dirigidas por adultos, por medio el diálogo verbal-gestual, el ejemplo, el juego y diversas actividades prácticas encaminadas a favorecer y apoyar el desarrollo psicológico de los niños (Baltazar & Escotto, 2017). El PEDPI consta de un conjunto de actividades planeadas específicamente para cada infante. Son elaboradas por psicólogos (investigadores, pasantes y estudiantes) que promueven el uso de diferentes recursos semióticos (juegos, dibujos, gesticulaciones, representaciones teatrales, uso del habla y lenguaje no verbal) para el desarrollo del lenguaje, cognición, desarrollo motriz, socialización e independencia de los niños, respetando y fomentando las prácticas de la cultura donde los infantes se desenvuelven. La población de niños que llegan al PEDPI ha estado sujeta a la crianza natural y espontánea de las prácticas socioculturales de sus cuidadores primarios (padres, abuelos, tíos, niñera). Esta crianza espontánea se basa en las creencias que los cuidadores primarios tienen sobre el proceso de desarrollo de los bebés y niños preescolares, y ha sido investigada por diversos autores (Sánchez & Hidalgo, 2003). Ellos analizaron las ideas evolutivo-educativas de un grupo de díadas madres-bebés en la interacción que tenían a la hora de la comida, encontrando que 15.1% del total de la muestra tenían ideas sobre el desarrollo, crianza y educación a las que los investigadores denominaron como “tradicionales”, es decir: concepciones innatistas del desarrollo, perspectivas evolutivas pesimistas, escasa sensibilidad a aspectos psicológicos, defensa de estereotipos sexuales, y prácticas educativas coercitivas y poco estimulantes. Estas madres mostraron menor calidez afectiva durante la interacción, menor sensibilidad ante las demandas y señales de sus bebés, baja estimulación del desarrollo cognitivo-lingüístico y mayor rechazo a las iniciativas de autonomía de sus hijos, así como una inclinación por las estrategias coercitivas (de castigo) para la educación.

Por otra parte, las investigaciones sobre el apego (Repetur, 2005; Quezada & Pía, 2009) muestran que el estilo de apego que los bebés generan está relacionado con los rasgos de comportamiento de sus padres o sus cuidadores primarios. El apego seguro es mayormente posible cuando los cuidadores se muestran accesibles y sensibles a

las señales de los bebés y será una transmisión intergeneracional. Esto es de gran importancia si consideramos – desde la postura vigotskiana- la relevancia que tiene el afecto y la comunicación emocional en el desarrollo durante el primer año de vida, así como el papel central de lo sociocultural.

Zuluaga, Buriticá, Rey, Buitrago, Trujillo y De Castaño (2001) puntualizan la importancia que tiene la participación, ayuda y colaboración de la familia en el desarrollo de los menores proporcionando observación, cuidados y afecto al utilizar diversos recursos de forma oportuna y adecuada en favor del óptimo desarrollo, sobre todo en niños con limitaciones y riesgos sociales y biológicos. Por lo cual es importante orientar a los padres y cuidadores primarios en este sentido.

Si bien hay muchos otros factores que influyen en la participación familiar para la crianza y educación de los menores, como los ingresos, ocupación de los tutores, procedencia, entre otros, (Zuluaga, et al,2001), la falta de conocimiento sobre el desarrollo, y los prejuicios creados previamente sobre el mismo, afectan el estilo de crianza y las conductas asumidas por los padres para la interacción con sus hijos (Sánchez & Hidalgo, 2003), lo cual resalta la necesidad de capacitar a los padres para optimizar el desarrollo infantil.

Además de ello, investigaciones como la de Flores-Zubía (2009) y Flores (2013) muestran que el desarrollo psicomotor en menores que llevaron a cabo estimulación programada, en comparación con sus pares sin estimulación, tienen un aumento y potencia psicomotora en los primeros años de vida, respecto a la crianza y enseñanza dadas de forma natural y espontánea a los otros niños.

Por las razones expuestas, se decidió investigar si el *Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil*, que está basado en la orientación y capacitación a los cuidadores primarios, favorece y potencia el desarrollo psicológico de dos infantes, en comparación con otros dos, que sólo recibieron la crianza tradicional de la familia.

MÉTODO

Nuestra investigación fue longitudinal con duración de 9 meses con un diseño cuasiexperimental de comparación inter e intrasujeto, divididos en dos grupos: grupo **PR = con el programa de estimulación**; y grupo control **CRF = sólo con la crianza familiar**.

La duración de las sesiones de niños que estuvieron en el programa de Estimulación del Desarrollo fue de 40 minutos, 2 veces a la semana.

Características de los Participantes

Participaron cuatro bebés sin reporte familiar de que tuvieran antecedentes de riesgo neurobiológico (convulsiones, traumatismos, infecciones del sistema nervioso, adicciones adquiridas por consumo de drogas o alcohol de la madre, intentos fallidos de aborto inducido por fármacos o cualquier sustancia), residentes de la CDMX y con el mismo nivel socioeconómico. (Ver tabla 1.) Los cuatro participantes fueron seleccionados de manera intencional y los padres conocieron y firmaron el consentimiento informado sobre la investigación en curso, en el que supieron que podían retirarse en el momento que ellos decidieran.



Tabla 1. Características de los sujetos.

Sujeto	Sexo	Término de gestación	Peso	Talla	Condición de nacimiento	Número de Hijo
Z	M	37 semanas	3.120 kg	53 cm	sano	Único
W	M	37 semanas	3,265 kg	48 cm	sano	Único
X	M	37 semanas	2,400 kg	47 cm	sano	Único
Y	M	37 semanas	2,870 kg	53 cm	sano	Único

Se formaron dos grupos, los del grupo experimental estuvieron sujetos al programa de estimulación con dos tiempos de estancia diferentes: 9 y 6 meses, (sujeto Z y W respectivamente) y los del grupo control que no tuvieron ninguna estimulación programada y sólo se expusieron a la crianza cotidiana familiar, e iniciaron en la investigación a los 6 (sujeto X) y a los 9 meses (sujeto Y). Ver tabla 2.

El sujeto X, después de su evaluación, solicitó salir de la investigación. Sin embargo, se dejaron sus datos para comparar.

Tabla 2. División de participantes en la investigación.

Tiempo de estimulación	Sujetos	Edad de inicio y primera evaluación	Edad final y evaluación final
9 meses	Z (PR)	3 meses	12 meses
6 meses	W (PR)	6 meses	12 meses
Nada	X (CRF)	6 meses	-----
Nada	Y (CRF)	9 meses	12 meses

Nomenclatura: Z, W, X, Y = bebés diferentes; PR = con programa de estimulación; CRF = crianza familiar.

Con esta distribución, las hipótesis quedaron como se expresa en la tabla 3:

Tabla 3. Hipótesis.

Hipótesis	Meses de estimular al bebé	Con PEDPI en todas las áreas	Sin PEDPI En todas las áreas	Evaluado con la prueba en cuatro áreas en GP y cinco con MP-R
1	3 meses	Mayor	menor	GP a los 6 meses de edad
2	3 meses	Mayor	Menor	MP-R a los 6 meses
3	6 meses	Mayor	Menor	GP a los 9 meses
4	3 meses	Mayor	Menor	GP a los 9 meses
5	6 meses > 3 meses	Mayor	Menor	GP a los 9 meses
6	6 meses	Mayor	Menor	GP a los 12 meses
7	6 meses	Mayor	Menor	MP-R a los 12 meses
8	9 meses	Mayor	Menor	GP a los 12 meses
9	9 meses	Mayor	Menor	MP-R a los 12 meses
10	9 meses > 6 meses	Mayor		GP a los 12 meses
11	9 meses > 6 meses	Mayor	Menor	MP-R a los 12 meses
12	9 meses	Mayor	Menor	MP-R = GP a los 12 meses de edad
13	6 meses	Mayor	Menor	MP-R = GP a los 12 meses
14	SIN PEDPI a cualquier edad			MP-R dentro de la norma

Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil (PEDPI); Guía Portage (GP) (áreas: socialización, lenguaje, autoayuda, cognición, desarrollo motriz); Merrill Palmer-R (MP-R) (áreas: índice global, cognición, motricidad fina, lenguaje receptivo, motricidad gruesa).

Descripción de las hipótesis

Hipótesis 1. Un bebé estimulado con el Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil (PEDPI) durante 3 meses, tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 6 meses de edad, comparado con otros sujetos de la misma edad que no tuvieron estimulación con PEDPI, según las medidas de **Guía Portage** (GP).

Hipótesis 2. Un bebé estimulado con el **Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil** (PEDPI) durante 3 meses, tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 6 meses de edad según la escala **Merril Palmer-R** (MP-R), comparado con el desarrollo psicológico de otro sujeto, de la misma edad, estimulado sólo con la crianza familiar.

Hipótesis 3. Un bebé estimulado con el PEDPI durante 6 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a la edad de 9 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, a la misma edad, 9 meses, según las medidas de GP.

Hipótesis 4. Un bebé estimulado con PEDPI durante 3 meses tendrá un mejor desarrollo, en todas las áreas de desarrollo, a los 9 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, a la misma edad, según las medidas de GP.



Hipótesis 5. Un bebé estimulado con el PEDPI durante 6 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a la edad de 9 meses, que otro que fue estimulado con el mismo programa durante 3 meses, a la misma edad, 9 meses, según las medidas de GP.

Hipótesis 6. El bebé estimulado con PEDPI durante 6 meses tendrá un mejor desarrollo, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, según las medidas de GP.

Hipótesis 7. El bebé estimulado con PEDPI durante 6 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, según la escala MP-R.

Hipótesis 8. El bebé estimulado con PEDPI durante 9 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, a la misma edad, según las medidas de GP.

Hipótesis 9. El bebé estimulado con PEDPI durante 9 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, según la escala MP-R.

Hipótesis 10. El bebé estimulado con PEDPI durante 9 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que fue estimulado con ese programa durante 6 meses, a la misma edad, según las medidas de GP.

Hipótesis 11. El bebé estimulado con PEDPI durante 9 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que fue estimulado con ese programa durante 6 meses, a la misma edad, según la escala MP-R.

Hipótesis 12. Un bebé estimulado durante 9 meses con PEDPI, tendrá los mismos niveles de desarrollo en todas las áreas solicitadas por Guía Portage y MP-Ra los 12 meses de edad.

Hipótesis 13. Un bebé estimulado durante 6 meses con PEDPI, tendrá los mismos niveles de desarrollo en todas las áreas solicitadas por Guía Portage y MP-Ra los 12 meses de edad.

Hipótesis 14. Los bebés no estimulados, tendrán los puntajes establecidos para su edad en una escala de desarrollo estandarizada como MP-R.

Instrumentos

- Lista de objetivos de la Guía Portage de Educación Preescolar de Bluma, Shearer, Frohman y Hilliard (1978). (GP).
- Escala de desarrollo Merrill-Palmer-R de Roidy Sampers (2011). (MP-R).
- Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil (Baltazar, 2019), (PEDPI).

Definición de variables:

V.I. Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico

Conceptual: Conjunto de actividades estructuradas, ordenadas y organizadas por el adulto para favorecer y apoyar el desarrollo de los niños en edades tempranas; estas actividades deben regirse por el juego con el niño, y regularse por medio del lenguaje del adulto, además de ofrecer escenarios que le ayuden al infante a obtener información para optimizar sus destrezas sociales y motoras, sus conocimientos sobre el mundo y sus emociones. Debe imperar la regulación verbal y la demostración práctica por parte del adulto constantemente (Baltazar & Escotto, 2017).

Operacional: presentación organizada de cuentos, juegos-juguets y manualidades elaboradas por psicólogos, de forma personalizada para que cada bebé interactuara con sus cuidadores presentes (madre, padre, tío o abuelo).

V. D. Desarrollo Psicológico

Conceptual: Destrezas, conocimientos y habilidades semiósicas, socioafectivas y prácticas, que un individuo puede alcanzar con la ayuda de otros en cierto estado de maduración neurobiológica (Baltazar & Escotto, 2017).

Operacional: Conductas medidas con la lista de objetivos de Guía Portage (GP), en el rango de 0-1 años, y la prueba estandarizada Merrill Palmer R (MP-R) para el mismo rango de edad.

PROCEDIMIENTO

El sujeto Z, llegó al PEDPI a los tres meses de edad. Para Guía Portage la evaluación de los recién nacidos y hasta los 4 meses se centra en “*Cómo estimular al bebé*”. Durante la segunda semana en que estuvo dentro del programa el sujeto Z, se registró su *primera sonrisa social*: neoformación que marca el paso a la segunda etapa del primer año de vida (Vygotski, 1932/2006). A partir del 5to mes, se realizan evaluaciones con Guía Portage en el rango de edad de 0-1, al sexto mes se le integró a la investigación.

Una vez asignados los participantes a su condición se les evaluó con la lista de objetivos de GP para obtener la Zona de Desarrollo Actual de cada uno. Cabe resaltar que al **sujeto Z** se le evaluó a los 3 meses (cuando ingresó al programa), al 5to. mes cuando se inició su evaluación en el rango de 0 a 1 año de edad de GP y a los 6, 9 y 12 meses.

El **sujeto W**, se evaluó a los 6, 9 y 12 meses, cuando inició, al trimestre de iniciar y termino de la investigación respectivamente.

El **sujeto X** se evaluó sólo a los 6 meses, porque días posteriores solicitó retirarse de la investigación.

El **sujeto Y**, fue evaluado a los 9 y 12 meses.



Para los **sujetos experimentales**, se programaron actividades lúdicas para llevarse a cabo durante las sesiones, dos veces a la semana, de la siguiente forma: los psicólogos planeaban actividades lúdicas para que los padres y/o tutores de los bebés, tuvieran una participación en ellas, donde se les orientaba para que el trabajo con sus bebés fuera lo más apropiado. Las sesiones iniciaban con un calentamiento (movimientos de piernas y brazos del bebé dirigido por los adultos) que tenía una duración de entre 5 y 10 minutos. Al término de los ejercicios de calentamiento, se contaba un cuento breve usando muñecos de peluche e imágenes de tamaño doble carta. El cuento era el punto de referencia con respecto a la temática a tratar en la sesión. Para llevar a cabo esta actividad, se pedía a los padres y/o tutores que sentaran al bebé en su regazo y apoyaran al facilitador (un psicólogo) que estuviese contando el cuento atrayendo la atención de los bebés y mostrándole los objetos e imágenes utilizados como apoyo para la narración. Por ejemplo, en una sesión en que la temática fue “La granja” se contó el siguiente cuento:

Había una vez un bebé que se llamaba Lalo (aquí se mostró un muñeco nenuco). Lalo fue un día a visitar una granja en la que conoció diferentes animales. Sus favoritos fueron tres. El primero es la vaca (aquí se mostró un peluche en forma de una vaca y con sonido igual al que emiten las vacas. Se le prestaba al bebé y se pedía a los padres que tomaran y acercaran el peluche para que el bebé pudiera tocarlo, explorarlo y sí lo quería llevárselo a la boca.) “¿Sabes cómo hace la vaca? La vaca hace muuuu”, (haciéndolo de forma clara y fuerte para que el bebé pudiera identificar el sonido y pidiendo de nuevo el apoyo de padres y/o tutores). El segundo animal es la gallina. Y también conoció y le gustó mucho la oveja (el procedimiento se repitió con cada animal que se presentó al bebé).

Después de ese encuadre, se daba paso a las actividades de la sesión que debían estar elaboradas de acuerdo con la temática del cuento. Por ejemplo, se realizó la siguiente actividad:

“Mira este pollito” (mientras se mostró al bebé una figura que representaba un pollo). “Lo voy a poner aquí, frente a ti” (se permitió que el bebé identificara la figura que se encontraba frente a él). “Ahora voy a cubrirlo con este vaso” (se colocó el vaso sobre la figura antes presentada) “¿A dónde está el pollito?” (Se preguntó de forma clara y fuerte mientras se hacían gesticulaciones que representaban duda, como levantar las cejas, las manos y buscar con la mirada al objeto perdido.) Cuando el bebé encontraba la figura que se le pedía, se cambiaba la complejidad utilizando dos vasos.

En las actividades se estimulaban dos áreas específicas de acuerdo con el día de la semana. Los lunes se planeaban actividades para la estimulación de las áreas de desarrollo motriz y socialización. Para la motricidad se desarrollaron actividades enfocadas al aumento del tono muscular, equilibrio, fuerza, etc. Por ejemplo: se pedía a los tutores colocar a los bebés boca abajo y sostener un objeto llamativo frente ellos, en su campo visual, para que lo alcanzaran con un brazo. El objetivo de ello era aumentar la fuerza en brazos, hombros y espalda. También se trabajó el inicio del arrastre, el gateo y finalmente la bipedestación. Para el área de la socialización, se desarrollaron actividades enfocadas a la interacción con los otros bebés del grupo, adultos, papás de los otros bebés y familiares, como los tíos, hermanos mayores o abuelas, que llegaban acompañando a la mamá. Se buscó que identificaran a personas con quienes tenían convivencia cotidiana, tomará y prestará juguetes etc.

Los jueves las actividades eran planeadas para la estimulación de las áreas de lenguaje y cognición. En lenguaje, además de la narración del cuento que estimula la comprensión del lenguaje hablado (fonemas, gesticulaciones, léxico, referentes semánticos) apoyado con imágenes y objetos, se desarrollaron actividades enfocadas en la ejercitación del aparato fonoarticulador y la comunicación con los otros. Para esto se planearon actividades en las

que el bebé soplabla haciendo burbujas o movía algún material en específico, de acuerdo con la temática de la sesión en turno, así como la repetición de diversos sonidos con la ayuda de los padres y/o tutores. Siempre se hizo énfasis en hablarle al bebé de forma clara y entendible, resaltando los nombres de los objetos presentados, los colores, las acciones y los nombres de cada persona. Para el área de cognición, las actividades fueron enfocadas a la estimulación y desarrollo de funciones como la memoria, la atención, las habilidades visoespaciales, y la regulación verbal de su actividad, entre otras. Por ejemplo, se pedía al bebé que entregara a su madre una figura geométrica en particular, o que encontrara un juguete que se había ocultado bajo un recipiente.

El área de independencia se enfocó en la autosuficiencia del bebé. Por ejemplo, sostener y beber de un vaso o estirar sus extremidades cuando lo vestían. A diferencia de las otras áreas, ésta era desarrollada en casa por medio de actividades escritas que se dejan a los padres a modo de tareas para llevarse a cabo el viernes, sábado y domingo.

Cabe resaltar que cada una de las áreas no es totalmente independiente a las otras y que la división de éstas es meramente didáctica, con fines de estudio y evaluación. Por esto, al trabajar cada una de ellas, se pueden estimular una o más áreas diferentes.

Al término de las actividades, se daba una breve retroalimentación sobre la temática abordada. En ésta se procuraba resaltar las palabras clave en el aprendizaje del día. Por ejemplo: si la temática había sido “El mar”, se resaltaban palabras que habían sido vitales durante la sesión como “agua” o “pez”, con la intención de que los bebés las aprendieran e identificaran el objeto al cual se hacía referencia con dichas palabras. La sesión se cerraba con una canción de despedida que ayudaba a los bebés a imitar ademanes y a identificar el término de las actividades del día.

Durante todas las sesiones, se pedía a padres y/o tutores dar al bebé besos y abrazos para favorecer el vínculo afectivo.

A los 6, 9 y 12 meses de edad, se evaluó a los sujetos **Z** y **W** con la lista de objetivos de GP. A los 6 y 12 meses se evaluó al Sujeto **Z** con MP-R.

Al sujeto **W**, se le evaluó con MP-Ra los 12 meses.

En cuanto a los **sujetos control**: fueron evaluados en la sala de su casa, con materiales que el bebé disponía.

El sujeto **X** fue evaluado a los 6 meses con GP y MP-R; el sujeto **Y**, a los 9 y 12 meses de edad con GP; a los 12 meses con MP-R.

RESULTADOS

A continuación, se presentan las evaluaciones de los sujetos.

El bebé **Z**, entró al programa a la edad de 3 meses, sin embargo, fue evaluado, con GP, en el apartado *Cómo estimular al bebé*, cuando tenía 4 meses de edad, por así marcarlo dicha Guía, en la que obtuvo 42 de 45 objetivos realizados. Ya que no pudo: *Tratar de voltearse utilizando los hombros; intentar o mover el dedo pulgar en dirección*



opuesta a los otros 4 dedos; balbucear. Si bien en esta edad (0-4 meses) no se requiere una respuesta exacta y precisa del infante, si es necesario que el adulto enriquezca el ambiente de éste con interacciones y materiales para su aprendizaje. A la edad de 6 meses, entró como sujeto de investigación y se le evaluó con GP en el rango de 0-1 años (cero a un año).

En la figura 1, se comparan los resultados de las evaluaciones con Guía Portage del sujeto **Z**, **X** y **W** a la edad de 6 meses de cada sujeto. Aquí observamos que la hipótesis 1 NO se cumple PARA TODAS LAS ÁREAS, SOLO PARA UNA parcialmente, ya que el sujeto **Z** obtuvo 1.43 puntos más abajo que el sujeto **X** en el área de Desarrollo Motriz, pero 4.02 más alto en Socialización. En las áreas de Lenguaje, Autoayuda y Cognición, ambos bebés obtuvieron el mismo porcentaje, esto con respecto a la evaluación con GP. Con respecto al sujeto **W**, éste obtuvo mejores resultados que los sujetos **Z** y **X** en cognición y Desarrollo Motriz. Ver figura 1.

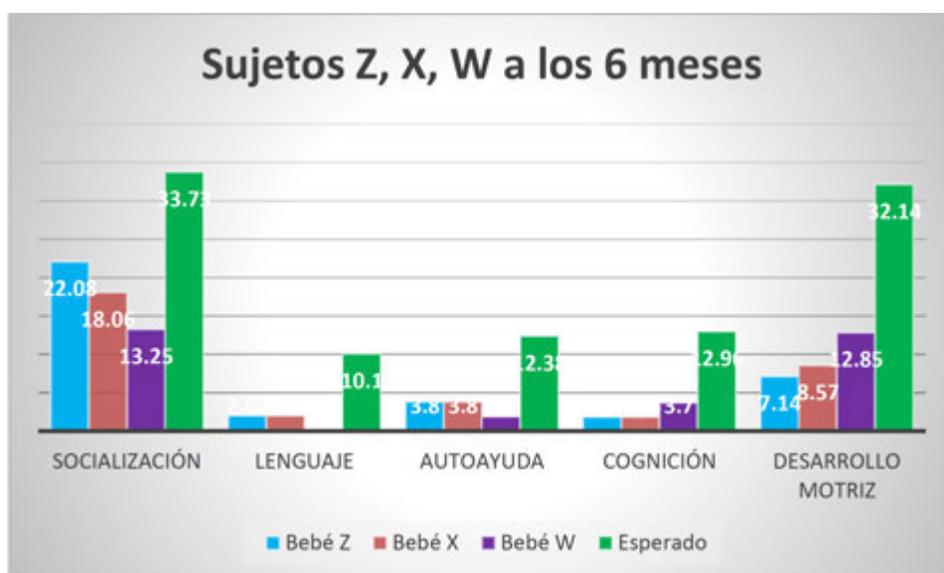


Figura 1. Comparación intersujetos **X**, **W** y **Z** de resultados de evaluación Guía Portage a la edad de 6 meses. Bebé **X** y **W**, con crianza familiar sin estimulación del PEDPI; los números arriba de las columnas es el porcentaje obtenido.

En la figura 2, se puede observar que la hipótesis 2 (Un bebé estimulado con el **Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil (PEDPI)** durante 3 meses, tendrá un mejor desarrollo psicológico a los 6 meses de edad según la escala **Merril Palmer-R (MP-R)**, comparado con el desarrollo psicológico de otro sujeto, de la misma edad, estimulado sólo con la crianza familiar) se cumple. Los resultados muestran una diferencia importante y bastante destacable entre el sujeto **X** (columnas rojas), y el sujeto **Z** (columnas azules) que llevaba tres meses con estimulación dentro del programa. Las columnas verdes representan los puntajes esperados para la edad cronológica de seis meses según la prueba MP-R. El sujeto **X** (sin estimulación de algún programa) obtuvo el puntaje esperado de acuerdo con su edad en el Índice Global y en el Lenguaje Receptivo (no evaluable por esta prueba sino hasta los 13 meses de edad). En el área de Motricidad Fina, superó el puntaje esperado en su edad cronológica, obteniendo, según está prueba, una edad de ocho meses, esto quiere decir que estaría 2 meses arriba de su edad cronológica. Empero, en las áreas de Cognición y Motricidad Gruesa, obtuvo un puntaje

menor al esperado, una edad de 5 meses. El sujeto **Z** (con estimulación del PEDPI), en esta evaluación obtuvo en el Índice Global y en el área de Cognición puntajes arriba de su edad cronológica: de 10 meses, es decir, 4 meses de avance. En el área de Motricidad Fina, obtuvo un puntaje de edad de 12 meses (6 meses de avance). *Algo destacable es la manifestación del Lenguaje, que no es evaluable por esta prueba sino hasta los 13 meses de edad, sin embargo, este sujeto obtuvo un puntaje de edad de 15 meses, esto es, 9 meses arriba de su edad cronológica.* Finalmente, en el área de la Motricidad Gruesa, estuvo a un punto de obtener el puntaje esperado, aun así, superó al sujeto **X**.

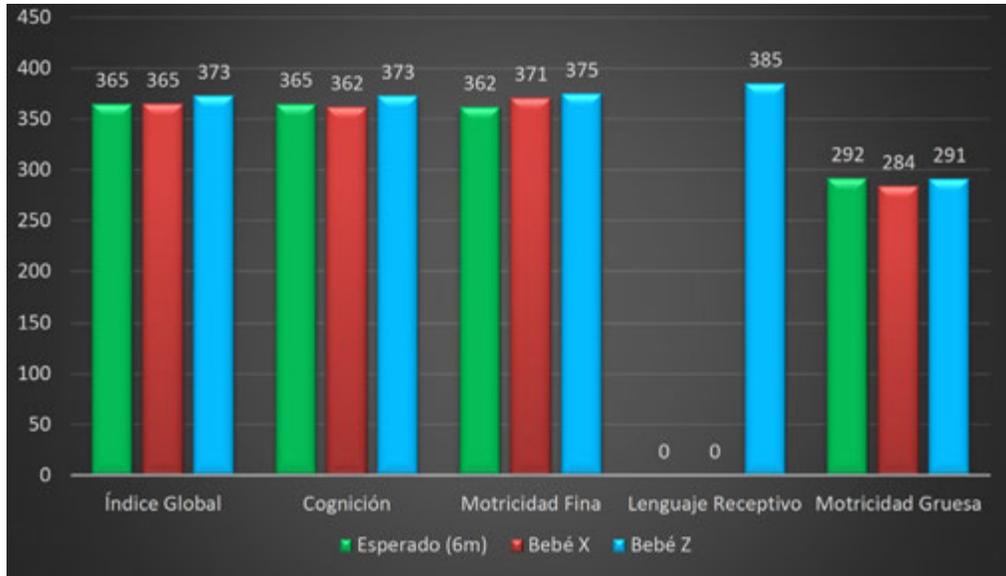


Figura 2. Comparación intersujetos X y Z a los 6 meses de edad, evaluados con Merrill-Palmer-R. Bebé X con crianza familiar sin estimulación del PEDPI; bebé Z con estimulación del PEDPI durante los tres meses previos. Los números arriba de las columnas indican la puntuación de desarrollo según MP-R.

En la figura 3, se observan los resultados de la evaluación realizada a los tres sujetos a la edad de 9 meses de cada uno. **Y** (primera evaluación), **Z** (6 meses de estimulación con PEDPI) y **W** (3 meses de estimulación con PEDPI), se puede observar que la hipótesis 3 (*Un bebé estimulado con el PEDPI durante 6 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico a la edad de 9 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, a la misma edad, 9 meses, según las medidas de GP*), se cumple parcialmente, ya que el sujeto **Y** superó al sujeto **Z** en el área de lenguaje por 2.04 puntos. De igual manera, la hipótesis 4 se cumple parcialmente, ya que el sujeto **Y** superó también al sujeto **W** en el área de lenguaje por 2.04 puntos. Ahora bien, la hipótesis 5 (*Un bebé estimulado con el PEDPI durante 6 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a la edad de 9 meses, que otro que fue estimulado con el mismo programa durante 3 meses, a la misma edad, 9 meses, según las medidas de GP*), no se cumple, ya que el sujeto **W** supera en 4 áreas al sujeto **Z**, en el área de lenguaje tienen la misma puntuación. Ver figura 3.

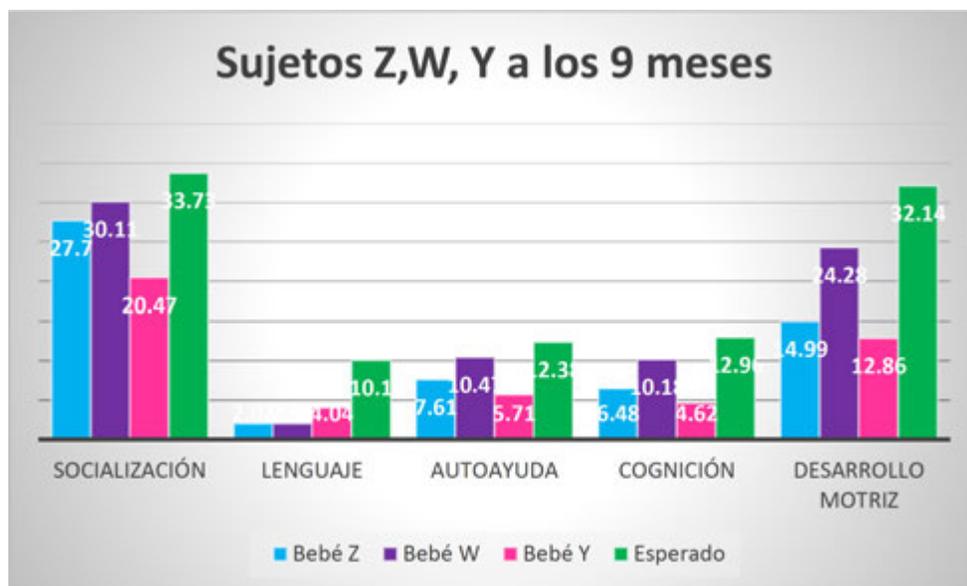


Figura 3. Comparación resultados intersujetos Z, W y Y a los 9 meses de edad, evaluados con Guía Portage. Sujeto Z seis meses con estimulación del PEDPI; sujeto W tres meses con estimulación del PEDPI; sujeto Y con crianza familiar sin estimulación del PEDPI.

En la figura 4, se presentan los resultados de la evaluación realizada a los 12 meses de edad de los sujetos Y, W y Z, con la GP. El sujeto Y (estimulado con crianza familiar), el sujeto W (con seis meses dentro del programa), y el sujeto Z (con nueve meses dentro del programa); en esta figura se puede observar que las hipótesis 6 y 7 se aprueban en su totalidad, ya que los sujetos W y Z, superaron al sujeto Y en todas las áreas, incluso por 4 y hasta 10 puntos. Sin embargo, la hipótesis 8 (El bebé estimulado con PEDPI durante 9 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico, en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que no fue estimulado con ese programa, a la misma edad, según las medidas de GP), no se cumple en su totalidad, ya que el sujeto W, supero al sujeto Z en tres áreas Socialización, Cognición y Desarrollo Motriz, con 2.41, 0.87 y 5 puntos respectivamente, en las demás áreas. En Lenguaje y Autoayuda obtuvieron el mismo resultado.

La figura 5, muestra los resultados de la evaluación realizada a los 12 meses de edad de los sujetos Y, W y Z, con la escala de desarrollo MP-R. En color verde, podemos observar los puntajes esperados para la edad cronológica de doce meses. El sujeto W obtuvo un el Índice Global de 13 meses, igual que en el área de Cognición; en las áreas de Motricidad Fina y Lenguaje Receptivo, obtuvo lo esperado en su edad cronológica; en el área de Motricidad Gruesa, obtuvo un puntaje para 14 meses de edad. El sujeto Z obtuvo un Índice Global de 16 meses de edad; en el área de Cognición 18 meses; en Motricidad fina y Lenguaje receptivo, 15 meses; empero, en Motricidad Gruesa, obtuvo un puntaje para 11 meses, ubicándolo un mes por debajo de su edad cronológica. Finalmente, el sujeto Y obtuvo en Índice Global, en Cognición y Motricidad Fina, un puntaje para 7 meses de edad; en Lenguaje receptivo no puntuó, en concordancia con lo preestablecido en la prueba; en Motricidad Gruesa, obtuvo un puntaje de edad de 9 meses. Por lo que estos resultados nos permiten observar que las hipótesis 9 y 10 se cumplen en su totalidad, ya que el sujeto W y el Z, obtuvieron mejores puntajes que el sujeto Y en todas las pruebas que esta escala evalúa. Ahora bien, la hipótesis 11 (El bebé estimulado con PEDPI durante 9 meses tendrá un mejor desarrollo psicológico,

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

en todas las áreas de desarrollo, a los 12 meses, que otro que fue estimulado con ese programa durante 6 meses, a la misma edad, según la escala MP-R), se cumplió parcialmente, ya que el sujeto **W** obtuvo mejor puntuación que el sujeto **Z** en el área de motricidad gruesa por 39 puntos.

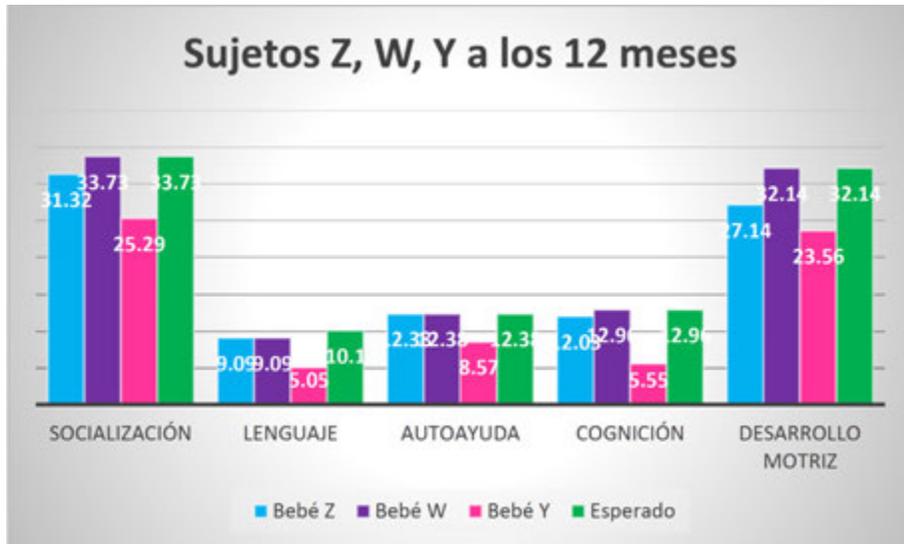


Figura 4. Comparación intersujetos a los 12 meses de edad, evaluados con Guía Portage, Sujeto Y con crianza familiar sin estimulación del PEDPI, sujeto W con seis meses de estimulación del PEDPI, y el sujeto Z, con nueve meses de estimulación del PEDPI.

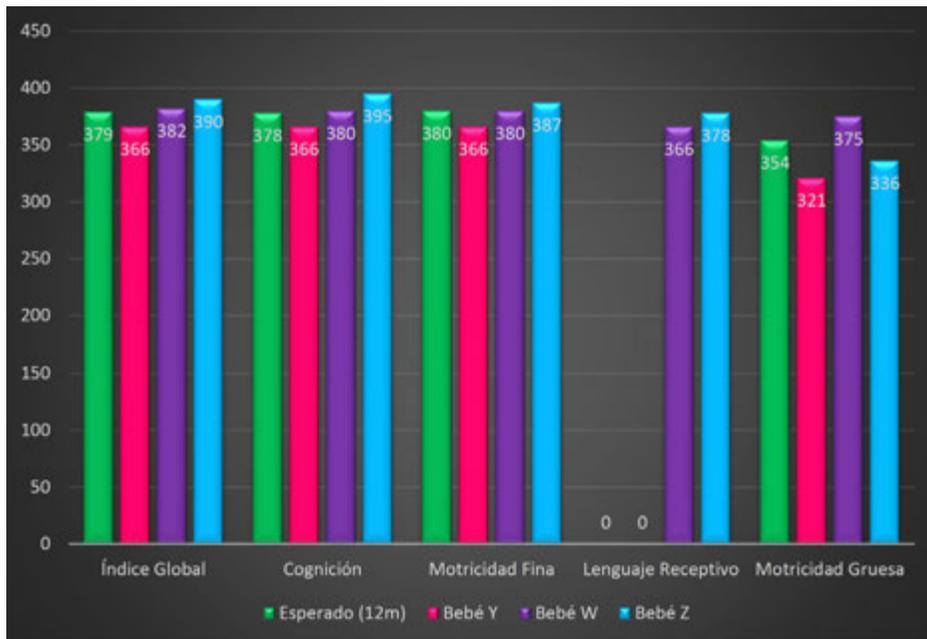


Figura 5. Comparación intersujetos Y, W, Z a los 12 meses de edad, evaluación con Merrill-Palmer-R. Sujeto Y con crianza familiar sin estimulación del PEDPI, Sujeto W con 6 meses en el PEDPI; sujeto Z con 9 meses en el PEDPI.



En la figura 5, también podemos observar que la hipótesis 12 no se cumple, ya que el sujeto **Y** no llegó a los estándares establecidos para los niños de 12 meses en la escala MP-R. Sin embargo, en la **figura 2, comparación intersujetos X y Z a los 6 meses con Merrill-Palmer**, la hipótesis 12, (*Un bebé estimulado durante 9 meses con PEDPI, tendrá los mismos niveles de desarrollo en todas las áreas solicitadas por Guía Portage y MP-Ra los 12 meses de edad*), se cumple parcialmente, pues de las 4 escalas que mide, en una, el sujeto **X** obtuvo el mismo resultado que la escala solicitaba: índice Global; no obstante, en Cognición y Motricidad Gruesa tiene unos puntos abajo, no así en Motricidad Fina donde supera los índices solicitados.

En cuanto a los percentiles que maneja la Prueba MP-R, se puede constatar que ninguno de los sujetos sufre retraso. **Ver tablas 4**. En ella se muestra que, pese a que la categoría se marca como bajo, está dentro del parámetro normal.

Tabla 4. Percentiles de la escala Merrill Palmer-R, en la evaluación de los sujetos Y, W, Z a los 12 meses.

Área	Percentil Categoría		Percentil Categoría		Percentil Categoría	
	Sujeto Y		Sujeto W		Sujeto Z	
Índice Global	14, 3	Medio-bajo	55, 3	Medio	89, 7	Medio-alto
Cognición	11,5	Medio-bajo	47, 3	Medio	94, 5	Alto
Motricidad Fina	10,3	Medio-bajo	32	Medio	63, 1	Medio
Lenguaje Receptivo	36,9	Medio	36,9	Medio	50	Medio
Motricidad Gruesa	5,5	Bajo	78, 8	Medio-alto	19, 3	Medio-bajo

El sujeto **Y** se encuentra más abajo que los sujetos **W** y **Z**. El sujeto **W**, estaría en un promedio medio; el sujeto **Z**, tiene mejores promedios que los sujetos **Y** y **W**.

En la figura 6, podemos observar que la hipótesis 13 (*Un bebé estimulado durante 6 meses con PEDPI, tendrá los mismos niveles de desarrollo en todas las áreas solicitadas por Guía Portage y MP-Ra los 12 meses de edad*), no se cumplió con GP. Ya que el sujeto **Z**, con 9 meses de estimulación con el Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil, sólo llega a un área de desarrollo con los puntajes solicitados en Autoayuda. En las demás estuvo de decimas a 5 puntos para llegar a lo solicitado. Por ejemplo, en Cognición estuvo a 0.93 para llegar a lo solicitado y en Desarrollo Motriz a 5 puntos. Ver figura 6. Tampoco se cumple en la evaluación de MP-R, (**figura 5. Comparación intersujetos Y, W, Z a los 12 meses de edad, evaluación con Merrill-Palmer-R**), porque rebasa los puntajes establecidos, menos los de Motricidad Gruesa.

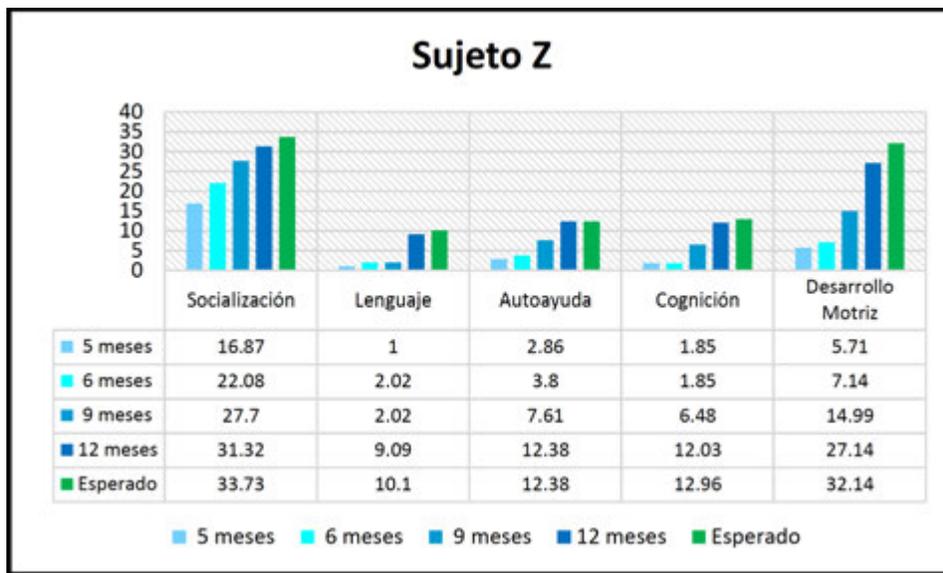


Figura 6. Comparación intrasujeto Z, estimulado con el PEDPI, 4 evaluaciones con Guía Portage.

En la figura 7, la hipótesis 14 (Los bebés no estimulados, tendrán los puntajes establecidos para su edad en una escala de desarrollo estandarizada como MP-R), se cumplió parcialmente con los datos de GP, ya que el sujeto W en lenguaje, estuvo a 1.01 para llegar al puntaje solicitado, en las demás áreas llegó al puntaje esperado. Ver figura 7. Con respecto a MP-R no se cumple, porque rebasa todos los parámetros establecidos por esta escala ver figura 5. Comparación intersujetos Y, W, Z a los 12 meses de edad, evaluación con Merrill-Palmer-R.

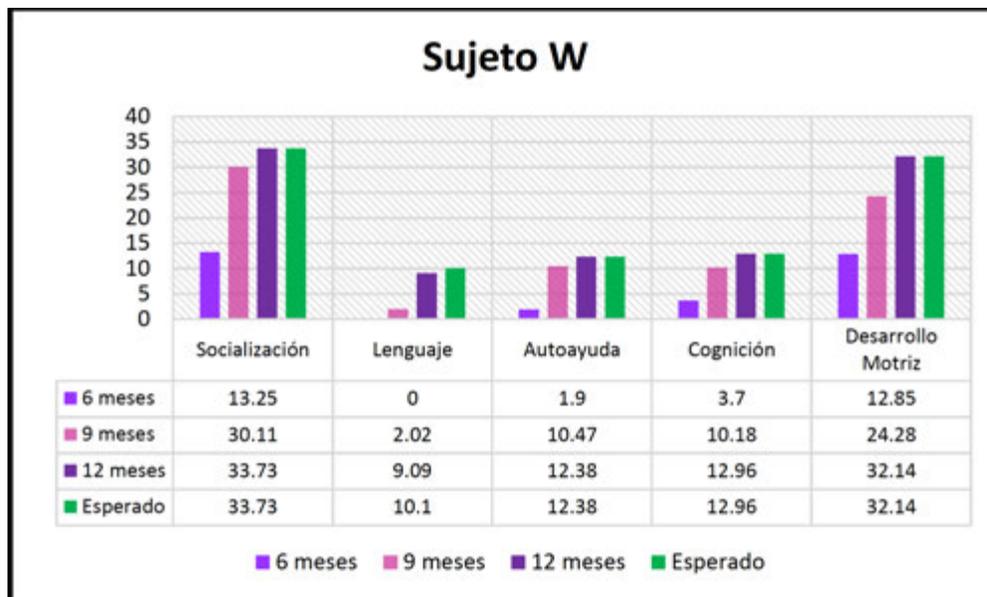


Figura 7. Comparación intrasujeto W, estimulado con el PEDPI, 3 evaluaciones con Guía Portage.



DISCUSIÓN

El Programa de Estimulación no desarrolló todas las áreas en todos los niños en forma predicha por las hipótesis, solo lo hizo parcialmente evaluadas con los dos instrumentos diferentes. Con la GP hubo diferencias notables, pero con la MR-P, su efecto positivo fue notorio. El tipo de instrumento de evaluación influye en la forma de apreciar los resultados. Además, los resultados evidencian que no se puede plantear el desarrollo psicológico como un todo, como si fuera algo cerrado, único, que avanza al mismo tiempo. El desarrollo psicológico es diferenciado entre grandes áreas evaluadas que tienen sus propios ritmos. Además, existen otras variables que no se pudieron seguir puntualmente como los ritmos diferentes de maduración biológica entre los niños, particularmente en la motricidad gruesa, fina y los componentes motores del lenguaje; la complejidad o pobreza de las interacciones familiares con los bebés en las distintas áreas que permitan entender las diferencias en el desarrollo de la comprensión de la lengua materna; de la motricidad, de la socialización, de la autoayuda, etc. Los instrumentos de evaluación (GP y MP-R) no son del todo equivalentes en las áreas, aunque ambas permiten evaluaciones intrasujeto.

La hipótesis 1, se acepta parcialmente porque el sujeto experimental (**Z**) solamente superó al sujeto **X** en Socialización, área más fuerte desde su primera evaluación con GP, y al sujeto **W**, lo superó además en Lenguaje y Autoayuda. Estos resultados afirman la postura de Escotto-Córdova (2005) que plantea que las distintas funciones psicológicas se desarrollan con ritmos diferentes durante el desarrollo de los primeros años de vida.

Ahora bien, la hipótesis 2, se cumple en su totalidad porque el sujeto **Z**, obtuvo un mejor desarrollo, que el sujeto **X**, al haber sido estimulado el primero, tres meses con el PEDPI y evaluado con una prueba distinta, una prueba estandarizada. Son de llamar la atención los resultados en Lenguaje, pese a que en GP, obtuvo la misma puntuación que **X**, lo que nos indica que aun cuando GP puede utilizarse para evaluar el desarrollo, la Escala de MP-R, cuantifica conductas distintas a GP, como las habilidades comunicativas que están latentes en el niño, mucho antes de decir sus primeras palabras que son capaces de transmitir de forma no verbal expresando sus intenciones con quienes lo rodean (Berko & Bernstein, 2010). Actitud que se puede lograr si el adulto está en contacto constante con el niño, platicando y respondiendo a sus gestos, balbuceos, entre otros.

Ahora bien, con respecto a la edad de 9 meses las hipótesis 3 y 4 se cumplen parcialmente, porque el sujeto **Y** superó a **Z** y **W** (sujetos experimentales) en el área de Lenguaje por el doble de puntos. Esto se debe, seguramente, a que el sujeto **Y** obtenía la atención de su madre cuando éste producía sonidos, como lloriqueos, gritos, balbuceos y movimientos de manos, cuando éste tenía hambre, sueño o se sentía sucio. A pesar de ello, se debe resaltar que hablarle constantemente no es sinónimo de regular verbalmente su actividad, es decir, no usaba palabras para designar objetos, estados de ánimo, personas, etc.; no trabajaba el lenguaje en la capacidad de significar, tal como lo menciona Escotto (2019), sino únicamente la producción de sonidos. Además, se coincide con los hallazgos de Baltazar, Escotto, Hernández, Cota y Cota (2018), al concluir que en los 8 bebés de su investigación la estimulación mediante el juego posibilitó un mejor desarrollo del lenguaje de esos infantes. Por otro lado, la hipótesis 5 no se cumple, ya que el sujeto **W** superó en 4 áreas al sujeto **Z**, y esto puede deberse a que cuando la mamá de **W** vio la primera evaluación de su hijo comenzó a realizar todas las actividades sugeridas, pero, sobre todo, le mostraba afecto y respuestas de satisfacción, por ejemplo, le aplaudía diciendo bravo, cariño y le daba un beso, cuando las cosas estaban bien hechas. Coincidiendo con las afirmaciones de Baltazar, (2019) que menciona que en el primer año de vida el afecto y el contacto emocional, son esenciales para los infantes por ser parte de la actividad rectora.

Para la edad de 12 meses, las hipótesis 6 y 7 se cumplieron en su totalidad, ya que los sujetos experimentales, superaron al sujeto **Y** en todas las áreas evaluadas con GP, sin embargo, no se cumple en su totalidad la

hipótesis 8 ya que el sujeto experimental **W** superó al sujeto experimental **Z** en 3 de 5 áreas de Guía Portage. Con lo que respecta a la evaluación con la escala de desarrollo Merrill-Palmer, las hipótesis 9 y 10 también se cumplen, porque los sujetos experimentales (**W**, **Z**) igualmente volvieron a superar al sujeto **Y**, no obstante, la hipótesis 11, se cumple parcialmente, porque el sujeto **W**, superó en Motricidad Gruesa al sujeto **Z**. La hipótesis 12 no se cumplió porque el sujeto **Y** no llegó a los estándares solicitados en una prueba estandarizada. Lo que nos lleva a resaltar, con los resultados de estas 7 hipótesis (de la 6 a la 12), que el desarrollo psicológico es único e individual, tal como lo señala Vigotski (1932/2006), pues los tres sujetos mostraron diferencias *cualitativas* importantes que desembocaron en porcentajes y puntajes diferentes, no con ello colocando a alguno de ellos en condición de retraso tal como se muestra en la **Tabla 3**. Por otro lado, los dos sujetos experimentales obtuvieron en una prueba estandarizada, puntajes superiores a los esperados en su edad cronológica, mostrando que las actividades estructuradas, ordenadas y dirigidas del Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil tiene una repercusión objetivamente positiva en el desarrollo psicológico de bebés sanos en su primer año de vida; lo cual resalta que la falta de conocimiento afecta el estilo de crianza/enseñanza y permea las conductas que los padres asumen en la interacción con sus hijos, tal como señala Sánchez e Hidalgo, (2003) y Zuluaga, et al (2001).

Por otro lado, todos esos resultados coinciden con las posturas de Escotto (2019) y Baltazar (2019) al argumentar que evaluar con una prueba, sólo se está comparando a un sujeto con la norma poblacional, sólo se marcan las diferencias de un individuo con otros, no podemos observar sus potencialidades cualitativas, de lo que puede hacer solo, con ayuda de herramientas o de otros.

Con estos argumentos se revisan las últimas hipótesis. La hipótesis 13 se rechazó, porque el sujeto **Z** a los 12 meses no obtuvo los puntajes solicitados en 4 de 5 áreas de GP y MP-R, obtuvo puntajes más altos en 4 de 5 áreas. El área de Socialización de GP fue donde se observó un desarrollo homogéneo y constante debido a que dentro de la clínica tenía una convivencia e interacción con otros bebés, su mamá, y otros adultos quienes promovían el contacto visual, la comunicación afectivo-emocional; Lenguaje, fue el área donde más se estancó, aunque al 12vo mes se observó que estuvo a un punto de alcanzar lo esperado porque *no dejaba de hacer una actividad cuando se le decía no*. Sin embargo, en MP-R su puntuación, en Lenguaje fue para un niño de 13 meses porque aquí se evalúa básicamente la sonrisa y el mirar a los padres intentando comunicar asombro o pedir ayuda; actividades que se realizaban constantemente en la clínica como parte del programa. En Cognición en GP, *no hacía "ojitos" o decía adiós, cuando se le pedía*, pero en MP-R su puntuación también sobresalió porque podía *prestar atención a las partes pequeñas de un juguete y examinarlas; podía hacer girar juguetes*, por ejemplo; en Desarrollo Motriz con GP *no intento caminar ni dar pequeños pasos*; pero en Motricidad Fina con MP-R, el sujeto pudo meter una ficha a una ranura de una caja, pese a que nunca se había trabajado en la clínica esa actividad. La explicación a todos estos resultados se debe a que la mamá de este sujeto experimental, trabajaba, no podía dedicarle mucho tiempo a su hijo, de las tareas que tenía que entregar sólo entregó el 70% de éstas, pero al notar como su hijo se beneficiaba con el programa, cuando veía el trabajo de otros niños que recién llegaban al programa, comenzó a poner más énfasis y observación en su hijo al entregar las tareas y cuando llegaba de trabajar jugaba con su bebé a meter el dinero a una alcancía, de ahí que pudiera meter una ficha en una caja con ranura, muestra importante del surgimiento social, histórico y cultural de la psique humana mencionado por Vygotski (1925/1991).

Con lo que respecta a la hipótesis 14, ésta se cumple parcialmente, porque el sujeto **W**, no llegó al puntaje solicitado sólo en lenguaje, no pudo *Combinar 2 sílabas distintas en sus primeros intentos de hablar*; él sí tuvo *intentos por caminar y dar sus primeros pasos* a los 11 meses. En la escala de MP-R, rebasó 4 de las áreas solicitadas: Índice



Global, Cognición, Lenguaje Receptivo y Motricidad Gruesa. En Motricidad Fina cumplió con lo solicitado. Hay que resaltar que la mamá de este sujeto solicitó ingresar al programa, cuando a la edad de 6 meses del sujeto, observó que los puntajes de su hijo en Lenguaje, Autoayuda y Cognición eran muy bajos, una vez inscritos, siempre llegaron a todas las sesiones, a tiempo, entregaron el 100% de las tareas, la mamá hacía caso de las recomendaciones, por ejemplo no le permitía que se llevara nada a la boca y cuando se le explicó que era necesario que le permitiera hacerlo para que él de esa forma conociera los objetos, siempre y cuando cuidara que ningún objeto atentara contra su seguridad, ella comentó que no se lo permitía porque su abuela y mamá le comentaron que el niño podía “empacharse”; tampoco le gustaba que su hijo estuviera en el suelo, porque sus familiares le dijeron que “podía agarrar frío”, hasta que se le explicó la importancia de permitirle hacerlo; ella no trabajaba, permitía que su hijo conviviera con su pequeño primo de 2 años, y otros familiares adultos, esto de alguna manera facilitó que cualquiera trabajará con él, porque no se extrañaba de trabajar con personas (adultos o bebés) diferentes. Estos resultados coinciden con las argumentaciones de Álvarez, (2000) Medina (2002) y Laible, (2004), al afirmar que el desarrollo y maduración está compuesta por la afectividad, socialización y sincronía emocional que se le da al niño, en el primer año de vida. así como con Escotto (2019) al argumentar que las características semiósicas y práctica cultural regulan el desarrollo.

CONCLUSIÓN

Los resultados nos dejan ver que:

1. La condición biológica de maduración y crecimiento no determina el desarrollo psicológico, lo condicionan. En el desarrollo psicológico juega una gran importancia la semiosis (construcción social de signos y significados), la cultura, la socioafectividad, la actividad práctica con ayuda de otros, por otros y para otros y para uno mismo (Escotto, 2019; Baltazar, 2019).
2. Cada sujeto es un ser único por lo que no basta compararlos con la norma poblacional o con otros, sólo debe servir de referente para descubrir sus diversas formas para regular su actividad.
3. El ser padre no da la certeza de darle una buena crianza-educación, *per se*. Se necesita de la orientación y capacitación a los cuidadores primarios, para favorecer y potenciar el desarrollo psicológico de los infantes.
4. La actividad rectora de esta etapa de 0 a 1 año: demostración de afecto y contacto emocional, van acompañados de la comunicación afectiva para que el infante desarrollo de mejor manera diversas actividades.
5. El Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil, puede potenciar el nivel de desarrollo de los menores que participan en él.

Dentro de las limitaciones encontradas, está la falta de un sujeto control igual que tiempo que permaneció uno de los sujetos experimentales, desde los 3 meses de edad con la que inicio el sujeto **Z**.

Aumentar el número de sujetos en ambas condiciones.

REFERENCIAS

- Álvarez, F. (2000). *Estimulación temprana. Una puerta hacia el futuro*. México: Alfaomega.
- Aguirre, M. & Esqueda, M. (2010). *Creación de un manual de estimulación temprana para aplicar en el hogar, enfocado al fortalecimiento del vínculo padres-hijo*. España: Universidad Salesiana.
- Baltazar, A. (2019). *Estimulación del desarrollo psicológico infantil*. México: UNAM, FES Zaragoza. En: <https://www.zaragoza.unam.mx/area-ciencias-sociales/>
- Baltazar, A. & Escotto, A. (2017). *Juego protagonizado en la estimulación temprana del desarrollo*. Congreso Interamericano de Psicología: Inclusión y equidad para el bienestar de las Américas. Sociedad Interamericana de Psicología.
- Baltazar, A., Escotto, A., Hernández, M., Cota, J. & Cota, I. (2018). Estimulación del desarrollo del lenguaje hablado en niños de 0 a 5 años sin alteraciones. En A. M. Baltazar (Editora y Compiladora). *Intervenciones psicológicas*. (pp.121-132). México: UNAM, FES Zaragoza. En: <https://www.zaragoza.unam.mx/area-ciencias-sociales/>
- Berko, G. & Bernstein, N. (2010). *El desarrollo del Lenguaje*. España: Pearson
- Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A. & Hilliard, J. (1978). *Guía Portage de educación preescolar, Manual*. (Ed. Rev.). EE.UU: CooperativeEducationalServiceAgency.
- Escotto-Córdova, E. A. (2005). La conciencia: percepción y duplicación abstracta de sí mismo. En: A. Miranda Gallardo & H. Torres (Edit). *Episteme y psique*. (pp.137-204). México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Escotto-Córdova, E. A. (2013). El lenguaje. En Israel Grande-García y Jesús Silva Bautista. *Psicología, teoría y procesos básicos*. (pp. 175-194). México, Manual Moderno.
- Escotto-Córdova, E. A., Sánchez-Ruiz, J. G. y Baltazar-Ramos, A. (2018). Alternancias semióticas en el aprendizaje de las matemáticas. En José Gabriel Sánchez Ruiz y Eduardo Alejandro Escotto Córdova (compiladores): *Alternancias semióticas en la enseñanza de las matemáticas*. (pp.9-34). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. En: <https://www.zaragoza.unam.mx/area-ciencias-sociales/>
- Escotto, E. A. (2019). Prólogo. En A. M. Baltazar. *Estimulación del desarrollo psicológico infantil*. (pp. 9-20). México: UNAM, FES Zaragoza. En: <https://www.zaragoza.unam.mx/area-ciencias-sociales/>
- Flores, J. (2013). Efectividad del programa de estimulación temprana en el desarrollo psicomotor de niños de 0 a 3 años. *Revista Ciencia y Tecnología*, (9), 4, 101-117.
- Flores-Zubía, R. (2009). Efectos de un programa de estimulación temprana en el desarrollo integral de niños de 1 a 12 meses. *Revista Mexicana de Investigación en Cultura Física y Deporte*, (1), 1, 174-187.



- Laible, D. (2004). Mother - child discourse in two contexts: links with child temperament, attachment security, and socioemocional competence. *Developmental Psychology*, 40, 979-992.
- Medina, A. (2002). La estimulación Temprana. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*. 14, 2, 63-64.
- Quezada, V, & Santelices, M. (2010). Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. *Revista latinoamericana de Psicología*. Bogotá, Colombia, 42, 1, 53-61.
- Repetur, K. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista digital universitaria*, 6 (11).
- Roid & Sampers MP-R (2011). Escalas del Desarrollo Merrill-Palmer Revisadas. España: TEA.
- Sánchez, J. & Hidalgo, M. (2003). De las ideas de las madres a las interacciones con sus bebés. *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia*. 19, 2, 279-292.
- Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2012). *La actividad de juego en la edad preescolar*. México: Trillas.
- Viosca, J. (2017). El cerebro. Descifrar y potenciar nuestro órgano más complejo. *Las fronteras de la ciencia*. México: NATIONAL GEOGRAPHIC, RBA.
- Vygotski, S. L. (1925/1991). La conciencia como problema de la psicología del comportamiento. En Álvarez y Del Río (Ed.). *Lev Semiónovich Vygotski. Obras Escogida. Tomo I. Problemas teóricos y metodológicos de la Psicología*. (pp. 22-35). Madrid: Visor.
- Vygotski, S. L. (1932/2006). El problema de la edad. En Álvarez y Del Río (Ed.). *Lev Semiónovich Vygotski. Obras Escogida. Tomo IV. Psicología Infantil*. (pp. 251-274). Madrid: Visor.
- Vygotski, S. L. (1934/1993) Pensamiento y Lenguaje. En A. Álvarez y P. del Río (Eds.). *Lev Semiónovich Vygotski. Obras escogidas, T. II. Problemas de psicología general* (pp.9-348). Madrid: Visor.
- Zuluaga, J., Buriticá, C., Rey, M., Buitrago, D., Trujillo, C.& De Castaño, J. (2001). La familia como eje terapéutico del acto en salud. En Zuluaga, J. *Neurodesarrollo y Estimulación*. (pp. 260-266). Colombia: Panamericana.

Capítulo 2



La práctica preprofesional como elemento sustancial para la formación de profesionistas en Psicología

Sandra Irma Montes de Oca
Emiliano Antonio Gutiérrez-Fierros

RESUMEN

La importancia que tiene la formación práctica en el pregrado de psicología ha sido ampliamente documentada en la literatura científica, no así la evaluación de este proceso de aprendizaje. La presente investigación tiene como objetivo conocer la percepción que 497 participantes tuvieron sobre los aprendizajes que obtuvieron cuando cursaron sus prácticas preprofesionales durante el semestre de primavera 2020 en una Universidad privada de la Ciudad de México. Se utilizó una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta para evaluar las áreas de formación profesional y sustento teórico de las prácticas, el proceso de supervisión, la figura del supervisor y los escenarios donde los estudiantes realizan sus intervenciones. Los resultados obtenidos reportan que el 94.5% de los alumnos consideran que la teoría revisada en clase les permite responder a las demandas de las personas con las que realizaron la intervención, el 98% de los encuestados dijeron estar satisfechos con la formación del supervisor responsable del grupo y el 94.5% de los estudiantes consideró que el escenario donde se realizó la práctica era el adecuado para aplicar los conocimientos aprendidos durante el semestre.

INTRODUCCIÓN

La educación superior tiene como función proveer de conocimientos teóricos y prácticos a los estudiantes para que, al momento de incorporarse a un trabajo, puedan enfrentar la realidad laboral con las herramientas desarrolladas durante su tiempo de estudio. Específicamente en el caso de la formación en psicología, según Benito (2009), la incorporación de la formación práctica en escenarios reales a los planes de estudio de la licenciatura en psicología (que en la actualidad es una tendencia internacional) tiene sus orígenes en Estados Unidos en 1949 con el Modelo *Boulder*. Otro de los antecedentes importantes de esta inclusión, se encuentra en 2008 en Europa con el desarrollo del proyecto *Europsy*, en el que se identificó como un criterio de calidad para la obtención del Diploma Europeo de Psicología, la realización de un año de práctica supervisada (Bartram & Roe, 2005). En Latinoamérica, con el Modelo Bogotá y con el Protocolo de Acuerdo Marco sobre Formación de los Psicólogos en los países del Mercosur y Países Asociados (Herrera & Santos, 2014), se determinó la obligatoriedad de incluir prácticas institucionales supervisadas junto con la formación interdisciplinaria para la educación de los futuros profesionales de la salud mental (Ferrero & Andrade, 2007). En México, Díaz Barriga et al. (2006) han reportado la relevancia de incluir prácticas situadas, basadas en el aprendizaje reflexivo, para la formación de psicólogos educativos.

A lo largo del tiempo, distintos investigadores han puntualizado la importancia de ofrecer a los alumnos contextos de prácticas durante la formación (Billett, 2009; Hascher, Cocard, & Moser, 2004; Zeichner, 2010) en los que se fomenten los aprendizajes adaptados a las situaciones, que respondan a las necesidades de un sector en específico, que impliquen la resolución de problemas y que tengan un rol facilitador a la hora de incorporarse al mundo laboral (Korthagen, Loughran, & Russell, 2006; Marcos, Migueláñez, Sánchez, & Conde, 2015; Matthew, Taylor, & Ellis, 2012; Zabalza M. Á., 2011).

A pesar de lo antes descrito, es innegable que se han presentado dificultades en la incorporación de programas para la formación práctica de los futuros profesionales de la salud mental, mismas que han sido reportadas por Ramírez y Ramos (2016, citados en Montes de Oca, 2020) como son: el que los alumnos se perciban poco competentes para realizar las prácticas preprofesionales, el desequilibrio entre los ámbitos formativos del psicólogo (académico y práctico), el que se les solicite a los estudiantes que desarrollen actividades alejadas de su ámbito profesional y el desacuerdo que existe entre las competencias que requieren los empujadores y las que poseen los estudiantes a su egreso de la Universidad, entre otros. Es por lo antes descrito que hace falta profundizar en la investigación de los procesos de formación, de participación y de aprendizaje de los alumnos en los escenarios prácticos, así como en su evaluación (De Diego Correa & Horz, 2017).

Según Montes de Oca (2020) existen diversas visiones, aunque relacionadas, acerca de cómo son entendidas y definidas las prácticas preprofesionales realizadas por los estudiantes durante su formación académica, éstas han sido descritas como un proceso formativo (Kaslow, 2004; Zabalza, 2011), por sus funciones de articulación y de integración tanto de la identidad profesional (Andriozzi, 2011; Beraza, 2017; Domínguez et al., 2007; Fortes & Lomnitz, 1991) como del currículo (Armengol, Castro, & Jariot, 2011; Sánchez, 2016; Schön, 1992; Ruiz & Palacios, 2017; Tallaferró, 2006), como un puente de vinculación entre la teoría (mundo académico) y la práctica en escenarios reales (Ferrero & Andrade, 2007; Moreno, 2002; Stenhouse, 1997; Tallaferró, 2006; Veloz, 2016), como una oportunidad de reflexión de los alumnos sobre su experiencia, su quehacer profesional y sobre sí mismos (Boud, Keogh, & Walker, 1985; Puente, 2011; Ruiz & Palacios, 2017; Tallaferró, 2006), como un dispositivo estructurado, sistemático, problematizador y supervisado que permite el desarrollo de competencias genéricas y profesionales (Domínguez et al., 2007; Ferrero, 2012; Puente, 2011; Raposo & Zabalza, 2011) como un método de enseñanza-aprendizaje que permite a los alumnos aprender valores, actitudes, saberes, formas de ser, de pensar, de hablar y de sentir (Tallaferró, 2006), como una forma de establecer vinculación con el contexto social, económico, político y cultural y como una transición entre la universidad y el mundo laboral (Díaz Barriga et al., 2006; Fortes & Lomnitz, 1991; Sánchez et al., 2011), entre otras. De esta forma, para la presente investigación consideramos las prácticas preprofesionales como un dispositivo de enseñanza-aprendizaje con una estructura, una función problematizadora, y que cuenta con una supervisión por parte de académicos de la Universidad de carácter profesionalizante y académico. Las prácticas permiten entonces, la aplicación real de los conocimientos, habilidades y herramientas desarrolladas por los estudiantes durante su formación práctica, con una temporalidad específica (semestral), y contando con objetivos precisos para ser desarrolladas en distintos ámbitos para los que los psicólogos son entrenados, como lo son instituciones educativas, organizaciones del sector público y privado, hospitales, clínicas, centros comunitarios y otros, siempre en la búsqueda de la edificación de una sociedad más libre, solidaria e incluyente desde la psicología (Montes de Oca, 2020).

El enfoque psicopedagógico que sirve de sustento para las prácticas preprofesionales que se realizan en la Universidad Iberoamericana, Ciudad de México (IBERO), está basado en el Paradigma Pedagógico Ignaciano (Compañía, 1993), las teorías del aprendizaje experiencial y situado, de enseñanza reflexiva y por competencias, utilizando la metodología del aprendizaje servicio. Como consecuencia, la educación se concibe desde una perspectiva humanista, y se define el aprendizaje como significativo, contextualizado, transferible, funcional y que



fomenta la habilidad de aplicar lo aprendido. El estudiante es autónomo, reflexivo y responsable de su propio aprender y el profesor/supervisor es concebido como un mediador reflexivo que busca que sus alumnos puedan desarrollar las competencias del futuro profesional de la salud mental.

La metodología del proceso de enseñanza aprendizaje es el diálogo reflexivo, teniendo la evaluación una función formativa, ya que se preocupa por el desarrollo equilibrado de los estudiantes como personas para los demás. Por último, se consideran como ejes transversales de las asignaturas prácticas, a la ética profesional y a la justicia y la responsabilidad social (Montes de Oca, 2020).

Las prácticas preprofesionales de la licenciatura en Psicología de la IBERO están compuestas por tres elementos, a saber: teoría, práctica y supervisión. Según García y Sáez (2011), estas asignaturas permiten una interacción compleja entre estos tres elementos antes mencionados, ya que promueven que los alumnos entiendan que las situaciones prácticas no se resuelven aplicando solamente la teoría de una manera descontextualizada. Por su parte, Veloz (2016) menciona que la relación entre estos tres aspectos es lo que posibilita el ingreso de los alumnos al campo profesional de la psicología. Lo antes descrito, en términos de Vallejo y Molina (2011), permitirá que los estudiantes se formen como profesionales reflexivos, creativos y con una sólida base de conocimientos científicos y técnicos a partir de la observación, la intervención y el análisis que realizan sobre las experiencias y vivencias que tienen lugar en el contexto real (Sepúlveda, Gallardo, Mayorga, & Madrid, 2017).

La supervisión se concibe como un espacio y un dispositivo de contención que permite, a través de la reflexión dialógica, la vinculación entre el conocimiento teórico y el práctico, así como la revisión de la práctica misma y de su impacto exterior (Montes de Oca, 2020). El marco metodológico de la supervisión entonces es definido como investigación-acción participativa, ya que busca promover la reflexión a través de un diálogo colectivo con el grupo (Martínez, et. al., 2016). El proceso que se lleva a cabo durante ésta comienza por un análisis de la narración del supervisado por parte del supervisor, lo que le permite conversar con él y ayudarlo a la toma de conciencia de las áreas de trabajo en las que quiere y puede intervenir. El segundo punto tiene que ver, como lo describe Schön (1992), con la reflexividad y la reflexión, en la que el estudiante aprende, en la medida en que demuestra ser capaz de manejarse de manera profesional y vincular la parte teórica con lo que está sucediendo durante su intervención. De esta forma, la reflexión se centra en el señalamiento, por lo que se debe de evitar la interpretación clínica, la crítica o la valoración por parte del supervisor (Montes de Oca, 2020). El tercer punto, guía el funcionamiento del estudiante, como persona profesional integrada en la práctica profesional, sin perder de vista que está inmerso en un proceso de aprendizaje.

Otro de los aspectos centrales en la realización de las prácticas preprofesionales es el papel que desempeña el profesor/supervisor porque incide sobre los siguientes aspectos, todos vinculados con el comportamiento profesional que aprenderá el supervisado; qué hizo o dejó de hacer, pensó que debía hacer, o quiso hacer, pero no se atrevió; qué experimentó, cómo se manejó con sus sentimientos y los de las otras personas; y cómo lo relaciona todo (Montes de Oca, 2020).

Si bien hasta ahora se ha descrito la relevancia de la formación práctica en los estudiantes de pregrado de psicología, es deseable ahora introducir el tema de su evaluación. La relevancia de lo anterior se evidencia en un estudio realizado por Ortega y Zych (2013) referente a la satisfacción que tuvieron los futuros profesionales de la salud mental con la formación que recibieron en su paso por la educación superior, encontrándose que un sesenta y dos por ciento de los encuestados consideraron que lo aprendido durante su licenciatura no coincide con las demandas laborales, siendo su principal queja la falta de formación a través de prácticas preprofesionales, seguida por la falta de profundidad de los conocimientos y el exceso de teoría revisada.

Es importante señalar que las prácticas preprofesionales, como cualquier otro proceso de formación educativa, deben contener un eje de evaluación, el cual permita conocer tanto las fortalezas como los puntos a desarrollar dentro de cada experiencia de práctica. Como primer acercamiento al desarrollo de un sistema de evaluación de las prácticas preprofesionales, la jefatura de este eje curricular dentro de la IBERO realiza un levantamiento de opiniones cada semestre en línea sobre la experiencia y puntos clave de los estudiantes inscritos en una de las ocho materias que conforman este eje. A la par, se realiza una visita a los escenarios donde los alumnos realizan las intervenciones, privilegiando las instituciones donde se han encontrado problemáticas o de nueva incorporación para realizar un diagnóstico con información directa.

En el siguiente apartado, se presentan los resultados obtenidos de la última aplicación de la encuesta durante el periodo de primavera de 2020.

MÉTODO

Se diseñó una encuesta de opinión con una escala tipo Likert de cinco opciones de respuesta, que iban de Totalmente en desacuerdo a Totalmente de acuerdo, para recabar la experiencia de los alumnos que cursaban las materias de prácticas de primero a octavo semestre de la Licenciatura en Psicología de la Universidad Iberoamericana. El cuestionario se centró en cuatro temas principales que marcan la formación, aprendizajes y proceso de la práctica académica como aspecto fundamental de la educación del psicólogo en México: 1) la formación profesional y sustento teórico de las prácticas; 2) la supervisión; 3) el supervisor, y; 4) los escenarios de práctica.

PROCEDIMIENTO

El cuestionario fue distribuido a un total de 64 grupos de práctica de primero a octavo semestres de la licenciatura programadas durante el semestre de otoño 2019. Se encuestaron 12 grupos de la práctica de desarrollo infantil, 7 de la práctica de desarrollo adolescente, 9 de la práctica de vida adulta y vejez, 4 de la práctica de proceso grupal, 9 de la práctica de psicología comunitaria, 6 de la práctica de integración de casos, 10 de la práctica con poblaciones específicas y 7 de la práctica de intervención en psicología. La participación de los estudiantes fue totalmente anónima y voluntaria, y se les informó antes de su aplicación, mediante el correo electrónico institucional, la página de *Facebook* del área de prácticas académicas de la licenciatura en psicología y de sus supervisores, la finalidad académica del estudio; también se les aseguró privacidad con que sería tratada la información recabada. Al final de la aplicación, se obtuvo una muestra de 497 participantes; la encuesta se realizó entre el 26 de abril y el 3 de mayo de 2020 mediante la herramienta *SurveyMonkey*.

RESULTADOS

El primer análisis se realizó sobre la Formación profesional y sustento teórico de las prácticas. Se analizaron cuatro principales aspectos de la formación de los alumnos: 1.- el proyecto general/final propósito de la práctica, que comprende la totalidad de los temas vistos y la experiencia adquirida, 2.- la vinculación teórica y práctica mediante



la labor realizada en los escenarios de prácticas, así como 3.- el uso de la teoría para el diseño de estrategias de intervención por parte de los alumnos, y finalmente, 4.- la importancia de la teoría como fundamento básico para la preparación ante la labor psicológica con personas con necesidades y demandas. Como se puede observar en la Figura 1, la opinión general de los alumnos se encuentra concentrada en las respuestas positivas, con porcentajes de “totalmente de acuerdo” desde 63.6% hasta 81.1% seguidos de puntuaciones “de acuerdo” desde 14.7% hasta 27%. El puntaje más alto de opiniones positivas sumadas (95.8%) lo obtuvo la consideración por parte de los alumnos de que la teoría revisada durante la clase está directamente vinculada con la práctica, lo que habla de una planeación previa importante, y una pertinencia de los temas vistos con la realidad social en la que trabajan los alumnos dentro de los escenarios de prácticas.



Figura 1. Formación profesional y sustento teórico de las prácticas.

El segundo aspecto central de la formación en la práctica académica de los alumnos es el proceso de supervisión, el cual se considera un aspecto esencial para poder realizar el vínculo entre la teoría y los casos reales con los que trabajan los alumnos, y un aspecto de contención y comprensión necesario al trabajar directamente con poblaciones que requieren apoyo psicológico. Se analizaron tres aspectos principales: 1.- la supervisión como proceso conductor para la identificación y reconocimiento de las habilidades psicológicas y profesionales que desarrolla el alumnado progresivamente, 2.- el apoyo y contención que ofrece un espacio específico para la supervisión, y finalmente, 3.- las herramientas que se deben adquirir mediante la supervisión para enfrentar los retos de las prácticas académicas.

Como se puede observar en la Figura 2, la experiencia de los alumnos durante la supervisión ha sido positiva, con la mayoría de las opiniones en las respuestas positivas de “totalmente de acuerdo” y “de acuerdo”. El elemento más importante para los alumnos parece ser la función de la supervisión para reconocer sus habilidades y valores profesionales, teniendo un total de respuestas positivas de 95.3% (72.2 totalmente de acuerdo y 23.1 de acuerdo).

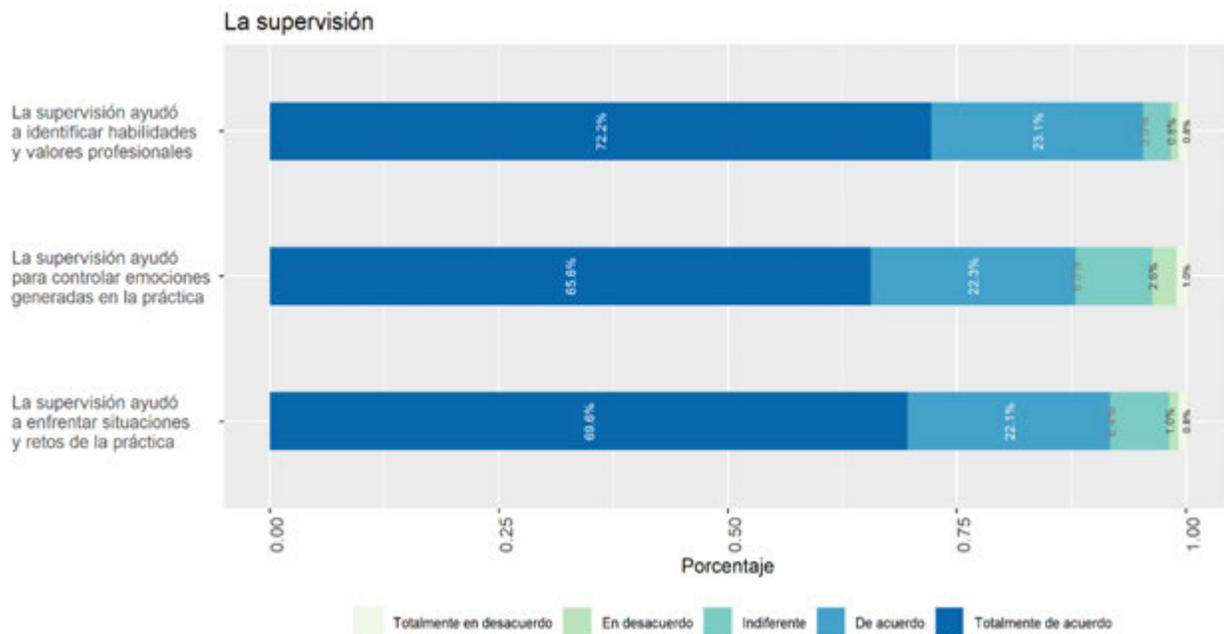


Figura 2. La supervisión.

El rol que desempeña el supervisor es fundamental para el desarrollo y crecimiento académico y profesional del alumnado, ya que es el vínculo básico entre el conocimiento adquirido hasta ese momento de la Licenciatura del estudiante con la realidad social y los usuarios de las prácticas. Se buscó conocer como conciben los alumnos la labor realizada por los supervisores mediante tres aspectos esenciales (Figura 3): 1.- la atención y seguimiento a las necesidades de los alumnos durante las prácticas (91.2% de la sumatoria de opiniones positivas), 2.- si el supervisor que imparte la práctica cuenta con conocimiento amplio tanto teórico como práctico para liderar al grupo (98% de la sumatoria de opiniones positivas), y finalmente, 3.- si el supervisor cubrió las expectativas de los estudiantes respecto a la práctica (91.5% de la sumatoria de opiniones positivas).

Finalmente, el escenario de prácticas es el espacio en el cual los alumnos trabajan directamente con los usuarios y ponen en práctica sus conocimientos. La selección de los escenarios es fundamental porque implica poder responder a las demandas teóricas del desarrollo del alumno dependiendo de su semestre, y a la vez poder ofrecer un espacio psicológico a grupos vulnerables, y con necesidades que no siempre tienen respuesta por parte de las instituciones públicas. Se exploraron dos aspectos principales sobre los escenarios (Figura 4): 1.- el interés por parte de los alumnos de trabajar en dicho escenario (97% de la sumatoria de opiniones positivas) y 2.- la consideración sobre si el escenario de prácticas al que asistía el estudiante era el adecuado para poner en práctica los conocimientos aprendidos (94.5% de la sumatoria de opiniones positivas).

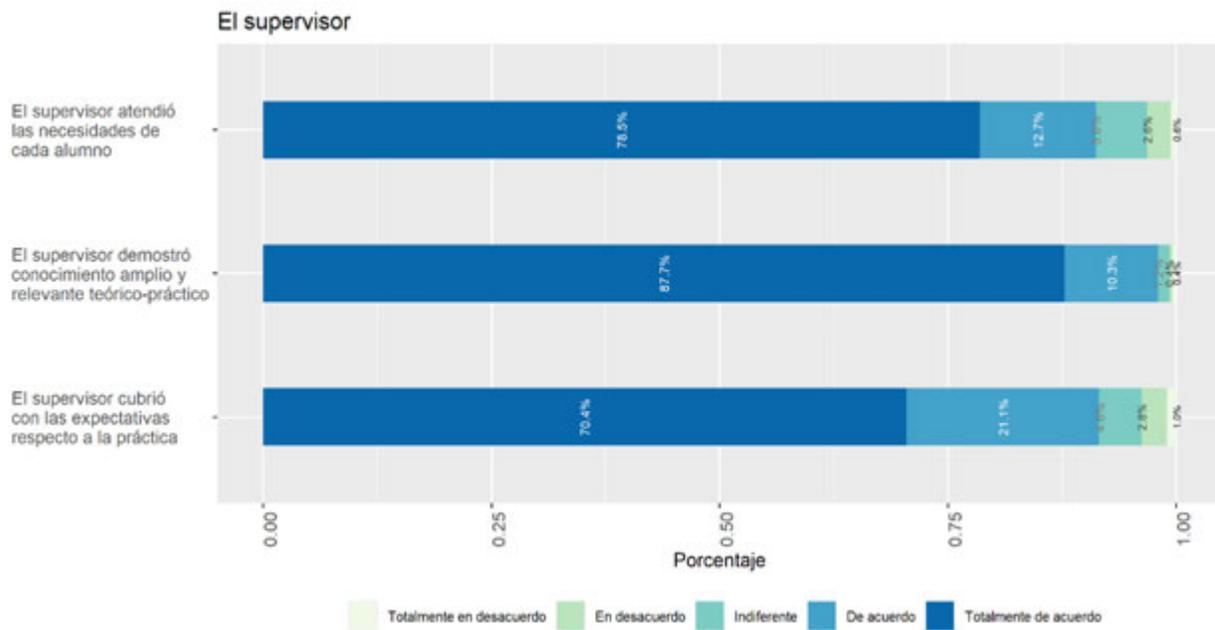


Figura 3. El supervisor.

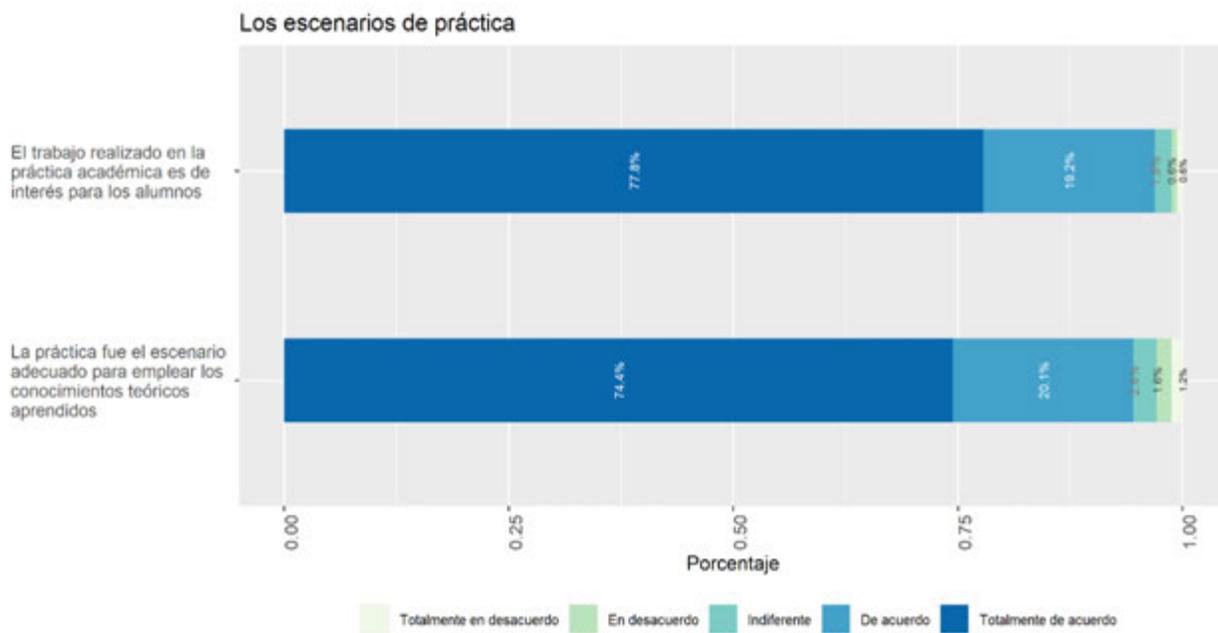


Figura 4. Los escenarios de prácticas.

DISCUSIÓN

El presente estudio se enfocó en conocer la percepción general de los estudiantes de licenciatura sobre sus aprendizajes, la aplicación práctica de los mismos, el proceso de supervisión y el supervisor, y los escenarios de práctica, como elementos sustantivos de su crecimiento profesional. La encuesta realizada tuvo como objetivo recabar dichas percepciones para poder informar y desarrollar los aspectos esenciales de las prácticas preprofesionales, y la experiencia que los estudiantes adquirirán mediante ellas.

Los resultados obtenidos denotan una experiencia primordialmente positiva en las prácticas preprofesionales por parte de los estudiantes, lo que resalta la importancia como se menciona en la literatura, de vincular los aspectos teóricos aprendidos en clase, con la experiencia preprofesional en el mundo real (Ferrero & Andrade, 2007; Moreno Martín, 2002; Stenhouse, 1997; Tallaferro, 2006; Veloz, 2016). Este tipo de vinculación es la que permite a los alumnos desarrollar estrategias de actuación e intervención frente a las necesidades reales de los usuarios de las prácticas, ya que ofrece un espacio sin precedente para que los estudiantes observen distintos tipos y niveles de actuación de acuerdo con lo aprendido durante su carrera. Este último punto se puede corroborar al encontrar que los estudiantes que respondieron la encuesta calificaron de forma positiva (94.5%) el cuestionamiento sobre si las enseñanzas en clase los prepararon para responder a las demandas de los usuarios.

Otro elemento esencial para la conformación de una práctica preprofesional sólida y benéfica para el crecimiento de los estudiantes, es el papel que juega el supervisor de la práctica como pilar no solo de conocimiento, sino de acción ante los retos que enfrenten los alumnos en el escenario. La actual investigación corroboró lo descrito por Montes de Oca (2020) en relación con el rol del supervisor visto desde las necesidades de los alumnos, retomando que el supervisor debe saber demostrar su preparación y conocimiento para contener a los alumnos, orientarlos, enfocar su actuar, y responder a necesidades específicas de cada estudiante. De esta forma, se puede considerar que la experiencia en la práctica preprofesional está directamente vinculada, y es hasta cierto punto dependiente del trabajo arduo del supervisor encargado.

Finalmente, los escenarios de práctica son elementos esenciales para que el/la psicólogo(a) en formación se sienta preparado(a) para responder a las demandas del campo laboral una vez que haya terminado su formación de Licenciatura. Dentro de la jefatura de prácticas mencionada del programa de Psicología de la IBERO, se ha prestado especial atención a la alineación de los escenarios como espacios para la aplicación de los conocimientos de los estudiantes, relacionándolos con los conocimientos que requerirán para su desempeño profesional, y la realidad social y comunitaria de su país. De esta forma, se busca responder a la carencia que resaltan Ortega & Zynch (2013) sobre la falta de vinculación de las actividades laborales y profesionales que demanda su carrera, y los aprendizajes obtenidos en las prácticas. Se puede observar una evaluación positiva sobre este trabajo de alineación en las respuestas de los estudiantes sobre la funcionalidad del escenario de práctica para para la aplicación de sus aprendizajes.

El presente estudio, aunque se trata únicamente de la recopilación de opiniones acerca de la formación en la práctica, es un paso inicial para el desarrollo de un instrumento sensible y confiable para poder evaluar las prácticas académicas. Se puede observar que los cuatro aspectos son importantes para los alumnos y su formación, por lo que la información aquí contenida ayudará al desarrollo de ítems y finalmente una escala posterior para evaluar objetivamente el impacto de las prácticas tanto en el alumnado, como en los escenarios y supervisores.



Como limitación principal, en este estudio se trabajó con una encuesta de percepción, que, por definición, tiene la restricción de ofrecer únicamente datos de opinión y su distribución. Sin embargo, el estudio se realizó con la finalidad de ofrecer un diagnóstico actual de las prácticas de acuerdo con la experiencia de los alumnos. La información recabada informará y guiará la creación de un instrumento de evaluación para las prácticas centrándose en los principales aspectos explorados.

REFERENCIAS

- Andriozzi, M. (2011). Las prácticas profesionales de formación como experiencias de pasaje y tránsito identitario. Recuperado de Archivos de Ciencias de la Educación, 4^a. Época: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.5431/5431.pdf
- Armengol, C., Castro, D., & Jariot, M. (2011). El Practicum en el Espacio Europeo de Educación Superior (EEES): mapa de competencias del profesional de la educación. *Revista de Educación*, 354, 71-98.
- Bartram, D., & Roe, R. (2005). Definition and Assessment European Diploma in Psychology. *European Psychologist*, 10, 93-102.
- Benatuil, D., & Laurito, J. (2015). El rol de las prácticas profesionales supervisadas en una muestra de estudiantes de psicología de una universidad de gestión privada argentina. *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 397-410.
- Benito, E. (2009). La formación psicológica: Revisión y perspectivas. *La formación psicológica: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 1(2), 3-10.
- Billett, S. (2009). Realising the educational worth of integrating work experiences in higher education. *Studies in Higher Education*, 827-843.
- Boud, D., Keogh, R., & Walker, D. (1985). *Reflection: turning experience into learning*. London: Kogan Page.
- De Diego Correa, M., & Horz, E. W. (2017). Participación guiada de psicólogos en formación en dos comunidades de práctica profesional. *Perfiles Educativos*, 39(155), 20-37.
- Díaz Baños, A., & Flores Macías, R. D. (2011). El cambio en el pensamiento profesional del psicólogo escolar en formación. *Perfiles educativos*, 33(134), 65-76.
- Díaz Barriga, F. (2006). *Enseñanza situada: vínculo entre la escuela y la vida*. México: McGrawHill.
- Díaz Barriga, F., Hernández, G., Rigo, M. A., Saad, E., & Delgado, G. (2006). Retos actuales en la formación y práctica profesional del psicólogo educativo. *Revista de la Educación Superior*, XXXV (1), 137, 11-24.
- Domínguez, J., Merino, H., Moreno, F., González, R., Sánchez, J., & Vera, J. (2007). El Practicum de Psicología en el Espacio Europeo de Educación Superior. Recuperado el 3 de Febrero de 2017, de http://www.uab.cat/Document/PracticumEEES_2007,0.pdf

- Ferrero, A. (2012). Guía de Compromiso Ético para las prácticas preprofesionales en psicología. *Fundamentos en Humanidades*, 135-151.
- Ferrero, A., & Andrade, E. (2007). Propuestas vigentes para la formación ético-deontológica en Carreras de Psicología en el contexto del Mercosur: el caso argentino. *Fundamentos en Humanidades*, 15, 163-176.
- García, J., & Sáez, J. (2011). Educación Social. ¿Qué formación para qué profesional? *RES, Revista de Educación Social*, 13, 1-14.
- Gómez del Campo, J. (2011). *Psicología de la Comunidad. perspectivas teóricas modelos y aplicaciones un punto de vista humanista*. México: Plaza y Valdés.
- Gonzalez, E. I. (2015). Factores del contexto socioeconómicos y educativos en estudiantes de nivel superior, sugerencia para una realidad actual. *Interamerican Journal of Psychology*, 399-412.
- Hager, P., Holland, S., & Beckett, E. (2002). Enhancing the Learning and Employability of Graduates: The Role of Generic Skills. *Hert Position Paper*, 7, 1-16.
- Hascher, T., Cocard, Y., & Moser, P. (2004). Forget About Theory Practice Is it? Student Teacher's Learning in Practicum. *Teacher and Teaching: Theory and Practice*, 10 (6), 623-637.
- Herrera, Y. P., & Santos, S. C. (2014). Reflexiones sobre la formación científica del psicólogo. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*, 2014_10.
- Kaslow, N. J. (2004). Competencias en Psicología Profesional. *American Psychologist*, 59, 774-781.
- Korthagen, F. J., Loughran, J., & Russell, T. (2006). Developing Fundamental Principles for Teacher Education Program and Practices. *Teaching and Teacher Education*, 22 (8), 1020-1041.
- Lafarga, J. (1977). Formación del profesor en psicología en la investigación de las necesidades del país. Consejo para la enseñanza e investigación en psicología, 33-38.
- Lartigue, T., & Biro, C. (1986). *Alternativas para el diálogo con comunidades marginadas*. México: Alhambra Universidad.
- Marcos, J. J., Migueláñez, S. O., Sánchez, E. M., & Conde, M. J. (2015). La supervisión de prácticas profesionales desde una perspectiva multidisciplinar. Aproximación multidisciplinar a la supervisión del prácticum en las carreras de Educación, Medicina, Informática, Comunicación y Documentación. *Revista del Congrés Internacional de Docència Universitària i Innovació (CIDUI)*, 2.
- Martínez, A., Mauri, T., Colomina, R., Agirre, N., Clarà, M., Bilbatua Perez, M., & Lopez de Arana, E. (2016). Prácticas de reflexión colaborativa. Análisis de casos reales, relación teoría-práctica, comunidades de práctica. Recuperado el 2 de julio de 2017, de www.cidui.org/revistacidui



- Matthew, S. M., Taylor, R. M., & Ellis, R. A. (2012). Relationships between students' experiences of learning in an undergraduate internship programme and new graduates' experiences of professional practice. *Higher Education*, 529-542.
- Moreno Martín, F. (2002). *Practicum de Psicología*. Madrid: Pearson Educación, S. A.
- Ortega, R., & Zych, I. (2013). Profesionales de la psicología y formación universitaria: buscando referencias para el título de Grado en Psicología. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 83-96.
- Penna, F., de Andrea, N., & Ballari, B. (2008). La formación en psicología desde las políticas del mercosur. Recuperado el 11 de septiembre de 2017, de <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php>
- Puente, O. (2011). Prólogo a *Prácticas Pre-Profesionales de Psicología*. Dialogo entre contextos. Córdoba: Universidad de la Plata.
- Ramírez, L. N., & Ramos, C. L. (2016). Aprendiendo a ser psicólogo: transiciones identitarias en el aula universitaria. *Revista de la Educación Superior*, 45 (179), 41-53.
- Rodríguez, F., & Seda, I. (2013). El papel de la participación de estudiantes de Psicología en escenarios de práctica en el desarrollo de su identidad profesional. *Perfiles Educativos*, 35 (140), 82-99.
- Ruiz, O. B., & Palacios, M. D. (2017). Experiencia previa al modelo de prácticas de la UNAE. *Revista Scientific*, 2 (3), 53-75.
- Sánchez Claros, J. P. (2016). El carácter bipolar del Practicum de Magisterio: un reto para la innovación. *Opción*, 715-733.
- Schön, D. (1992). *La formación de profesionales reflexivos. Hacia un diseño de la enseñanza y el aprendizaje en las profesiones*. Barcelona: Paidós.
- Sepúlveda, M., Gallardo, M., Mayorga, M., & Madrid, D. (2017). La evaluación del Practicum: un proceso clave en la construcción y reconstrucción del pensamiento práctico. Recuperado el 22 de agosto de 2017, de <http://www.revista.uclm.es/index.php/ensayos>
- Stenhouse, J. (1997). *Investigación y desarrollo del currículum*. (4ta ed.). Madrid: Morata.
- Tallaferro, D. (2006). La formación para la práctica reflexiva en las prácticas profesionales docentes. *Educere*, 10 (33), abril-junio, 269-273.
- Tena, A., Varela, H., & Zamudio, L. (2013). *La IBERO & Las Ciencias Sociales*. México: Universidad Iberoamericana, A. C.
- Vallejo Ruiz, M., & Molina, J. (2011). Análisis de las metodologías activas en el grado de maestro en educación infantil: la perspectiva del alumnado. Recuperado el 22 de agosto de 2017, de REIFOP, 14 (1), 207-217: www.aufop.com

- Veloz, J. (2016). Las prácticas profesionales supervisadas en Psicología (Doctoral dissertation). Buenos Aires: Facultad de Psicología , Universidad de la Plata.
- Vilanova, A. (2003). La formación académica del psicólogo. Argentina: Universidad Nacional de Mar del Plata.
- Zabalza, M. Á. (2011). El Practicum en la formación universitaria: estado de la cuestión. *Revista de Educación*, 354, 21-43.
- Zabalza, M. A. (2017). El Practicum y las prácticas externas en la formación universitaria. *Revista Prácticum*, 1 (1).
- Zeichner, K. (2010). Rethinking the Connections Between Campus Courses and Field Experiences in College and University-based Teacher Education. *Journal of TeacherEducation*, 61(1-2), 89-99.

Capítulo 3



Análisis cuantitativo y cualitativo del test del dibujo del reloj en un caso de afasia

**Erick Solis Zavala
Eduardo Alejandro Escotto Córdova
Mauricio Alfredo Ramírez Rodríguez**

RESUMEN

El Test del Dibujo de Reloj ha sido ampliamente utilizado para la identificación de síntomas neurocognitivos, principalmente en poblaciones con trastornos neurodegenerativos. Existe una gran cantidad de métodos para calificar y valorar esta tarea, tanto cuantitativos como cualitativos, que se encargan de sumar puntajes según ciertos criterios o que identifican la presencia de ciertos tipos de errores, respectivamente. Este trabajo tuvo por objetivo distinguir los síntomas que se evidencian en el análisis cualitativo de la ejecución del TDR versus el análisis cuantitativo en un paciente afásico, en una sesión de 60 minutos. La evaluación cuantitativa se hizo bajo tres métodos distintos de calificación del Test del Dibujo de Reloj, mientras que la evaluación cualitativa se hizo bajo la condición de interrogar al sujeto de estudio después de darle la instrucción y el análisis de los errores en la ejecución del TDR. No se evidenciaron errores al dibujar el reloj, pero sí al expresar oralmente la hora que debía indicar el reloj dibujado. Este hallazgo no fue vislumbrado por los métodos cuantitativos de evaluación de esta tarea, sino que sólo pudo evidenciarse a través del análisis cualitativo de la ejecución completa. Se reflexiona sobre las virtudes clínicas del análisis cualitativo en neuropsicología, frente al simple y limitado uso y aplicación de técnicas psicométricas.

INTRODUCCIÓN

Desde las primeras décadas del siglo XX y hasta la actualidad, se ha usado el Test del Dibujo del Reloj (TDR) como instrumento para detectar secuelas cognitivas del daño cerebral o el deterioro cognitivo por otras causas. El TDR se ha caracterizado por ser fácil y rápido de administrar, sencillo al calificar, accesible a quienes se les administra, y por tener gran utilidad clínica y poder predictivo (Shulman, 2000; Hazan, Frankenburg, Brenkel & Shulman, 2017).

El trabajo realizado por Head (1920) es pionero en la introducción del TDR en la clínica neurológica, quien presentó un conjunto de tareas organizadas que involucran la lectura del reloj, la configuración ante instrucciones orales y escritas, la expresión oral y escrita de la hora, así como la copia de modelos de reloj, con el objetivo de evaluar el desempeño de pacientes afásicos. Se les pidió que hicieran todas estas tareas hasta 15 veces diferentes, incluyendo: 11:45, 12:50, 5:40, 7:10, 4:20, 1:30, 8:05, 1:55, 9:20, 2:30, 8:10, 8:45, 2:35, 11:20 y 5:40, siempre utilizando las preposiciones “para” y “después” (Head, 1920).

Años después, Van der Horst (1934) reporta la aplicación del TDR como tarea de evaluación de la apraxia constructiva. De esta manera, se inició la investigación sobre valor clínico del TDR en pacientes con lesión cerebral y consecuente deterioro cognitivo, en cuyos trabajos se proponían desarrollar sistemas de puntuación ante la evaluación de diferentes rubros de la actividad psíquica, tales como: habilidades viso-constructivas o espaciales, lenguaje, demencias, déficits neuropsicológicos y el funcionamiento cognitivo en general.

Así, Shulman, Shedletsky y Silver (1986) presentan un primer sistema de puntuación del TDR para evaluar los aspectos cualitativos en una población de adultos mayores. Se pidió a los participantes que establecieran la hora a las 3 en punto ante un reloj predibujado. Respecto a la puntuación, se estableció una clasificación jerárquica de los errores leves a graves, asignando una puntuación de 1 a 5, siendo la puntuación más alta la que indica mayor gravedad. Se consideran errores visoespaciales (espaciado entre números, números fuera de lugar, omisión números, rotación números), de colocación de manecillas (omisión, números subrayados o en círculo, marcar otra hora) y perseveraciones (repetición de círculo o números, agregar más números del 12).

Posteriormente, en 1989 Sunderland, Hill, Mellow, Lawlor, Gundersheimer, Newhouse y Grafman (1989), así como, Wolf-Klein, Silverstone, Levy y Brod (1989) elaboraron una escala de 1 a 10 puntos para evaluar habilidades visoespaciales en pacientes con Alzheimer y detectar esta misma patología. En el primer trabajo citado, se pidió dibujar un reloj que marcará las 2:45 y la evaluación únicamente consideró las manecillas, los números y el dibujo en general. Mientras que, en el segundo, sólo se solicitó colocar los números del reloj a un círculo predibujado. En la evaluación se tomó en cuenta las figuras irrelevantes, la distribución espacial de números, las rotaciones, así como la ausencia y distorsión de números.

Siguiendo el camino de diseñar sistemas de puntuación para el TDR, Tuokko, Hadjistavropoulos, Miller y Beattie (1992) propusieron examinar su utilidad clínica para identificar la demencia. Este estudio es el primero en sugerir un sistema de puntuación que incluye varias condiciones de ejecución del TDR y varias horas. En la primera condición, dibujo del reloj, se presentó un círculo predibujado, se pidió colocar los números y manecillas para que el reloj indicará "10 pasadas las 11", hora que se utilizará en diversos trabajos posteriores. En la segunda condición, los participantes debían dibujar las manecillas en varios relojes, indicando: 1:00, 11:10, 3:00, 9:15 y 7:30. En la tercera condición, los participantes debían leer las mismas horas que en la segunda tarea, pero presentadas en distinto orden. En cuanto a la evaluación en todas las condiciones, se cuantificó en una escala de 3 puntos la tarea de configuración del reloj: un punto para la colocación correcta de cada manecilla y un punto para indicar las longitudes relativas correctas de las manecillas de hora y minutos. Se puntuó de igual manera la tarea de lectura del reloj: un punto para cada manecilla leída correctamente y un punto adicional si ambas se leyeron correctamente. También, consideraron aspectos cualitativos en la ejecución de las tareas: omisiones, perseveraciones, rotaciones, extravíos, distorsiones, sustituciones y adiciones.

A partir de entonces, otros autores han realizado trabajos utilizando la hora "10 después de las 11", introduciendo aspectos cualitativos en la evaluación y desarrollando diferentes sistemas de medición o adaptando y mejorando otros existentes (Mendez, Ala & Underwood, 1992; Rouleau, Salmon, Butters, Kennedy & McGuire, 1992; Libon, Swenson, Barnoski & Prouty, 1993)

En relación con lo anterior, Mendez et al. (1992) con el objetivo de verificar la confiabilidad y validez el TDR, desarrollaron una escala de 20 puntos para evaluar praxias construccionales en pacientes con Alzheimer. Los autores solicitan a los participantes que dibujen un reloj que marque "10 después de las 11". En cuanto al sistema de puntuación, por cada ítem se asigna un punto. Tres ítems corresponden a cuestiones generales del dibujo, once



Ítems corresponden a los números (distribución, ubicación, orden, secuencia, ausencia) y cinco ítems corresponden a las manecillas (origen, tamaño, cantidad, ubicación).

Un avance importante en el estudio del TDR como instrumento es el trabajo realizado por Rouleau et al. (1992) al considerar aspectos cualitativos de los errores, agrupándolos en categorías. Fue el primero en adaptar y mejorar un sistema de puntuación ya existente, con el objetivo de identificar deficiencias gráficas conceptuales, perceptivas y espaciales en la TDR en pacientes con Alzheimer y Huntington. Retoman y adaptan la escala desarrollada por Sunderland et al. (1989) de 10 puntos que, se distribuye según tres categorías: esfera del reloj (incompleta o distorsionada, 0-2 puntos), números (ubicación, distribución, orden, orientación, ausencia, 0-4 puntos) y manecillas (ubicación, tamaño, ausencia, 0-4 puntos). Sólo se aplica en la condición de dibujo a la orden, solicitando dibujar un reloj que indique “10 después de las 11”. Los aspectos cualitativos consideran: tamaño (pequeño o grande), dificultades gráficas (distorsión en los trazos: leve, moderada, grave), respuesta unida estímulo (dibujo dominado por un estímulo), déficit conceptual (dificultad en el acceso al conocimiento de atributos y significado del reloj), déficit espacial (distribución y ubicación de números) y perseveración (recurrencia de la actividad sin estímulo apropiado). Este mismo sistema de puntuación fue utilizado por Rouleau, Salmon y Butters (1996) en su estudio longitudinal, en el cual evalúan durante dos años el desempeño de pacientes con Alzheimer ante el TDR.

Aunado a lo anterior, los trabajos realizados por Rouleau y colaboradores (1992; 1996) no fueron los únicos en adaptar y mejorar el sistema de puntuación propuesto por Sunderland y sus colaboradores (1989). Libon et al. (1993) y Libon, Malamut, Swenson, Prouty y Cloud (1996) también lo retoman. El primer trabajo citado tuvo el objetivo de replicar el estudio de Sunderland et al. (1989), mientras que, en el segundo, se pretendió investigar déficits neuropsicológicos (errores grafomotores, la colocación de las manecillas y los números sobre la esfera del reloj, al igual que el control ejecutivo) en pacientes con Alzheimer y pacientes con demencia vascular isquémica.

Freedman, Leach, Kaplan, Winocur, Shulman y Delis (1994) propusieron un nuevo sistema de evaluación conformado por de 15 puntos, agrupados en cuatro categorías: contorno, números, manecillas y el centro. Esta propuesta incluye tres condiciones del TDR y varias horas. La primera, dibujo libre, pide dibujar un reloj con la hora “siete menos cuarto”. La segunda, predibujado, solicita poner los números sobre un círculo ya hecho y ajustar la hora a las “5 después de las 6”. Por último, reloj del examinador, pide establecer sólo los tiempos en “20 después de 8”, “10 después de 11” y “3 en punto”, respectivamente, en tres relojes con números ya dibujados.

A su vez, Cahn, Salmon, Monsch, Butters, Wiederholt, Corey-Bloom y Barrett-Connor (1996) se propusieron obtener tres medidas del TDR (puntuación cuantitativa, puntuación cualitativa, y puntuación combinada cuantitativa-cualitativa) y así poder diferenciar a pacientes con Alzheimer. Se pidió que dibujaron un reloj que marcara “10 después de las 11”. La evaluación cuantitativa se hizo de acuerdo con los criterios de la escala de 10 puntos desarrollada por Rouleau et al. (1992). La evaluación cualitativa, fue a partir de la cuantificación de los tipos de errores que, según ellos, fueron descritos por Rouleau et al. (1992): respuesta unida al estímulo, déficits conceptuales, perseveraciones descuido del hemiespacio izquierdo, déficits de planificación, errores espaciales, números escritos fuera del reloj y números escritos en sentido contrario. La puntuación combinada o puntuación global se obtiene restando la puntuación de la evaluación cualitativa de la cuantitativa.

Otro sistema de puntuación para el TDR es el desarrollado por Royall, Cordes y Polk (1998). Con el objetivo de discriminar elementos ejecutivos y no ejecutivos, pidieron dibujar un reloj que marcara la 1:45, al igual que copiar un reloj la ejecución del evaluador, que dibuja un reloj a la 1:45. Los puntajes de este sistema varían entre 0 y 15, los más bajos reflejando un mayor deterioro.

Por su parte, Bodner, Delazer, Kemmler, Gurka, Marksteiner y Fleischhacker (2004) formulan otro procedimiento de evaluación de cinco condiciones del TDR en personas con demencia, depresión y controles. Las primeras dos condiciones, dibujo del reloj a la orden y a la copia, se aplicaron y puntuaron como en Royall et al. (1998). La tercera, leer la hora de un reloj, consistió en identificar la hora mostrada en doce relojes con horas distintas (3:00, 6:45, 8:15, 8:00, 1:30, 3:45, 3:50, 9:30, 9:35, 7:10, 2:25 y 2:15) y seleccionar la respuesta correcta entre tres alternativas para cada uno, evaluándose cada uno como correcto o incorrecto. En la cuarta condición, ajustar la hora del reloj, se pidió que se pusieran las manecillas en una esfera del reloj predibujada a partir de leer horas escritas (10:00, 7:30, 9:15, 7:45, 7:35, 3:00, 4:30, 2:15, 1:45, 3:25, 8:10, y 4:50), evaluándose cada uno como correcto o incorrecto. La última condición, juicio del reloj, se solicitó que decidiera si las posiciones de las dos manecillas de un reloj dado eran posibles o no calificando los juicios como correctos o incorrectos.

También, Nasreddine, Phillips, Bédirian, Charbonneau, Whitehead, Collin, Cummings y Chertkow (2005) incluyen el TDR en la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA, por sus siglas en inglés), herramienta de evaluación breve para el deterioro cognitivo leve. Incorporan la tarea del dibujo de reloj para la evaluación de habilidades viso-espaciales. Piden dibujar un reloj cuyas manecillas indiquen las “11 y 10”, y la evaluación considera tres componentes: contorno, números y manecillas. Se obtiene un punto por cada componente.

Recientemente, Parsey y Schmitter-Edgecombe (2011) retoman la propuesta cualitativa de Rouleau et al. (1992) y la transforman en un sistema cuantitativo para la evaluación del TDR. Se dan las instrucciones como en Royall et al. (1998), pidiendo dibujar un reloj que marque 1:45. La evaluación contempla 15 elementos agrupados en seis categorías: tamaño del reloj, dificultades gráficas, respuestas relacionadas a estímulos, déficits conceptuales, déficits espaciales o de planificación y perseveraciones.

El TDR se ha utilizado predominantemente para detección de deterioro cognitivo (demencias) y evaluación del estado de diferentes funciones cognitivas ante el diagnóstico confirmado de Alzheimer u otras demencias. Es poca la investigación reciente que se ha realizado sobre la configuración de tareas ordenadas y sistematizadas que compongan el TDR y la utilidad y sensibilidad que tengan como instrumento ante sujetos con lesión cerebral que presentan diversos síndromes neuropsicológicos.

Al respecto, Goodglass y Kaplan (1996) utilizan el TDR con el objetivo de identificar déficits en la ejecución de tareas visoespaciales/constructivas en personas con afasia. Se les pidió a los participantes que dibujaran la esfera de un reloj, en el que se vean los números y las dos manecillas marcando las “11 y 10”. Después de hacer el dibujo a partir de las instrucciones verbales, se proporciona un modelo de reloj para copiarlo, el cual marca la misma hora. Esta tarea fue evaluada con una escala de 0 a 3 puntos, uno por cada uno de los siguientes rasgos: 1) Esfera aproximadamente circular, 2) Simetría en la ubicación de los números, 3) Números correctos. Adicionalmente, como parte del apartado complementario de evaluación de la acalculia, se propone la condición de configuración de la hora de un reloj, mostrando una hoja sobre la cual se hallan dibujadas cuatro esferas de reloj que contienen marcas en lugar de números, y pidiendo que dibujar las manecillas para marcar 01:00, 03:00, 9:15 y 7:30, cada hora en un reloj. Esta tarea se puntuó asignando un punto por la posición correcta de cada manecilla y uno más por sus longitudes relativas (3 puntos por cada reloj).

Ahora bien, todos los sistemas de puntuación antes revisados no reflexionan sobre el componente verbal del TDR; pese a que manipular la instrucción verbal, no reflexionan sobre las implicaciones del léxico y la sintaxis de las expresiones verbales con las que se pide ajustar ciertas horas. En cuanto a esto, Luria (1986) consideraba que



determinar la posición de las manecillas de un reloj implica la comprensión de fórmulas verbales que mediatizan la organización del espacio en esta tarea. De esta manera, las relaciones espaciales en la esfera del reloj se simbolizan a partir de estructuras verbales lógico-gramaticales, como lo son preposiciones, adverbios y otras categorías gramaticales, que fungen el papel de unir los elementos que se expresan en una hora, por ejemplo **6 y 10 ó 6 menos 10**. Por lo tanto, la comprensión de dichas estructuras verbales resulta indispensable para un acertado desempeño en la prueba del reloj.

A partir de este análisis de la literatura, el TDR se perfila a ser un instrumento versátil en la clínica neuropsicológica, sin embargo, existen algunas interrogantes que requieren más evidencia empírica: ¿el dibujo del TDR presenta cambios según el hemisferio cerebral afectado en pacientes neurológicos?; ¿la composición gramatical de las instrucciones influye en la ejecución de la tarea?; ¿la ejecución del dibujo TDR es sólo dependiente de procesos visuopráxicos?; ¿la ejecución del dibujo del TDR está condicionada por los requisitos sígnicos y de significados tales como los números, las secuencias numéricas, el concepto de horas, etc.?; ¿la cuantificación psicométrica del TDR es suficiente para distinguir estas preguntas?; ¿qué aportes genera la evaluación cualitativa de las ejecuciones bajo condiciones diferentes del TDR en pacientes afásicos?

El objetivo de esta investigación fue:

Distinguir los síntomas que se evidencian en el análisis cualitativo de la ejecución el TDR versus el análisis cuantitativo con diversas formas de cuantificarlo en un paciente afásico.

MÉTODO

Descripción del caso clínico

APG, varón de 34 años, hablante nativo del español, ex estudiante de licenciatura en Psicología, a los 23 años tuvo un evento vascular cerebral cuando manejaba. Presentó dolor de cabeza, convulsionó y fue hospitalizado. Se le detectó un aneurisma cerebral en zonas frontales del cual fue operado al tercer día; le quitaron 15 x 15 centímetros del cráneo y le colocaron una placa en el frontal izquierdo. Dos días después de la operación tuvo un infarto cerebral que afectó las zonas del temporal posterior y parietal inferior del hemisferio izquierdo que le provocó una hemiplejía derecha. APG era diestro antes del evento vascular, con el tiempo aprendió a dominar la mano izquierda con la que realizaba todas sus actividades manuales, entre ellas, podía dibujar o trazar letras. Como secuelas neuropsicológicas tuvo acalculia, agrafia, alexia y afasia motora eferente. Estuvo durante dos años en rehabilitación en instituciones de salud pública y con atención privada que lo dieron de alta y lo canalizaron a una institución pública del Estado Mexicano para valorar su colocación laboral como discapacitado. Ahí detectaron que aún podría hacerse algo más en su rehabilitación.

APG fue remitido en mayo del 2011 al Laboratorio de Psicología y Neurociencias, ubicado en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México, para incorporarse al programa de rehabilitación que ahí se desarrolla, en el que hasta la fecha continúa. (El Programa es parte de un proyecto de investigación sobre *los alcances de la rehabilitación a largo plazo de pacientes afásicos*.)

PROCEDIMIENTO

APG llegó consciente de su padecimiento y condición, y con expresa voluntad para su rehabilitación; presentaba agramatismo; grandes dificultades articulatorias en la expresión; severas dificultades para el cálculo aritmético, la escritura y la lectura; con frecuentes inercias patológicas (se le ponía un ejercicio, y al cambiarlo por otro, repetía la respuesta que había dado previamente); severas dificultades en el esquema corporal, específicamente en la identificación de partes de su cuerpo ante instrucciones verbales, pero con el dibujo de formas geométricas conservado (cubo de Necker, figura de Rey-Osterrieth), y en su cotidianidad, él era el que manejaba el auto familiar sin dificultad alguna en la ubicación visoespacial en la ciudad o en la representación anticipada de rutas y lugares hacia dónde ir.

Se le hizo su historia clínica y fue evaluado con la prueba Evaluación Clínico-Neuropsicológica de la Afasia Puebla-Sevilla (Quintanar, Solovieva & León-Carrión, 2011), la cual está basada en el modelo de afasias de Luria. Esta evaluación es parte de nuestro protocolo, se realiza al inicio de cada año después de treinta días (15 de diciembre 15 de enero) de la última sesión de rehabilitación. Aunque la prueba lo permite, no fue nuestro interés, y no tiene sentido clínico alguno, asignarle una categoría clínica en cada ocasión, sino de analizar sus ejecuciones ante las tareas específicas que la prueba conlleva. La clasificación clínica sólo se realiza la primera vez, pero para la rehabilitación, nos interesa más la descripción y análisis cualitativo de los signos y síntomas presentados. De acuerdo con la evaluación inicial, se observó comprensión de ciertas oraciones que incluían género y número, comprensión de palabras frecuentes y menos frecuentes, comprensión de oraciones largas (ejemplo: la bailarina está arrodillada con una rosa en la mano) y comprensión de verbos cercanos semánticamente. No obstante, tuvo dificultades en la repetición de serie de palabras, en la producción de oraciones simples y en la denominación de imágenes. Respecto a la repetición de oraciones largas y producción de oraciones complejas fue alterada y telegráfica, así como la narración de lo que hizo el día anterior. Asimismo, se evidenciaron dificultades en la lectura, escritura y cálculo. La copia directa se conservó, pero en el dictado se manifestaron problemas en sílabas y palabras. La escritura de oraciones y la escritura espontánea se presentaron muy alteradas. Además, se ubicaron dificultades en el análisis silábico de palabras y el análisis fonético resultó nulo. Con relación a la producción de series automáticas, como días de la semana y conteo del 1 al 20 se identificaron como conservadas. De acuerdo con la clasificación de la Prueba mencionada, se determinó que se trataba de un cuadro de afasia motora eferente con componentes cinestésicos. Las dificultades más severas que entonces tenía se manifestaban en la fonoarticulación, agramatismo, series numéricas, inversas y por lo tanto en la ubicación verbal del espacio y tiempo.

En febrero del 2018, se le realizó una resonancia magnética y se obtuvieron imágenes potenciadas T1 en proyecciones axial y sagital, T2 axial (véase Figura 1) y coronal (véase Figura 2 y 3), FLAIR en axial, coronal y sagital (véase Figura 4). De acuerdo con el reporte del radiólogo, se visualiza asimetría del sistema ventricular supra tentorial debido al aumento de volumen y tamaño del ventrículo lateral izquierdo siendo de predominio en asta temporal y occipital. Hay pérdida de la adecuada relación entre sustancia blanca y gris en el hemisferio izquierdo. Se observa encefalomalacia secundaria a proceso isquémico, involucrando lóbulos frontales, occipitales, temporales y principalmente parietales. Con relación al hemisferio derecho, la relación entre sustancia blanca y gris demuestra características normales, así como en mesencéfalo, tallo, bulbo y médula.

En esos días en que se hizo la resonancia magnética, APG ya hablaba sin dificultades articulatorias, pero mantenía cierto agramatismo diferenciado: si lo que hablaba tenía importancia emocional para él, o eran expresiones espontáneas rápidas, el agramatismo se acentuaba notablemente, pero era mucho menor cuando se le pedía que hablara con lentitud, seleccionaría bien las palabras (artículos, preposiciones, conjunciones, pronombres), y conjugara mejor los verbos. Estaba en la fase de rehabilitación de la lectoescritura: ya podía escribir oraciones



cortas, aunque con mucha lentitud; e iniciábamos los procedimientos para el cálculo aritmético; y las dificultades en el esquema corporal eran ocasionales. En estas condiciones se realizó esta investigación.

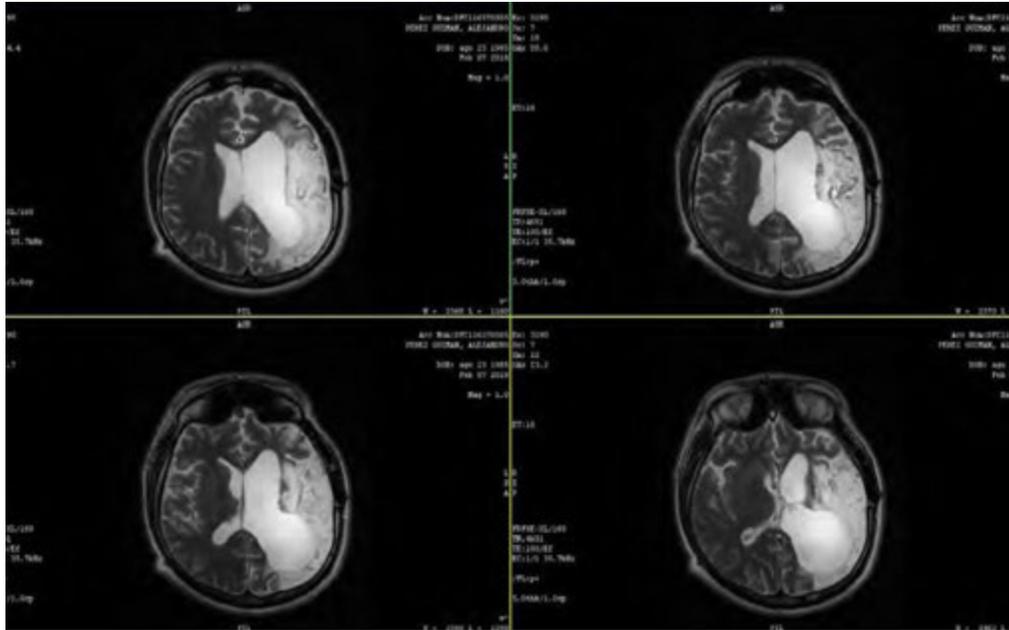


Figura 1. Imagen potenciada T2 en proyección axial.

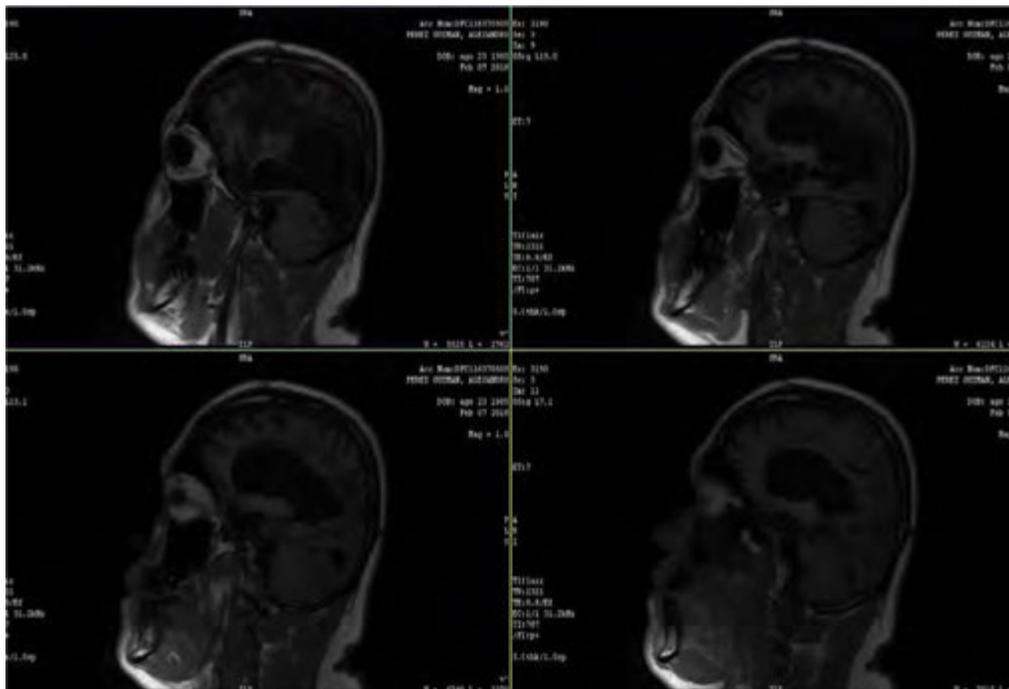


Figura 2. Imagen potenciada T1 FLAIR en proyección sagital.

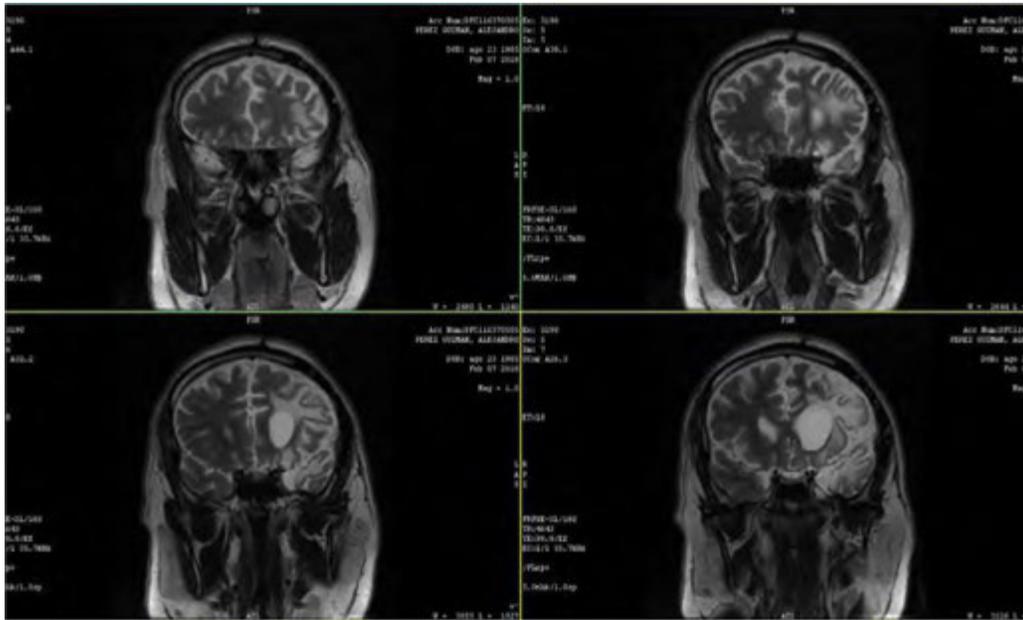


Figura 3. Imagen potenciada T2 en proyección coronal.

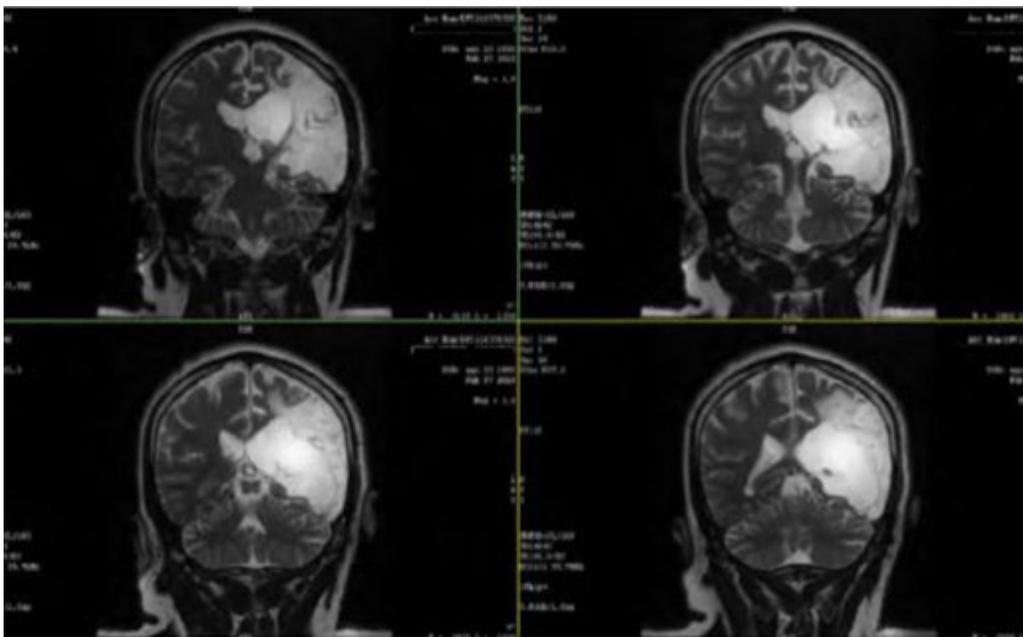


Figura 4. Imagen potenciada T2 en proyección coronal.



Instrumentos

Se aplicó el Test del Dibujo del Reloj (TDR) en la condición de dibujo a la orden, siguiendo los planteamientos de Freedman et al. (1994) y de Goodglass y Kaplan (1996). En este test, se le da una hoja carta en blanco al paciente y se le indica lo siguiente “Dibuje un reloj. Trace la circunferencia del reloj, ponga todos los números y coloque las manecillas para que marque las *10 después de las 11*”. La evaluación cuantitativa del TDR se hizo a partir de los sistemas propuestos por Freedman et al. (1994), Goodglass & Kaplan (1996), Nasreddine et al. (2005) y Parsey & Schmitter-Edgecombe (2011) (Tabla 1). La evaluación cualitativa la realizamos bajo la condición de interrogar a APG después de darle la instrucción y el análisis de los errores en la ejecución del TDR.

RESULTADOS

Se muestra el dibujo terminado de APG (véase Figura 5) y las diferentes calificaciones (Tabla 2) según cuatro diferentes métodos de cuantificación expuestos en la Tabla 1.



Figura 5. Dibujo del reloj de APG evaluado con diferentes sistemas de puntuación.

Cuantificación según Freedman et al. (1994)

Este sistema de evaluación contempla 15 elementos agrupados en cuatro categorías (contorno, números, manecillas y centro). Si se cumple correctamente con cada elemento, se asigna un punto, dando una totalidad de 15 puntos. El reloj dibujado por APG cumplió con los 15 elementos propuestos en este sistema, sin presentar ningún error.

Tabla 1. Sistemas de puntuación del TDR usados en el presente estudio.

Freedman et al. (1994)	Goodglass y Kaplan (1996)
<p>Contorno:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contorno aceptable 2. Contorno ni demasiado pequeño ni sobredimensionado <p>Números:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Solo números del 1 al 12 4. Representación de números arábigos 5. Números escritos en el orden correcto 6. Papel no girado al dibujar números 7. Números en posición correcta 8. Todos los números dentro del contorno <p>Manecillas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. El reloj tiene 2 manecillas 10. Se indica el número objetivo de hora 11. Se indica el número objetivo de minutos 12. Proporción correcta de manecillas 13. Sin marcas superfluas 14. Las manecillas están unidas <p>Centrar:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. El reloj tiene un centro 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esfera circular 2. Simetría en la ubicación de los números 3. Números correctos
Nasreddine et al. (2005)	Parsey y Schmitter-Edgecombe (2011)
<ol style="list-style-type: none"> 1. Contorno 2. Números 3. Manecillas 	<p>Tamaño del reloj:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pequeño 2. Grande <p>Dificultades gráficas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. Leves 4. Moderadas 5. Graves <p>Respuestas relacionadas a estímulos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Tiempo mal representado 7. Manecillas hacia el número 10 y hacia el 11 <p>Déficits conceptuales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 8. Mala representación del reloj 9. Mala representación de la hora <p>Déficits espaciales o de planificación:</p> <ol style="list-style-type: none"> 10. Negligencia espacial izquierda 11. Dificultades planeación entre números 12. Dificultades distribución espacial números 13. Números afuera 14. Números en dirección opuesta <p>Perseveraciones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 15. Más de dos manecillas 16. Perseveración de números



Cuantificación según Goodglass y Kaplan (1996)

Este sistema de evaluación considera tres componentes, asignando un punto si se cumple cada uno: esfera circular, simetría en la ubicación de los números y números correctos. En total, se puede tener un máximo de tres puntos.

El reloj dibujado por APG cumplió con todos los elementos sugeridos en este sistema, consiguiendo los tres puntos totales.

Cuantificación según Nasreddine et al. (2005)

Este sistema de evaluación considera tres componentes: contorno, números y manecillas. Se obtiene un total de tres puntos.

El reloj dibujado por APG cumplió con todos los elementos planteados en este sistema. Obtuvo los tres puntos.

Cuantificación según Parsey y Schmitter-Edgecombe (2011)

Este sistema de evaluación contempla 16 elementos reunidos en seis categorías: tamaño del reloj, dificultades gráficas, respuestas relacionadas a estímulos, déficits conceptuales, déficits espaciales o de planificación y perseveraciones. A diferencia de los demás sistemas, donde se puntúa si cumple correctamente con cada elemento, aquí se asigna un punto si se comete un error en ese elemento. Por lo tanto, para obtener el puntaje total, se suman todos los errores y se le restan a 16.

El reloj dibujado por APG no tuvo ningún error, obteniendo una calificación de 16 puntos.

Tabla 2. Resultados de APG según cada sistema de puntuación del TDR.

Freedman et al. (1994)	15 puntos de los 15 posibles: ningún error
Goodglass & Kaplan (1996)	3 puntos de los 3 posibles: ningún error
Nasreddine et al. (2005)	3 puntos de los 3 posibles: ningún error
Parsey & Schmitter-Edgecombe (2011)	16 puntos de los 16 posibles: ningún error

Evaluación cualitativa del TDR

Descripción de la ejecución de APG en el TDR

Se le dieron las instrucciones: *“Dibuja un reloj. Traza la circunferencia del reloj, pon todos los números y coloca las manecillas para que marque 10 después de las 11”*. Hecho esto y antes de que comenzara a dibujar, se le preguntó la hora que debe poner en su reloj. APG respondió *“10 para las 11”*. Se le dijeron de nuevo las instrucciones y se le volvió a preguntar la hora que debe poner y contestó erróneamente dos veces más, diciendo *“10 para las 11”*. Nuevamente, se le dijo la hora correcta y pasó a iniciar su dibujo.

Comenzó dibujando la circunferencia del reloj, haciéndola con un solo trazo o movimiento. Luego colocó los números, primero 12, 3, 6 y 9, posteriormente los números 1, 2, 4, 5, 7, 8, 10 y 11. Al terminar de colocar las cifras, se le preguntó la hora que debía poner y él contestó “10 para las 11”. Se le volvió a decir la hora correcta. APG continuó su dibujo, colocando las manecillas, iniciando con la pequeña, señalando hacia el 11, y luego la grande, señalando hacia el 2.

Terminado el dibujo, se le preguntó qué hora indica su dibujo, a lo que él contestó “10 para las 11”. También se le preguntó cuál de las dos manecillas que puso marca las horas, y él señaló la manecilla pequeña y el número 11.

En términos generales, se aprecia que APG elabora un buen dibujo del reloj y coloca las manecillas en la hora que se le pidió, pero presenta problemas para expresar oralmente la hora que éste indica. Este error no lo distinguió ninguno de los sistemas de evaluación cuantitativa del TDR usados en este trabajo.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En el diagnóstico, como en la rehabilitación neuropsicológica, existen dos aproximaciones actuales que podemos caracterizar como: neuropsicología psicométrica (NpsM) y neuropsicología cualitativa (NpsC) a partir del énfasis que cada una de ellas pone en (a) separar o no el diagnóstico de la rehabilitación en diferentes momentos; y, (b) la forma de evaluar los síntomas que se evidencian en la ejecución de diferentes tareas. En la NpsM, se suele separar en diferentes momentos la evaluación de la rehabilitación, y se pone el énfasis en las respuestas correctas o incorrecta, las cuales siempre se cuantifican, y en algunos casos se asigna una pequeña escala numérica de la ejecución (0, 1, 2). Esta aproximación domina en la llamada neuropsicología cognitiva.

En la NpsC, nunca se separa el diagnóstico de la rehabilitación, llamada «enseñanza rehabilitatoria» (Tsvetkova, 1970/1998; 1988/1998) y el énfasis no se pone en si es correcta o incorrecta la respuesta a cierta tarea, sino cómo es realizada, de qué naturaleza son los errores, si el sujeto es o no consciente de ellos, si bajo diferentes condiciones de regulación de la actividad mejora o empeora la ejecución de la tarea. Esta aproximación domina en la aproximación luriana (A.R. Luria, 1986).

Esta investigación se propuso analizar el tipo de síntomas que se evidencian con cada aproximación (NpsC y NpsM), y los que aportan diferentes formas de cuantificación del TDR en la evaluación de personas con problemas del lenguaje a partir de una lesión cerebral adquirida. Los resultados son claros: el análisis cualitativo de los errores y de la conciencia del paciente (NpsC) aportan nuevos síntomas más allá del mero registro cuantitativo de errores y aciertos (NpsM). Además, todas las formas de cuantificación apuntaron a una ejecución normal, pero ninguna detectó deficiencias en la comprensión lingüística de la instrucción que orillaba a cierto tipo de errores.

El TDR es considerado una tarea visuopráctica y pareciera ser equivalente al dibujo del cubo de Necker, a la construcción con bloques Kohs. Pero, siendo verdad que tiene un gran componente visuopráctico, también lo tiene verbal y no debiera considerarse como equivalente al cubo de Necker o a la construcción de cubos o rompecabezas. En términos esquemático, depende en gran medida del hemisferio izquierdo, mientras que las otras dependen más del hemisferio derecho. Su aplicación a un paciente como APG con clara afectación del hemisferio izquierdo era una oportunidad que evaluar el componente verbal del TDR.



El TDR tiene un claro y evidente componente verbal, tanto de comprensión como de expresión, que sólo pudo evidenciarse a través de la aplicación flexible de la tarea y del análisis cualitativo del desempeño en la misma. Si las cuantificaciones propuestas no consideran este componente, nunca lo podrán detectar a pesar de que está presente en la prueba para cualquier persona, sea paciente o no.

A diferencia de lo que plantean las diversas propuestas en la aplicación del TDR, las cuales procuran no dar ayudas a la persona evaluada y sólo repetir las instrucciones en no más de un par de ocasiones, en este trabajo se repitieron las instrucciones en varios momentos para verificar su comprensión.

Mediante el análisis cualitativo de la ejecución de la tarea, esta variante permitió identificar un dato crucial en este estudio: **la disociación entre incomprensión verbal de la hora y el dibujo correcto de la hora**. APG pareciera comprender bien la hora que se le pide poner, porque coloca las manecillas en el lugar correspondiente, pero muestra dificultades para operar oralmente con las estructuras verbales con las que se expresa la hora. Esto se evidencia en todas las ocasiones en que APG debe decir la hora que debe dibujar, ya que verbaliza “10 **para** las 11”, en lugar de “10 **después** de las 11”. Este error se puede vincular con lo que Luria (1986) describió como dificultades para unir los elementos de la instrucción en una totalidad y para comprender que la estructura formada por dichos elementos expresa ciertas relaciones entre estos.

Desde la perspectiva neurolingüística, los resultados muestran una confusión entre la preposición «para» con el adverbio «después». Dirigirnos a una meta (*para allá*) antes de un punto de referencia, no es lo mismo que dirigirnos a una meta *después de* un punto de referencia, pero en ambos casos nos dirigimos a una meta. El dato no es menor, sugiere que la ejecución visuopráctica regulada por ciertas palabras que activan las representaciones espaciales es un elemento para considerarse en la evaluación de esta prueba, y que se evidencian claramente en pacientes con lesiones en zonas temporoparietales izquierdas. En términos prácticos obliga a elegir con cuidado la prueba visuopráctica según el tipo de paciente.

Como bien se ha descrito en la literatura, dibujar un reloj implica varias acciones, como poner en marcha procesos comprensivos, visuoespaciales, perceptuales, motores, mnémicos y ejecutivos (Freedman et al., 1994; Shulman, 2000; Hazan et al., 2017). Estos procesos se han considerado para la generación de una gran cantidad de sistemas de evaluación cuantitativa, los cuales caen en la práctica psicométrica de constatar únicamente si el sujeto hace o no ciertas acciones, si cumple o no con ciertos requisitos en el resultado final de la tarea, cuantificando la afectación presente. Así mismo, estos sistemas van acompañados de instrucciones rigurosas que muy pocas veces se pueden repetir sólo en un primer momento, no permitiendo ir más allá para identificar si se está comprendiendo la instrucción.

Si este trabajo se hubiera limitado a seguir estos procedimientos, se hubiera concluido que APG no tuvo dificultad alguna para realizar el TDR, lo cual es totalmente falso. Sólo al aplicar una pequeña variación en el procedimiento, como lo es la repetición de la hora por parte de APG, y mediante el análisis cualitativo de toda la ejecución, desde que se le dijeron las instrucciones por primera vez y hasta que terminó su dibujo y dijo la hora que plasmó en él, fue posible identificar la dificultad específica que se presentó en este caso.

Un aspecto que vale la pena reflexionar es la hora que se le pide dibujar a la persona evaluada. Freedman et al. (1994) hace un análisis con relación a esto y concluye que el ajuste del tiempo más sensible a la disfunción neurocognitiva es “10 **después** de las 11”, ya que tiene la virtud de requerir colocar las manecillas en ambos lados de la cara del reloj, involucrando habilidades visuconstructivas, y también tiene la ventaja adicional de exigir un procesamiento de información más abstracto que perceptivo, mediante habilidades ejecutivas. En consecuencia,

puede darse el caso de que algunas personas evaluadas con el TDR cometan errores *vinculados al estímulo*. En estos casos, cuando se solicita que las manecillas indiquen “10 **después** de las 11” se debe recodificar el “10” para configurar la manecilla de minutos en el número “2”. Por lo tanto, debido a que un reloj incluye el número “10” y está adyacente al número “11”, algunas personas pueden ser guiadas por las características perceptivas de la instrucción, cometiendo el error vinculado al estímulo, colocando la manecilla en el número “10” del reloj.

A partir de los datos identificados en la aplicación y análisis del TDR en este trabajo, se reconoce que con esta tarea, aparte de reconocer dificultades en el procesamiento de la instrucción dada, como lo son los errores vinculados al estímulo (Rouleau et al., 1992; Freedman et al., 1994; Cahn et al., 1996; Parsey & Schmitter-Edgecombe, 2011), también se pueden observar dificultades en la operación de los elementos de la instrucción misma, como lo es que el evaluado presente problemas para verbalizar la hora que indica su dibujo correctamente realizado.

Lo anterior confirma que este tipo de error no se hubiera puesto al descubierto si no se hubiera recurrido al análisis cualitativo del desempeño en toda la tarea, desde que se dieron las instrucciones hasta que se concluyó el dibujo y APG dijo la hora que en él había representado.

La evaluación cualitativa en neuropsicología se basa en la descripción clínica utilizando pruebas o tareas flexibles y sistemáticas. Esta metodología no implica la aplicación rígida, irreflexiva y mecanicista de una batería de pruebas estandarizadas con interpretación cuantitativa formal de los resultados, guiados por un tipo de fetiche hacia los números, no a los síntomas, sino que involucra especial atención en los tipos de síntomas que se evidencian con los errores presentes y su naturaleza, así como en las peculiaridades del proceso de solución de las tareas (Luria & Majovski, 1977; Luria, 1986).

Al aplicar cualquier prueba neuropsicológica, es necesario identificar con claridad los errores o dificultades presentes y su estructura, indicando cuál es el carácter que tienen y en virtud de qué causas se manifiestan. En este sentido, el criterio de correcto o incorrecto no es suficiente, ya que se pueden presentar varios errores en la misma tarea, pero pueden tener razones totalmente diferentes (Akhutina & Tsvetkova, 1983; Luria, 1986; Ardila, 1992). Por lo tanto, los puntajes de una prueba resultan en una pérdida de información adicional para fines clínicos.

Luria (1986) comenta que para determinar en qué consisten las dificultades para realizar una determinada tarea y destacar con mayor claridad la causa que las fundamenta, es indispensable no limitarse a la realización estandarizada y estricta de la tarea e introducir en ella una serie de cambios dinámicos que permitan analizar tanto las condiciones en que la ejecución de la tarea se dificulta, como las condiciones en las que las dificultades observadas se compensan.

De esta manera, la evaluación se vuelve un experimento dinámico, el cual se conforma por una serie de repeticiones de las tareas, involucrando flexibilidad en las mismas para identificar qué cambia en el desempeño del evaluado (Luria & Majovski, 1977). Bajo esta perspectiva, la evaluación cualitativa en neuropsicología no se refiere a un conjunto específico de pruebas, sino a un método flexible de evaluación clínica individualizada (Ardila, 1992).

Considerando lo anterior, es menester incorporar la metodología cualitativa ya mencionada a la aplicación y evaluación del TDR. Sólo así se podrá visualizar de manera precisa y puntual los errores que en él se cometen y, más importante aún, la causa que los origina.

Una manera de aplicar la evaluación cualitativa en el TDR es a través de la *variación sistémica de la actividad* y la *zona de desarrollo próximo* (Escotto, 2014). Dichas estrategias permiten analizar las condiciones bajo las



cuales las actividades mejoran o empeoran, caracterizando mejor un padecimiento al evidenciar síntomas que las pruebas no aprecian, y también el alcance de la afectación (aquello que está mejor conservado); ambos se muestran al analizar diferentes formas de regulación de la misma actividad, así como las rutas de posibles intervenciones rehabilitatorias.

La primera estrategia consiste en la modificación sistemática de las condiciones de regulación de la actividad de las tareas evaluadas. En esta *variación sistémica de la actividad*, la manera como se presentan los estímulos y se piden las respuestas desempeña un papel crucial (Escotto, 2014).

La segunda estrategia, denominada *zona de desarrollo próximo*, es el rango (la zona) de mejoras en la ejecución de una tarea que un sujeto obtiene cuando se compara la ejecución de la tarea que el sujeto realiza por sí solo y sin ayuda, con la mejora en la realización de la tarea cuando recibe ayuda de otros, es decir, evalúa el grado en que mejora una actividad con ayuda de otros. Se refiere a lo que avanza en la correcta ejecución de una tarea cuando recibe regulación verbal pertinente y ejemplos de cómo realizarla, comparado con la ejecución que él realizó solo (Escotto, 2014).

En este sentido, y a partir de la descripción del caso clínico presentado, es conveniente emplear variaciones metódicas en la aplicación y análisis de la tarea del reloj. Respecto a la aplicación, debe ponerse más atención en el componente verbal de esta tarea, modificando las relaciones lógico-gramaticales presentes en la hora que se solicitar dibujar. No es lo mismo pedir un reloj que marque las “11 y 10”, “11 con 10”, “11 más 10”, “10 después de las 11”, “10 pasadas las 11”, “10 para las 11”, “11 menos 10” o “10 antes de las 11”. Cada una de estas opciones indica una relación espacial del tiempo distinta a las otras, la cual debe ser comprendida y expresada por el evaluado.

Referente al análisis de la prueba del reloj, se deben explorar su ejecución bajo distintas condiciones, como lo puede ser dibujar un reloj de manera libre, a la orden, a la copia o la imitación; ajustar las manecillas de un reloj de manera libre o según una determinada hora; elegir un reloj entre varios a partir de una instrucción; juzgar la posición de las manecillas de un reloj a partir de una hora; decir de maneras distintas la hora que indica un reloj (usando diversas preposiciones, conjunciones o adverbios), etc. Sólo haciendo estas variaciones podrá identificar la esencia de las dificultades presentes.

Con esto, se propone explorar distintas variaciones sobre la regulación en que se presenta el TDR, en función de los errores que se vayan observando y la información clínica que se vaya considerando relevante.

REFERENCIAS

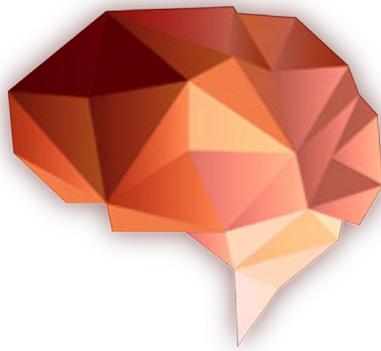
- Akhutina, T. & Tsvetkova, L. (1983). Comments on a standardized version of Luria's tests. *Brain and Cognition*, 2, 129-134.
- Ardila, A. (1992). Luria's approach to neuropsychological assessment. *International Journal of Neuroscience*, 66, 35-43.
- Bodner, T., Delazer, M., Kemmler, G., Gurka, P., Marksteiner, J. & Fleischhacker, W. (2004). Clock Drawing, Clock Reading, Clock Setting, and Judgment of Clock Faces in Elderly People with Dementia and Depression. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(7), 240-244.

- Cahn, D., Salmon, D., Monsch, A., Butters, N., Wiederholt, W., Corey-Bloom, J. & Barrett-Connor, E. (1996). Screening for dementia of the alzheimer type in the community: The utility of the clock drawing test. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11(6), 529-539.
- Escotto, E. (2014). La variación sistémica de la actividad y la zona de desarrollo próximo: dos estrategias para el diagnóstico y la intervención neuropsicológica. En: M. Pérez, E. Escotto, J. Arango & L. Quintanar (Comp). *Rehabilitación neuropsicológica. Estrategias en trastornos de la infancia y del adulto*. México: Manual Moderno.
- Freedman, M., Leach, L., Kaplan, E. Winocur, G., Shulman, K. & Delis, D. (1994). *Clock drawing: a neuropsychological analysis*. New York: Oxford University Press.
- Goodglass, H. & Kaplan, E. (1996). *Evaluación de la afasia y de trastornos relacionados*. España: Editorial Médica Panamericana.
- Hazan, E., Frankenburg, F., Brenkel, M. & Shulman, K. (2017). The test of time: a history of clock drawing. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 33(1), e22-e30.
- Head, H. (1920). Aphasia and kindred disorders of speech. *Brain*, 43(2), 87-165.
- Libon, D., Swenson, R., Barnoski, E. & Prouty, L. (1993). Clock drawing as an assessment tool for dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 8, 405-415.
- Libon, D., Malamut, B., Swenson, R., Prouty, L. & Cloud, B. (1996). Further analyses of clock drawings among demented and nondemented older subjects. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 11(3), 193-205.
- Luria, A. & Majovski, L. (1977). Basic approaches used in american and soviet clinical neuropsychology. *American Psychologist*, 32(11), 959-968.
- Luria, A. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. México: Fontamara.
- Mendez, M., Ala, T. & Underwood, K. (1992). Development of scoring criteria for the clock drawing task in Alzheimer's disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(11), 1095-1099.
- Nasreddine, Z., Phillips, N., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. & Chertkow, H. (2005). The montreal cognitive assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of American Geriatrics Society*, 53, 685-689.
- Parsey, C. & Schmitter-Edgecombe, M. (2011). Quantitative and qualitative analyses of the clock drawing test in mild cognitive impairment and alzheimer disease: evaluation of a modified scoring system. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 24(2), 108-118.
- Quintanar, L., Solovieva, Y. & León-Carrillo. (2011). *Evaluación clínico neuropsicológica de la afasia Puebla-Sevilla*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.



- Rouleau, I., Salmon, D., Butters, N., Kennedy, C. & McGuire, K. (1992). Quantitative and qualitative analyses of clock drawings in Alzheimer's and Huntington's disease. *Brain and Cognition*, 18(1), 70-87.
- Rouleau, I., Salmon, D. & Butters, N. (1996). Longitudinal analysis of clock drawing in alzheimer's disease patients. *Brain and Cognition*, 31, 17-34.
- Royall, D., Cordes, J. & Polk, M. (1998). CLOX: an executive clock drawing task. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 64, 588-594.
- Shulman, K., Shedletsky, R. & Silver, I. (1986). The challenge of time: clock drawing and cognitive function in the elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1(2), 135-140.
- Shulman, K. (2000). Clock drawing: is it the ideal cognitive screening test? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 15, 548-561.
- Sunderland, T., Hill, J., Mellow, A., Lawlor, B., Gundersheimer, J., Newhouse, P. & Grafman, J. (1989). Clock drawing in Alzheimer's disease. A novel measure of dementia severity. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37(8), 725-729.
- Tsvetkova, L. S. (1970/1998). Hacia una teoría de la enseñanza rehabilitatoria. En Luis Quintanar Rojas (compilador) *Problemas teóricos y metodológicos de la rehabilitación neuropsicológica*. (pp. 227-238). México. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Tsvetkova, L. S. (1988/1998). Bases teóricas, objetivos y principios de la enseñanza rehabilitatoria. Luis Quintanar Rojas (compilador) *Problemas teóricos y metodológicos de la rehabilitación neuropsicológica*. (pp. 239-258). México. Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Tuokko, H., Hadjistavropoulos, T., Miller, J. & Beattie, B. (1992). The clock test: a sensitive measure to differentiate normal elderly from those with alzheimer disease. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40(6), 579-584.
- Van der Horst, L. (1934). Constructive apraxia. Psychological views on the conception of space. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 80(6), 645-650.
- Wolf-Klein, G., Silverstone, F. Levy, A., Brod, M. (1989). Screening for alzheimer's disease by clock drawing. *Journal of the American Geriatrics Society*, 37, 730-734.

SEGUNDA PARTE



Capítulo 4



Programa para desarrollar asertividad por medio del juego, y mejorar las relaciones familiares

Marina Reyes Esquivel

RESUMEN

El presente estudio tiene como propósito exponer un proceso de evaluación y tratamiento de tipo psicológico dirigido un niño de 10 años que presenta conductas agresivas en el entorno familiar. El tratamiento se centró en la aplicación de técnicas cognitivo-conductuales por medio del juego. La intervención transcurrió en un periodo de 11 semanas con 17 sesiones de trabajo de una hora cada una, en las que se trabajó psicoeducación para el desarrollo de asertividad, con el fin de que el niño la pusiera en práctica al relacionarse con sus familiares. Como resultado se observa que el niño adquirió nuevos conocimientos y desarrolló habilidades asertivas lo que le permitió mejorar la interacción con su familia, sobre todo con el padre y las hermanas; por lo que se considera haber alcanzado los objetivos de intervención terapéutica.

INTRODUCCIÓN

Durante todo el desarrollo, los niños van desplegando una serie de destrezas que les permiten interaccionar y comportarse de determinada manera en su círculo social. En el ámbito socioafectivo es crucial adquirir habilidades que le ayuden desenvolverse adecuadamente en sociedad. Las relaciones entre personas se inician dentro de la vida en familia, pero muchas veces en este contexto se vuelven complejas y se manejan inadecuadamente, de manera tal, que los integrantes de esta emiten conductas poco efectivas para sus interacciones con los demás miembros. Cuando un niño vive en ambientes de pobres habilidades sociales sólo promoverá y repetirá estos patrones en sus relaciones inmediatas y futuras, por ello es importante que con ayuda de profesionales aprenda a desarrollarlas para convivir mejor con los demás.

Habilidades Sociales

Las llamadas “habilidades sociales”, hacen referencia a un conjunto de pericias que permiten la óptima convivencia humana en diferentes contextos, etapas y situaciones sociales a lo largo de la vida.

Roca (2014) define las habilidades sociales como un conjunto de hábitos – en conductas, pensamientos y emociones- que permiten comunicarse con los demás en forma eficaz, mantener relaciones interpersonales satisfactorias, sentirse bien, obtener lo que se quiere y conseguir que las otras personas no impidan los propios objetivos. De esta manera, la persona socialmente hábil, busca su propio interés, pero también tiene en cuenta los intereses y sentimientos de los demás, y cuando entran en conflicto, trata de encontrar en lo posible, soluciones satisfactorias para ambas partes.

El desarrollo de habilidades sociales, emocionales y de bienestar personal, pueden reducir problemas de salud mental, tales como ansiedad, conductas violentas, estrés y otros. Por ello, incrementan la calidad de vida. Para su consecución, requieren de capacidades cognitivas como el pensamiento alternativo, consecuencial y sobre todo de perspectiva, que significa saber ponerse en el lugar de otro. Igualmente, implica control de las propias emociones y algún entrenamiento de la motricidad (Segura, 2002). Estas destrezas son aprendidas y se dan poco a poco, porque están determinadas por factores ambientales.

Castilla (2004), Del Prette y Del Prette (2002) y Roca (2014), explican las tres funciones o componentes que pueden organizarse de la siguiente manera: Componentes conductuales: implican la mirada, expresión facial, gestos, formas y contenido de la comunicación verbal. Componentes cognitivos: son conocimientos previos, expectativas, pensamientos y creencias, es decir, la forma de percibir y evaluar la realidad. Componentes emocionales: incluyen los cambios fisicoquímicos corporales relacionados con las emociones que se experimentan.

Todos ellos en realidad están entremezclados, y permiten mejores respuestas cuando son coherentes. Dentro de las habilidades sociales se encuentran las conversacionales tales como el saber escuchar, la acentuación, facilidad de palabra, tema de conversación, y asertividad (Roca, 2014). Estas últimas han cobrado especial importancia en la atención psicológica, con terapias para resolver los problemas socioafectivos.

Asertividad

Uno de los principales problemas a la hora de definir el concepto, es saber si se trata de un comportamiento asertivo, de una habilidad social o de un rasgo personal. Cuando se afirma que es un tipo de comportamiento o de conducta, se apoya la idea de que se puede emitir una vez y no siempre. Para Gismero (1996), existen muchas variables personales y situacionales que hacen que una conducta apropiada en una situación no lo sea en otra, como también dos personas pueden no actuar de la misma forma ante situaciones parecidas, o una misma persona puede comportarse de manera distinta en situaciones semejantes, aunque ambas sean adecuadas.

Por otra parte, para Roca (2014), asertividad es considerada como un ejemplo de habilidad social del tipo “comunicación interpersonal”. Cuando se habla de asertividad como una habilidad, se está considerando como una destreza que tiene sólo quien la ejecuta continuamente. Es entonces la posibilidad que tienen las personas gracias a su repertorio de experiencias, de responder de modo adecuado en el común de situaciones con interacciones sociales.

En otras ocasiones se habla de asertividad como un rasgo de la persona. Para Gismero (1996), esto significa que es algo que poseen algunas personas, un modo general a responder, como una aptitud o capacidad estable en el tiempo y relativamente consistente a través de las situaciones. Sin embargo, en las investigaciones la evidencia es que: el que una persona muestre habilidad en un tipo de conducta social, no significa que maneje eficazmente otro tipo de situación; por ejemplo, el sexo, la familiaridad y el contexto, variarán la expresión de respuestas asertivas, por lo que debe considerarse como un conjunto de respuestas parcialmente independientes y situacionalmente específicas.

En definitiva, la Asertividad puede definirse como: “...el conjunto de respuestas verbales y no verbales, parcialmente independientes y situacionalmente específicas, a través de las cuales un individuo expresa en un contexto interpersonal sus necesidades, sentimientos, preferencias, opiniones o derechos, sin ansiedad excesiva y de manera no aversiva, respetando todo ello en los demás, que trae como consecuencia el auto-reforzamiento y maximiza la probabilidad de conseguir refuerzo externo” (Gismero 1996, pág. 38).

La asertividad es la conducta propia de las personas que sienten un profundo respeto propio y por los demás, que se hacerse valer, oír, reclama lo justo, dan su opinión y de negarse a hacer aquello que no quieren, pero sin pasar por encima de los demás. Tienen contacto visual cuando hablan con otros, habla en tono cálido y audible, postura corporal natural y cómoda, saben hacer frente a las situaciones de tensión y estrés, y se relacionan de una manera



constructiva. Tienen gran capacidad de empatía, aceptan puntos de vista diferentes, muestran sus emociones de manera normal y coherente (Fabra, 2009).

Podría decirse que hay dos tipos generales de comportamiento de las personas, el asertivo, y el no asertivo, dentro del último existen las formas agresivas y las formas pasivas o sumisas:

- 1) Conducta agresiva.** La agresividad busca el beneficio personal, pero no el del otro. Luca de Terna, Rodríguez y Sureda (2001) afirman que la persona agresiva no es cooperativa, ignora los derechos de los demás; por medio de burlas, provocaciones, peleas, o discusiones. Muestra necesidad de llamar la atención, no tiene culpabilidad y si destructividad, irritabilidad, belicosidad, y desafío a la autoridad. El individuo que la presenta carece de autocontrol, de habilidades para negociar, para pedir permiso, evitar situaciones conflictivas, comprender los sentimientos ajenos, lo que se traduce en constantes conflictos con los padres, los compañeros e instituciones sociales, utilizando tácticas no apropiadas para conseguir lo que desean.
- 2) Conducta pasiva.** La persona sumisa o pasiva, no defiende los derechos e intereses personales. Respeta a los demás, pero no a sí mismo. Sus pensamientos comunes están en función de considerar que deben evitar molestar u ofender, y que es sustancial sentirse apreciado, por lo que hay que darle prioridad a los demás para no ser rechazado. Suele sentirse impotente, culpable, que vale poco, incomprendido, y ansioso (Castanyer, 2010).

Según Zaldívar (1994) la asertividad, siendo una habilidad social, implica el desarrollo de la capacidad de expresarse ante diversas personas y situaciones, sin sentir ansiedad.

Para ser asertivo se ponen en juego componentes cognitivos; componentes emocionales; componentes conductuales y componentes situacionales. Los componentes cognitivos establecen ideas o principios elementales a los que les llaman derechos, y bajo los cuales se justifica cada una de las conductas asertivas y se omiten las agresivas o las sumisas.

Derechos Asertivos

Si no se cree en los derechos que tienen las otras personas, como los de uno mismo, entonces no se podrá actuar de manera asertiva, Si la creencia no es firme y se integra como principio o valor, se encontrara, probablemente, incongruencia en las acciones; por ejemplo, si un niño no considera que todas las personas tienen derecho a ser respetadas, justificará sus acciones violentas contra ciertas personas y no involucrará el deber de ser responsable ante el cuidado de sus congéneres.

Tras una revisión de varios autores, Riso (2002) concreta los siguientes derechos asertivos:

1. El derecho a ser tratado con dignidad y respeto.
2. a experimentar y expresar sentimientos.
3. a tener y expresar opiniones y creencias
4. a decidir qué hacer con mi propio tiempo, cuerpo y propiedad.
5. a cambiar de opinión 6. a decidir sin presiones
7. a cometer errores y a ser responsable de ellos
8. a ser independiente

9. a pedir información
10. a ser escuchado y tomado en serio
11. a tener éxito y a fracasar
12. a estar solo
13. a estar contento
14. a no ser lógico
15. a decir: "No lo sé"
16. a hacer cualquier cosa sin violar los derechos de los demás
17. a no ser asertivo.

Cuando los derechos asertivos se mantienen racionalmente atados a los deberes, dice el mismo autor, y además están teñidos de compasión y congratulación, es muy difícil excederse y ser egoísta o almacenar sentimientos negativos, y menos motivos para sentir rencor.

Ser asertivo proporciona grandes beneficios al ser humano. Uno de los propósitos fundamentales es mejorar la comunicación entre las personas, facilitar acuerdos y a compromisos cuando las opiniones y los intereses son opuestos; en donde se respete la integridad y los derechos, evitando toda conducta manipuladora (Naranjo, 2008).

Falta de Asertividad

Desde el punto de vista de Luca de Terna, Rodríguez y Sureda (2001), existen dos modelos que explican la inhabilidad social, que aplica para cualquiera de las habilidades sociales en su conjunto: El modelo de la interferencia también llamado déficit de ejecución, explica como el sujeto tiene determinadas habilidades, pero no las pone en juego porque factores emocionales, cognitivos y/o motores interfieren en su ejecución. El modelo del déficit de habilidades se explica que el sujeto no cuenta con el repertorio de conductas y habilidades necesaria para actuar en situaciones interpersonales, no sabe porque nunca lo ha aprendió. Por otra parte, para la eliminación de dichos déficits, Zaldívar (1994) expone que hay cuatro modelos principales:

- 1) El Aprendizaje. Desarrollar las habilidades de las que se carece o se ha aprendido de manera inadecuada.
- 2) Inhibición de la respuesta asertiva. Desbloquear desinhibir aquella conducta por ansiedad. Las técnicas terapéuticas también se dirigen a la reducción y control de la ansiedad.
- 3) Inhibición mediatizada. Modificación de patrones cognitivos como: evaluaciones cognoscitivas distorsionadas, expectativas y creencias irracionales, auto verbalizaciones negativas, auto instrucciones inadecuadas, patrones perfeccionistas de evaluación, y expectativas negativas en relación con la respuesta asertiva.
- 4) Fallas en la discriminación de las situaciones específicas en que un comportamiento asertivo resulta apropiado.

Se debe entonces dar a conocer la respuesta adecuada y de cómo y cuándo debe emitirse, porque es oportuno y conveniente. En los programas de intervención para atender o ejercitar la asertividad, deberán atenderse dichos déficits.



Entrenamiento en Asertividad

Los programas para el desarrollo socioafectivo pretenden esencialmente aumentar la conducta adaptativa para la prevención de futuros problemas en las interacciones sociales.

La asertividad, como otras habilidades sociales, puede perfeccionarse en los niños mediante ejercicios específicos. Una respuesta asertiva es una respuesta honesta, directa, educada, socialmente correcta, pero que no es inherente al ser humano, sino que es aprendida. Por ello se busca el entrenamiento en asertividad, que consiste en enseñar por medio de instrucciones claras, ejercicios, práctica y supervisión; cuando el aprendiz se da cuenta que puede y que funciona, lo incorpora a su repertorio de conductas habituales (Aguilar, 2014). El mismo autor plantea conveniente trabajar a partir de sus derechos, tener disciplina, práctica y persistencia. El objetivo es que el niño aprenda habilidades que después de un breve periodo, se vuelvan habituales ya que son habilidades funcionales, útiles en la vida diaria.

Los menores, no sólo debe aprender a relacionarse con sus iguales sino también con adultos, a los que debe guardar respeto y hacer caso, pero frente a los que también puede y debe autoafirmarse. El niño asertivo con el adulto es amable cuando le preguntan, levanta la vista, mira a los ojos y tiene un habla clara. También pide aclaraciones si no entiende algo y no interrumpe; no tiene miedo, pero sí respeto hacia el adulto (Castanyer, 2010).

Para que esto se produzca, se necesita una intervención directa, deliberada y sistemática (Monjas & González 2000). La terapia cognitivo conductual suele proporcionar buenas estrategias y técnicas para lograrlo, porque establecen un amplio rango de competencias. Sus intervenciones utilizan la combinación de técnicas, donde los objetivos principales son la modificación de la conducta no deseada progresivamente por la conducta deseada, a partir de la participación activa del individuo en el proceso de intervención.

Terapia Cognitivo-Conductual

El supuesto esencial de esta terapia es que a pesar de que los factores de cada evento influyen en las personas, son los pensamientos los que ejercen una influencia primordial en las emociones y la conducta de la gente. Los individuos responden al significado que le dan a cada situación, no a la situación misma. Son los pensamientos, y no hechos reales, los que podrían determinar el estado de ánimo (Bunge, Gomar & Mandil, 2009). Este tipo de terapia requiere que el paciente no espere una solución a sus problemas, a partir de acciones directas del terapeuta, sino que él sea un agente activo en su propio proceso de cambio. Los niños mayores que tienen un pensamiento operatorio formal van a estar capacitados para el trabajo con ciertas intervenciones cognitivas que impliquen pensamientos automáticos y su autocuestionamiento, refutación o evaluación.

Para Knell (2012), las terapias conductuales que pretenden el entrenamiento en habilidades sociales implican centrarse en lograr conductas eficientes para las interacciones con los demás, pero desde el enfoque cognitivo, implica que el paciente se apoye de procesos de pensamiento para entender y potenciar esas nuevas conductas. Esta terapia se desarrolló como una aproximación estructurada y dirigida a ayudar a los individuos a transformar su conducta mediante el cambio en el pensamiento.

Por su parte, Castanyer (2010), propone que, para el entrenamiento en asertividad, antes de aplicar cualquier tipo de estrategia de o intervención, es importante saber con precisión que pasa con el menor, qué es lo que le afecta y dejarle claro que interesa lo que cuenta. Además, hay que ser paciente con los progresos de un niño. En un inicio lo “reforzable”, va a ser el desafío, el intento de superación, no el éxito; ya que éste puede tardar mucho en aparecer. Hay que ayudarlo a sentirse bien consigo mismo aún en situaciones de derrota porque si no, el niño no querrá repetir la experiencia de afrontamiento ni intentar alguna otra estrategia.

El Juego como Terapia

El juego es toda actividad motriz, lúdica, recreativa y placentera que se practica a cualquier edad. Los niños juegan para divertirse, explorar los materiales y los objetos; experimentar y aprehender la realidad; comprender y poner en práctica sus descubrimientos; y aprender a participar, a relacionarse con los demás y a desenvolverse en el mundo en el que viven (Gallardo & Gallardo, 2018). Existe un acuerdo entre los profesionales del desarrollo infantil, sobre que el juego resulta importante para su desarrollo positivo porque ayuda en las capacidades motrices, cognoscitivas y socioafectivas, además de ser placentero y recreativo. Para Esquivel (2010), tiene un papel crucial en el óptimo crecimiento y aprendizaje, porque gracias a él, integran su mundo afectivo, social y cognitivo, al tiempo que perfeccionan sus habilidades. Al jugar, controlan su cuerpo y facilitan la integración de su esquema corporal a partir del conocimiento de sí mismos y de los otros; desarrollan su creatividad, su expresión artística y su lenguaje; ayuda a la autorregulación y la autoestima, además de enriquecer el conocimiento.

A pesar de la necesidad que tiene el niño de jugar y de los efectos benéficos que posee el juego, los adultos lo hacen a un lado o no le dan el lugar que merece entre sus actividades porque no brinda ningún provecho económico y tangible. Para otros, representa una pérdida de tiempo porque no creen en la función que ejerce, entonces los obligan a realizar actividades no propias para su edad, menospreciando los frutos que reciben a través de sus experiencias (Meneses & Monge, 2001). Sin embargo, el juego es un elemento clave para aprender, tal es así que se ha ocupado como una estrategia específica, de atención psicológica.

La investigación experimental sugiere que la terapia de juego es eficaz en niños que presentan problemáticas tales como inadaptación social, trastornos de conducta, inadaptación emocional, ansiedad/miedo, autoconcepto negativo, problemática mental y con discapacidades físicas o mentales (Watts & Garza, 2012).

Este tipo de terapia se basa en el hecho de que el juego es un medio natural de autoexpresión, y facilita la interacción con el terapeuta. Los poderes terapéuticos del juego pueden clasificarse en ocho categorías generales: comunicación, regulación emocional, mejora de la relación, juicio moral, manejo del estrés, fortalecimiento del yo, preparación para la vida y autorrealización (Blundon & Schaefer, 2012).

Aun cuando tiene impacto sobre muchas dimensiones del desarrollo, Esquivel (2010) considera que los aspectos que más se relacionan con la prevención de problemas psicológicos, se encuentran en la dimensión socioafectiva.

Knell (2012), apunta que la terapia de juego cognitivo-conductual es breve, de tiempo limitado, estructurada, directiva, orientada al problema y psicoeducativa. Se lleva a cabo en un cuarto de juego equipado con materiales apropiados, juguetes, artículos de arte, y otros materiales. Aunque la relación de colaboración entre terapeuta y paciente es importante y con un enfoque más inductivo o socrático resulta fundamental, para la terapia cognitivo-conductual, ser modificada cuando se pone en práctica con niños pequeños y poner el énfasis en las metas, la elección de actividades y materiales, de igual forma, evaluar de manera continua el avance hacia las metas.

Para el proceso terapéutico, Blundon y Schaefer, (2012) sugieren tres etapas principales: primero, **construcción del rapport**, involucra sesiones iniciales en que el niño y el terapeuta establezcan una relación de confianza. La segunda etapa, es **de trabajo**, donde ocurre buena parte del cambio terapéutico. Surgen necesidades no satisfechas, conflictos no resueltos o dificultades que el niño trata de entender. Algunos temas comunes son: agresión, competencia, control, eventos traumáticos, temores, el bien contra el mal, identidad, prueba de límites, necesidad de aprobación o afecto, solución de problemas, repetición de situaciones reales, sexualidad, reglas sociales, transiciones, vulnerabilidad y situaciones de ganar o perder. La tercera etapa es la **terminación**, donde se han empleado el proceso terapéutico para mejorar o resolver los problemas presentados.

Con el juego los niños son más conscientes de las conductas deseadas, en primera porque al tomar otro rol, hacen "como si" no fueran ellos, y pueden evaluar mejor las respuestas, sucede igualmente cuando manipulan a un muñeco. Además, si juega con otros, puede juzgarlos sin que se sientan ofendidos cuando no acierta en



la respuesta asertiva, pues tampoco son ellos en realidad, sino meros personajes actuando. Después, porque consideran el juego como un ensayo antes de poner a prueba sus habilidades. Tercero, porque en ese ensayo involucra su sentido de confianza, lo que le hará presentar más habilidades ante la presión social, prevenir conflictos y/o tomar decisiones responsables.

Técnicas

En la terapia de juego cognitivo-conductual, puede visualizarse la integración de dos tipos de técnicas. Desde la parte de la conducta, se utilizan técnicas alternativas que aumentan el impacto, la durabilidad y la generalización de sus efectos, tales como el aleccionamiento, el modelamiento, el role playing, el reforzamiento positivo, la retroalimentación, y las tareas para casa (Luca de Terna, Rodríguez & Sureda, 2001). El Manejo de contingencias se refiere a las técnicas que modifican la conducta mediante el control de sus consecuencias, tales como el reforzamiento positivo, el desvanecimiento del estímulo, la extinción y el reforzamiento diferencial de otra conducta. La desensibilización sistemática también forma parte de las técnicas común de este enfoque (Knell, 2012).

Desde la parte cognitiva, se distinguen técnicas para modificar las creencias irracionales o distorsionadas y favorecer la generalización de las conductas aprendidas. Incluye el registro de pensamientos disfuncionales, estrategias de cambio cognitivo y la refutación de creencias irracionales; abordan el problema desde tres frentes: mira la evidencia, explora las alternativas y examina las consecuencias. Se usan frecuentemente las autoafirmaciones de afrontamiento (positivo) por ejemplo “Soy fuerte”, “Puedo hacerlo”, “No es verdad que haya fantasmas en el ático”. También la biblioterapia por lo regular mediante el modelamiento de cómo reaccionar a situaciones o resolver problemas (Knell, 2012).

Ahora bien, ambos grupos de técnicas pueden conjuntarse dentro de las actividades lúdicas de intervención, convirtiendo la terapia en un ambiente de juego que cumple los principios cognitivo-conductuales. Para los fines terapéuticos Aguilar y Espada del Valle (2005, como se citó en Bunge, Gomar & Mandil, 2009), proponen dos tipos de juego: el estructurado (posee reglas, normas e instrucciones preestablecidas a priori; puede incluir juegos de mesa diseñados), y el no estructurado (incluye el juego espontáneo, entre otros), ambos como un recurso valioso y prometedores para entender hechos, relaciones o aspectos de su pensamiento y desarrollar habilidades sociales o de afrontamiento.

Aprendiendo por medio del juego, los niños se sienten más seguros y dispuestos a recibir atención psicológica, que resulta de antemano una experiencia nueva y estresante. Cuando los problemas de interacción social se tratan de esta manera no lo ven como una obligación o como una tarea que ha de realizarse, sino que poco a poco se van relacionando los conocimientos con las experiencias y el menor pueden encontrarle utilidad. Por otra parte, los conflictos familiares en el entorno del niño sean entre los padres, entre los hijos o entre padres e hijos, resultan ser bastante comunes. Se requiere dotar al niño de las habilidades necesarias para hacerles frente. No tiene por qué seguir los patrones agresivos del resto de la familia; como individuo particular, en crecimiento y próximo a una etapa de desarrollo de mayor autonomía, deberá contar con sus propias estrategias.

MÉTODO

Descripción del caso y el sujeto

Identificación del paciente: Kuri (en lo sucesivo se le dará este nombre ficticio), es un niño de diez años y diez meses, que cursa el quinto grado de primaria. Pertenece a una familia compuesta por dos padres y cuatro hijos, dentro de los cuales él es el menor y único varón. Su estatus socioeconómico parece pertenecer a la clase media baja.

Antecedentes

El niño es remitido a consulta psicológica por parte de la madre, debido a que presenta comportamientos desadaptativos y agresivos dentro del entorno familiar. En sus palabras, es un niño “difícil”, rebelde, que no obedece o quiere hacer las cosas a su tiempo, enfrenta a su padre diciéndole que lo odia y que quisiera que se muera. La rebeldía más frecuente es cuando se le pide que haga algún mandato; protesta, insulta o se la pasa gritando. Parece no haber un suceso que desencadene esas conductas no deseadas según los padres, pero reportan que estas conductas van en aumento, presentándose con mayores dimensiones aproximadamente desde hace un año, ya hasta ha insultado a la dueña del negocio donde va a jugar videojuegos. Lo controlan por medio de castigos (quitándole permisos u objetos de su preferencia), pero por no estar mucho tiempo en casa, la madre no puede revisar que el niño los cumpla.

Se le ha dado atención psicológica desde hace medio año atrás, pero sin resultados positivos. No presenta copia del reporte clínico o algún comprobante de su atención, ni puede comentar mucho sobre los trabajos que se hicieron en la intervención, solo comenta que tuvo talleres de autoestima y evaluaciones sobre su desarrollo en general. Ante esta situación la madre espera encontrar el apoyo para su hijo de manera que se logren llevar mejor entre la familia. El niño es el primero que pide lo lleven a atención psicológica, argumentando que quiere cambiar porque no le gusta ser así.

Kuri es un menor perteneciente a la etapa de niñez intermedia y tardía, próximo a la adolescencia y comenzando a presentar conductas propias de la búsqueda de identidad, autodefinición y autonomía. No presenta problemas aparentes en el desarrollo físico, y es muy apto cognitivamente para su edad, habilidad que se demuestra en sus estudios, en sus intereses y en su forma de pensar.

Respecto a su desarrollo socioafectivo, es ahí donde presenta las mayores dificultades, sobre todo al expresar agresión, en la falta de regulación de sus emociones y en la manera de interactuar con los demás miembros de su familia. Con quien mantiene mejor relación, es con la hermana mayor (21 años) que, aunque convive poco con ella, es quien se encarga de llevarlo a la escuela, y cuando está en casa le gusta ver que hace y le pregunta cosas sobre su día o sus tareas. Con quienes suele ser más grosero es con su padre (de quien suele pensar que no hace bien las cosas), y con dos de sus hermanas (18 y 12 años), porque pelea constantemente diciéndose cosas ofensivas y golpeándose. Según la madre, ella se siente impotente porque al salir de casa no puede ver la razón de los conflictos. Las hijas lo acusan a él, y éste dice que ellas “lo provocan”.

El niño expresa cierta soledad, y falta de atención en la educación de valores, habilidades o regulación de la conducta. Solo tiene dos amigos mayores que él, pero pocas veces lo dejan salir a verlos, aunque se sale de casa sin permiso de los padres y es esta una de las razones de disputa.

El padre del menor no trabaja actualmente fuera de casa, se dedica a las labores del hogar, pero suele alcoholizarse y descuidar la educación de los hijos. La madre trabaja fuera y pasa poco tiempo con el menor. Ella justifica constantemente la ausencia de la disciplina paterna u omite hablar del asunto.

Kuri gusta de los videojuegos y las caricaturas donde los personajes con los que se identifica son traviesos o violentos. Sus amigos de la calle son mayores a él y no son modelos de conductas asertivas. Por lo que, al no tener ejemplos de comportamiento adecuado en casa, ni entre las amistades, el modelo del déficit, como el modelo de la interferencia, explican la razón de la falta de conductas asertivas en el menor.



PROCEDIMIENTO

Justificación del programa

Los conflictos familiares en el entorno del niño son comunes y van en aumento con tendencias agresivas que el menor repite con su padre, sus hermanas y en ocasiones con compañeros. Se pretende que éstos disminuyan por medio del desarrollo de la asertividad. El juego es un medio para entrar en contacto de una manera relajada con los otros, para sentirse motivado y desarrollar habilidades sociales necesarias en la mejor adaptación al contexto familiar. El uso de actividades fundamentalmente con juegos es adecuado en las intervenciones psicológicas con niños; se espera que con ello aprenda a identificar y normalizar sus emociones y pensamientos, siendo capaz de comunicarse asertivamente.

Si estas conductas no se aprenden en edades tempranas, cuando el niño entre en la etapa adolescente, no contará con estrategias para hacerle frente a los conflictos, lo que empeoraría sus relaciones interpersonales con amigos, figuras de autoridad y hasta con las parejas amorosas. Por ello es momento de ejercitar la asertividad; aunque el resto de los familiares no se involucre en el cambio y también presente conductas no asertivas, la terapia cognitiva parte de la idea de que se pueden generar habilidades personales que le sirvan para toda la vida.

Estructura de las sesiones, materiales y tiempos

El tiempo real de intervención con el niño constituyó un total de 17 sesiones, 5 de las cuales fueron exclusivas para la evaluación del problema, y 12 de ellas formaron parte del programa de intervención. Los materiales ocupados fueron: Juegos de mesa, cuentos cortos, lupa, hojas blancas, lápiz, marcadores para pizarrón, tijeras y pegamento, lápices de colores, cuestionarios, sobre de papel, pliegos de papel bond, cojín, bote de basura, cajas, muñecos y carritos de juguete. Teléfono, computadora y video, grabación de música, materiales elaborados por los psicólogos como laberintos, pirinola, fichas, tarjetas y hojas de trabajo.

Como parte de la atención, se ofrecieron algunas pláticas a los padres sobre el desarrollo y la disciplina de los menores, pretendiendo con ello apoyar a los tutores. Dichas pláticas se llevaron a cabo una vez a la semana, en el mismo horario en que se atendía individualmente al niño, pero la madre no fue puntual y consistente en todos los casos.

Se trabajó con estrategias bajo terapia de juego con enfoque cognitivo-conductual. El tipo de juego utilizado fue de tipo estructurado dado que se establecen reglas, normas e instrucciones preestablecidas a priori, dirigidas al problema. La atención fue en cubículos particulares con un terapeuta o dos en el mismo proceso y el horario de atención fue de una hora para cada sesión, dos sesiones por semana.

Estrategias de evaluación

Debido a que asiste ya avanzada la fecha de inicio del ciclo de atención psicológica, y a que el menor ya había presentado otra intervención anterior (quedando en espera el reporte de sus resultados), y a que la madre espera resultados más inmediatos, el proceso de evaluación fue reducido. Se dedicaron cinco sesiones de evaluación clínica, en la que se pretendió recopilar datos que permitieran la descripción del problema y de la breve intervención que había recibido anteriormente. Para ello se utilizó lo siguiente:

1. Consentimiento informado que determinó los acuerdos sobre la forma de trabajo
2. Las Entrevistas, mediante las cuales se consiguió el primer contacto con la situación problema, realizadas a la madre y al niño

3. Cuestionarios abiertos y breves que se realizaban en algunas sesiones de la intervención para identificar aspectos específicos sobre el tema tratado
4. Pláticas informales, que se generaban a partir de comentarios repentinos del niño y que daban pie al asesoramiento e identificación de sus avances en el área familiar
5. Instrumento para medir asertividad (Inventario de Asertividad, de Alberti y Emmons, 1999)
6. Registro observacional diario: donde se observaron los cambios en las conductas, del niño sobre sus problemas y oportunidades de cambio. Los registros diarios determinan la presencia de conductas deseadas (asertivas), sean en forma de pensamiento acciones o regulación emocional para no desencadenar conductas agresivas. En ello se identificaron las siguientes categorías conductuales: peticiones asertivas, obediencia (respuestas ante peticiones) y disminución de conductas agresivas (palabras, gestos, movimientos o golpes). Categorías cognitivas: pensamientos positivos y asertivos ante situaciones ficticias o de juego
7. Entrevista final con la madre en donde se identificaron los cambios a partir de las categorías anteriores en el ámbito familiar.

Intervención

A partir de los datos resultantes del proceso de evaluación, se decide hacer un programa de intervención en el que se contempla el siguiente objetivo general: Desarrollar la asertividad mediante una intervención basada en la terapia cognitivo-conductual de juego, que le permitan prevenir, mediar y resolver conflictos en sus relaciones familiares.

En las sesiones dedicadas a la modificación de la conducta, (intervención remedial) se concluye con un momento de reflexión en donde además de sintetizar los conocimientos adquiridos el niño justifica porqué es conveniente cambiar sus conductas.

La evaluación de la intervención es de tipo cualitativa y con un cuestionario a la madre, sobre los progresos del niño en la convivencia familiar.

Las actividades del programa se concentran en el siguiente cronograma (Tabla 1 Cronograma de actividades). Cabe resaltar que en él se reportan sólo las sesiones en que se presentó, pues tuvo algunas inasistencias debido a enfermedad o a que la madre no tenía tiempo para llevarlo.



Tabla 1. Cronograma de actividades.

Programación	
Sesión: 1 Asertividad	Actividad y técnica: “El detective” / instrucción.
Materiales: Pizarrón y marcador, lupa, hoja de papel y lápiz	
Objetivo específico: Reconocer el concepto de asertividad por medio de la instrucción y la búsqueda de información, identificando la importancia de practicarla en las relaciones interpersonales.	
Descripción: El psicólogo expone el tema sobre lo que es la asertividad, valiéndose de anotaciones en el pizarrón, y de explicación con casos. Las definiciones no son muy evidentes, pues se trata de que el niño encuentre con su lupa (imitando a un detective) las palabras clave que lo llevarán a reconocer el concepto de asertividad y su importancia, las anote en una hoja, y al final concrete el concepto. Después de ello, el psicólogo complementa las ideas, aclara y explicar directamente el tema, enfatizando en las características del habla, la postura, la tensión y la expresión de lo que se piensa y se siente.	
Sesión: 2 Asertividad	Actividad y técnica: “El cuento pausado” / biblioterapia
Materiales: Cuento del gallo y la paloma, un cojín pequeño, un bote de basura pequeño, 6 fichas de cartón con la imagen de un gallo, y seis con la imagen de una paloma.	
Objetivo específico: Reconocer la conducta sumisa y la agresiva por medio de biblioterapia, que le permitan diferenciarlas de la conducta asertiva.	
Descripción: Se le dice al niño que él es un granjero y tiene un problema con dos de sus animales y que lo tiene que resolver. Se cuenta un cuento en donde el gallo y la paloma interactúan, pero tienen una serie de conductas el uno con el otro, que los llevan a hacer más fuertes sus conflictos, razón por la cual ya no pueden vivir juntos, en cada suceso el cuento se pausa y el niño tendrá que colocar en un cesto de basura pequeño, la ficha del personaje que vaya apareciendo, si considera que su conducta no fue adecuada para mejorar las relaciones, o de lo contrario dejarla en un cojín, si considera que fue una respuesta asertiva. Al final se analizan sus respuestas y se explica por medio de un cuadro que las conductas no asertivas pueden ser agresivas o sumisas. Una vez sabiendo esto, determina quien de sus dos animales no debiera ser considerado para vivir más en su granja. Y cuando lo haya decidido, también se le cuestiona si no ambos animales cometieron fallas, por lo sería mejor encontrar otra solución.	
Sesión: 3 Asertividad	Actividad y técnica: “La competencia” /reforzamiento
Materiales: Tres juegos de mesa a elección del niño (palillos chinos, damas chinas, lotería)	
Objetivo específico: Reconocer los derechos asertivos mediante un juego de competencia con reforzamiento positivo, para aprender a juzgar conductas cotidianas en que no los respeten.	

Programación	
<p>Descripción: Se pide que elija los juegos de mesa con los que quiera trabajar. Se le explica que jugará con los dos psicólogos, y que se trata de una competencia, en cada juego ganado, se le darán reforzamientos, fichas ganadas que cambiarán por obsequios pequeños, con la intención de entusiasmarse en el juego. Los psicólogos toman a propósito conductas verbales y no verbales de tipo no asertivo, sin prevenir al niño de esta decisión. Al final de dos de los juegos repetidos dos veces, se le explica cuáles son los derechos asertivos, se contemplan en un escrito y como lista de cotejo el niño va encontrando aquellos que no se respetaron durante el juego por alguno de los psicólogos. Estos a su vez, le dicen cuáles fueron los que el quebrantó. El tercer juego de mesa será el preferido del menor, y con él se volverán a cometer comportamientos no asertivos, pero ahora el niño, inmediatamente, identificará los derechos violentados y detendrá a los psicólogos para que no continúen.</p>	
<p>Sesión: 4 Asertividad</p>	<p>Actividad y técnica: “La recepción” /aproximaciones sucesivas/ modificación cognitiva</p>
<p>Materiales: Un teléfono de juguete, tarjetas con nombres de personajes famosos. Lista de peticiones.</p>	
<p>Objetivo específico: Ejercitar las habilidades asertivas, claras y coherentes, de manera directa e indirecta con aproximaciones sucesivas, para mejorar sus interacciones.</p>	
<p>Descripción: Se le explica que tiene que hacer llamadas o contestaciones asertivas. Él es encargado de recepción y su jefe le ha pedido que haga algunas llamadas especiales. Tomará una tarjeta al azar y al personaje elegido, es a quien le hará la petición que el psicólogo le va diciendo como por ejemplo hacer un pedido de una pizza, que reclame que le han pagado con un billete falso, que convenga de participar en un comercial donde se harán bromas. Después pasa a las contestaciones, entonces el terapeuta toma el rol del personaje elegido, pero le hace peticiones o reclamaciones que comprometen al niño para que analice y emita respuestas asertivas. En cada respuesta se le va aproximando a la conducta deseada, enfatizando la no interrupción, las aclaraciones y el respeto.</p>	
<p>Sesión: 5 Asertividad</p>	<p>Actividad y técnica: “El hombre asertivo” /rol playing</p>
<p>Materiales: Tarjetas con nombres de personajes famosos. Lista de peticiones.</p>	
<p>Objetivo específico: Ejercitar las habilidades asertivas, claras y coherentes, de manera directa por medio de la dramatización, para mejorar la interacción con otras personas.</p>	
<p>Descripción: Se le explica que, como la actividad anterior, ahora le toca ser el hombre asertivo. Tomará una tarjeta al azar y al personaje que le toque, deberá imitarlo e ir con otros psicólogos, padres, niños o personas que van a algún servicio en la clínica para hacerles algunas peticiones determinadas por el psicólogo. Por ejemplo, pedir que les digan la hora, que cedan un asiento, que le compre algo o que participe con él en alguna actividad. Al final se analiza junto con el niño que factores influyeron para que las personas cedieran a sus peticiones. En cada respuesta se le va aproximando a la conducta deseada, enfatizando en la postura, la vista, el tono y claridad del habla.</p>	



Programación	
Sesión: 6 Pensamientos	Actividad y técnica: “La pirinola, cuestionadora de pensamientos” / cambio cognitivo
Materiales: Hoja y lápiz. Pirinola grande con preguntas predeterminadas en cada espacio: te ayuda a crecer, te hace sentir mejor y feliz, te hace ser justo y respetuoso, te ayuda a llevarte bien con los otros, te enseña algo nuevo de la vida. Porqué debería ser como tú lo dices. Tabla con opciones: deshacerse de él, modificarlo, aumentarle o quitarle, cambiar por otro contrario, conservarlo.	
Objetivo específico: Ejercitar el cambio cognitivo, mediante la identificación de pensamientos disfuncionales, para lograr la tolerancia ante los miembros de la familia.	
Descripción: Escribe en una hoja todos los pensamientos que tiene respecto a su padre, y a sus hermanas. Después se tira la pirinola y según lo que le caiga, tendrá que confrontar el primer pensamiento de su lista. Ejemplo: si la pirinola dice ¿te ayuda a crecer? entonces el niño juzgará si su pensamiento le ayuda a eso. Los psicólogos le preguntan continuamente forzando al niño a que, de razones reales en defensa de su pensamiento, si esto no es así, podrá entonces pasar a la tablita que le dará opciones sobre qué hacer con ese pensamiento. Y escribirá como es que queda la nueva idea	
Sesión: 7 Avances	Actividad y técnica: “El gato, el ratón y el perro” / biblioterapia
Materiales: Lápiz, caso escrito con cuestionario	
Objetivo específico: Conocer el avance adquirido en habilidades asertivas durante las sesiones por medio de la lectura de un caso y la contestación de un cuestionario.	
Descripción: Se le pide que lea el caso y vaya contestando el cuestionario, respondiendo de manera rápida, sin pensarlo mucho, para evaluar los conocimientos interiorizados y si las respuestas asertivas se hacen presentes como formas más comunes de actuar en el niño.	
Sesión: 8 Relajación	Actividad y técnica: “La sacudida” / relajación
Materiales: música para relajación.	
Objetivo específico: Aprender estrategias de relajación y disminución de tensiones por medio de modelado para aplicarla en situaciones estresantes con interacciones personales.	
Descripción: Se le pide que haga ejercicios igual que el terapeuta, para tensar el cuerpo, y luego que aprenda a destensar, que encuentre un movimiento suave y agradable con su cuerpo que le salga bien. Después se acompañan estos tres ejercicios con música, poniendo mayor énfasis en el segundo y tercero. Como el menor presenta mucha tensión, los movimientos sugeridos son más en forma de sacudir el cuerpo y librarse de la tensión que suele acumular.	
Sesión: 9 Pensamiento/ registro de pensamientos disfuncionales	Actividad y técnica: “Las cajas del cerebro”
Materiales: Cuatro cajas decoradas: Una en forma de baúl viejo (pensamiento cerrado, rígido, caduco), otra con cajas pequeñas adentro, una dentro de otra (pensamiento repetitivo, robotizado, sin juicio), una más de cartón dentro de un papel celofán (que busca el beneficio propio, individualista), y la última negra y arrugada (negativa, catastrófica). Otra caja de cartón, acuarelas, diamantina y pegotes para decorar, pegamento, tijeras.	

Tabla 8. Comparación de evaluación inicial y final.

Programación	
Objetivo: Evaluar, los pensamientos no asertivos y sus tipos, por medio de explicación de experiencias conflictivas para ayudar a que se flexibilicen.	
Descripción: Se le pide que exponga con detalles cuatro situaciones en donde haya tenido problemas para relacionarse de manera positiva con otras personas, y le hayan llevado a grandes conflictos. Por ejemplo, cuando pelea con sus padres por salirse de casa sin permiso. Se colocan en la mesa los cuatro tipos de cajas y se explica que son como cajas del cerebro donde guardamos diferentes tipos de pensamientos, pero cada uno tiene características diferentes. El psicólogo va escribiendo en hojas los pensamientos del niño, sean positivos, agresivos o sumisos. Luego el menor los analiza y los coloca en la caja que cree que correspondan. Al final los pensamientos negativos encontrados, que no se colocan en ninguna de las cajas, las colocará en una nueva (que creará) donde él quiera guardar y llenar de pensamientos asertivos.	
Sesión: 10 Pensamientos	Actividad y técnica: “Salvando a los personajes”
Materiales: Videos de diversas caricaturas y computadora para su proyección. (Dragon Ball, El chavo, Bob esponja, Phineas y Ferb, los Simpson, etc.)	
Objetivo específico: Ejercitar los pensamientos no asertivos a través de la observación de estos en otra persona o situación, de manera que identifique las posibilidades de cambiarlos	
Descripción: Se presenta videos de personajes de caricaturas en acción previamente seleccionados. El niño es el director de cine y está viendo la actuación de ellos; cuando identifique un pensamiento irracional o no asertivo, gritara “alto”, se detiene el video y tendrá que decirle que cambie ese dialogo y lo sustituya por otro (dirá el ejemplo para el cambio). Continúa el video y sigue buscando errores de pensamiento. Todos aquellos que modifique los escribirá en papeles y los guardará en la caja de la sesión anterior. La cual se llevará a su casa y llenará con más papeles de pensamientos asertivos cuando estos vengan a su mente.	
Sesión: 11 Pensamientos	Actividad y técnica: “El laberinto telepático” /autoafirmaciones
Materiales: Laberinto en papel del tamaño dedos pliegos de papel. Con dos o tres caminos para intentar salir de él y con grado de dificultad moderado. Dos muñecos pequeños que quepan en los caminos. Las frases que representan las figuras del camino son: trébol: “nada hay que no se pueda arreglar”, flor: “yo puedo cambiar”, moneda: “pondré mi mayor esfuerzo”, sol: (inventar una).	
Objetivo: Entrenar los pensamientos positivos con autoafirmaciones para apoyar las respuestas asertivas ante situaciones interpersonales.	
Descripción: Se coloca un laberinto en pliego de papel, el niño elige algún muñeco con el que jugar, lo mismo que el psicólogo. Hay dos caminos del laberinto, pero ambas llegan al objetivo. En algunos espacios del recorrido aparecen flores, tréboles, soles y monedas. Cada uno significa una frase positiva como “yo puedo cambiar” y el menor la irá repitiendo mentalmente, de manera que le motive a seguir adelante a pesar de lo difícil que pueda parecer. Cambia de frase mientras el muñeco avance y se tope con otra figura. El símbolo de sol representa una frase diferente a las expuestas, que él tendrá que inventarse e identificar como propia.	



Programación	
Sesión: 12 Emociones	Actividad y técnica: “Cómo me siento” / identificación
Materiales: Fichas de emociones, hojas de trabajo, cuestionario, tijeras y pegamento.	
Objetivo: Identificar las emociones que siente ante una situación o frente a una persona, y lo que las desencadena, para reconocer su influencia en el cambio de conducta y pensamiento.	
Descripción: Se le da la ficha con las emociones, las cuales tendrá que recortar, clasificar y pegar en columnas de las más comunes que siento, las menos comunes que siento. Después explica con ejemplos en qué situaciones las presenta. Después contestará las preguntas del cuestionario para cada una de dichas emociones.	
Sesión: 13 Emociones	Actividad y técnica: “El maestro” / análisis con mapa conceptual
Materiales: Pizarrón, marcadores. Hoja de ejemplo de mapa, hoja de información sobre las emociones: que son, cuáles son, para qué nos sirven, qué es la regulación, como regularlas.	
Objetivo: Reconocer el concepto de emociones sus características e importancia en la vida cotidiana, a partir de la explicación a otro	
Descripción: Se le muestra un mapa conceptual en una hoja, sobre un tema cualquiera, reconociendo los puntos esenciales para que se pudiera exponer. Se le dice al niño que ahora él será el maestro y que va a enseñarle al psicólogo sobre otro tema: las emociones. El pizarrón tiene trazado el esquema previamente para que el niño sólo lo complete. Cuenta con una hoja de información con la que completa el esquema y expone su clase. El terapeuta funge como alumno haciéndole preguntas para que el tema quede comprendido tanto para él como para el maestro. Si al final quedan dudas, se explicarán la sesión siguiente.	
Sesión: 14 Emociones	Actividad y técnica: “La carrera de autos” /regulación
Materiales: Tablero con caminos y 8 carritos de juguete con letreros de diferentes emociones.	
Objetivo: Regular emociones comunes que presenta en las situaciones conflictivas mediante el modelo de los autos, para mejorar las relaciones personales con su familia.	
Descripción: Se le explica que jugarán a las carreras de autos pero que él, es el piloto de todos ellos, cada coche tiene el nombre de una emoción (las más comunes que presenta y las contrarias que puedan equilibrar su estado de ánimo). Se le recuerdan aquellas situaciones en donde tenga conflictos familiares y exprese sobre todo furia o enojo. Un terapeuta es el narrador de la escena. El otro lo va guiando, preguntándole cómo se siente, que emociones van avanzando en su cuerpo y que las represente con el avanzar de los carros avanzando, Tanto como la emoción se sienta, pero debe avanzar el resto de los autos a la petición del terapeuta y mientras imagina que las otras emociones se van metiendo en su persona.	
Sesión: 15 Emociones	Actividad y técnica: “El árbol afectivo” /regulación
Materiales: hoja de árbol, lápices de colores,	

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

Programación	
Objetivo: Identificar las emociones y la regulación de su expresión, en diferentes situaciones, por medio de un dibujo de manera que recuerde que lo importante no es dejar de sentir las sino nivelar su aparición.	
Descripción: Se le da al niño un dibujo de un árbol frondoso con varias raíces, con hojas, ramas y frutos. Se le pide que lo ilumine; después coloca en cada raíz, un valor asertivo, en las hojas situaciones de conflicto que se le compliquen resolver, en las ramas todas las emociones que le sirvan para expresar lo que siente de manera asertiva, si es una emoción que conviene más expresar, la pondrá en ramas grandes, y si es una emoción que tenga que reducir sus niveles, la pondrá en las ramas menores. Finalmente, en los frutos, escribe las consecuencias que se logran si obtiene la expresión adecuada y su nivelación.	
Sesión: 16 Emociones	Actividad y técnica: “Busca encuentra y recuerda” /regulación
Materiales: Juego de mesa “el lince”	
Objetivo: Regular emociones ante los conflictos evitando que estas desencadenen conductas agresivas o sumisas en las relaciones interpersonales.	
Descripción: La actividad se llama busca, encuentra y recuerda, porque en el juego tendrá que buscar rápidamente y encontrar la figura que se pide dentro de un tablero, pero la palabra recuerda, es referida a lo que tiene que recordar y poner en práctica sobre el control de sus emociones, sobre las autoafirmaciones, y sobre los comportamientos asertivos.	
Sesión: 17 Emociones	Actividad y técnica: “Carta de mi héroe” /reflexión
Materiales: lápiz, hoja de papel y sobre	
Objetivo: Autodirigir su proceso y motivarse a partir de la imaginación, para ocasionar cambios de comportamiento más asertivos.	
Descripción: Se pide al menor que hable de su super héroe favorito y explique por qué lo prefiere, luego se le explica que imagine que este héroe lo está viendo, que conoce todo del niño y su vida, así como de los problemas en los que se mete; entonces, ha decidido enviarle una carta para darle ánimo, a que continúe con sus cambios. Se la hace la pregunta ¿qué crees que te escribiría? Se le da el papel y se le pide que imagine que él es ese super héroe y que escriba la carta para Kuri, es decir, se escribirá una carta a sí mismo. Al final la lee en voz alta y comenta como se siente o que piensa de ello.	

RESULTADOS

El menor es un reflejo de la situación que se vive en casa, puede aprender por imitación las conductas violentas y otras respuestas no asertivas, por otro lado, tiene modelos agresivos en la televisión y no son restringidos por los padres. Pero es también un niño en desarrollo, con amplias habilidades cognitivas, al que le importa entender el porqué de las cosas, además le interesa cambiar y ser un niño más sano.

Las sesiones de trabajo significaron una situación diferente a la familiar y en ellas encontró la comodidad y confianza para expresar y demostrar sus pensamientos, así como sus aprendizajes de cambio.



Como es un niño que platica mucho sobre lo que piensa, es fácil encontrar que a lo largo de la intervención el menor fue capaz de reconocer las conductas asertivas y su importancia. Identifica con ejemplos de sus padres, amigos y de él mismo, actitudes que no habían sido adecuadas y expresa alternativas para mejorar las cosas.

Piensa que hay maneras sanas de resolver los conflictos, pero que cada uno debe ser responsable de sus actos. Cree, por ejemplo, que es mejor no discutir cuando emocionalmente no estás apto para contestar de manera asertiva. Con sus palabras explica: “Creo que es mejor decir las cosas cuando no estas enojado porque cuando esto sucede suelo decir cosas feas... o luego nos pegamos entre mis hermanas y yo... y si nos calmamos podríamos arreglar las cosas de otra manera”. Comenta que aprendió a enfrentar al compañero que lo agrede sin responder con violencia “antes de que comience a provocarme, mantener la calma y antes de cualquier cosa... le aviso al profesor y hablo con el calmadamente, así si me creyeron a mí”.

Considera que no debe enojarse con su madre porque va a trabajar pues se encarga del sustento de la familia. “Mi madre llega más temprano del trabajo y nos hace de comer, cuando estamos comiendo nos reímos o hacemos bromas, de hecho, ya no nos hemos peleado... y cuando alguien empieza... yo le digo que se relajen y que piensen en otra cosa, como en una frase bonita para ellos, que los haga cambiar”

Piensa que es mejor estar bien con la familia y contarse sus cosas, dice que ha expresado que no le gustaba como era antes su familia “...porque siempre peleábamos y eso no está chido”, pero lo expresa de manera asertiva, sin culpar a unos, “lo he dicho sin ofender a nadie y de esta forma ninguno se enojó”.

Plantea que sus pensamientos no deben ser tan estrictos (deben ser flexibles) y querer que hagan las cosas para el bien de uno. Cree que deben arreglar conflictos antes de pelear porque son familia y las familias no pelean “...o bueno, sí, pero no tanto como nosotros, porque arreglan sus cosas”. Considera que su familia puede salir adelante y “... que no sea solo por lo que paso (muerte de su tío), que estén más unidos, sino siempre”.

Comenta que su familia tiene muchas raíces (valores), pero que tienen que juntarlas. Y recordó hasta la última sesión, el cuento del perro, el gato y el ratón, concluyendo que siempre hay que ser como el perro: más asertivo.

En cuanto a las emociones, fue el ámbito en donde más trabajo le costó cambiar, pues fueron pocas las sesiones dedicadas a ello. A pesar de eso el niño muestra importantes avances: Reconoce sus emociones, aunque prefiere guardárselas; sin embargo, es un niño muy expresivo que por medio de su gesticulación facial hace demuestra fácilmente sus sentimientos, lo mismo de tristeza o desgano, que, de enojo, o felicidad.

Sabe que es importante relajarse, aunque él no logró poner a prueba los ejercicios en casa diciendo que se tensaba más, pero encontró sus propias estrategias: se alejaba del problema cuando se enfrentaba a una situación de este tipo. Aunque intenta tranquilizarse, parece esquivar las emociones relacionadas con la tristeza que lo hacen sentir débil. Por ejemplo, en el juego del laberinto en que se intentó apoyarlo, se mostró molesto porque dijo que él podía solo y que no era necesario que le ayudaran. Cuando se le comenta que en ocasiones es necesario pedir ayuda a los demás, él reconoce que “si se siente menos o más tonto, eso es como ser sumiso... pero irse al otro lado es igual a ser agresivo”.

Identifica la importancia de controlar las emociones; comenta ejemplos de su vida cotidiana en las que su problema crece porque no regula sus emociones, tal como le sucedió con el problema de la señora de la tienda, donde dice que su madre “no fue asertiva porque se trataba de llegar a un acuerdo y considerar a las dos partes, pero ella no me escuchó... nos gritamos y entonces me encerré en mi cuarto, pero pudo existir una mejor manera como en el cuento del gato, el ratón y el perro”.

Reconoce el poner en juego los derechos asertivos, cuando peleaba con sus hermanas y se hacían a un lado los derechos humanos, porque antes no los conocía. Un pleito común con ellas es que comparten la computadora y el

acuerdo es que después de utilizarla la dejen conectada para que se recargue, pero una de ellas siempre la deja sin batería. Se acordó junto con los psicólogos encontrar una alternativa sin pensar que lo hacían para molestarlo y sin llegar al enojo. Se sugirió poner un aviso en donde suele guardarse para que de esta manera no se le olvide a nadie, y a él le pareció buena idea.

Para el final de las sesiones, demostró y comentó estar feliz porque las cosas en su casa habían cambiado, porque a pesar de ser diferentes, los quería a todos y se siente amado. Comenta que su padre "... está más al pendiente de mí y nos estamos llevando mejor... él me dice que también se siente triste por la muerte de mi tío y que no me quiere ver así porque me hace más daño".

Aunque al inicio no le fue fácil y seguía hablando de conductas violentas, durante la intervención, las conductas agresivas de Kuri dentro del entorno familiar descendieron notablemente. En definitiva, el niño logró desarrollar la asertividad mediante una intervención basada en la terapia cognitivo conductual de juego, como fue planteado en el objetivo inicial; fue capaz de identificar las conductas no asertivas en otros; por ejemplo, en la competencia de los juegos de mesa, e incluso se mostró empático con quien estaba perdiendo y lo animaba a no rendirse. También encontró dichas conductas en los personajes de caricatura, reconociendo apenado que algunos eran sus preferidos pero que se ha dado cuenta que también se equivocan. Al término de la intervención, Kuri manifiesta conductas deseadas, es decir, ya no pelea con sus hermanas, ya no insulta a su padre ya no miente para salir a jugar, y en algunas ocasiones propone actividades para que su familia se integre. La madre reporta que quiere ser "el juez de los conflictos", eso le ha permitido salirse de los mismos y analizar más las conductas.

Fue capaz de transpolar lo aprendido hacia otras situaciones o eventos cotidianos. En este sentido, aprende, piensa y pone a prueba las habilidades asertivas y reconoce las consecuencias de su conducta agresivas. Además, el niño logró entablar una relación cercana y más afectiva con su padre, aun cuando no tenga el prototipo de papá que el desea. Ya no ha tenido conflictos con él, ni su madre lo ha regañado desde hace mucho, ella comenta lo mismo, y reporta que en la escuela o en la calle parece ya no estar presentando conductas agresivas, que ahora cree que puede confiar más en que cumpla con sus obligaciones. Por lo anterior puede concluirse que podrá prevenir, mediar y resolver conflictos futuros en sus relaciones familiares.

Consiguió emplear el autocontrol de sus conductas mediante implementación de estrategias, lo que tiene una mayor probabilidad de producir en él, respuestas de cambio positivo. En consecuencia, el niño es dado de alta y se recomienda que siga practicando las actividades relacionadas con el control de emociones, ejercitar más la externalización de estas y mejorar su autoestima. Se sugiere que no olvide que las soluciones sin violencia son posibles, y que siga ejercitando sus habilidades asertivas, de no agresión ni sumisión.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El programa de intervención desarrollado para Kur tuvo resultados favorables debido a que se contó con la disposición del menor y su deseo de cambiar porque no se sentía a gusto con sus actitudes y las respuestas, que, ante ellas, generaba su entorno. A partir del objetivo determinado para el programa, sobre el desarrollo de la asertividad mediante una intervención basada en la terapia cognitivo conductual de juego, se observa que éste ha sido logrado, consiguiendo reducir notablemente las conductas no asertivas de tipo violento que el niño presentaba y aumentando su nivel de competencia social, además le permitirán prevenir, mediar y resolver conflictos en sus relaciones familiares.

Para Roca (2014) los resultados obtenidos se explican a partir de que las habilidades, en la medida en que se practican y ejercitan, se convierten en un conjunto de hábitos (conductuales, cognitivos o emocionales) que



permiten comunicarse con los demás de forma eficaz, y en la medida en que estas relaciones son satisfactorias, hacen que el sujeto se sienta bien y repita las conductas que le llevaron a ello. Si el niño en sus respuestas sociales no había encontrado esa satisfacción, era porque no tenía en cuenta los intereses y sentimientos de los demás, respondiendo de maneras no asertivas que desencadenaban, también, conductas no asertivas en los demás; sobre todo de tipo agresivo.

Por otra parte, Zaldivar (1994), asegura que la posibilidad de que el niño sea más asertivo se debe, según el modelo del déficit, a que no contaba con el repertorio de conductas y habilidades para actuar en situaciones interpersonales, y según el modelo de interferencia, a que como en este caso particular, ciertas emociones o pensamientos interfieren en las respuestas asertivas. Al trabajar con sus pensamientos y emociones y al ejercitarse con ejemplificaciones y situaciones ficticias dentro del juego, el menor disminuye el déficit.

Sin embargo, desde el enfoque utilizado los resultados pueden ser explicados a partir de la consideración de los siguientes aspectos:

Primero: porque a medida que se cambian los pensamientos del niño sobre cómo cree que deben ser y comportarse los demás integrantes de su familia, hacia otros pensamientos más flexibles, sus actitudes son de menor frustración y sus emociones se controlan para no desencadenar conductas agresivas.

Segundo: el cuestionamiento y la reflexión son habilidades que se requieren para la autocrítica y la modificación de conductas. Estas son fácilmente detectadas en el menor, pero dirigidas hacia situaciones ajenas; fue necesario impulsar estas habilidades cognoscitivas hacia sus propias formas de pensar y de actuar, para comprender la dinámica de las relaciones interpersonales con su familia, que lo llevaron a hacer modificaciones en su hacer cotidiano.

Tercera: el juego como actividad terapéutica, lúdica y placentera le permitió comprender sus problemas y poner en práctica sus descubrimientos; además, al tomar otros roles, los hace ponerse en una posición diferente a ellos mismos, lo que les facilita la ejercitación de las habilidades, sin temor a equivocarse.

Como una de las limitaciones del trabajo de intervención, cabe señalar la dificultad que se tuvo para planear ejercicios en grupo donde se pusieran en juego experiencias del niño con otros y se observaran respuestas más reales. No obstante, el trabajo individual en la prevención de desórdenes del comportamiento supone un trabajo personal más profundo que le hacen adiestrarse sin errar y por tanto intimidarse ante los demás en su proceso de aprendizaje. Además, las satisfacciones y logros en el aprendizaje son aspectos que se llevarán en otras etapas de la vida y en otros contextos, como un hábito de respuesta asertiva, independientemente de que en su contexto se comporten de otra manera.

No obstante, como los problemas interpersonales no sólo implican a una persona sino a por lo menos dos, y en el caso de la dinámica familiar de Kuri, se identifican conductas no asertivas en otros integrantes de la familia, se sugiere que los padres se involucren más en el proceso de cambio y que lo consideren una oportunidad de mejora del grupo familiar. La cooperación activa de todos los integrantes conduce a mejores cambios; la participación de los tutores en talleres, pláticas y terapias les permite acrecentar la capacidad de manejar estrategias disciplinarias consistentes y coherentes. Es importante, además, que sean observadores y detectores de recaídas del niño y en caso de que así sea, pongan alto al déficit de la habilidad, con sus propias estrategias de ayuda o regresando a la atención psicológica para una nueva intervención.

Por otra parte, como uno de los aciertos a destacar, es la intervención temprana en una edad en la que se forman los cimientos para enfrentar una nueva etapa de la vida con mayores retos y riesgos. Al hacerlo a temprana edad se logra un equilibrio socioafectivo que aporta seguridad, mejora la calidad de vida personal y de las personas que le rodean, y se contribuye en el ajuste socioafectivo del futuro joven y adulto que será.

REFERENCIAS

- Aguilar, G. (2014). El niño poco asertivo. En G. Aguilar, M. Peter de Bran & L. Aragón de Herrarte. *Desarrollo de habilidades sociales en niños y adolescentes*. (pp. 90-126) México: Trillas.
- Alberti, R.E. & Emmons, M. I. (1999). *Viviendo con autoestima*. México: Pax. México.
- Blundon, J. & Schaefer, C. E. (2012). *Fundamentos de terapia de juego*. México: Manual Moderno. 2° edición.
- Bunge, E., Gomar, M., & Mandil, J. (2009). *Terapia cognitiva con niños y adolescentes. Aportes técnicos*. Buenos Aires: Akadía Editorial.
- Castanyer, O. (2010). *La asertividad, expresión de una sana autoestima*. Bilbao: Serendipity. Descleé de Brouwer 32° edición.
- Castilla, M. (2004). *Habilidades sociales y educación. Estudio sobre una comunidad sorda*. Argentina: Editorial de la Facultad de Educación Elemental y Especial.
- Del Prette Z., & Del Prette, A. (2002). *Psicología de las habilidades sociales: Terapia y educación*. México: Manual Moderno.
- Esquivel, F. (2010). *Psicoterapia infantil con juego. Casos clínicos*. México: Manual Moderno.
- Fabra, M. L. (2009). *Asertividad. Para muchas mujeres y algunos hombres*. España: Octaedro.
- Gallardo, J. A., & Gallardo, P. (2018). Teorías sobre el juego y su importancia como recurso educativo para el desarrollo integral infantil. *Revista Educativa Hekademos*. 11 (24), 41-51.
- Gismero, E. (1996). *Habilidades sociales y anorexia nerviosa*. España: Graf-Ortega.
- Knell, S. (2012). Terapia de juego cognitivo-conductual. En J. Blundon y C. E. Schaefer. *Fundamentos de terapia de juego* (313-328). México: Manual Moderno. 2° edición.
- Luca de Terna, C., Rodríguez, R., & Sureda, I. (2001). *Programa de habilidades sociales en la enseñanza secundaria obligatoria. ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales en mis alumnos?* Málaga. España: Aljibe.
- Meneses, M., & Monge, M. A. (2001). El juego en los niños: enfoque teórico. *Revista Educación*. 25 (2), 113 – 124.
- Monjas, M. I., & González, B. (Dir.) (2000). *Las habilidades sociales en el currículo*. Madrid: CIDE.
- Naranjo, M. A. (2008). Relaciones interpersonales adecuadas mediante una comunicación y conducta asertiva. *Revista electrónica Actualidades Investigativas en Educación*. 8(1) 1-27.
- Riso, W. (2002). *Cuestión de dignidad. Aprenda a decir no y gane autoestima siendo asertivo*. Bogotá: Norma.
- Roca, E. (2014). *Como mejorar tus habilidades sociales*. Valencia: ACDE Ediciones.
- Segura, M. (2002). *Ser persona y relacionarse: habilidades cognitivas y sociales*. Madrid: Narcea.
- Watts, R. E., & Garza, Y. (2012). El uso de habilidades relacionales de la terapia de juego en terapia constructivista. *Revista de psicoterapia*. XXIII (90/91), 7-23.
- Zaldívar, D. (1994). La terapia asertiva: una estrategia para su empleo. *Revista cubana de psicología*. 11(1) 53 – 64.

Capítulo 5



Competencia Emocional en la regulación conductual y desarrollo de habilidades sociales en TDAH

María G. Pérez Vázquez
Norma Martínez Lima

RESUMEN

El presente estudio de caso describe una intervención psicoeducativa, bajo el enfoque Cognitivo-Conductual, teniendo como sujeto a un niño de 10 años diagnosticado con TDAH, con el objetivo principal de llegar a una regulación conductual adecuada, a través del desarrollo de Competencias Emocionales y la optimización de habilidades sociales mediante el establecimiento de Reglas y Límites de interacción en el hogar, escuela y diversos contextos. A través de 56 sesiones de 50 minutos de duración

INTRODUCCIÓN

El concepto de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) configura un cuadro diagnóstico actualmente conocido y popularizado, inicialmente la hiperactividad se consideraba como manifestaciones de los trastornos de conductas y no como un síndrome o trastorno con características propias, se le denominó o identificó como “inestabilidad intelectual y física”, “defectos en el control de la moral”, “conducta de rareza”, “niño turbulento” o como “síndrome orgánico cerebral” (Franquiz Santana & Ramos Martínez, 2016). Posteriormente, se identificaron alteraciones cognitivas que incluían el déficit en la atención. En esta época se presupuso la existencia de un daño cerebral, por lo que fue conceptualizado como “daño cerebral mínimo” o “síndrome de daño cerebral mínimo”. Para la escuela médica europea, en general, el centro del trastorno es la hiperactividad y lo han llamado “reacción hiperkinética de la infancia”, “síndrome hiperkinético de la infancia” o “trastornos hiperkinéticos”. Esto dio paso a que la atención se convirtiera en la disfunción cardinal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad, por lo cual se llamó “déficit de atención con o sin hiperactividad”. Siguiendo este orden de ideas, surgen algunas características asociadas al TDAH, estas incluyen la agresividad, el negativismo, el déficit cognitivo y las alteraciones en el lenguaje, la memoria, la inteligencia, etc. (Téllez, Valencia, & Beauroyre, 2011) Desde una perspectiva más contemporánea, las vías más importantes de investigación son la neurobiológica y la genética, considerando que una infra activación cortical y una disfunción ejecutiva son el origen del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial existe una prevalencia de este trastorno de cinco por ciento, y en el caso de México, sin tener una cifra precisa, se estima que afecta a un millón y medio de niños y niñas menores de 14 años. El TDAH es responsable de un gran número de dificultades y desajustes que llegan a afectar, de forma severa, al desarrollo evolutivo, al aprendizaje escolar y a la vida sociofamiliar de los niños que lo presentan (OMS, 2019).

Actualmente, el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente, a través de su *Guía Clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*, Vásquez, Cárdenas, Fera, Benjet, Palacios, & De la Peña, 2010) señala que, debido a los problemas conductuales asociados al TDAH son muy diversos y crónicos, se requiere la implementación de tratamientos más efectivos que están enfocados a reducir los síntomas clave, para ello, es necesaria la intervención de profesionales de diversas disciplinas y distintos niveles de atención como médicos, pediatras, psiquiatras, neurólogos, psicólogos y profesores, cada uno de ellos aporta su experiencia para abordar problemas específicos, siendo parte del **Tratamiento Multimodal**. Este proceso es prolongado y se enfoca en controlar y disminuir los síntomas. Las intervenciones con mayor efectividad son: farmacoterapia, psicoeducación, modificación conductual, tratamiento cognitivo-conductual, orientación a padres y profesores.

Actualmente, se conceptualiza el TDAH bajo los lineamientos del DSM-V refiere como **Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad** y el CIE-10 como **F90.0 Trastorno de la actividad y la atención/ Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad**, con las siguientes características presentes en las áreas señaladas a continuación:

Déficit de atención

1. Frecuente incapacidad para prestar atención a los detalles junto a errores por descuido en las labores escolares y en otras actividades.
2. Frecuente incapacidad para mantener la atención en las tareas o en el juego.
3. A menudo aparenta no escuchar lo que se le dice.
4. Imposibilidad persistente para cumplimentar las tareas escolares asignadas u otras misiones.
5. Disminución de la capacidad para organizar tareas y actividades.
6. A menudo evita o se siente marcadamente incómodo ante tareas como los deberes escolares, que requieren un esfuerzo mental mantenido.
7. A menudo pierde objetos necesarios para unas tareas o actividades, como material escolar, libros, etc.
8. Fácilmente se distrae ante estímulos externos.
9. Con frecuencia es olvidadizo en el curso de las actividades diarias.

Hiperactividad

1. Con frecuencia muestra inquietud con movimientos de manos o pies, o removiéndose en su asiento.
2. Abandona el asiento en el aula o en otras situaciones en las que se espera que permanezca sentado.
3. A menudo corretea o trepa en exceso en situaciones inapropiadas.
4. Inadecuadamente ruidoso en el juego o tiene dificultades para entretenerse tranquilamente en actividades lúdicas.
5. Persistentemente exhibe un patrón de actividad excesiva que no es modificable sustancialmente por los requerimientos del entorno social.



Impulsividad

1. Con frecuencia hace exclamaciones o responde antes de que se le hagan las preguntas completas.
2. A menudo es incapaz de guardar turno en las colas o en otras situaciones en grupo.
3. A menudo interrumpe o se entromete en los asuntos de otros.
4. Con frecuencia habla en exceso sin contenerse ante las situaciones sociales.

El enfoque **cognitivo-conductual**, integra técnicas conductuales y estrategias cognitivas, con el fin de modificar la conducta mediante la manipulación o cambio de sus procesos internos. En esta dirección destacan trabajos (Condemarin, 2009; Fernández, 2010; Martínez, 2006), realizados en niños para el tratamiento de los trastornos de atención con hiperactividad y del aprendizaje, así como programas de entrenamiento de funciones ejecutivas de corte cognitivo-comportamental, partiendo de las capacidades neuropsicológicas, al igual que las motoras, que responden positivamente al ejercicio constante y la práctica repetida, consiste en presentar al individuo una serie de tareas y/o actividades de las cuales el sujeto ejercita o entrena diversas capacidades cognitivas, a través del establecimiento de reglas y límites en casa y en la escuela, por lo que se usaron las siguientes técnicas de intervención:

- **Modelamiento:** Técnica en la que un individuo realiza una conducta o interactúa en una situación con el objetivo de que el paciente observe y aprenda una manera de actuar concreta de manera que sea capaz de imitarlo. Se busca que el paciente modifique su conducta y/o pensamiento y dotarle de herramientas para afrontar determinadas situaciones. A través de esta técnica, se le presentaban al paciente situaciones y conductas idóneas, de acuerdo con las reglas y límites establecidos por la madre, para lograr el comportamiento esperado.
- **Moldeamiento:** Es un procedimiento en el que se refuerzan las aproximaciones sucesivas a una conducta meta. Para que el reforzamiento tenga lugar es necesaria la ocurrencia de alguna conducta previa. Lo que hará el reforzamiento es fortalecer la probabilidad de ocurrencia de la conducta que refuerza. El reforzamiento es selectivo respecto al repertorio disponible: Se empezarán a fortalecer aquellas conductas que más se asemejen topográfica y funcionalmente, a la que se pretende conseguir. De este modo, se resaltaban las conductas deseadas, de manera positiva, desarrollando así motivación en el paciente y satisfacción por recibir recompensas positivas como felicitaciones, aplausos y gestos alusivos.
- **Economía de fichas,** esta técnica se ha utilizado para mantener activa la motivación de la paciente por reproducir las conductas esperadas, de acuerdo con los límites y reglas establecidos, con el fin de recibir una recompensa física o incluso la propia satisfacción de que ha superado obstáculos.

En cuanto al desarrollo de habilidades socioemocionales, permite que el paciente desarrolle las capacidades para conceptualizarse a sí mismo positivamente, se relacione con sus pares sanamente y desarrolle la capacidad de la toma de decisiones de manera responsable, de esta forma y bajo el concepto de "Competencia Emocional" Bar-On (2000) la describe como un conjunto de conocimientos y habilidades en lo emocional y social que influyen en nuestra capacidad general para afrontar efectivamente las demandas de nuestro medio. Dicha habilidad se basa en la capacidad del individuo de ser consciente, comprender, controlar y expresar sus emociones de manera efectiva.

- 1) El componente intrapersonal: que reúne la habilidad de ser consciente, de comprender y relacionarse con otros.
- 2) El componente interpersonal: que implica la habilidad para manejar emociones fuertes y controlar sus impulsos

- 3) El componente de manejo de estrés: que involucra la habilidad de tener una visión positiva y optimista.
- 4) El componente de estado de ánimo: que está constituido por la habilidad para adaptarse a los cambios y resolver problemas de naturaleza personal y social.
- 5) El componente de adaptabilidad o ajuste.

Dado que el Trastorno por déficit de Atención e Hiperactividad, es uno de los trastornos con mayor presencia en la zona oriente de la Ciudad de México, es de suma importancia la implementación de modelos actuales de intervención basados en las corrientes psicológicas de tercera generación, ya que se retoman estrategias de intervención diversas con el fin de desarrollar un plan de tratamiento específico y con un espectro mayor de resultados. Es por eso que en esta intervención se retomó el modelo de Competencia Emocional acompañado de los lineamientos y recomendaciones de tratamiento multimodal referidos por el Instituto Nacional de Psiquiatría.

Descripción del problema

Sujeto de 10 años de edad, ingreso al Programa Psicoeducativo de Atención Individual de la Clínica Universitaria de Atención a la Salud de FES Zaragoza, referido por la escuela principalmente y por la madre.

La madre reportó

- 1) problemas de conducta
- 2) poca tolerancia a la frustración
- 3) conducta desafiante
- 4) dificultad para poner atención y concretar actividades y
- 5) rezago académico.

La maestra reportó

- 1) Dificultad para permanecer en su lugar en la escuela, constantemente estaba en movimiento, en los lugares de sus compañeros, se mecía en su propia silla y mostraba mucha energía
- 2) Poca tolerancia para respetar turnos, esperar indicaciones y aceptar errores
- 3) Regularmente se dirigía de forma agresiva con su profesora y compañeros de clase, no aceptaba las consecuencias de sus actos ni los castigos correspondientes a estos, de igual forma retaba con amenazas a su profesora
- 4) Constantemente, no concretaba sus actividades académicas y tareas del hogar
- 5) Presentaba atraso en los contenidos, además de no realizar las tareas correspondientes.

Por lo que ambas, madres y maestra sospechan de TDAH, así que ésta última refirió al niño con el psicólogo.



Evaluación

De acuerdo con la información proporcionada por la madre y la referida por la escuela, se realizó una evaluación.

Instrumentos de evaluación:

- Historia clínica multimodal infantil.
- Entrevista al profesor.
- Escala EDAH (Farré & Narbona, 2013).
- Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por De la Peña & Almeida, 2010).
- Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del maestro (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para maestros, elaborada por De la Peña & Almeida, 2010).

Diagnóstico

De acuerdo con los resultados obtenidos en la evaluación el estado clínico del niño hace referencia a los comportamientos alterados y anomalías psicológicas, rasgos característicos del TDAH, como inquietud, déficit de atención y excesiva actividad motora, conductas disociales, desobediencia, agresividad, relaciones conflictivas con otros niños, problemas de integración y poca tolerancia en la frustración.

Por lo tanto, se confirma el diagnóstico de acuerdo con el DSM-V como Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad y al CIE-10 como F90.0 Trastorno de la actividad y la atención/ Síndrome de Déficit de Atención con Hiperactividad.

PROCEDIMIENTO

La intervención constó de 56 sesiones llevadas a cabo en la Clínica Universitaria de la Salud Zaragoza. Tomando como base los resultados de la evaluación se implementaron procedimientos estructurados con el objetivo principal de desarrollar habilidades sociales y límites de interacción para regular la conducta.

De acuerdo con enfoque Cognitivo-Conductual, se trabajaron los siguientes componentes:

- El intrapersonal
- El interpersonal
- El del manejo de estrés
- El del estado de ánimo
- El de adaptabilidad o ajuste.

A través de juegos y ejemplos de inducción a situaciones cotidianas.

Estructura de las sesiones y escenario

Escenario

Se trabajó en el cubículo de la Clínica, de 3x4 metros aproximadamente, de paredes blancas, con una ventana, buena iluminación, una mesa grande y dos pequeñas sillas y un pizarrón blanco.

Estructura

Al inicio cada sesión se le preguntaba al paciente sobre lo que había pasado los días anteriores, tanto en su casa como en su escuela, después de esta plática introductoria, iniciábamos las actividades planeadas. Se trabajó a lo largo de 56 sesiones con 50 minutos de duración, dos veces a la semana.

Generalmente se iniciaba con una introducción al tema de la sesión, para continuar con actividades a través de ejemplos de la vida cotidiana. Posteriormente, se trabajaban las actividades de mayor complejidad, como interactuar con sus compañeros del programa psicoeducativo.

- El intrapersonal: capacidad para conocerse a sí mismo (constructo de personalidad y desarrollo de asertividad)
- El interpersonal: relación con los demás (desarrollo de empatía y entendimiento de su entorno)
- El del manejo de estrés: tolerancia a la frustración
- El del estado de ánimo: autorregulación emocional
- El de adaptabilidad o ajuste: solución de problemas

RESULTADOS

De acuerdo con el diagnóstico obtenido de la evaluación, se realizó la aplicación pre-test pos-test del *Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por De la Peña & Almeida, 2010)*. En el que se obtuvieron los siguientes resultados:

La Tabla 1, representa los datos obtenidos Pre-test (intervención) en el *Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por De la Peña & Almeida, 2010)*, teniendo como contenido una lista de actitudes presente en el TDAH, evaluados en una escala Likert, a la cual se le asignaron valores numéricos para facilitar la presentación de los datos por lo que tenemos (0) NUNCA, (1) UN POCO, (3) BASTANTE, (5) DEMASIADO. (Ver tabla 1).



Tabla 1. Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida).

CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
Problemas para comer	0				
1. Pica y no come	0				
2. Come demasiado	0				
3. Tiene sobrepeso	0				
Problemas para dormir	7				
4. Es inquieto			3		
5. Tiene pesadillas		1			
6. Se despierta			3		
7. Tarda en dormirse					
Miedo y preocupaciones	7				
8. Tiene miedo a nuevas situaciones		1			
9. Tiene miedo a la gente		1			
10. Tiene miedo a estar solo				5	
11. Se preocupa de enfermedades y muerte	0				
Tensión muscular	4				
12. Esta tenso y rígido			3		
13. Tiene sacudidas		1			
14. Tiembla mucho	0				
Problemas de lenguaje	0				
15. Tartamudea	0				
16. Díficil de entender	0				
Control de esfínteres	0				
17. Moja la cama	0				
18. Orina a cada rato	0				
19. Se ensucia de popó	0				
20. Retiene las heces, muy estreñido	0				
Quejas somáticas repetidas	1				
21. Dolores de cabeza	0				
22. Dolores de estómago		1			
23. Vomita	0				
24. Dolores diversos	0				
25. Evacua sin control	0				
Problemas para chupar, masticar o agarrar	6				
26. Se chupa el dedo	0				
27. Se muerde o come las uñas			3		
28. Muerde su ropa, sábanas u otros objetos			3		
29. Coge el cabello o la ropa	0				
Inmadurez	19				
30. No actúa conforme a su edad			3		

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
31. Lloro fácilmente				5	
32. Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo				5	
33. Se niega a separarse de sus padres u otros adultos				5	
34. Habla como bebé		1			
Problemas con sus sentimientos	6				
35. Se enoja con él mismo				5	
36. Se deja empujar por otros niños		1			
37. Se ve infeliz o triste	0				
38. Se siente culpable	0				
Auto- sobreestimación	13				
39. Fanfarronea				5	
40. Se jacta o bravea				5	
41. Es insolente o descarado			3		
Problemas para hacer amigos	5				
42. Es tímido		1			
43. Le da miedo lo que los otros niños le hacen	0				
44. Se siente fácilmente lastimado			3		
45. Le cuesta hacer amigos		1			
Problemas con sus hermanos	0				
46. Tiene sentimientos de ser engañado					
47. Se siente inferior					
48. Se pelea					
Problemas para conservar a sus amigos	15				
49. Molesta a otros niños				5	
50. Quiere ser el primero				5	
51. Les pega a otros niños				5	
Inquietud	31				
52. Es inquieto o hiperactivo				5	
53. Es excitable o impulsivo				5	
54. No termina lo que hacía o no puede mantener su atención en algo				5	
55. Tiene conducta explosiva				5	
56. Se avienta			3		
57. Tira y rompe las cosas			3		
58. Hace berrinche y se enfurece				5	
Actitudes hacia el sexo	1				
59. Juega con sus órganos sexuales	0				
60. Tiene juegos sexuales con otros niños	0				
61. Es reservado en cuanto a su cuerpo		1			
Problemas en la escuela	16				
62. Le cuesta trabajo aprender			3		



CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
63. Le molesta ir a la escuela			3		
64. Le da miedo ir a la escuela	0				
65. Es distraído				5	
66. Se va de pinta	0				
67. Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares				5	
Mentiras	13				
68. Niega haber hecho algo malo				5	
69. Culpa a otros de sus errores				5	
70. Cuenta historias que nunca existieron			3		
Robos	0				
71. Roba a sus padres	0				
72. Roba en la escuela	0				
73. Roba tiendas y otros sitios	0				
Problemas con el fuego	0				
74. Prende fuego	0				
Problemas con la policía	0				
75. Se mete en problemas	0				
Perfeccionismo	15				
76. Todo debe ser perfecto				5	
77. Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera				5	
78. Se pone metas muy altas				5	
Problemas adicionales	41				
79. Es inatento, se distrae fácilmente				5	
80. Siempre Inquieto				5	
81. Es imposible dejarlo solo			3		
82. Se trepa en los demás	0				
83. Se levanta muy temprano			3		
84. Demanda ser satisfecho inmediatamente				5	
85. Corre durante la comida	0				
86. Se pone muy inquieto cuando hay mucho escándalo	0				
87. Trae el cierre abierto	0				
88. Lloro frecuente y fácilmente				5	
89. Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos				5	
90. Actúa como si estuviera impulsado por un motor				5	
91. Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente				5	
92. Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día	0				
93. Sigue sin atar sus agujetas	0				
TOTAL	200				

Puntaje obtenido pre-intervención, obtuvo un total de 200 puntos en actitudes disruptivas, propias del TDAH.

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

La Tabla 2, representa los datos obtenidos Post test (Intervención) en el *Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida)*, teniendo como contenido una lista de actitudes presente en el TDAH, evaluados en una escala Likert, a la cual se le asignaron valores numéricos para facilitar la presentación de los datos por lo que tenemos (0) NUNCA, (1) UN POCO, (3) BASTANTE, (5) DEMASIADO. (Ver tabla 2).

Tabla 2. Puntajes obtenidos Post test (intervención) del Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida).

CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
Problemas para comer	0				
1. Pica y no come	0				
2. Come demasiado	0				
3. Tiene sobrepeso	0				
Problemas para dormir	6				
4. Es inquieto		0	0		
5. Tiene pesadillas		0	0		
6. Se despierta		0	0		
7. Tarda en dormirse		0	0		
Miedo y preocupaciones	1				
8. Tiene miedo a nuevas situaciones	0				
9. Tiene miedo a la gente	0				
10. Tiene miedo a estar solo		1			
11. Se preocupa de enfermedades y muerte	0				
Tensión muscular	0				
12. Esta tenso y rígido	0				
13. Tiene sacudidas	0				
14. Tiembla mucho	0				
Problemas de lenguaje	0				
15. Tartamudea	0				
16. Díficil de entender	0				
Control de esfínteres	0				
17. Moja la cama	0				
18. Orina a cada rato	0				
19. Se ensucia de popó	0				
20. Retiene las heces, muy estreñido	0				
Quejas somáticas repetidas	0				
21. Dolores de cabeza	0				
22. Dolores de estómago	0				
23. Vomita	0				
24. Dolores diversos	0				
25. Evacua sin control	0				



CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
Problemas para chupar, masticar o agarrar	1				
26. Se chupa el dedo	0				
27. Se muerde o come las uñas		1			
28. Muerde su ropa, sábanas u otros objetos	0				
29. Coge el cabello o la ropa	0				
Inmadurez	3				
30. No actúa conforme a su edad		1			
31. Lloro fácilmente		1			
32. Pide ayuda para hacer las cosas que debería hacer solo	0				
33. Se niega a separarse de sus padres u otros adultos		1			
34. Habla como bebé		1			
Problemas con sus sentimientos	6				
35. Se enoja con él mismo				5	
36. Se deja empujar por otros niños		1			
37. Se ve infeliz o triste	0				
38. Se siente culpable	0				
Auto-sobreestimación	0				
39. Fanfarronea	0				
40. Se jacta o bravea	0				
41. Es insolente o descarado	0				
Problemas para hacer amigos	1				
42. Es tímido	0				
43. Le da miedo lo que los otros niños le hacen	0				
44. Se siente fácilmente lastimado	0				
45. Le cuesta hacer amigos	1				
Problemas con sus hermanos	0				
46. Tiene sentimientos de ser engañado					
47. Se siente inferior					
48. Se pelea					
Problemas para conservar a sus amigos	1				
49. Molesta a otros niños	0				
50. Quiere ser el primero		1			
51. Les pega a otros niños	0				
Inquietud	3				
52. Es inquieto o hiperactivo		1			
53. Es excitable o impulsivo		1			
54. No termina lo que hacía o no puede mantener su atención en algo		1			
55. Tiene conducta explosiva	0				
56. Se avienta	0				
57. Tira y rompe las cosas	0				

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
58. Hace berrinche y se enfurece	0				
Actitudes hacia el sexo	1				
59. Juega con sus órganos sexuales	0				
60. Tiene juegos sexuales con otros niños	0				
61. Es reservado en cuanto a su cuerpo		1			
Problemas en la escuela	2				
62. Le cuesta trabajo aprender		1			
63. Le molesta ir a la escuela	0				
64. Le da miedo ir a la escuela	0				
65. Es distraído		1			
66. Se va de pinta	0				
67. Le cuesta trabajo obedecer las reglas escolares	0				
Mentiras	0				
68. Niega haber hecho algo malo	0				
69. Culpaa otros de sus errores	0				
70. Cuenta historias que nunca existieron	0				
Robos	0				
71. Roba a sus padres	0				
72. Roba en la escuela	0				
73. Roba tiendas y otros sitios	0				
Problemas con el fuego	0				
74. Prende fuego	0				
Problemas con la policía	0				
75. Se mete en problemas	0				
Perfeccionismo	1				
76. Todo debe ser perfecto		1			
77. Las cosas deben ser hechas siempre de la misma manera	0				
78. Se pone metas muy altas	0				
Problemas adicionales	10				
79. Es inatento, se distrae fácilmente		1			
80. Siempre Inquieto		1			
81. Es imposible dejarlo solo	0				
82. Se trepa en los demás	0				
83. Se levanta muy temprano			3		
84. Demanda ser satisfecho inmediatamente		1			
85. Corre durante la comida	0				
86. Se pone muy inquieto cuando hay mucho escandalo	0				
87. Trae el cierre abierto	0				
88. Llora frecuente y fácilmente		1			



CUESTIONARIO DE CONDUCTA PARA NIÑOS, REPORTE DEL PADRE	NUNCA 0	UN POCO 1	BASTANTE 3	DEMASIADO 5	PUNTOS
89. Le cuesta trabajo detenerse al estar golpeando o haciendo ruidos		1			
90. Actúa como si estuviera impulsado por un motor		1			
91. Cambia de estado de ánimo rápida y drásticamente		1			
92. Está pobremente consciente de sus alrededores o de la hora del día	0				
93. Sigue sin atar sus agujetas	0				
TOTAL	31				

Puntaje obtenido post-intervención, obteniendo un total de 200 puntos en actitudes disruptivas, propias del TDAH.

La Figura 1, representa la comparación de los datos obtenidos Pre test- Post test (Intervención) en el *Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre* (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por De la Peña & Almeida, 2010), mostrando una diferencia significativa entre ambas aplicaciones.

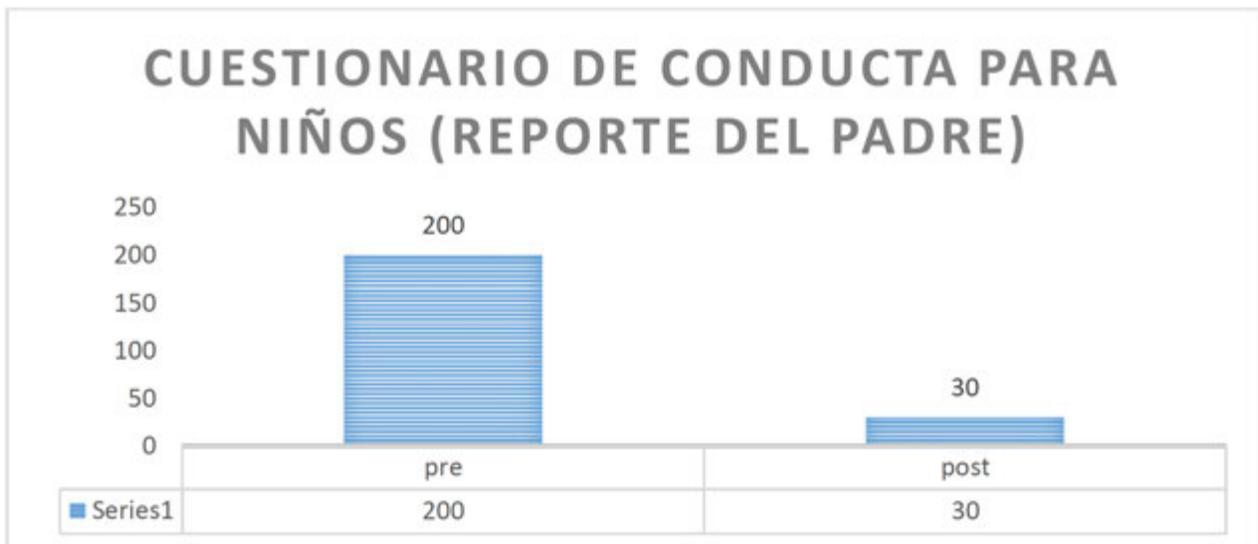


Figura 1. Comparación de resultados Pre test – Pos test del Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida).

En esta Figura 2, se observa la representación de la comparación de los datos obtenidos Pre test- Post test (Intervención) en el *Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del padre* (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para el profesor, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida), mostrando una diferencia significativa entre ambas aplicaciones.



Figura 2. Comparación de resultados Pre test – Pos test del Cuestionario de Conducta para niños, Reporte del Profesor (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por los doctores Francisco de la Peña y Luis Almeida).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

Una de las principales limitantes con las que se encuentran los pacientes diagnosticados con TDAH es la complicación al desarrollar habilidades sociales y su papel fundamental en el desarrollo psicosocial del niño como parte de un contexto social, cultural con impacto en el sistema educativo, es aquí donde nos cuestionamos el impacto de la competencia emocional y su influencia en el rezago académico, ¿La Competencia Emocional y el desarrollo de Habilidades sociales influyen directamente en el desempeño académico?, ¿El desarrollo de estas juegan un papel importante en la nivelación académica? Por lo tanto, la estructuración de un plan terapéutico basado en el desarrollo de la Competencia Emocional representa el núcleo central de los resultados satisfactorios obtenidos en esta intervención.

Los datos obtenidos en la aplicación post-test al finalizar los objetivos planteados en el plan terapéutico, reflejan los avances obtenidos y la aceptación de la hipótesis en primer lugar, por lo que se puede afirmar que **La competencia Emocional y el desarrollo de habilidades sociales** representan un papel importante en el desempeño académico del paciente con TDAH, con relación a lo planteado en la literatura de Bar-On (2000), Menéndez (2001) y Calderón, C. (2001).

CONCLUSIONES

A partir de los resultados obtenidos pre-test post-test del Cuestionario de Conducta para niños (Versión adaptada del Cuestionario de Conners para Padres, elaborada por De la Peña & Almeida, 2010), en su versión para padres y profesor, podemos concluir con que la intervención psicoeducativa fue satisfactoria, mostrando una disminución significativa de conductas y actitudes disruptivas presentes en casa y en el ambiente escolar, lo que dificultaba la interacción óptima del paciente con su entorno y su nivel académico. Teniendo como base el



enfoque cognitivo-conductual, direccionado a la Competencia emocional y al establecimiento de Reglas y límites, se logró una diferencia significativa en los siguientes componentes:

- 1) El componente intrapersonal: que reúne la habilidad de ser consciente, de comprender y relacionarse con otros.
- 2) El componente interpersonal: que implica la habilidad para manejar emociones fuertes y controlar sus impulsos.
- 3) El componente de manejo de estrés: que involucra la habilidad de tener una visión positiva y optimista.
- 4) El componente de estado de ánimo: que está constituido por la habilidad para adaptarse a los cambios y resolver problemas de naturaleza personal y social.
- 5) El componente de adaptabilidad o ajuste.

Regulando la mayoría de las actitudes disruptivas y procurando el bienestar y la sana interacción con el entorno social del paciente.

Los logros significativos de esta intervención tuvieron como principal fuente la constancia en la asistencia a las sesiones, la cooperación e involucramiento de la madre en las actividades y la participación de la profesora. La mayor carga de trabajo se centró en las actividades en casa y en la firmeza y seguimiento de estas para el establecimiento de reglas y límites, que mejoraron la calidad de vida e interacción del paciente y le permitieron auto regularse emocional y conductualmente, dirigiéndose a su propia autonomía.

REFERENCIAS

- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). DSM-5 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM 5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría. España, Editorial Médica panamericana.
- Bar-On, R. (2000). Inteligencia emocional y social. Insights de lo emocional inventario del cociente. En: Bar-On, R. y Parker, J. D. A. (eds). *El manual de inteligencia emocional: teoría, evaluación del desarrollo y aplicación en el hogar, la escuela y en el lugar de trabajo*. (pp. 363-88). San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Calderón, C. (2001). Resultado de un programa de tratamiento cognitivo conductual para niños/as con TDAH. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 79-98.
- Condemarin MG. (2009). Déficit atencional: estrategias para el diagnóstico y la intervención psicoeducativa. Barcelona: Editorial Planeta.
- De la Peña F., & Almeida L. (2010). *Guía clínica para el trastorno por déficit de atención e hiperactividad del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente*. México: Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales.
- Farré, A. & Narbona, J. (2013). *EDAH. Escala de Evaluación del Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad*. Madrid: TEA Ediciones

- Fernández Jaén A. (2010). *Trastorno por déficit de atención y/o hiperactividad (TDAH): aspectos históricos*. Madrid: Universidad Autónoma.
- Franquiz Santana, F. I., & Ramos Martínez, S. (2016). TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento. En <http://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3184>
- Martínez Gómez, C. (2006). *Salud mental infantojuvenil*. La Habana: Ciencias Médicas.
- Menéndez Benavente I. (2001). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Rev Psiquiatr Psicol Niños Adolesc.*; 4(1): 92-102.
- Organización Mundial de la Salud (2019). Salud del niño. en https://www.who.int/topics/child_health/es/
- Organización Mundial de la Salud (2001). *Clasificación Multiaxial de los trastornos psiquiátricos en niños y adolescentes: clasificación de la CIE-10 de los Trastornos Mentales y del Comportamiento en Niños y Adolescentes*. España: Editorial Médica panamericana
- Téllez Villagra, C. Valencia Flores, M., & Beauroyre Hajar, R. (2011). Cronología conceptual del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Especialidad de Especialidades Médico Quirúrgicas*, 16 (1) 39-44. En www.Redalyc.org/articulo.oa?id=473/47317815008
- Vásquez MJ, Cárdenas EM, Feria M, Benjet C, Palacios L, & De la Peña F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Ed. Shshana Bereenzon, Jesús del Bosque, Javier Alfaro, Ma. Elena Medina- Mora. México: Instituto de Psiquiatría Ramón de la Fuente. Serie: Guías Clínicas para la atención de Trastornos Mentales.

Capítulo 6



La psicoterapia histórico-cultural en la evaluación e intervención de una persona con adicción al crack

Daniel Rosas Alvarez
Ana Karen Sánchez Martínez
Citlali Ivonne Bautista Ortiz

RESUMEN

Se presenta la descripción del proceso de evaluación e intervención psicoterapéutica de un adulto de 34 años que solicitó atención psicológica para abandonar su consumo de *crack* (droga derivada de la cocaína). Se comparten los procedimientos y formas de análisis que se han ido diseñando, incorporando y utilizando desde los principios del enfoque histórico-cultural. Se describe el proceso de evaluación e intervención realizado a lo largo de 12 sesiones, con duración de 60 minutos cada una, en las que se utilizó: el relato oral de su historia de vida, frases incompletas, producción y análisis de textos, análisis de películas, y dinámicas conversacionales. Se empleó un método cualitativo denominado constructivo-interpretativo, desde el que se configuró un análisis de contenido que permite comprender los cambios de mejoría reportados por la persona durante el proceso terapéutico.

INTRODUCCIÓN

Principios y categorías del enfoque histórico-cultural

En el plano individual, la categoría básica para comprender el origen de las cualidades psicológicas más diversas (cognitivos y afectivos, y que, por cierto, se manifiestan siempre en unidad) es la necesidad, la cual, una vez configurada, se orienta hacia la búsqueda de objetos y objetivos que puedan satisfacerla, es decir, hacia la búsqueda de motivos (Leontiev, 1969). Para lograr que la necesidad sea satisfecha se emprende una acción (la cuál puede ser externa o interna y que tiene componentes de orientación ejecución y control) (Galperin, 2009). La acción provoca siempre una emoción, que no es otra cosa que un indicador del grado de satisfacción o insatisfacción de la necesidad (Rubinstein, 1969), para que posteriormente, cuando se logre satisfacer algún tipo de necesidad, se origine la creación de un interés sobre el objeto (Leontiev, 1969), lo cual permite construir un significado a partir del análisis y la generalización de los rasgos esenciales del objeto (Vygotski, 1934/ 1993), permitiendo de lo anterior, la posibilidad de realizar una atribución hacia el objeto, es decir, la construcción de un sentido personal sobre el objeto (González-Rey, 2009), lo cual refleja fundamentalmente los vínculos afectivos que se establecen con dicho objeto.

Para ejemplificar las categorías descritas se muestra como pueden ser aplicadas en el análisis de un joven universitario que gusta de ir a comer hamburguesas en la hora libre que tiene entre su clase de neuropsicología y desarrollo de capacidades intelectuales. **Necesidad:** alimentarse durante el horario escolar. **Motivo:** una hamburguesa (objeto), ir al McDonald's que se encuentra a 200m de su escuela (objetivo). **Acción:** Planear el tiempo en que se trasladará (orientación), trasladarse por la hamburguesa y comerla (ejecución), regular el tiempo para alcanzar a llegar a la siguiente clase (control). **Emoción:** Alegría, porque, a la par de que disfruta lo bien que preparan ahí su comida rápida preferida, recuerda algunos de los momentos que pasó en ese establecimiento con su mamá, ahora ya fallecida, y la forma en como lo motivaba para llegar a ser un licenciado en psicología, lo cual genera inspiración para regresar con la mejor actitud a su siguiente clase. **Interés:** Cada semana acude en su hora libre a comprar hamburguesas a McDonald's. **Significado:** Las hamburguesas son comida rápida que aportan muchas calorías y me ayudan a estar bien despierto en la clase más complicada que tengo. **Sentido subjetivo:** Compañía, al sentir mediante esta actividad que su madre todavía juega un papel importante en su etapa de estudiante universitario. El conjunto de sentidos individuales son los que configuran a la subjetividad individual y, a través de ella, a la personalidad. Es necesario señalar que esta interpretación es sólo un ejemplo, y que surge a partir del conocimiento de toda su esfera de necesidades y motivos. Lo que para el joven descrito tuvo un sentido de compañía, para otro pudo tener un sentido de dependencia, y para otra de distracción.

Es importante mencionar que cada uno de los sentidos se configura en relación con distintas necesidades, motivos, acciones y significados, pero por cuestiones de espacio sería imposible ejemplificar todas ellas. Es necesario señalarlo para comprender que en ese sentido no aparece de manera directa a ninguna de sus expresiones, ni tampoco de manera determinista, sino que se configura en la manifestación completa de su personalidad, por lo que, sólo adquiere sentido, en el contexto de toda su historia personal. Es necesario tener presente que, de acuerdo con Vygotski (1934/1993), un mismo sentido siempre puede expresarse de diversas formas lingüísticas, y que nunca puede agotarse en alguna de ellas, pues lo que expresa es la intencionalidad. Lo anterior también implica que una misma expresión lingüística pueda tener un sentido psicológico totalmente distinto, lo cual es evidencia de que el sentido sólo puede construirse poniendo en análisis todos los elementos que configuran todo el problema en cuestión. De esta forma, el sentido nunca aparece de manera directa, siempre necesita de interpretación.

El ejemplo claro de que el sentido subjetivo aparece siempre de forma oculta es cualquier obra de arte. No porque sólo se exprese en ellas, sino porque son las expresiones culturales objetivadas que todos conocemos y que pueden servir para analizar. Pensemos en una fábula, el sentido en este caso es expresado por la moraleja. La moraleja de una fábula no aparece debajo del texto (al menos no en las versiones originales de reconocidos escritores), sino que uno la descubre mediante la interpretación. Es esa intencionalidad expresada en la moraleja, que ha sido plasmada por el autor, a la que uno accede mediante la interpretación, y que, por cierto, a pesar de que se exprese de diversas maneras, las interpretaciones siempre conservan la misma dirección, porque cuando no se accede a su comprensión aparecen expresiones carentes de sentido o sin sentido alguno. ¿O quién ha dicho alguna vez que, en la fábula de la liebre y la tortuga, de Esopo (2013), se exprese "la vida es una ruleta en la que a veces se pierde y a veces se gana"? En cambio, tiene más sentido decir que dicha fábula se corresponde con alguna de las siguientes expresiones: "Nunca infravalores las cualidades de los demás porque te puedes llevar grandes sorpresas", o "el exceso de confianza puede ser un obstáculo para lograr los objetivos", "siempre es mejor ir lento, pero a paso firme y seguro", "con dedicación y paciencia se puede lograr cualquier objetivo", entre muchos otros, que dan cuenta de la intencionalidad.

Es cierto que hay dos niveles de sentido, el del autor y el del lector, y que siempre los dos se ponen en juego, pero también es cierto que es posible diferenciarlos y que existe un sentido independientemente de lo que el lector quiera atribuir. Es por esta razón que la moraleja de una fábula puede ser comprendida en cualquier parte del

Como se puede observar en la figura 1, de todos los sentidos, sólo los que se relacionan con sentidos de compromiso y continuidad con lo previamente construido (en términos de representación y sentido), son los que permiten dar cuenta de la identidad individual. Tanto los sentidos relacionados con la identidad individual, como los que no se relacionan con ella, emergen como momentos disruptivos con lo previamente construido, causando algunos de ellos conflicto y otros no (Vygotski, 1933/2006; Bozhovich, 2009). Son precisamente los sentidos que causan conflicto aquellos que pueden configurarse como un trastorno psicológico. Para comprender como se entiende dicho trastorno, y los principios que permiten realizar un abordaje clínico del mismo, enlisto las siguientes características que fundamentan un abordaje psicoterapéutico histórico-cultural:

- **Trastorno Psicológico:** Puede entenderse como el resultado de la paralización de la persona frente al conflicto que experimenta (González-Rey, 2009). En otras palabras, el trastorno es un problema de creatividad, un problema en la emergencia de nuevos sentidos que permitan movilizar al sujeto frente a la situación conflictiva en la que se encuentra. Desde esta aproximación, el desarrollo de nuevos sentidos solo se puede dar en la comunicación íntima con los otros. El supuesto es que las personas con las que se relaciona no favorecen la elaboración de sentidos nuevos frente a la situación problema. Si el sujeto pudiese construir solo su alternativa, es decir, en su contexto, no acudiría a terapia. En la diversidad de momentos de su vida el otro se representó por diversidad de personas, pero en el momento en que la persona solicita terapia la convivencia con las personas que lo rodean no favorecen la reconfiguración y emergencia de nuevos sentidos, por lo cual emprende la búsqueda de un profesionalista especializado.
- **Instrumentos de Evaluación e Intervención:** El diálogo, las cartas, las composiciones, el juego de roles, el análisis de películas, etc., y todo aquel instrumento que permita una alta expresión de emocionalidad y reflexividad, son los instrumentos que se emplean desde una aproximación histórico-cultural, ya que ellos permiten siempre el desarrollo de nuevas producciones subjetivas (imaginación-emoción-fantasia). El terapeuta, apoyado en hipótesis sobre las configuraciones subjetivas del problema, participa e induce tópicos de conversación que, sin perder el momento dialógico, le permiten a la persona en terapia conversar en torno a áreas que puedan ser significativas por su sentido subjetivo, con la finalidad de generar procesos reflexivos altamente significativos (González-Rey, 2009). Lo anterior tiene la finalidad de favorecer en la persona la comprensión de su propia esfera de necesidades, para que, a partir de que identifique las contradicciones entre sus acciones y necesidades, pueda construir nuevos sentidos subjetivos que le permitan orientarse, con la mediación del terapeuta, en la (re)organización de su actividad y en el (re)ordenamiento de sus motivos (o en la formación de motivos), y así poder movilizarse de una novedosa forma frente a la situación conflictiva (Leontiev, 1983).
- **Mediación del Terapeuta:** A través de cuestionamientos (descriptivos, comprensivos y transformadores), el terapeuta ayuda a la persona a identificar y reflexionar sobre sus propias contradicciones. En este proceso el sujeto va generando conciencia de la jerarquía de sus motivos y necesidades, lo cual le permite identificar las acciones y representaciones que ayudan al mantenimiento del conflicto, permitiéndole lo anterior posicionarse activamente de una nueva manera frente al mismo.
- **El Cambio Terapéutico:** se asocia a la transformación de la persona, de víctima del conflicto a sujeto del conflicto, lo que representa la configuración de nuevos sentidos en relación con el problema y de una nueva estructura de su actividad.

También a manera de lista, y de manera resumida, es posible señalar los principales antecedentes sobre los que se configura nuestra investigación clínica:



- Recuperación de los conceptos de actividad, acción y operación, que son fundamentales comprender para orientar la (re)organización de la actividad y la formación de motivos durante el proceso psicoterapéutico (Leontiev, 1983).
- Las investigaciones psicopatológicas en personas con distintos tipos de adicciones y otras patologías, que permiten comprender el proceso de (re)ordenamiento de los motivos y necesidades (Zeigarnik, 1981).
- Los estudios en personas con síndrome psicósomático y afección cardíaca, en las que se empleó el análisis sindrómico como método clínico (Zinchenko & Pervichko, 2012).
- Los análisis psicológicos en personas con hipertensión arterial (Martínez, Soria & González Rey, 1992; González Rey, 2009; Mori & González-Rey, 2010).
- El análisis de los resultados de la intervención psicoterapéutica, diseñada desde una perspectiva histórico-cultural, que fue aplicada en un caso que presentó desordenes psicológicos como consecuencia de una violación sexual (Rosas, Conde & Amézquita, 2012).

Efectos sociales de las adicciones y tratamientos psicológicos empleados para frenar el consumo de drogas

El fenómeno de las adicciones es uno de los problemas que han penetrado todos los campos vitales de la sociedad moderna, se comporta como el eje de las economías de los países productores y consumidores, favorece actos de corrupción, violencia y delincuencia, desarticula la cohesión social y destruye los lazos familiares (Gómez, 1999). A pesar de que el consumo de cocaína (y de sus derivados como lo es el *crack*) no se consideró durante muchos años un problema en México, por ser accesible únicamente para personas de clases socioeconómicas favorecidas, a partir de las últimas décadas del siglo pasado se incrementó el consumo y se empezó a estudiar la forma de uso de la cocaína en diversas presentaciones, así como su diversidad de impactos en la salud (Del Bosque, et al., 2014). A partir de dicho periodo, el consumo de cocaína se ha ido asociando con una amplia variedad de trastornos mentales, destacando entre ellos los trastornos depresivos, de ansiedad y de la personalidad (Ariasa, et al., 2012).

A pesar de que existe diversidad de reportes de casos en los que se analizan los alcances de diversos procedimientos psicoterapéuticos, la mayoría han sido elaborados desde la perspectiva cognitiva-conductual o conductual, tal como lo señalan Secades y Fernández (2001). Estos autores destacan al *Programa de Reforzamiento Comunitario más Terapia de Incentivo* como el tratamiento más efectivo, y a la *Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento basada en la Prevención de Recaídas* como un tratamiento probablemente eficaz por su alto soporte empírico. Lo anterior permite comprender que sean esos enfoques los que dominan en uno de los institutos más reconocidos de los Estados Unidos que atienden los problemas de adicciones, como el Instituto Nacional Sobre el Abuso de Drogas de (National Institute on Drug Abuse, 2020) y los Centros de Integración Juvenil en México (Gaona, et al., 2016).

Dichos enfoques han aportado sobremanera para hacer frente al problema de adicciones y disminuir el consumo de drogas en las personas involucradas, sin embargo, han dejado de lado, el análisis de la emocionalidad y de la intencionalidad de los sujetos, es decir, de sus significados y sentidos, limitando la comprensión del problema desde lo que sienten y construyen íntimamente los sujetos. Por lo que es necesario abordar, dicho problema, desde otras perspectivas no objetivistas (es decir, desde perspectivas que consideren el análisis de lo subjetivo), como la que se presenta en este trabajo.

Por esta razón, describiremos a continuación el método y el proceso de evaluación e intervención de un estudio de caso clínico diacrónico, configurado por la teoría (Scandar, 2014), en el que participó una persona consumidora de *crack*, perteneciente a una clase socioeconómica desfavorecida, que presentaba ansiedad y problemas en el seno familiar. El abordaje se realizó mediante el empleo de una metodología constructivo-interpretativa, la cual se fundamenta en una epistemología cualitativa que tiene como premisas: un abordaje dialéctico, la comprensión del mundo simbólico-emocional y la transformación del fenómeno de estudio (González-Rey, 2007, 2009).

MÉTODO

Descripción del sujeto y del problema

Hombre de 34 años de edad que asistió durante 12 sesiones a terapia, las cuales tuvieron duración de 60 minutos cada una de ellas. Actualmente se encuentra viviendo con sus tres hijos y su pareja, con quien se encuentra en unión libre, en casa de sus papás. Vive en el municipio del Estado de México. No concluyó la escuela primaria. Desde los seis años ha trabajado con sus padres en los diversos negocios que han establecido (pollería, venta de carnicas y carnicería; a este último giro se dedica actualmente). El negocio que le dejó su papá ha sido en algunos periodos fructífero; situación que de manera regular cambia por los gastos que realiza para poder consumir. Su posición económica y su estilo de vida le impide tener una casa propia (vive en la casa que su madre le facilitó) y en repetidas ocasiones su mujer ha tenido que pedir dinero prestado para cubrir las necesidades de vestimenta de sus hijos.

El sujeto consume *crack* desde los 17 años, la cual ha dejado de consumir por períodos cortos de tiempo, refiere dos principalmente, uno de cuatro meses y uno de un año. Antes de iniciar el proceso terapéutico consumía de 5 a 10 piezas de piedra por semana. Cuatro años y medio atrás, había tenido periodos en que había llegado a consumir de 30 a 50 piezas de piedra a la semana. Relata que esto ocurría principalmente durante lo que él llama “fiestas”, en las que quedaba con otra persona en situación de adicción para ir a un hotel a consumir gran cantidad de piezas durante toda la noche hasta el amanecer.

La mayor parte de su familia consume alcohol de manera habitual, independiente de si es una celebración o no. No percibe este hecho como negativo ni como una adicción, ya que concibe las adicciones como una situación en que la persona deja de trabajar para mantenerse bebiendo y asegura que nadie en su familia hace eso. Añade, además, que hoy en día conoce muchos “niños” (12-13 años) que han comenzado a consumir estupefacientes.

Cerca de su casa se encuentran alrededor de tres puntos de venta de cristal y marihuana, y cerca de su trabajo, se encuentra otro de piedra. Aunado al hecho de que hay varios *dealers* en la zona que pasan a dejar encargos de droga a quien así lo solicite. Describe a su círculo social como “adictos” en su gran mayoría. Sus amistades más significativas también consumen o han consumido en algún momento, la mayoría de ellos más de una droga al mismo tiempo. En su círculo familiar reconoce sólo a una persona que considera tiene también un problema de adicción (pese a que anteriormente había señalado algo distinto respecto al consumo de alcohol). En lo referente al lugar en donde vive, lo relata como un sitio tranquilo para aquellos que nacieron ahí, aunque aconseja a las terapeutas no andar solas en esa zona.



Al abordar qué ha hecho previamente para lidiar con su adicción, refiere que ha intentado convencerse a sí mismo hasta que por algunos momentos “lo deja”, de igual manera menciona que el deporte funcionó durante un tiempo para alejarlo del consumo. En el periodo en que dejó de consumir por un año, practicó box. Aunque la labor de autoconvencimiento y el deporte surtieron efecto de manera temporal, el “antojo” y “ansiedad” no desaparecieron por completo y terminaba por ceder otra vez ante la idea de consumir.

Durante la exploración de la historia clínica, no refiere cirugías o enfermedades que considere relevantes. Al abordarse antecedentes familiares habla de un tío que está en situación de consumo de piedra, al igual que un número considerable de familiares que consumen alcohol (aunque no lo considera problemático).

La madre del sujeto es quien busca el servicio y le sugiere asistir al mismo. El sujeto se presenta señalando una adicción al *crack* (piedra). En la primera sesión señala que su objetivo de asistir a terapia es frenar su consumo de piedra, así como ser un mejor padre y brindar tranquilidad a su madre. Al hablar de su estado se describe a sí mismo como una persona ansiosa, hecho que atañe a la necesidad de consumir piedra y que asegura es su mayor problema. Con el fin de distraerse busca entretenerse en otras cosas, tales como ver películas, cuidar de su sobrino, no estar solo y alejarse de aquellas amistades con que se reunía para consumir en grandes cantidades.

Sus motivos para dejar de consumir se enfocan en dos puntos principales, ser un buen ejemplo para sus hijos y dejar de gastar tanto dinero en droga. Admite que en ocasiones priva a su familia de las cosas que necesitan para adquirir piezas de piedra, hecho que asegura, le avergüenza, por lo que podemos interpretar en el consultante lo siguiente:

Necesidad: Frenar el consumo de piedra, ser mejor padre, brindar tranquilidad a su madre.

Motivos: Ser mejor ejemplo para sus hijos, dejar de gastar tanto dinero en el consumo de droga.

Acción: Ir a terapia y exponer el problema.

Emoción: Vergüenza y preocupación.

Interés: Búsqueda de bienestar en sus familiares.

Significado: Reconocimiento de que no puede resolver los problemas por sí solo.

Sentido: Solicitud de ayuda.

En la hipótesis inicial se considera que el sujeto ha construido respecto a su adicción la idea de que la misma es incontrolable e imposible de suprimir, lo cual le genera gran parte de su malestar emocional. Al ser el consumo su sentido central se vuelve incompatible con otros ejes/ motivaciones de su vida, como la familia y la estabilidad económica, lo cual, al generarle gran malestar psicológico, le brinda motivación suficiente para iniciar un proceso terapéutico.

PROCEDIMIENTO

Los instrumentos utilizados fueron una entrevista clínica semiestructurada, frases incompletas, un relato oral de su historia de vida, composición de textos, análisis de textos, discusión de películas y dinámicas conversacionales (González-Rey, 2007, 2009), de acuerdo con el siguiente procedimiento.

Recepción del caso y establecimiento de consentimiento para fines de investigación.

En la primera sesión se explora la ficha de identidad, los motivos de consulta, la historia del problema y la historia clínica, mediante una entrevista semiestructurada.

De la segunda a quinta sesión, se realiza el proceso de evaluación, mediante la utilización de preguntas que lo llevan a describir y generar conciencia de los elementos que han configurado su problema. En esta etapa se solicita la historia de vida y se aplican las frases incompletas, además del empleo de dinámicas conversacionales.

En la sexta sesión se entrega de manera parafraseada el diagnóstico clínico elaborado con las categorías de la teoría histórico-cultural. Fue una sesión de entrega de resultados. Se explicó a la persona, y se dialogó con ella los resultados encontrados.

A partir de la cuarta, y hasta la doceava sesión se realiza el proceso de intervención mediante la utilización de preguntas que lo llevan, en un primer momento, a generar conciencia de sus contradicciones, y posteriormente, a imaginar y a realizar acciones que le han de permitir la disolución de su problema. Es necesario hacer notar que a la cuarta y quinta sesión se les podría denominar evaluación interventiva porque lo trabajado sirve para ambos fines.

En el proceso se utilizan tres tipos de preguntas (o planteamientos) denominadas descriptivas, comprensivas y transformadoras, de acuerdo con el fin que se persigue con cada una de ellas. Los últimos dos tipos de preguntas, a diferencia de las primeras, van apareciendo en la interacción dialógica, nunca como si fuese una entrevista plenamente estructurada. Si bien no son totalmente exclusivas de una etapa en particular, o de sesiones específicas, las descriptivas predominaron en las primeras tres sesiones, las comprensivas en las sesiones cuarta, quinta y sexta, y las transformadoras a partir de la séptima sesión. A diferencia de las preguntas descriptivas, una pregunta comprensiva o transformadora no obtiene una respuesta inmediata del interlocutor, sino que obligan a la reflexión y construcción de significados y sentidos nuevos, o en todo caso, a su reconstrucción (resignificación o reconfiguración). A veces las preguntas o planteamientos no se expresan de manera explícita durante la conversación, pero, se expresen o no, siempre sirven para orientar el proceso constructivo-interpretativo que realizan el sujeto que solicita servicios de psicoterapia y el terapeuta/investigador. A continuación, se presenta en la figura 2 algunos ejemplos de cada una de las preguntas/planteamientos.



Figura 2. Tipos de preguntas utilizadas durante el proceso de atención terapéutica.

Tipo de preguntas o planteamientos	Finalidad del tipo de pregunta o planteamiento	Ejemplos de preguntas o planteamientos
Descriptivas	Recolectar información sobre un tema en específico	<p>1.-Me gustaría que me relataras en 50 minutos tu historia de vida, quiero que a través de ella me compartas experiencias muy significativas, sea que las consideres positivas o negativas. Selecciona a todas aquellas que consideres fundamentales para saber a quién tengo frente a mí. Lo puedes hacer por etapas escolares/laborales, por etapa de vida (niñez, adolescente, adultez) u organizarla de cualquier otra forma que tú lo desees. Yo te avisaré cuando haya transcurrido la mitad de la sesión y cuando te queden sólo 10 minutos, para que no olvides incluir algo que para ti sea muy importante compartirme. Si lo considero necesario te interrumpiré cada vez que necesite mayor claridad sobre algo que hayas expresado.</p> <p>2.-Te pido que por favor completes los siguientes inductores con la primera información que venga a tu mente, para poder formar frases completas, que pueden ser tan pequeñas o grandes como tú lo desees. Si hay algo que no quieras compartirme es preferible que dejes la línea en blanco a que me conteste algo falso. Si no viene nada a tu mente puedes dejar líneas en blanco y si gustas regresar después a completarlas, o así dejarlas, en definitiva. Ten presente que no hay completamientos correctos o incorrectos, lo que me interesa es que seas lo más honesto posible. No lo pienses mucho, recuerda que es lo primero que aparezca en tu mente.</p> <p>3.-Cuando mencionas que tú no eres adicto, porque si lo fueras te escaparías, ¿de dónde te escaparías, de la adicción, de tu casa o de dónde?</p>
Comprensivas	Generar conciencia sobre un tema en particular	<p>1.- ¿A una persona con dinero puede permitírsele cualquier cosa? ¿Por qué?</p> <p>2.-Además de la incapacidad laboral, ¿qué rasgos permiten identificar a un adicto?</p> <p>3.- ¿Es suficiente cumplir con el trabajo para satisfacer todas las necesidades de tu familia?</p>
Transformadoras	Identificar contradicciones y construir alternativas frente a las mismas	<p>1.- ¿Por qué te arriesgas a que tus familiares te descubran fumando, sí, de acuerdo con lo que referes, tus familiares son tan importantes para ti?</p> <p>2.- ¿Por qué vale la pena mantener el consumo de droga, que, si bien era un medio para divertirte con amigos, ahora te provoca sentimientos de soledad?</p> <p>3.-Si el consumo de cocaína ya no te genera emocionalidad positiva, y en cambio lo asocias con vergüenza y miedo, ¿cuál es el beneficio emocional de continuar consumiéndola, ahora que te has hecho consciente de que al disminuir su consumo y realizar otras actividades la ansiedad también disminuye?</p>

Se fue realizando un inter-análisis posterior a cada sesión y un análisis final que se comunica en este reporte.

Evaluación

En la figura 3 se presenta el proceso de evaluación, el cual se realizó durante las sesiones 1-5 con el objetivo de conocer e interpretar los datos que permitieron al investigador, terapeutas y al participante, la comprensión del problema. Las actividades utilizadas fueron: Relato oral de historia de vida, Frases incompletas y Dinámicas conversacionales.

Figura 3. Proceso constructivo-interpretativo durante evaluación.

Sesión	Suceso o trecho de su discurso	Sentido	Significado	Hipótesis/Interpretación
1-3	Durante las primeras tres sesiones se muestra inquieto corporalmente, tiende a cubrirse la boca y evade la mirada.	Evasión	Los comportamientos manifestados dan cuenta de la incomodidad que le resulta afrontar el tema de su consumo.	Aunque ha decidido mantenerse en la terapia, todavía se muestra indeciso de querer confrontarse a sí mismo.
2	En la segunda sesión dice: <i>Yo no soy adicto, si lo fuera, me escaparía [de casa].</i>	Negación	Asumir la adicción implicaría alejarse de sus seres queridos.	Admite sólo de manera parcial las implicaciones de su consumo, reconocerlas por completo implica encarar la vergüenza de ser como aquellos a quienes compadece.
3	Para la tercera sesión describe la rutina que sigue día a día, llegando a la conclusión de que bajo ciertas circunstancias no consume: Salir tarde del trabajo lo asocia con menor consumo.	Ocio	El tiempo libre facilita el consumo de droga.	Lo anterior parece expresar una falta de motivos distintos a la actividad laboral.
3	Su sobrino y su madre son también uno de los límites que se pone a sí mismo para no consumir, pues tiene miedo y vergüenza de que vean los artefactos con que fuma.	Miedo y vergüenza	Algunos familiares sirven como un medio de regulación del consumo.	La adicción de una persona no debiera afectar o impactar a su familia de manera alguna.
3	Refiere "la ansiedad" como la causante de que finalmente adquiriera piedra, su objetivo se autodefine como "controlar la ansiedad".	Justificación	El consumo de droga tiene un efecto positivo sobre su estado emocional.	Al no responsabilizarse de sus acciones coloca como causante aquello que en sí es un síntoma de su estilo de vida.
3	Al hablar de su pasado relata que prefería estar solo, que no le gustaba estar con otras personas (familia) pues le pedían que dejara de consumir.	Aislamiento	El mantenimiento del consumo implicó un alejamiento con sus seres queridos.	La disgregación de su personalidad está en dependencia de haber colocado como motivo central de su vida el consumo de una sustancia, en lugar de la convivencia con seres queridos.



Sesión	Suceso o trecho de su discurso	Sentido	Significado	Hipótesis/Interpretación
3	Relata que trabajó desde niño, que una vez que su familia comenzó a tener dinero él tenía fácil acceso a todo cuanto deseara, pues sus padres no le negaban nada.	Responsabilidad laboral	El trabajar le permitía darse los placeres que deseara.	El trabajo ocupó desde pequeño un lugar central en su vida.
3	Una vez que su familia comenzó a tener dinero él tenía fácil acceso a todo cuanto deseara, pues sus padres no le negaban nada. Considera ese hecho relevante, pues atribuye parcialmente a eso una característica de su persona, la nombra como “no valorar las cosas”.	Descuido de sus bienes	Tener mucho dinero y la libertad de utilizarlo como uno lo desee hace que no se valoren de manera adecuada las cosas que se poseen.	El no tener ningún tipo de límites económicos ni restricciones de sus padres le permitió asumir el consumo de droga como parte de su estilo de vida.
3	Comienza a beber a los 15 años, menciona que el único límite que sus padres le pusieron era que llegara a trabajar al día siguiente.	Ausencia de límites	Mientras se cumpla con el trabajo todo lo demás es permitido.	No se considera un adicto porque su consumo no implica que deje de laborar, lo cual lo lleva a desvalorizar todo lo material, porque al final, si trabaja, fácilmente puede compensar todo lo perdido/desperdiciado.
3	Cuando bebía hasta muy entrada la madrugada, comenzó a “bajársela” consumiendo una pieza de piedra. Habla de su entrada al consumo como “un juego” que se salió de control cuando empezó a consumir estando sobrio.	Diversión	El consumo de droga la permitía tomar más alcohol y seguir cumpliendo con su actividad laboral.	Al principio su consumo de piedra fue para mitigar los efectos del alcohol y continuar por más tiempo bebiendo, sin embargo, más tarde este efecto se fue reduciendo, lo que lo condujo a consumir esta droga en estado de sobriedad, aminorándose cada vez más el impacto de cada piedra consumida.
3	Habla de su entrada al consumo como “un juego” que se salió de control cuando empezó a consumir estando sobrio.	Pérdida de control	El consumo sin un fin que le ayudase a reponerse para trabajar ya no era divertido.	En estos momentos se observa el cambio negativo en la jerarquía de motivos a partir de que el motivo central pasa a ser el consumo en sí mismo (desplazando los motivos de diversión y de cumplimiento laboral), lo cual provocará los problemas asociados al consumo.
5	Extracto de frases incompletas: <i>El tiempo más feliz... hijos</i> <i>Estoy mejor... cuando estoy solo</i> <i>Mi problema principal... mi familia</i> <i>Mi mayor problema... es la droga</i>	Valoración de la familia Soledad	El consumo de droga afecta a la convivencia con lo máspreciado en su vida: familia.	A pesar de que disfruta mucho de su familia prefiere aislarse para poder consumir su droga y no ser descubierto, lo cual lo lleva a identificar la droga como el principal problema de su aislamiento.

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

Sesión	Suceso o trecho de su discurso	Sentido	Significado	Hipótesis/Interpretación
5	Extracto de frases incompletas: <i>Lamento... ser así</i> <i>Fracasé... mucho</i> <i>A menudo siento... frustración</i>	Dolor	Si no fuese así hubiese podido crecer económicamente y cumplir con las demandas de su familia.	Esta reflexión lo hace enfrentarse a su actual realidad económica/familiar donde no es dueño de un patrimonio ni de una familia unida, lo que implica una idea de fracaso en su vida.
5	Extracto de frases incompletas: <i>Deseo... estar bien</i> <i>Yo... no sé qué hacer</i> <i>Quisiera... ser diferente</i> <i>Considero que puedo... dejar los vicios</i> <i>Me esfuerzo diariamente... por cambiar</i> <i>Me cuesta trabajo... cambiar</i> <i>Trataré de lograr... estar bien</i> <i>Me esfuerzo... por cambiar</i>	Arrepentimiento (si se considera junto con las frases señaladas en la fila anterior).	Aunque no sabe qué hacer tiene un deseo grande de querer dejar su vicio.	Considera a su adicción un problema que le impidió fungir en su papel de hijo y padre. Ahora está dispuesto a recuperar el control de su vida.

Intervención

El proceso de intervención se realizó durante las sesiones 4-12 con el objetivo de generar alternativas frente a los problemas identificados (ver figura 4). Las actividades utilizadas fueron: dinámicas conversacionales, tareas que consistían en la realización de escritos que facilitaron procesos reflexivos y el análisis de algunas películas.

Figura 4. Proceso constructivo-interpretativo durante la intervención.

Sesión	Suceso o trecho	Sentido	Significado	Hipótesis /Indicador
4	En la cuarta sesión, se da la siguiente conversación: <i>T: ¿harías algo diferente en el lugar de tus papás?</i> <i>P: Sí, yo hago todo lo contrario. Ellos me dieron mucha libertad, siempre tenía dinero, no hubo límites. No le encuentro valor al dinero, llegué a gastar \$10,000 en una noche. Mi mamá me pagaba todo, por eso traigo cortitos a mis hijos.</i>	Establecimiento de límites como padre	El establecimiento de límites es fundamental para la educación de un hijo.	Asume que el establecimiento de límites es esencial para asumir una lógica de autocuidado en varios sentidos.



Sesión	Suceso o trecho	Sentido	Significado	Hipótesis /Indicador
4	<p>T: <i>¿Qué le dirías a tu yo de 15-18 años?</i></p> <p>P: <i>Que piense bien, que cuide mucho su economía, que tenga mucho cuidado. Me arrepiento, y me frustra lo económico.</i></p>	Arrepentimiento y frustración, pero acompañado de tranquilidad	El consumo de droga afecta significativamente a la economía familiar.	El mantener en la conciencia que su consumo ha impactado negativamente en las condiciones económicas que le ha brindado a su familia (aspecto que había referido desde la primera sesión) tiene un efecto positivo en la disminución de este.
4	Al final de esta sesión, menciona que el antojo de fumar ha disminuido mucho y que se encuentra más tranquilo. Su media de consumo es de dos piedras por semana.	Tranquilidad	Disminuir el consumo es fuente de tranquilidad.	Comienza a recuperar el control de su voluntad. En las primeras sesiones él mencionaba de manera frecuente que la ansiedad era la que lo orillaba al consumo, por lo que esta expresión permite notar que la ansiedad ha disminuido también.
4	Se pone a sí mismo como meta bajar a cenar con su familia, pues de esa forma no siente “la ansiedad” de salir a comprar piedra.	Búsqueda de control	Estar en compañía de familia ayudará a disminuir la ansiedad y por lo tanto el consumo de droga.	Existe una resignificación del estar en familia, mientras que en las primeras sesiones lo planteaba como una restricción, ahora lo ve como una fuente de apoyo.
5	Comenta que consumió cinco piezas (su media es de 2).	Franqueza	Aunque el consumo haya incrementado, no rebasa el límite inferior que presentaba antes de iniciar la terapia.	Indicar la cantidad real de consumo es una muestra de aceptación de que le está siendo difícil confrontar el problema.
5	Para la siguiente sesión, comenta que bajó dos veces a cenar con sus familiares y que lleva “limpio” (como referencia a que no ha consumido) cinco días. Su alimentación comienza a mejorar (en varias ocasiones se saltaba hasta dos comidas por día).	Autocuidado	La alimentación, el preocuparse por su salud, y la convivencia son indicadores de un compromiso consigo mismo.	Responsabilizarse de su estado de salud, así como de aquellos elementos de su entorno que le facilitan disminuir su consumo, le permiten generar sentidos de control sobre sí mismo.
5	Dice: <i>Es que siento feo decirlo, la palabra es muy fea, pero sí soy un adicto.</i>	Aceptación	Reconocimiento de sí mismo como un adicto es necesario para seguir confrontando el problema.	Admitir su condición permite dos cosas. En un primer plano, da entrada a la vergüenza y miedo, en el segundo, habilita las posibilidades de cambio
6	En la sexta sesión, se habla de la soledad: <i>Sí estoy mejor con la gente, ya no me gusta estar solo.</i>	Descubrimiento	Estar en compañía es mejor que estar solo.	El activar un motivo que en el pasado había ocupado un lugar muy alto en su jerarquía de necesidades posibilita empezar a desplazar el motivo problema (el consumo).

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

Sesión	Suceso o trecho	Sentido	Significado	Hipótesis /Indicador
6	<i>Sí estoy mejor con la gente, ya no me gusta estar solo. Pero mi familia ya no me cree, no confían en mí y me da pena.</i>	Desolación	Las personas piensan que no voy a cambiar mi estilo de vida.	Por primera vez se observa un auténtico sufrimiento, derivado del consumo de droga, que podría llevarlo a asumir un papel de mayor compromiso con su problema.
6	Menciona que, aunque le resulta complicado, quiere estar bien. Se pone a sí mismo el objetivo de estar más presente con su familia ya que siente que sus hijos necesitan de él, así como un buen ejemplo.	Responsabilidad familiar	Los hijos son motivo suficiente para afrontar de manera determinante el problema.	Al tener acercamiento con su familia se da cuenta de las necesidades de sus hijos, las cuales no se cubren en gran parte por su ausencia.
7-8	Durante las siguientes dos sesiones reporta haber consumido entre cuatro y seis piezas por semana, aunque asegura que ya no se trata de la situación inicial. <i>Se me mete un gusanito y lo hago.</i>	Retroceso intermedio	Consumir cinco piezas por semana, en promedio, sigue siendo muestra de avance.	El mantenerse en el límite inferior de su promedio previo a la terapia es un indicador de que continúa confrontando el problema.
7	Se le pidió un texto enfocado en cómo concibe la relación con su problema de adicción, mismo que se resiste a leer en un inicio. En él, describe la situación como un problema enorme: <i>No puedes vivir bien, estás intranquilo.</i>	Incomodidad	El consumo es causa de la intranquilidad	Va generando conciencia sobre cómo se relaciona el consumo con su tranquilidad/in-tranquilidad.
7	De tarea se le dejan ver un par de películas: <i>Cooker</i> y <i>Yo, Cristina</i> (relato sobre el efecto de las drogas en la juventud). Además, comienza la introducción de una tarea de ordalía. Se presenta como una metáfora del mantenimiento de una carnicería (ese es su trabajo) y su clientela. Así, se le felicita por los logros obtenidos y se le hace hincapié en que es necesario redoblar esfuerzos. En lo referente a su consumo, se le deja de tarea que, en caso de consumir, deje los instrumentos que utiliza en donde su madre o su sobrino puedan verlos. Su respuesta es la siguiente: <i>Eso no, es muy difícil, no está bien... es de pensarse.</i> Dice, mientras se acaricia la barbilla y sonríe.	Duda	No está bien que la familia sepa del consumo, pero es una buena opción para confrontar el problema.	Se observa como entra en un proceso reflexivo importante, ya que sabe que lo que se le propone podría generarle verdaderamente una alternativa.



Sesión	Suceso o trecho	Sentido	Significado	Hipótesis /Indicador
8	Para la siguiente sesión relata que prefirió no consumir a pesar de haber tenido la oportunidad de hacerlo	Elección	Era mejor no consumir y mostrar de manera nítida a la familia la modificación en sus hábitos de consumo.	El hecho de hacer consciente la importancia y la posible respuesta de la familia le permitió por primera vez no consumir pieza alguna de droga durante una semana.
8	Comenzó un tratamiento debido a que está experimentado dolor de manera constante. Su médico le habló del daño que genera la piedra a nivel orgánico, y le mandó a realizar análisis para verificar el daño en los riñones. Además, comienza el consumo del medicamento "Qual".	Atención a su salud	Los daños orgánicos deben ser atendidos como parte de un tratamiento completo.	Reconocimiento y responsabilización de que "cuidarse" implica no sólo dejar de consumir drogas, sino lidiar con el efecto que le han dejado a nivel orgánico.
8	No pudo ver "Yo, Cristina", le pareció demasiado dura. <i>Eso es demasiado feo, y no. No.</i>	Sufrimiento	Las consecuencias de un consumo prolongado pueden llegar a ser insostenibles.	Una vez que ha aceptado y comprendido la magnitud de su problema, empieza a experimentar rechazo ante situaciones relacionadas al consumo.
8	A partir de esta sesión, comienza a dejar la habitación de su puerta abierta (la mantenía siempre cerrada por miedo a ser observado).	Valentía	Dejar abierto permitirá que me mantenga expuesto a la crítica de mi familia, y por lo tanto facilitará que reduzca mi consumo.	A pesar de que continúa empleando medios externos de regulación puede observarse una actitud cada vez más propositiva.
8	Se da la siguiente conversación: <i>P: pero a él ya lo están dializando (refiriéndose a un amigo que también consume piedra).</i> <i>T: No quieres llegar a ese punto, el de la incapacidad. Ya no podrías trabajar.</i> <i>P: No, por eso ya mejor no fumo, yo sé que si consumo dos días seguidos, sigo consumiendo.</i> <i>T: Tratemos ahora de mantener los logros, mientras más te cuesta, menos quieres dejar tu avance. Tu cuerpo comienza a resentirlo (hablando de la abstinencia), pero después de todo eso... viene la calma.</i> <i>P: Ya me siento cansado, y se siente bien.</i>	Convicción de abandonar el consumo totalmente	Aunque es difícil, es preferible dejar de consumir totalmente que arriesgarse a que todo se complique.	Ha aprendido que, pese a lo difícil que le resulta, puede enfrentar el problema, por lo cual decide mantenerse en sus decisiones de mantener un nulo consumo.

Intervenciones psicológicas: investigaciones y resoluciones

Sesión	Suceso o trecho	Sentido	Significado	Hipótesis /Indicador
8	Le dijo a su dealer que ya no le vendiera, propuesta que el dealer le había hecho antes pero no se había atrevido a llevar a cabo.	Decisión	Si no hay quien le ofrezca droga entonces no habrá más consumo.	Empieza a asumir una regulación plenamente interna, la cual lo lleva a tomar decisiones que impacten significativamente en el mantenimiento del no consumo.
8	Comenta que quiere hacer un equipo de futbol para él y otras personas que han consumido, piensa que el deporte es una alternativa para dejar las drogas pues durante un tiempo a él le funcionó. Además, comenta que ha estado disuadiendo a un par de vecinos jóvenes (14 años) de consumir piedra: <i>Yo les digo que no hagan eso, que no saben lo que hacen.</i>	Interés por los otros	Ayudar a los otros es fuente de gran motivación para mantener firme su decisión de no consumo.	Empieza a ocupar un lugar importante en su jerarquía de motivos los otros, incluso se muestra interesado por personas con los que no tiene lazos familiares.
9-12	Pasan cuatro semanas sin consumir, a lo que él comenta: <i>Ya no hay necesidad... luego se me antoja, pero ya no tengo ansiedad.</i> Añade que habló con una persona de más de cincuenta años que es su amigo, y consumía también, pero logró salir de eso. Él le comentó que, aunque dejó de hacerlo, el antojo nunca desapareció. El participante asegura estar bien con eso, pues dice que se ha demostrado a sí mismo que contra el antojo sí puede.	Tranquilidad	El antojo no es suficiente para volver a consumir	Logra mantenerse sin consumir droga a la par que va estableciendo mayor convivencia con personas importantes para él, todo gracias a que ha logrado vencer al estado de ansiedad que le facilitaba continuar consumiendo.
12	Uno de sus compadres comenzó a llevarlo a la iglesia, él asegura que, aunque la iglesia no le gusta, le gusta el estudio de la biblia.	Apertura (receptivo)	El conocimiento a profundidad de la biblia permitirá ocupar provechosamente el tiempo.	Su apertura a nuevas actividades le permitirá ir generando nuevos intereses que le vayan permitiendo configurar un nuevo estilo de vida.
12	Comenta que empezó a tener sueños (desde años atrás no recordaba lo que soñaba al dormir).	Liberación de deseos (Imaginación)	Los sueños son indicadores de una mejoría.	La tensión y la represión han cedido espacio al deseo y a la fantasía, y con ello a las posibilidades de creación.



Sesión	Suceso o trecho	Sentido	Significado	Hipótesis /Indicador
12	Dice estar motivado, pues su familia nuclear pronto vendrá a vivir con él (viven en Pachuca) y eso le emociona. Ha estado trabajando en arreglar la casa donde vivirán juntos.	Esperanzado	Vivir con familia nuclear le permitirá fortalecer un nuevo estilo de vida basado en el cuidado de los otros.	Desde sesiones anteriores es posible observar que el establecimiento de motivos y compromisos sociales le ha permitido superar su problema de ansiedad que lo tenía paralizado, por lo cual, al observar el mantenimiento de sus acciones propositivas y su estado de ánimo esperanzado, se da de alta.

RESULTADOS

Se han dividido los resultados de la evaluación e intervención en 7 configuraciones subjetivas. En cada una de ellas podemos ver como con el proceso de intervención cambiaron sus expectativas, por ejemplo, una de sus necesidades era entretenimiento y responsabilidad laboral y ya con la intervención cambió a responsabilidad con seres queridos. De igual forma, el significado cambio de *La soledad permite el mantenimiento del consumo* a Los lazos con los otros permite la generación y mantenimiento de motivos que permiten satisfacción personal. Ver figura 5.

Figura 5. Comparación de las configuraciones subjetivas identificadas al final de la evaluación y al final de la intervención.

Al final de la evaluación:	Al final de la intervención:
Necesidad: Entretenimiento, responsabilidad laboral.	Necesidades: Responsabilidad con seres queridos.
Motivos: Diversión con amigos e independencia económica	Motivos: Mantenerse alejado del consumo y en estrecha convivencia con otras personas.
Acciones: Trabajo desde pequeño, Despilfarro de dinero, Consumo de grandes cantidades de alcohol desde los 15 años, Consumo de droga (<i>“para que se la bajara pronto”</i> y pudiese cumplir con su responsabilidad).	Acciones: Fomento de deporte, Persuasión a jóvenes para que no consuman drogas, Arreglo de casa, Asistencia a curso bíblico.
Emociones: Ansiedad, intranquilidad, vergüenza, miedo.	Emociones: Tranquilidad, Seguridad, Autocontrol.
Intereses: Aislamiento.	Intereses: Cuidado por los otros, familiares y conocidos.
Significado: La soledad permite el mantenimiento del consumo.	Significado: Los lazos con los otros permite la generación y mantenimiento de motivos que permiten satisfacción personal.
Sentido: Dependencia respecto al consumo de droga para sentirse bien.	Sentido: Compromiso con el desarrollo de los otros.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos y descritos permiten comprender el proceso de construcción-interpretación que se realiza durante el proceso psicoterapéutico configurado desde una aproximación histórico-cultural. Dicho proceso evidencia que, a diferencia de algunos análisis discursivos, como los que realizan algunos terapeutas de escuelas con enfoque sistémico, el análisis del sentido psicológico implica ir más allá del análisis del sentido lingüístico, y con ello se escapa del giro discursivo dominante en las ciencias sociales contemporáneas (Campos, 2014), pues, al realizar interpretaciones de la intencionalidad del sujeto, se ponen palabras que no aparecen en el discurso directo de las personas con las que se conversa, que permiten acceder a un nivel de conciencia distinto, tanto al sujeto clínico, como al terapeuta e investigador, donde lo importante no es expresar la certeza absoluta que explique la configuración del conflicto, sino de posibilitar la construcción de nuevas alternativas a través de la identificación de contradicciones entre las propias representaciones y emociones del sujeto de estudio, y entre las representaciones y emociones del sujeto y las del terapeuta, que obligan a imaginar formas distintas de confrontación del conflicto.

Por tal razón, consideramos que los planteamientos utilizados, basados en el señalamiento de contradicciones, siempre son fuente de nuevos sentidos subjetivos. Recordemos que para Weber (2002), el sentido subjetivo hace referencia al grado de conciencia que tiene el sujeto de la intencionalidad de su propia acción, y que por tal razón, muchos de los valores y fines que parecen orientar la acción de un hombre no pueden comprenderse con plena evidencia, sino sólo intelectualmente, de ahí la necesidad de dialogar con el terapeuta para acceder a nuevos niveles de conciencia mediante un proceso reflexivo y de mediación, donde las hipótesis y los cuestionamientos del terapeuta son esenciales para que la persona pueda descubrir o redescubrir aspectos de su vida que, al encontrarse en contradicción, son fuente de una diversidad de conflictos.

Los resultados obtenidos también muestran, como lo señala Leontiev (1983), que las contradicciones, los desdoblamientos y las transformaciones internas, son necesarias para el desarrollo de la psique, por tal razón, el identificar la existencia de dos motivos antagonísticos como fuente del conflicto: el consumo de cocaína para la diversión y el ocultamiento del consumo para cumplir con las expectativas de la familia, y el cuestionamiento de dicha contradicción, permitió elaborar una alternativa que disolviera los malestares emocionales (ansiedad, miedo, vergüenza, entre otros) configurados en sus conflictos.

Además, es importante señalar como el bienestar y desarrollo emocional aparece cuando motivos centrados en la consideración y apoyo hacia los otros pasan a ocupar un lugar importante en su jerarquía, tal como lo describe Zeigarnik (1981) al analizar la psicopatología y la reinserción social de una persona con alcoholismo, pues como pudimos observar en nuestro sujeto analizado, el trastorno se configuró cuando el motivo de consumir cocaína ocupó el lugar central dentro de su jerarquía de motivos, desplazando la convivencia con amigos y con familiares a segundo término, mientras que desapareció cuando el interés por los otros ocupó el lugar central nuevamente. En el mismo sentido, nuestros resultados también concuerdan con los planteamientos de Vygotski (1927/1991), pues recordemos que para él no puede existir desarrollo en todos los sentidos sin la mediación y la relación estrecha con los otros, ya que sólo es posible alcanzar una vida plena, emocionalmente hablando, cuando se vive por los otros y se construye con ellos, es decir, cuando se comprende y se ama a los otros, pues dichas formas de vida son siempre fuentes de desarrollo psíquico (Rosas, 2018). Por tal razón, el sujeto de estudio, al cuidar de los otros a través del fomento del deporte y de disuadir a otros jóvenes de que no consuman droga, añadidos al cuidado de sus familiares, son elementos esenciales que le permiten mantenerse alejado del consumo y en estrecha convivencia con otras personas.



Finalmente, lo anterior se relaciona muy bien con lo que plantea González-Rey (2009; 2010) en sus trabajos donde reporta casos clínicos, pues al igual que él estamos convencidos de que el cambio en el modo/estilo de vida permite la producción de nuevos sentidos subjetivos, cuyo desarrollo es esencial para el bienestar psicológico cuando estos se caracterizan por una emocionalidad positiva configurada a través de la con-vivencia estrecha con quienes son fuente de afecto y reconocimiento, como pudimos observar en nuestro caso. Todo lo anterior, y el hecho de que en nuestro sujeto analizado, la soledad configurara el trastorno, y la motivación de ayuda a los otros la disolución del mismo, confirma que, la personalidad no es otra cosa que las relaciones sociales de clase interiorizadas y subjetivadas a través de la *con-vivencia*, en la que se resuelven día a día una diversidad de conflictos durante un proceso ontogenético en el que se vive entre polos de individualismo y de colectivismo, de opresión y emancipación, y de estancamiento, contradicciones, crisis y desarrollo, tal como lo señalaba Vygotski desde sus primeras obras (1927/1991).

CONCLUSIONES

Finalmente, y a partir de la presentación y discusión de los resultados, es posible concluir que:

Es posible describir el proceso constructivo-interpretativo para identificar como se lleva a cabo el proceso de mejoría en un adulto consumidor de cocaína que recibió psicoterapia configurada desde la teoría histórico-cultural.

La identificación de contradicciones como herramienta esencial para la gestación de nuevos sentidos subjetivos señala la necesidad de hacer abordajes psicoterapéuticos dialecticos que, al poner sobre la mesa el análisis de la actividad concreta de cada sujeto, no se limiten únicamente a encuadrar a un apersona desde las categorías de un modelo teórico específico. Si bien es necesario tener siempre un modelo teórico de referencia, es necesario en cada abordaje clínico comprender los sentidos configurados en la actividad concreta del sujeto, a los cuales solo se puede acceder mediante un auténtico dialogo, y no mediante el empleo de instrumentos de evaluación estandarizados, aspectos que, al parecer de los autores, fueron bien logrados en el proceso de intervención que se reporta en este escrito.

Un análisis constructivo-interpretativo, configurado desde la psicoterapia histórico-cultural, abre nuevas posibilidades para la comprensión de los cambios internos que experimenta un sujeto al participar en un proceso terapéutico.

Hace falta desarrollar varias líneas de investigación que nos permitan comprender las aportaciones y los alcances de la psicoterapia histórico-cultural, pero sin duda, consideramos que, por los elementos abordados, esto ha sido un buen comienzo.

REFERENCIAS

Ariasa, Szermanb, Vegac, Mesiasc, Basurteb, Morantd, Ochoae, Poyof, & Babing. (2012). Abuso o dependencia a la cocaína y otros trastornos psiquiátricos. Estudio Madrid sobre la prevalencia de la patología dual. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 6 (3), 121-128.

- Bozhovich, L. (2009). The social situation of child development. *Journal of Russian and East Europe Psychology*, 47(4), 59-86.
- Campos, H. (2014). Orígenes de la Psicología Discursiva y su desarrollo hacia una psicología cultural postmoderna. *Cultura, hombre y sociedad*, 24 (2), 43-57.
- Del Bosque, Fuentes, Bruno, Espínola, González, Loredó, Medina-Mora, Alvarado, Natera, Prospero, Sánchez, Real, Zinser, & Vázquez. (2014). La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, 37 (5), 381-389.
- Del Río, P & Álvarez, A. (1992). Tres pies al gato: significado, sentido y cultura cotidiana en la educación. *Infancia y Aprendizaje*, 59-60, 43-61.
- Del Río, P. & Álvarez, A. (2006). Ensalmos, rezos y silogismos: la cambiante arquitectura de los sistemas de conciencia. En J. Wertsch, P. Del Río & A. Álvarez. *La mente sociocultural*. España: Fundación infancia y aprendizaje.
- Esopo, (2013). *Fábulas de Esopo*. México: Porrúa.
- Galperin, P. Ya. (2009). La formación de los conceptos y de las acciones mentales. En Quintanar & Solovieva (Comps.). *Las funciones psicológicas en el desarrollo del niño*. México: Trillas.
- Gaona, L. et al. (2016). *Tratamiento para jóvenes que consumen marihuana. Manual de apoyo*. México: Centros de Integración Juvenil.
- Gómez, H. (1999). El consumo de drogas en México: diagnóstico, tendencias y acciones. *Páginas de salud pública*, 41 (3), 257-258.
- González-Rey, F. (1997). *Epistemología cualitativa y subjetividad*. La Habana: Pueblo y Educación.
- González-Rey, F. (2007). *Investigación cualitativa y subjetividad: Los procesos de construcción de la información*. McGraw-Hill.
- González-Rey, F. (2009). *Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad. Una aproximación desde Vigotsky hacia una perspectiva histórico-cultural*. Buenos Aires: Noveduc.
- Leontiev, A. (1983). *Actividad, Consciencia, Personalidad*. Habana: Editorial Pueblo y Educación.
- Leontiev, A. (1969). Las necesidades y los motivos de la actividad. En A. Smirnov, A. Leontiev, S. Rubinstein y B. Teplov. *Psicología*. México: Grijalbo.
- Martínez, M. Soria, S., & González Rey, F. (1992). Diagnóstico psicológico en pacientes con hipertensión arterial esencial. *Revista cubana de psicología*, 9 (1), 27-35.
- Mori, V. & González Rey, F. (2010). Las representaciones sociales como proceso subjetivo: un estudio de caso de hipertensión. *CS, Investigaciones en Psicología Social Clínica*, 5, 221-240.



- National Institute on Drug Abuse, (2020). *Principios de tratamientos para la drogadicción: Una guía basada en las investigaciones. Terapia cognitiva conductual (alcohol, marihuana, cocaína, metanfetamina, nicotina)*. Recuperado de <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/enfoques-con-base-cientifica-para-los-tratamientos-de-la-drogadiccion/terapias-de-la-conducta/terapia-cognitiva-conductual>
- Rosas, D., Conde, G. & Amézquita, C. (2012). Psicoterapia Histórico-Cultural: Proceso de Evaluación e Intervención en un Caso de Violación Sexual. *Revista Mexicana de Psicología*, Número especial, 2191-2192.
- Rosas, D. (2018). *Narrativa crítica de los sentidos construidos por estudiantes de psicología sobre las relaciones pedagógicas universitarias: entre historias de discriminación y reconocimiento*. Tesis de Doctorado en Pedagogía. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rubinstein, S. (1969). *Principios de psicología general*. México: Grijalbo.
- Secades, R. y Fernández, J. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la drogadicción: nicotina, alcohol, cocaína y heroína. *Psicothema*, 13 (3), 365-380.
- Scandar, M. (2014). El uso de los estudios de caso en la investigación en psicoterapia. *Psicodebate*, 14 (1), 69-84.
- Vygotski, L. S. (1927/1991). *El significado histórico de la crisis de la psicología*. Obras escogidas. Tomo I. España: Visor.
- Vygotski, L. S. (1934/1993). *Pensamiento y Lenguaje*. Obras escogidas. Tomo II. España: Visor.
- Vygotski, L. S. (1933/2006). *Problemas de la Psicología Infantil*. Obras escogidas. Tomo IV. España: Visor.
- Vygotski, L. S. (2011). *La imaginación y el arte en la infancia*. Ensayo psicológico. México: Ediciones Coyoacán.
- Weber, M. (2002). *Economía y sociedad*. España: Fondo de Cultura Económica.
- Zeigarnik, B. (1981). *Psicopatología*. Madrid: Akal.
- Zinchenko Y., & Pervichko E. (2012). The Methodology of Syndrome Analysis within Paradigm of “Qualitative Research in Clinical Psychology”. En Y. Zinchenko y V. Petrenko. *Psychology in Russia. State of the art 2012*. Moscow: Russian Psychological Society.

INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

ESTRATEGIAS Y ALTERNATIVAS

ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS
Editora y Compiladora



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contra, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

