



INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

ESTRATEGIAS Y ALTERNATIVAS

ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS

Editora y Compiladora



INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS

ESTRATEGIAS Y ALTERNATIVAS

ANA MARÍA BALTAZAR RAMOS
Editora y Compiladora

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Editora y compiladora: Ana María Baltazar Ramos.

Intervenciones psicológicas: estrategias y alternativas.

UNAM, FES Zaragoza, marzo de 2020.

Peso: 4 MB.

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños Castillo.

Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

ISBN: 978-607-30-3015-1.

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: estrategias y alternativas.

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 Lilia Muñoz Corona

Académica de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza, UNAM; Docente y asesora del Programa a Distancia de la ESCA Tepepan, IPN
Lic. En Psicología. FES Zaragoza UNAM.
Maestría en Psicología Escolar. UNAM.
lili10990@hotmail.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

Carmen J. Hernández Rodríguez

Psicóloga en Educación Especial en el Edo. de México
Lic. En Psicología FES, Zaragoza UNAM
Maestría en Educación. Universidad Marista
tarkarmen@hotmail.com

Cecilia F. Hernández Rodríguez

Catedrática en materia fiscal en Universidad la Salle.
Contadora Pública. Escuela Superior de Comercio y Administración del I.P.N.
Maestría en Derecho Fiscal. Escuela Superior de Leyes y Negocios S.C.
hdezceci7@gmail.com

Claudia Amézquita Rescalvo

Profesora de Educación Especial en Centro de Atención Múltiple 32 "Cuicacalli"; Terapeuta en Centro de Atención Psicológica y Apoyo Educativo Histórico-Cultura; y en el Instituto de Neuropsicología y Psicopedagogía.
Lic. en Psicología, UNAM; Lic. en Pedagogía. Centro Universitario Tzompanco Tepeyac.
claudia_a_r15@hotmail.com

Cynthia Nayely Mendoza Flores

Psicoterapeuta, Coordinadora de la Clínica de Atención Comunitaria de la Universidad Justo Sierra
Lic. En Psicología. Universidad del Claustro de Sor Juana. Maestría en Psicoterapia Existencial Humanista. Colegio Iberoamericano de Estudios Existenciales y Humanísticos
cynrh.05@hotmail.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, 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

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.
Terapeuta de aprendizaje en el Centro Terapéutico TeLyA.
Lic. en Psicología, FES Zaragoza UNAM.
erisolzav@gmail.com

Gersom Peña Candia

Psicólogo Independiente, Colaborador de la Clínica de Atención Comunitaria, de la Universidad Justo Sierra
Lic. en Psicología Universidad Latinoamericana (ULA)
gersom1886@outlook.com

Guadalupe Mendoza Rodríguez

Profesora de Asignatura B Definitivo de la FES, Zaragoza, UNAM.
Lic. en Psicología FES, Zaragoza, UNAM,
Maestría en Psicología UNAM
glmy95@hotmail.com

Jorge Omar Hernández Esquivel

Lic. en Psicología- Universidad Justo Sierra.
jorgeomarhernandezesquivel@gmail.com

Juan Carlos Mazón Sánchez

Profesor de Carrera de Tiempo Completo
Universidad Justo Sierra
Lic. en Psicología, UNAM,
Maestría en Psicología Ambiental, UNAM,
Doctorado en Psicología Educativa y del Desarrollo, UNAM
juancarlosmazon@gmail.com

Magdalena Cristina Hernández Rodríguez

Académica de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza.
Lic. En Psicología FES Zaragoza UNAM,
Maestría en Desarrollo Educativo
Universidad de Puebla
hmagdalena16@yahoo.com.mx

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.
marinareyesunam@yahoo.com.mx

Norma Martínez Lima

Académica de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza UNAM.
Lic. En Psicología, UNAM.
normamartinezlima@hotmail.com

Oscar Rojas Uribe

Académico de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza UNAM
Lic. En Psicología FES Zaragoza UNAM,
Maestría en Desarrollo Educativo
Universidad de Puebla
orojasuribe@yahoo.com.mx

Rigoberto Fernández Lima

Académico de la carrera de Psicología de la FES Zaragoza UNAM
Director de la Unidad 58 de Educación Especial e Inclusiva, SEP.
Lic. En psicología FES Zaragoza UNAM
Maestría en psicología escolar UNAM.
aldaro99@hotmail.com

Índice

	Presentación	7
	Introducción	9
	PRIMERA PARTE	25
CAPÍTULO 1	EFFECTOS DEL PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN DEL DESARROLLO EN UN NIÑO DIAGNOSTICADO CON TDAH	27
	Ana María Baltazar Ramos, Eduardo Alejandro Escotto Córdova	
CAPÍTULO 2	INTERVENCIÓN EN LA FONO-ARTICULACIÓN DE PACIENTE CON DISLALIA FUNCIONAL MEDIANTE (C.E.F.I.)	49
	Norma Martínez Lima, María Guadalupe Pérez Vázquez	
CAPÍTULO 3	MODELO CENTRADA EN SOLUCIONES PARA EL MANEJO DE PROBLEMAS ESCOLARES Y FAMILIARES	65
	Guadalupe Mendoza Rodríguez	
CAPÍTULO 4	INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA Y NEUROPSICOLÓGICA HISTÓRICO-CULTURAL EN UNA ADOLESCENTE CON SÍNDROME DE CORNELIA DE LANGE	79
	Daniel Rosas Alvarez, Claudia Amézquita Rescalvo	
CAPÍTULO 5	MUTISMO SELECTIVO: INTERVENCIÓN EN EL CONTEXTO ESCOLAR Y FAMILIAR	97
	Magdalena Cristina Hernández Rodríguez, Carmen Josefina Hernández Rodríguez, Cecilia Faustina Hernández Rodríguez, Oscar Rojas Uribe	
CAPÍTULO 6	PROCESO DE INTERVENCIÓN CONTRA EL ACOSO ESCOLAR EN UNA ESCUELA PRIMARIA DE LA CDMX	113
	Juan Carlos Mazón Sánchez, Gersom Peña Candia, Jorge Omar Hernández Esquivel, Cynthia Nayely Mendoza Flores	

	SEGUNDA PARTE	133
CAPÍTULO 7	LA ARTICULACIÓN DE LOS FONEMAS R Y RR, A TRAVÉS DEL CUENTO Marina Reyes Esquivel	135
CAPÍTULO 8	ESTRATEGIAS DE LECTURA: DESARROLLO DE UN INVENTARIO PARA NIÑOS DE 4° A 6° GRADO DE RIMARIA Ana Lilia Muñoz Corona	149
CAPÍTULO 9	EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA EN UNIVERSITARIOS PARA CARACTERIZAR SU DESEMPEÑO EN COMPRENSIÓN LECTORA Erick Solís Zavala	159
CAPÍTULO 10	INFLUENCIAS AMBIENTALES EN LA SALUD MENTAL Rigoberto Fernández Lima	179

Presentación

La serie INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS que con este libro edita su segundo volumen, tiene como objetivo mostrar a los psicólogos diversas herramientas y alternativas para abordar los diversos casos a los que se enfrentan, independientemente del modelo teórico o de intervención que utilicen en lo personal, sirve, además, para conocer la manera como se actúa según cada enfoque teórico, ya que todos mencionan la forma cómo evaluaron, las herramientas utilizadas para dicha tarea, la manera como cuantificaron, la forma como realizaron el tratamiento y los resultados a los que llegaron con un paciente en particular. De esta manera, no sólo los autores nos muestran y detallan la forma como intervinieron en cada uno de sus casos, sino que algunos dan a conocer sus investigaciones que sirven para proponer alternativas para llevar a cabo una intervención, o por qué no, ampliar las investigaciones de estas mismas.

Pero no sólo los autores nos muestran y detallan la forma como intervinieron en cada uno de sus casos, sino que algunos dan a conocer sus investigaciones que sirven para proponer alternativas para llevar a cabo una intervención, o porque no, ampliar las investigaciones de estas mismas.

La obra se divide en dos partes, la primera los autores nos relatan las intervenciones que llevaron a cabo dentro de un clínica o centro de atención psicológica especializado, en los capítulos 5 y 6, las intervenciones se realizaron dentro del ámbito escolar. La segunda parte, está compuesta por propuestas que nos hacen otros autores, realizadas por sus investigaciones teóricas y/o prácticas.

Así, el primer capítulo, expone el tratamiento que se llevó a cabo, bajo el enfoque sociohistórico cultural, con un preescolar de 4.10 años, dignosticado con TDAH, por lo que la neuropediatra lo médica y le sugiere reciba atención psicológica, los autores tratan al pequeño con el Programa de Estimulación del Desarrollo con enfoque Sociohistórico Cultural, durante 20 meses, 2 sesiones por semana, de 50 minutos, logrando que el menor y su madre mejoraran su relación afectiva; y al entrar en la escuela primaria, el pequeño, obtuvo los primeros lugares en las competencias de matemáticas, tenía amigos y jugaba con ellos, su maestra no lo trataba como un niño diferente. Por lo que los autores llegan a dos conclusiones una teórica y otra, metodológica.

El siguiente capítulo, las autoras nos detallan el tratamiento realizado a una pequeña de 7 años con problemas de dislalia funcional, dentro del enfoque Cognitivo-Conductual y Multisensorial, durante 60 sesiones de 50 minutos, dos veces a la semana, centrándose en las habilidades cognitivas y motrices, con lo que se logran mejorías en la lecto-escritura.

En el capítulo 3, la autora expone el caso de un niño de 11 años con problemas de comportamiento, bajo rendimiento escolar y distanciamiento emocional con su madre, por lo que después del proceso terapéutico, bajo el Modelo Centrado en Soluciones, llevado a cabo durante 10 sesiones, una sesión por semana de 50 minutos, el niño mejoró su comportamiento y desempeño académico, logrando la inscripción al siguiente año escolar. La relación entre madre e hijo se estrechó, aumentaron los momentos de diálogo, acercamiento llevándolos a un apoyo en las tareas de la escuela y la casa.

El capítulo 4, los autores nos exponen un caso de una adolescente de 16 años con Síndrome de Cornelia de Lange, en las áreas neuropsicológicas afectiva-emocional, de motivos e intereses, cognoscitiva y social. La intervención fue llevada a cabo durante dos años, dos sesiones por semana, de dos horas cada sesión. Bajo el enfoque de la neuropsicología histórico-cultural. Logrando que la adolescente desarrollará habilidades y conocimientos iniciales de la lecto-escritura y accediera a un nivel lógico-verbal de desarrollo intelectual en algunas tareas.

En el capítulo 5, se detalla el caso de un niño de 6.11 años al que diagnosticaron con mutismo selectivo. Por lo que los autores durante 70 sesiones, 2 veces por semana, con duración de 120 minutos por sesión, se dan a la tarea de recopilar información a través de la observación, aplicación de pruebas, entrevistas a padres y profesores de la escuela. Para después implementar relajación, juego escolar y familiar, eliminando el mutismo y optimizando el desempeño del aprendizaje y expresión oral en el niño.

En el capítulo 6, los autores muestran un programa de intervención para disminuir el Acoso Escolar en una escuela primaria de la Ciudad de México, trabajando con 12 padres de familia, y 14 niños y niñas de 1ero, 2do, 4to y 5to grado, desde un enfoque ecológico, en cinco sesiones de 90 minutos, donde incluyeron acciones para sensibilizar a la población entorno al acoso escolar, promovieron habilidades socioemocionales y mejores prácticas parentales de educación.

En el capítulo 7, la autora propone una forma de estimular y corregir el problema de articulación de la *rr* y *r* desde la perspectiva narrativa de un cuento, a niños de 4 a 7 años. Donde exponen 10 historias para que sean contadas por la madre, además de proponer ejercicios que el niño ha de realizar. Con esta propuesta, además, pueden reforzarse otros y obtenerse logros como la mayor comunicación entre el infante y la madre, en un contexto agradable de convivencia, expresiones de afecto, confianza y gusto por la lectura.

En el capítulo 8, la autora nos da a conocer la investigación que realizó con de 206 alumnos de 8 a 13 años, de 4° a 6° de una Escuela Primaria, para elaborar el instrumento, que además nos propone, ya que ayudará a identificar las estrategias de lectura que utilizan los alumnos de 4° a 6° grado de primaria. Dentro de las estrategias que contiene el instrumento está tomar notas, subrayar, buscar en el diccionario palabras que no entienden y reflexionan sobre lo que están leyendo, entre otras.

En el capítulo 9 el autor también retoma como tema de investigación la lectura, pero él evalúa, durante 45 minutos a un grupo de 22 estudiantes universitarios el desempeño en su comprensión lectora para identificar, dentro de la neuropsicología histórico cultural, el estado funcional de los factores neuropsicológicos y las diferencias en la ejecución de las tareas correspondientes a cada factor neuropsicológico, con los resultados obtenidos, propone el uso estratégico de la lectura considerado la utilización deliberada y consciente de esas operaciones, mantener y evocar ideas relevantes provenientes del texto para poder establecer relaciones entre éstas.

Finalmente, en el capítulo 10, el autor hace un análisis de las influencias ambientales que afectan la salud física y emocional revisando algunos trastornos mentales principales de México y su correlación ambiental, encontrando a los embarazos tempranos, el fracaso académico como algunos de los factores de riesgo; mientras que la autoestima alta y la buena crianza, como factores de protección para la salud física y emocional.

Dra. Ana María Baltazar Ramos

2019

Introducción

La serie “INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS” publicada en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, bajo la dirección de la Dra. Ana María Baltazar Ramos, editora y compiladora, llega a su segundo volumen un año después del primero. Como en el primer volumen, se compilan diferentes intervenciones que psicólogos de las más diversas aproximaciones teórico-metodológicas realizan para resolver problemas, pero que tienen un rasgo en común: se orientan dentro del marco de la ciencia psicológica. Todos los textos publicados en los dos volúmenes de INTERVENCIONES PSICOLÓGICAS exponen sus resultados, utilizan diversas formas de constatar y verificar los efectos de sus intervenciones; comparan, miden y algunos cuantifican conductas, dinámicas sociales, emociones y cogniciones específicas según sea el objeto epistémico que pretenden analizar; y sobre todo, dan a conocer a otros científicos y profesionales sus procedimientos y formas de intervención bajo la lógica de que se repliquen, se verifiquen, se critiquen y, en su caso, se corrijan. En pocas palabras, asumen que el conocimiento científico debe constantemente verificarse, replicarse, replantearse y corregirse, es decir, no es un asunto de fe, ni de creencias inverificables, ni de grandes iniciados en prácticas esotéricas.

Las nueve intervenciones expuestas en este volumen tienen sus fundamentos en teorías científicas y en el uso del método científico entendido como **vigilancia epistemológica**, y no como un listado obligado de pasos con el uso de procedimientos estadísticos. La mayoría aborda **casos únicos** con diferentes individuos de edades comprendidas entre los 4.10 años hasta los 16 años. Otras abordan niños escolares y sus padres, y una más a estudiantes universitarios. Algunas usan instrumentos variados: estandarizados, pruebas psicométricas, protocolos neuropsicológicos con análisis cualitativo, o escalas de opinión para comparar y analizar sus resultados. El número de sesiones, su duración y frecuencia y el tiempo que se llevó la intervención varió grandemente:

Cap. 1. Un sujeto de 4.10 años, 2 sesiones por semana, 50 min, durante 20 meses

Cap. 2. Un sujeto 7 años, 60 sesiones, 50 min, 2 veces por semana

Cap. 3. Un niño de 11 años, 10 sesiones, una por semana de 50 min.

Cap. 4. Un adolescente de 16 años, dos años, 2 sesiones por semana, de 120 minutos

Cap. 5. Un niño de 6.11 años, 70 sesiones, 2 veces por semana, 120 minutos por sesión

Cap. 6. 14 niños de 6 a 11 años, y 12 padres, durante una semana, sesiones de 90 min.

Cap. 7. Propuesta de estimulación de la correcta pronunciación de fonemas, para niños de 4 a 7 años, usando cuentos.

Cap. 8. 206 alumnos de 8 a 13 años, de una sesión aplicando un instrumento para hacer otro instrumento.

Cap. 9. 22 estudiantes universitarios (18-25 años), una sesión de 45 minutos.

Las intervenciones y terapias del texto dan pie a la discusión de diversos cuestionamientos metodológicos que son frecuentes en la ciencia psicológica, entre los que resaltan: (a) ¿cómo distinguir en los resultados de las intervenciones clínicas o psicopedagógicas, otras hipótesis alternativas a ellos?, por ejemplo: de todo aquello que ocurre simultáneamente durante el tiempo que dura la intervención, tales como nuevos amigos que ayudan a esclarecer y orientar al individuo; o el trato diferencial mejorado de los padres, familiares y maestros desde el momento que se identifica la problemática del individuo y que nada tienen que ver con la intervención utilizada por los psicólogos, atención de otros especialistas como pediatras, médicos, pedagogos, etcétera; (b) la maduración neurobiológica que ocurre en seis meses, el año o los dos años que duran las intervenciones y que por sí sola suele provocar nuevas formas de regulación de la actividad de los sujetos; (c) vuelve aparecer el problema metodológico de que ninguna correlación es sinónimo de causalidad. ¿Qué hacer ante esto?, ¿qué importancia asignarles a los estudios correlacionales en psicología?; (d) ¿cuál es la importancia científica de estudiar casos únicos?, ¿es teórica, metodológica, técnica, clínica?; (e) ¿cuál es el alcance teórico y metodológico del análisis cualitativo de síntomas y tareas?; ¿qué valor científico debemos darles a los estudios de caso que, por definición no son generalizables?

Este segundo volumen expone experiencias cuyo valor práctico para los profesionales de la psicología pudieran replicarse por su utilidad social e individual, pero, ante todo, vuelve hacer visible una serie de implicaciones teóricas y metodológicas en la psicología científica que, a mi juicio, son las que subyacen a las todas las intervenciones dadas a conocer; evidencian dos aspectos fundamentales de la historia de las ciencias en general, y uno de la ciencia psicológica en particular en su vertiente de intervención psicopedagógica y terapéutica:

De la ciencia en general:

(a) Las revoluciones científicas son siempre revoluciones teóricas.

(b) La mejor solución práctica es una buena teoría.

De la psicología:

¿Por qué todas las terapias psicológicas, las “terapias” pseudocientíficas, el efecto placebo, ciertas creencias sobre “medicina” alternativa, la sugestión hipnótica, así como ciertos rezos y rituales mágico-religiosos reportan curar, al menos, a cierto grupo de sujetos?

Estos tres aspectos están estrechamente relacionados en el campo de la ciencia psicológica lleno de teorías, modelos, métodos, técnicas, instrumentos de medición, terapias y programas de intervención clínica y psicopedagógica que, por lo general, se autoconciben como científicos, muchos de los cuales validan su cientificidad con las técnicas estadísticas, otros con procedimientos experimentales, y otros más con procedimientos y análisis cualitativos, o mixtos cuantitativos-cualitativos, como son los estudio de casos en psicología. La diversidad de teorías, terapias y programas de intervención suelen entrar en controversias asumiendo explícita o implícitamente que cada una de ellas es mejor que las otras, y, en ocasiones, que unas tienen mayor validez científica que las otras.

Estas polémicas que son naturales en toda ciencia, no lo son, sin embargo, a los ojos de quienes ignoran cómo conocen las ciencias, cómo investigan, cómo deciden cuál teoría o experimento es débil o fuerte. Oyen hablar de que algo es científico y esperan un conocimiento absolutamente verdadero, de ahora y para siempre, pero como no es así, eso los lleva a suponer que solo es cuestión de gustos, creencias o fe. Esto abre las puertas a otras explicaciones que dependen igualmente de la fe o las creencias, y que, por apelar a misteriosos conocimientos, por ser más conocidas por la tradición, con más seguidores, y con léxico moderno similar al científico, parecen



más verdaderas y creíbles: las pseudoterapias basadas en pseudociencias, generalmente acompañadas con renovadas prácticas supersticiosas, pensamiento mágico y sincretismo religioso.

Las terapias e intervenciones con método científico versus pseudocientíficas

Las controversias teórico-metodológicas al interior de la psicología científica tienen también un segundo frente, pero este es externo. Es el cuestionamiento que le hacen las **intervenciones, tratamientos y terapias pseudocientíficas** ubicadas en lo que muchos llaman “medicina o terapia alternativa”, cuyo crecimiento y apoyo social han alertado a las instituciones públicas de salud en algunos países por el agravamiento de los padecimientos que inducen a ciertas personas, cuando los tratamientos y terapias son abandonados por los pacientes para seguir la otra alternativa, conducta que ha llevado a la muerte a ciertos creyentes, y por consiguiente, al procesamiento judicial de los “terapeutas alternativos” (Caballo & Salazar, 2019). El crecimiento de dichas las “terapias” pseudocientíficas en la población adquiere tintes políticos cuando reciben el apoyo gubernamental, según las creencias de los gobernantes y funcionarios en turno. Dichas terapias pseudocientíficas critican a las terapias científicas acusándolas de positivistas, reduccionistas y de no considerar otras alternativas como un tipo de energía misteriosa, o negar causas espirituales y de otro mundo más allá del material, pero que influyen en el mundo material, como es el caso de la “terapia” de vidas pasadas, de la terapia constelaciones familiares, o de la supuesta regresión a otras vidas mediante la hipnosis.

Muchas de las terapias alternativas retoman, para su justificación moderna, una larga tradición de diversas culturas en distintas épocas históricas para atender las *enfermedades o perturbaciones o desequilibrios* corporales y mentales, nombres diversos con los que se ha caracterizado a las enfermedades. Por consecuencia, la cantidad de remedios es enorme: hojas, raíces, flores, aceites, minerales, venenos, opio, hongos alucinógenos, mercurio, plomo, arsénico, masajes, tipos de alimentación, ejercicio, rituales mágicos, hechizos, encantamientos, amuletos, rezos, procesiones, “limpias” o ritos de purificación, conjuros, encantos, flagelaciones corporales, sacrificios de animales o humanos, exorcismos, en incluso la búsqueda de cazadores de demonios o *jinn-gin* entre los árabes, y con el auge del cristianismo a partir de la edad media, la sangre de santos como Tomás Becket (siglo XIII), para curar la ceguera, la locura, la lepra y la sordera; reliquias¹ de santos, exorcismos, rezos, penitencias, ofrendas, peregrinaciones a lugares santos (edad media europea, o México con la Virgen de Guadalupe); y, por supuesto, los milagros producidos por la buena disposición de santos, vírgenes y Dios; y muchos más en las diferentes culturas prehispánicas latinoamericanas, como en el caso de México, cuando, según el reporte de Jacinto de la Serna en 1630, los médicos indígenas invocaban a “un aguilucho...llamándolo *Huatzin, huactli* o *huacton*, que ... sustentase solo de víboras y culebras...Por eso los médicos...invocan este género de aves para amenazar al dolor de las tripas que ellos comparan a las culebras por su enroscarse y retorcerse” (de la Serna, Ponce, de Feria, 1630/1585/s XVII/1892/1953, p.219).

Además, las creencias acerca de la causalidad de los padecimientos también son variadas: posesión de espíritus malignos (hebreos antiguos: en la biblia judía, Yahvé maldice a Saúl provocándole, a través de un espíritu maligno,

¹ El éxito de las reliquias milagrosas y curanderas (huesos, dedos, cabellos, cabezas y cuerpos) durante el cristianismo, e incluso en nuestros días, no solo atrajo cientos de creyentes, sino fue un gran negocio, por ello no es de extrañar casos como el del monasterio benedictino en Abingdon, Oxfordshire, fundado en 675 d.C., en el que se contarán 116 entre las que había: “cinco reliquias de Cristo, piezas de seis apóstoles, fragmentos de 31 mártires, restos variados de 39 confesores y partículas de 16 vírgenes” (Scull, 2019, p. 73), y, ante su enorme éxito, la proliferación de engaños, falsificaciones, fraudes con “reliquias”. Los mártires decapitados, y sus cabezas, eran la reliquia preferida para curar la demencia, lo que dio pauta a santuarios especializados en milagros para ellos (*Ibid*, p. 77).

locura, agitación, depresión y violencia irracional al grado que ataca a su hijo); a hechizos o brujerías; al castigo de los Dioses (Hera enloquece a Hércules -Heracles, hijo de Zeus y Alcmena, por la infidelidad de Zeus); a la posesión del sujeto por demonios o seres malévolos como los *jinn* (árabes); a espíritus malignos, deslices en vidas pasadas, el destino, perturbaciones del orden cósmico o desequilibrios de *yin-yang*, o interrupción y bloqueo del flujo vital de fluidos y de *qi*, traducido como aliento o energía (chinos); la desalineación o desequilibrio de los fluidos del cuerpo o *dosas*: *vata* es frío seco y ligero, *pitta* es caliente, agrio y acre, y *kapha* es frío, pesado y dulce (medicina ayurvédica de tradición hinduista); y a partir del cristianismo, satanás, el diablo, demonios, fantasmas, y brujas (Scull, 2019); en México y otros países latinoamericanos, chaneques², nahuales, etc. (de la Serna, Ponce, de Feria, 1892/1953).

Frente a estas creencias, ya desde la antigua Grecia surgió la visión naturalista de Hipócrates de Cos (460-357 a.C.) que llegó Galeno (129-216, d.C.), que se perdieron con la caída del imperio romano y renacieron bajo la influencia de los árabes con la explicación de los desequilibrios de los cuatro humores que compone nuestro cuerpo: sangre (que vuela al cuerpo caliente y húmedo), flema (que vuelve al cuerpo frío y húmedo), bilis amarilla o jugo gástrico (que vuelve al cuerpo caliente y seco) y bilis negra (que vuelve al cuerpo frío y seco, se origina en el bazo y oscurece la sangre y las heces). Las proporciones de estos humores definen los temperamentos: sanguíneo, flemático, colérico, pero también provocan las enfermedades (Scull, 2019). Desde sus inicios, la medicina hipocrática buscó diferenciarse de la medicina del templo basada en curas milagrosas, como el culto de Asclepio, que recurría a hechizos, amuletos, ritos de purificación. El enfrentamiento entre la medicina hipocrática, que ubicaba las enfermedades en el cuerpo, y la del templo, que ubicaba las enfermedades en demonios, espíritus o castigo de los dioses, fue intensa con relación a la locura y trastornos de la razón. Los argumentos de Hipócrates suenan contemporáneos:

“Conviene que la gente sepa que nuestros placeres, gozos, risas y juegos no proceden de otro lugar sino de ahí (el cerebro), y lo mismo las penas y amarguras, sinsabores y llantos. Y por él precisamente razonamos e intuimos, y vemos y oímos y distinguimos lo feo, lo bello, lo bueno, lo malo, lo agradable y lo desagradable [...] También por su causa enloquecemos y deliramos, y se nos presentan espantos y terrores, unos de noche y otros de día, e insomnios e inoportunos desvaríos, preocupaciones inmotivadas y estados de ignoración de las circunstancias reales y extrañezas. Y todas esas cosas las padecemos a partir del cerebro, cuando éste no está sano (...) cuando está más húmedo de lo natural, forzosamente se mueve” (citado en Scull, 2019, pp. 39-40).

“Acerca de la enfermedad que llama sagrada sucede lo siguiente. En nada me parece que sea algo divino ni más sagrado que las otras, sino que tiene su naturaleza propia, como las demás enfermedades, y de ahí se origina. Pero su fundamento y causa natural lo consideran los hombres como una cosa divina...la tratan mediante purificaciones y conjuros” (Tratados Hipocráticos, 430-350 a.C./1983, p. 401)

Viejas polémicas entre explicaciones filosóficamente *materialistas* e *idealista* sobre la salud y la enfermedad. Algo muy parecido con lo que hoy ocurre entre la psicología, psiquiatría y las ciencias de la salud científicas frente a las pseudociencias de las terapias alternativas, cuya difusión soterrada, ocultada vergonzosamente en los médicos, psicólogos, y psiquiatras que las comparten, se hace cada vez más notable en instituciones públicas y privadas.

² Palabra de origen náhuatl, pero castellanizada con el plural. *Chane* significa habitante de algún lugar, dueño de casa, y por extensión, habitante de los bosques, selvas y aguas; y *chaneques* es su plural (Seméon, 1983), de ahí que parezca un error decir chaneques. El significado se extendió hasta tener el sentido de ser fantástico y sobrenatural, pequeño como niño (Academia Mexicana de la Lengua, 2010), y que, bajo la influencia española y europea, en algunas regiones de México como Veracruz, algunos la hacen sinónimo de duende o brujo (Santamaría, 1978)



Las pseudociencias en la UNAM y otras universidades

Esta proliferación y extensión de las terapias pseudocientíficas modernas justificadas con antiquísimas creencias mágicas, tiene ramificaciones no solo en círculos privados y sus “consultorios”, sino también se ha colado en hospitales e instituciones universitarias de educación profesional públicas y privadas a través de profesionales titulados cuyas creencias esotéricas y su pobre formación científica se oculta intencionalmente, o que nunca aparece en su currículum (porque no tienen validez oficial) cuando son contratados. Es el caso de algunos profesores de psicología en la UNAM, y en particular, de la FES Zaragoza, que atienden en las clínicas con una supuesta energía salida de la palma de sus manos, o sugieren terapias de vidas pasadas, o de constelaciones familiares o difunden la creencia que mediante la regresión hipnótica pueden saber algo de sus otras vidas pasadas, y a partir de ello, curar la depresión o los problemas psicológicos que tienen sus pacientes.

La difusión de las terapias psicológicas pseudocientíficas se potencia con la extendida creencia sobre la validez científica de mitos psicológicos populares, (Scott, Jay, Ruscio & Beyrestein, 2010) y en cuya difusión han jugado un papel importante los medios de comunicación masiva y su descuido para confirmarlas con fuentes científicas.

En la FES Zaragoza-UNAM, institución dedicada a la investigación y formación científica de profesionales de la salud, se está investigando desde hace algunos años la presencia de tales mitos, pseudociencias, y creencias supersticiosas, místicas, religiosas, esotéricas entre los académicos de todas las profesiones que en ella se estudian, por supuesto, sin la pretensión autoritaria de su persecución, sino para comprender la incongruencia teórica y psicológica de pretender enseñar disciplinas científicas para curar a las personas, teniendo terapias alternativas basadas en creencias mágicas, religiosas, esotéricas y pseudocientíficas.

En la carrera de psicología de la FES-Zaragoza-UNAM, el Dr. Jesús Silva y su grupo de investigación, ha realizado diversas investigaciones sobre la presencia de ideas religiosas y pseudocientíficas entre los académicos de diversas carreras de la FES-Zaragoza, en la UNAM y en universidades privadas (Silva, Herrera, & Corona, 2018; Silva, Herrera, & Corona, 2017; Silva, Corona, & Herrera, 2017; Silva, Herrera, & Corona, 2016) cuyos resultados evidencian la extraña coexistencia de la enseñanza de disciplinas científicas impartidas por académicos con ideas pseudocientíficas, religiosas o con pensamiento mágico. Biólogos que enseñan teoría de la evolución, pero que son creyentes en la tesis bíblica del origen del Hombre; médicos que aplican sus conocimientos científicos para curar a la gente, pero que sus explicaciones íntimas apelan a milagros divinos; psicólogos que conocen el fundamento cerebral y sociocultural del psiquismo humano, pero que creen en el alma que migra a otros cuerpos, o en la recuperación de recuerdos de en otras vidas; químicos que estudian las leyes de la materia, pero que creen en seres y fuerzas inmateriales.

Lo anterior se refuerza con la presencia dominante de mitos populares sobre la naturaleza psicológica humana. En una investigación reciente (Escotto-Córdova, 2019) entre los alumnos de la carrera de psicología de la FES Zaragoza-UNAM, preguntamos a 180 de ellos de diferentes semestres que respondieran: **falso, verdadero o no sé** a preguntas sobre afirmaciones del siguiente tipo: la percepción extrasensorial es un fenómeno científicamente comprobado; la mayoría de las personas usan el 10% de su cerebro; los mensajes subliminales pueden convencer a la gente de comprar productos; la mayoría experimenta una crisis de madurez entre los 40 y 50 años; la vejez suele asociarse con mayor insatisfacción y senilidad; la memoria humana es como una grabadora o cámara; los sueños predicen el futuro; la letra revela los rasgos de personalidad; los sueños son la manifestación de un deseo inconsciente; el juicio de un experto y la intuición son los mejores medios para realizar decisiones clínicas; los rasgos de la cara expresan la personalidad; el signo zodiacal está estrechamente ligado a las características

de la personalidad; hay personas con energía positiva y otras con negativa; para adaptarnos cotidianamente, suprimimos emociones traumáticas y luego éstas operan inconscientemente: los opuestos se atraen, son más felices y se llevan mejor que los que son parecidos; mediante hipnosis, podemos regresar al paciente a cualquier momento de la vida intrauterina.

Todas estas afirmaciones han sido investigadas científicamente y son falsas. Sin embargo, resulta revelador los porcentajes minoritarios encontrados entre quienes consideraron, teniendo razón, de que eran falsas:

- La percepción extrasensorial es un fenómeno científicamente comprobado: 27.8 % la consideró falsa.
- La mayoría de las personas usan el 10% de su cerebro: 48.3 %, falso.
- Los mensajes subliminales pueden convencer a la gente de comprar productos: 12.2 %, falso.
- La mayoría experimenta una crisis de madurez entre los 40 y 50 años: 20.6%, falso.
- La vejez suele asociarse con mayor insatisfacción y senilidad: 27.8%, falso.
- La memoria humana es como una grabadora o cámara: 49.4%, falso.
- Los sueños predicen el futuro: 85%, falso.
- La letra revela los rasgos de personalidad: 22.2%, falso.
- Los sueños son la manifestación de un deseo inconsciente: 18.3 %, falso.
- El juicio de un experto y la intuición son los mejores medios para realizar decisiones clínicas: 46.1%, falso.
- Los rasgos de la cara expresan la personalidad: 60.6%, falso.
- El signo zodiacal está estrechamente ligado a las características de la personalidad: 89.4%, falso.
- Los opuestos se atraen, son más felices y se llevan mejor que los que son parecidos: 51.7% falso.
- Mediante hipnosis, podemos regresar al paciente a cualquier momento de la vida intrauterina: 25% falso.

Las afirmaciones que fueron consideradas mayoritariamente como falsas fueron: la naturaleza premonitoria de los sueños, la personalidad vinculada a la fisonomía o a la astrología, y la afirmación de que los opuestos se atraen, las que rebasaron el 50% de quienes dijeron que eran falsas, y al menos las antiquísimas creencias en la influencia de los astros en la personalidad y del carácter premonitorio de los sueños resultaron mayoritariamente falsas por arriba del 85%.

Las “terapias” psicológicas alternativas o pseudocientíficas tienen varias características comunes:



1. Atribuyen significados a sus objetos epistémicos³ (rasgos de la cara, del cráneo, de la escritura, de los sueños, de la hipnosis, de las flores, de las energías, etc.) por semejanza y analogía. El ejemplo más conocido es la tesis que lo semejante cura o ayuda a lo semejante: comer nueces es benéfico porque se parece o asemeja al cerebro.
2. Su validación empírica se reduce a los testimonios de curación o beneficio de los individuos creyentes, y entre más testimonios juntan, más se confirma la verdad de sus “terapias” (falacia *ad populum*).
3. No distinguen hechos de explicaciones de los hechos en los testimonios de las personas que supuestamente validan sus tesis “curativas”. Por ejemplo, los creyentes del Reiki (Rei=espíritu, Ki= energía vital universal) creen que una energía mística, no detectable ni medible objetivamente, fluye por todos los organismos y objetos existentes que fluye por los chacras y meridianos energéticos del cuerpo. Tal energía, al bloquearse, produce las enfermedades físicas, mentales y del espíritu. Por lo tanto, desbloquearla con la energía que fluye por las manos (transmitida por un maestro) es la curación. Tales creyentes sienten que se curan después de los pases mágicos de las manos del curandero Reiki, pero no pueden responder a preguntas del tipo: ¿cómo distingues el hecho de sentirte curado, de la explicación que lo atribuye a tal energía?, ¿cómo sabes que no fue el aire producido por las manos, y no la energía, lo que te curó?, ¿cómo sabes que no fue la posición de los astros en ese momento lo que te curó?, etc. Asumen el hecho de sentirse curado, junto a la explicación dada, como una unidad indisoluble, y, por tanto, a dicha explicación como la única posible.
4. Utilizan otras pseudociencias y creencias místico-religiosas para validarse “científicamente” o como terapia alternativa, por ejemplo, usan el Reiki para validar las flores de Bach o los aceites curadores de todo; la programación neurolingüística para validar la neurobioemoción; las constelaciones familiares o las terapias de vidas pasadas con la supuesta regresión hipnótica a vidas pasadas, etc.
5. Con estos procedimientos previos, convierten sus afirmaciones, argumentos y enunciados en premisas universales a partir de las cuales, deducen lógicamente la personalidad, los problemas psicológicos, las curaciones, las terapias, etc. A partir de esta maniobra, dan argumentos lógicos a sus creyentes, pero nunca distinguen que una proposición o enunciado puede ser lógico, pero no real (todos los unicornios son mortales, Juan es unicornio, Juan es mortal. El razonamiento es lógicamente verdadero, pero los unicornios no son reales.).
6. Todas terminan en libros tipo recetarios codificados del tipo: A significa que X, con los que el “terapeuta” o creyentes interpretan, deducen y proponen personalidades, problemas psicológicos, y curaciones (si sueñas con agua, entonces X, si usas tal flor, entonces Y; si haces tales pasos de manos, entonces Z, si escribe la letra “g”, entonces XX, si tiene tal protuberancia en el cráneo, entonces YY, si naciste en la constelación de acuario, entonces ZZ, etc.).

³ Por **OBJETO EPISTÉMICO** entiendo a todo aquello que una teoría científica, explicación, creencia, convicción o conjetura dice conocer, o lo pretende, en los fenómenos de la realidad objetiva, y que puede adquirir la forma de postulado (verdad sin demostración o evidencia), o axioma (enunciado considerado tan evidente que no requiere demostración), o teorema (teorema cuya verdad es demostrada lógicamente) o conjetura (juicio u opinión formado por indicios u observaciones incompletas), u opinión (juicio o valoración acerca de algo o alguien que suele contraponerse al conocimiento verdadero). Los hechos se perciben, mientras que los datos y los objetos epistémicos se conciben, es decir, son una construcción sociohistórica. Por ejemplo, en la misma reproducción gráfica de las figuras de la prueba Bender, algunos psicólogos ven objetos epistémicos diferentes: unos, manifestaciones del inconsciente; otros, la inteligencia; otros el desarrollo visomotor; y algunos más, diversos síntomas neuropsicológicos o neurológicos.

7. Todas utilizan la generalización semántica sin límites, es decir, afirmaciones vagas acerca de los problemas, sus causas y sus terapias bajo las cuales TODO ES POSIBLE, TODO CABE, TODO OCURRE porque no hay precisión en las afirmaciones que sea sujeta a verificación empírica: por ejemplo, tal flor o aceite cura “los problemas emocionales”, pero nunca responden preguntas sencillas como: ¿todos?, ¿de cualquier origen?, ¿en cualquier circunstancia?, ¿para qué tipo de personas?, ¿en cualquier época y sociedad?, etc.
8. Nunca utilizan el método científico, ni la validación hermenéutica de las ciencias para explicar los hechos, los objetos epistémicos, sus teorías y terapias. Cuando apelan a otras ciencias se refieren a datos aislados, mitos científicos, simplificaciones teóricas y francas falsedades. El ejemplo más notorio es ponerle “neuro” a cualquier nuevo procedimiento como si por sí solo se validara científicamente (le llamamos a esta tendencia comercial: las *neurocosas*), o apelar a la física cuántica para hablar de vidas paralelas o energías universales, inmateriales y misteriosas.

Esclarecernos las falsedades, mitos y antecedentes históricos con que se fundamentan las pseudociencias modernas va de la mano de tomar una postura acerca de lo que consideramos como **la ciencia y su método**, cuanto más, que otra de sus estrategias de autovalidación es la crítica que hacen todas ellas a “los límites de la ciencia”, “a su reduccionismo positivista”, “a su negativa para dar validez a las curaciones espirituales o tradicionales de otras culturas”, lo que de suyo evidencia su ignorancia de cómo procede la ciencia y cómo se aplica su método actualmente.

La ciencia y su método

Acercarnos a una explicación más amplia de estos hechos en torno a la proliferación de terapias psicológicas pseudocientíficas entre los mismos psicólogos, psiquiatras y médicos, químicos, enfermeras, etc.; a la coexistencia de creencias religiosas y esotéricas entre los académicos y científicos; y a la persistencia de mitos psicológicos sin cuestionamiento alguno, pasa, a mi juicio, por esclarecernos los siguientes aspectos en torno a las ciencias y el método científico:

Primero: la explicación científica de todo lo existente, es decir, aquella que se construye con el conjunto de las ciencias, ingenierías, tecnologías y disciplinas formales es siempre una explicación filosóficamente materialista⁴ y atea.

Segundo, la explicación científica, materialista y puntual de UN fenómeno particular (un fenómeno atmosférico, geofísico o astronómico, una enfermedad, una sustancia química, una especie biológica, unos genes, unas células, un grupo humano, una cultura particular, un fenómeno psicológico, unas células, algún aspecto del sistema nervioso, etc.), no implica necesariamente tener una explicación científica y materialista de TODOS los fenómenos naturales existentes, ni mucho menos, el interés por tenerla. De ahí que suele haber practicantes talentosos de una ciencia específica, incluso ganadores del primo Nobel (por ejemplo, el neurofisiólogo australiano, John

⁴ Entiendo por **materialismo**, a las tesis filosóficas que buscan la explicación de todo lo existente en las diversas leyes de la materia en sus distintos niveles ontológicos. Los que asumimos la filosofía materialista, particularmente dialéctica, nos parece convincente la tesis de Federico Engels: la materia cobra conciencia de sí misma en el Hombre. Es decir, la especie *Homo sapiens* está conformada por cientos y millones de entes biológicos, y por lo tanto materiales, socioculturalmente interdependientes, semióticamente comunicativos, y psicológicamente individuales, que cobran conciencia de sí mismos, de su entorno ecológico y de las leyes que los rigen, a partir de todo lo cual las transforman y se transforman a sí mismos. Nada de lo humano está más allá de las leyes materiales.



Carew Eccles⁵), que creen en las más variadas supersticiones, pseudoterapias, religiones y tienen pensamiento mágico, y que, en algunos casos, son practicantes de cultos esotéricos. En su visión del mundo no está presente la congruencia hermenéutica de todas las ciencias, y el método científico solo lo aplican como un listado de pasos para conocer aspectos puntuales de UN fenómeno. **Tercero**, el método científico entendido solo como un listado de pasos jerárquicamente enlistados, o validado sólo por la manipulación experimental de variables específicas y por tratamiento estadístico de los parámetros cuantificados de una fenómeno concreto y puntual, suele pasar por alto lo fundamental del método: **LA VIGILANCIA EPISTEMOLÓGICA**, es decir, la reflexión constante, sistemática y recursiva acerca de cada paso que hacemos para conocer los fenómenos, y para construir los objetos epistémicos y las teorías que dan cuenta de ellos. De ahí que no se cuestionan nunca cómo conocer, demostrar, verificar, manipular sus creencias mágicas, religiosas, supersticiosas, místicas, esotéricas y pseudocientíficas.

El pensamiento religioso, supersticioso, místico, pseudocientífico y esotérico no tiene vigilancia epistemológica, sus creencias inverificables se fundamentan en la fe o por la búsqueda de consensos mayoritarios bajo la lógica de varias falacias, entre las que destacan la **del silencio** (creer en la verdad de un argumento basados en la ausencia de evidencia: “He tenido otras vidas pasadas, porque no pueden demostrar que no las he vivido); **la de apelación a la tradición** (sostener que un argumento es verdadero porque se ha creído durante mucho tiempo: “la personalidad depende del signo astrológico, porque en miles de años eso se ha creído”); **conclusión irrelevante** (usar un argumento válido, pero sacando una conclusión irrelevante o que nada tiene que ver con él: “como hay muchas hierbas y flores que curan al organismo, entonces tal flor de Bach cura mi asilamiento social o los celos a mi mujer”); **contra el hombre** (creer en que un argumento es falso por las características físicas, sociales o psicológicas de la persona que lo dice: “la tesis científica de que no hay vida después de la muerte, o que no curo con la energía de mis manos es falsa, porque los científicos son positivistas”); **ad populum** (sostener que un argumento o afirmación es falsa o verdadera porque la cree la mayoría del pueblo: “hay muchos testimonios de personas que se ha curado resolviendo sus problemas mediante la regresión a otras vidas”); **generalización apresurada** (cuando se infiere una conclusión a partir de datos insuficientes: “la programación neurolingüística es verdadera, porque un estudio encontró que hablar activa ciertas zonas cerebrales”); **la de autoridad** (argumentar que una afirmación es verdadera por la autoridad o prestigio de quien la dice: “la Biblia dice...”, el “Dalai dice...”); **la falacia de composición** (inferir la verdad de un todo, por la verdad de una de sus partes: “la hipnosis clínica ayuda a recordar algunos aspectos de mi pasado; conclusión, la hipnosis de regresión ayudará a recordar mis vidas pasadas), entre otras.

El caso particular de las terapias psicológicas pseudocientíficas apunta al problema central de cómo entendemos a la ciencia y su método con el que adquiere conocimiento, valida sus resultados, y encuentras regularidades en los fenómenos y objetos epistémicos que estudia. Entenderé por **ciencia** al conjunto de todas las teorías acerca de los fenómenos⁶ y objetos epistémicos, coherentemente lógicas y hermenéuticamente⁷ compatibles con otras ciencias,

⁵ -J. C. Eccles (1903-1997) ganó el premio Nobel en 1963 por sus investigaciones sobre el mecanismo iónico de excitación e inhibición de las sinapsis cerebrales. Creía que la unicidad del yo o del alma se debía a una creación espiritual sobrenatural, y que cada alma era una creación divina implantada en el feto en crecimiento (Eccles, 1992, p. 225).

⁶ Por fenómenos, entenderé a todo aquello que aparece ante los sentidos, es decir, aquello que es percibido sensorialmente, y que se sintetiza en lo que llamo **HECHOS**: los elementos de la realidad objetiva que son percibidos directa, o indirectamente mediante instrumentos y tecnología. Los hechos se distinguen de los **DATOS** en que estos son **hechos** con carga teórica, es decir, dentro del marco de una teoría (o creencia) específica (Escotto-Córdova, 2006)

⁷ Por **HERMENÉUTICA** en la ciencia, entiendo a un conjunto de conocimientos, métodos y técnicas, más allá de las aplicadas a la mera interpretación de los textos escritos, que coadyuban a que una teoría científica, o un objeto epistémico, o un

basadas en el conocimiento de las regularidades y determinantes obtenidos y confirmados empíricamente con el método de la ciencia.

Entiendo por el **Método de la Ciencia**, conocido como método científico, a la **vigilancia epistemológica sistemática y recursiva** que toda ciencia aplica en cada momento de la construcción de sus teorías, métodos y técnicas, y que se expresa en preguntas acerca de cómo conoce sus objetos epistémicos; cómo distingue los hechos de sus explicaciones; cómo confirma la existencia ontológica de los hechos, datos y objetos epistémicos; cómo los define; cómo y con qué los observa; cómo los compara con otros; cómo y con qué los mide, los cuantifica y establece relaciones entre ellos, y sus regularidades; cómo los demuestra empíricamente; cómo los predice y con qué precisión; cómo distingue causalidad, probabilidad, correlación y azar en la explicación de sus determinantes y regularidades; a qué nivel ontológico los conoce; cómo demuestra que una teoría es mejor que otra en torno al mismo objeto epistemológico, los mismos hechos y datos; cómo y qué nivel de manipulación y transformación tiene acerca de sus objetos epistémicos, hechos y datos.

El método de la ciencia **NO** es un listado de pasos jerárquicamente ordenados que todo científico debe llevar, tal y como se muestran en los libros y manuales acerca de metodología de uso frecuente en escuelas de psicología (Hernández, Fernández, & Baptista, 2010; Kerlinger & Lee, 2002); quienes así conciben y enseñan el método científico, confunden la enseñanza pedagógica del método o investigación científica, y la manera en que se exponen y publican los resultados en revistas científicas⁸, con cómo se obtiene y valida el conocimiento; cómo se construyen los objetos epistémicos; cómo se analizan los fenómenos y se elaboran las teorías científicas en momentos históricos y culturales específicos.

El método de la ciencia tampoco se reduce o se agota en el procesamiento estadístico de sus datos por muy sofisticados que sean. La estadística es un conjunto de técnicas matemáticas para la “recopilación, organización, resumen, análisis, interpretación y comunicación de información numérica” (Wayne, 1981), describe las posibles relaciones numéricas entre ellos, generalmente como correlación, y suele mostrar las frecuencias y tendencias hacia las cuales se agrupan los datos numéricos de tal o cual fenómeno. Dichas técnicas se aplican a cualquier parámetro numérico que cualquier persona atribuya a los fenómenos u objetos epistemológicos. Los procedimientos estadísticos no hacen científico a ningún objeto epistémico, ni demuestran empíricamente su existencia ontológica, solo describe las relaciones estadísticas de los parámetros numéricos que se les han asignado. Por ejemplo, el procesamiento estadístico de una escala Likert acerca de qué tanto las curaciones atribuidas a un Dios (todo tipo de religión), o las pseudoterapias que atribuyen sus curaciones a una energía transmitida por las palmas de las manos (Reiki), o a las flores de Bach, o a un antepasado cien o doscientos años atrás (constelaciones familiares), o Dianética-cienciología, o a la programación neurolingüística, o la regresión hipnótica a otras vidas (agudamente analizadas por Caballo & Salazar, 2019) han curado enfermedades y padecimientos, no hace de esas creencias pseudocientíficas, mágicas, esotéricas y religiosas una ciencia. Ni mucho menos confirma científicamente que dichas creencias y rituales modifiquen aquello que dicen es la causa o ente que enferma al individuo. Solo confirma la creencia en dichos objetos epistémicos de esas personas y su testimonio de mejoría.

fenómeno de estudio tenga **validez interpretativa** apoyándose en la congruencia con los conocimientos aportados por la mayor cantidad de ciencias empíricas y disciplinas formales, vigentes en un momento histórico y cultural concreto.

⁸ En general abarcan temas como el marco teórico o revisión del estado del arte, objetivos, preguntas de investigación, sujetos o participantes, selección de la muestra, hipótesis, diseños experimentales o tipo de investigación, procedimiento, resultados, discusión y/o conclusiones.



Si la estadística utilizada en encuestas y escalas de opinión pareciera confirmar el estatus ontológico (su existencia objetiva) de ciertos objetos epistémicos (dioses, vida después de la muerte, fantasmas, malestar social, etc.), o validar la verdad ontológica de los contenidos de las creencias, o dar validez científica a las opiniones y creencias es por su aura matemática. Pese a ella, la gran crisis de las encuestas políticas en muchos países por su incapacidad de predecir quiénes serán los ganadores de las elecciones ha puesto el dedo en la llaga: las relaciones estadísticas no son relaciones causa-efecto, son solo correlaciones, algo que cualquier científico sabe certeramente.

El cuestionamiento a reducir el conocimiento científico solo a los resultados de los datos estadísticos en la psicología y demás ciencias sociales tiene ya varias décadas encabezado por lo que ahora se llama metodología o investigación cualitativa propia de las ciencias (Escotto-Córdova, 2016), las cuales han destacado, entre otros métodos, **la importancia de los estudios de caso**. Sin embargo, es un error pensar que los aportes científicos de los estudios de caso surgen en las ciencias sociales, tienen una larga tradición en la medicina y en la práctica de la psicología y psiquiatría clínica desde el siglo XIX.

La importancia científica de los estudios de caso único.

Entenderemos por estudio de caso único a la investigación científica exhaustiva y sistemática de un individuo (en psicología, neurología, neuropsicología, psiquiatría o ciencias biológicas en general) o de un grupo humano concreto (en antropología, etnografía, sociología, lingüística, o ciencias sociales en general) justificada por las peculiaridades únicas, o hasta ese momento desconocidas, que presenta. Los estudios de caso único en las ciencias de la salud y en la psicología en particular, cuando se repiten en torno a un trastorno, patología, enfermedad o incompatibilidad⁹ evolutiva permiten definir síndromes clínicos y enfocar la atención para estudios experimentales para determinar su etiología.

La biología, la primatología, las ciencias de la salud, particularmente la medicina, la neuropsicología y la psicología desde siglo XIX hasta el actual han iniciado el estudio científico de muchos fenómenos a partir del estudio de casos únicos.

Ejemplos clásicos de casos únicos en la neuropsicología son: el paciente de cincuenta y un años que estudió Paul Broca en 1861, y al que identificó como “Tan”, porque era lo único que podía decir, aunque comprendiera mucho mejor el lenguaje hablado y no padeciera de su inteligencia. El caso “Tan” estimuló los estudios de las afasias de corte localizacionista: “Tan” tenía afectada la tercera circunvolución frontal del hemisferio izquierdo, parte del parietal, la ínsula y el cuerpo estriado (Hécaen & Dubois, 1983). (B) Los casos únicos extensa y finamente estudiados por Luria y publicados bajo los títulos “*El hombre con su mundo destrozado*” (Luria, 1973) y “*La mente del nemónico*” (Luria, 1968/1983).

⁹ Entenderé por **trastorno** a todo cambio en la salud que un individuo padece, comparado a las condiciones previas en días, meses o años, de su salud normal, pueden ser de origen biológico, psicológico o social; por **patología** es todo trastorno (cambio en las condiciones previas de su salud) que implica exclusivamente modificaciones biológicas; por **enfermedad** es la conciencia que adquiere un individuo del trastorno o patología que padece; por **incompatibilidad evolutiva** es toda condición genética de un individuo de cualquier especie que, si la evolución de su especie dependiera de él, sería inviable. Todas estas condiciones hacen de que un individuo esté fuera de la norma, pero no toda condición de anormalidad es una enfermedad o patología o trastorno o incompatibilidad evolutiva. Por **condición anormal** entenderé a la condición social, psicológica o biológica de un individuo que se ubica más allá de la norma estadística de un grupo. Ser anormal es simplemente no ser como los otros, ser diferente, ser peculiar. Einstein era anormal en su inteligencia, pero no era un enfermo.

En la psicología animal o comparada un estudio de caso famoso fue el caballo *Clever Hans* (inteligente Hans) en Alemania de principios del siglo XX, cuya reputación para contar y hacer operaciones matemáticas llevó a crear una comisión científica encabezado por el psicólogo Oskar Pfungst en 1907, quien al estudiar sistemáticamente el caso determinó que el caballo guía sus respuestas por la conducta no verbal de su entrenador. Otros casos famosos son: las investigaciones puntuales con “Sultán”, y los 9 chimpancés que estudió Wolfgang Köhler (1927/2019); o el estudio sistemático para determinar las vocalizaciones de chimpancés, como los realizados por Robert Yerkes y Blanche W. Learned (1925) con dos ejemplares llamados Chim y Panzee; o el más reciente caso de Kanzi, el chimpancé bonobo hembra estudiada por Sue Savage-Rumbaugh, la que entendía muchas palabras en inglés hablado y llegó a dominar 500 lexigramas (figuras geométricas y complejas a colores) para comunicarse con sus cuidadores (Savage-Rumbaugh, Shanker & Taylor, 2001)

En la psicología, hay dos casos únicos bastante famosos que abrieron grandes líneas de investigación teórica y experimental que llegan hasta nuestros días: (a) el niño “lobo” conocido como Víctor de Aveyron, en Francia, educado y reportado como caso a principio del siglo XIX por Jean Marc Gaspard de Itard que impulsó la discusión entre lo aprendido versus lo heredado en el *Homo sapiens* (Merani, 1972); y (b), el estudio de caso único que hizo Sigmund Freud de sus sueños que jugó un papel fundamental en sus teorizaciones publicadas como “*La interpretación de los sueños*” (Freud, 1900/1973), y que, pese a sus especulaciones, su influencia en poner a la actividad onírica como objeto epistémico de la psicología y las neurociencias es innegable, por cierto hoy, intensamente renovada (Rosales-Lagarde, Díaz, Müller, & Jiménez-Anguiano, 2018).

Los estudios de caso son hoy una necesidad fundamental para dar a conocer las prácticas psicológicas con criterios sistemáticos que permitan su vigilancia epistemológica y su replicación, así como para aportar información detallada sobre fenómenos psicológicos sujeta a experimentación. De hecho, muchos de los estudios de caso actuales incluyen no solo la descripción de los fenómenos a estudiar, sino de experimentos puntuales realizados con un solo sujeto. Por eso ha surgido propuestas para la redacción de casos clínicos (Buena-Casal, Sierra, 2002) que permitan la comunicación internacional de experiencias desde una perspectiva científica. Estos autores, desde su postura cognitivo-conductual, proponen los siguientes pasos en la redacción de un estudio de casos:

“Título del caso; psicólogo; centro; resumen; identificación del paciente; análisis del motivo de consulta; historia del problema; análisis y descripción de las conductas problema; establecimiento de las metas de tratamiento, selección del tratamiento más adecuado; selección y aplicación de las técnicas de evaluación y resultados de esta fase; aplicación del tratamiento; evaluación de la eficacia del tratamiento, seguimiento especificando tiempos y etapas; y observaciones” (Ibíd, p. 527).

Por supuesto, la propuesta de la aproximación cognitivo-conductual no es la única. El reporte de casos en psicología educativa y neuropsicología clínica incluye también experimentos, muchos de los cuales conllevan el análisis cualitativo del dibujo, del juego de roles o con juguetes, del canto y baile, de la zona de desarrollo próximo y actual, del impacto del cuento en la autorregulación de la actividad, etc., y/o protocolos específicos con tareas específicas en situaciones controladas y, con instrumentos de registro neurofisiológico y de neuroimágenes (EEG, potenciales relacionados a eventos, tomografías, etc.), o pruebas psicométricas para evaluar un antes y un después de los procedimientos, todo lo cual debe reportarse en las publicaciones respectivas.



Conclusiones

Corresponde al lector evaluar si todas las intervenciones con estudio de caso publicadas en este texto cumplen los criterios más difundidos para dar a conocer estudios de caso en la psicología y la neuropsicología, pero al margen de esto, todos los capítulos evocan y actualizan las tres tesis expuestas al inicio, pero ahora con datos empíricos: (1) ponen a discusión resultados que abundan en la tesis de que la mejor solución práctica es una buena teoría; (2) contribuyen modestamente con la exposición de sus resultados expuestos a la comunidad científica de los psicólogos, para reflexionar qué teoría, de las múltiples existentes, contribuye a la ciencia psicológica; y (3) aportan elementos empíricos para reflexionar sobre el problema central en psicología clínica: ¿por qué todas las terapias psicológicas, pseudocientíficas y creencias mágico-religiosas producen bienestar y mejoramiento de ciertos síntomas en cierto grupo de individuos?

Sin pretender resolver este último punto tan complicado, destaco lo que a mi juicio sobresale en la evidencia empírica:

1. Todas las terapias y creencias utilizan la regulación verbal de la actividad del sujeto implicado; todas utilizan el diálogo no solo para esclarecer el sentido comunicativo de las prácticas terapéuticas sino, ante todo, para orientar la actividad y dirigirla; y, en muchos casos, llegan al discurso argumentativo para fortalecer ciertas creencias acerca del tratamiento.
2. La regulación verbal dialógica y/o discursiva de la actividad del sujeto es, en sentido estricto, una regulación social y externa hacia la actividad individual de la persona bajo terapia o intervención.
3. Todas presuponen una atención especial de una o más personas enfocada al individuo tratado, pero algunas, con mayor presencia grupal apoyándose en sus pares, en la familia o un grupo social.
4. Todas responden a ciertas necesidades socialmente destacadas, emocionalmente sentidas y padecidas por el individuo en terapia, y culturalmente construidas y fundamentadas.

El análisis y reflexión sobre estos tópicos necesita la validación hermenéutica de todas las ciencias y el uso del método científico entendido como vigilancia epistemológica de las prácticas y teorías terapéuticas, o creencias sobre las “terapias alternativas”.

***Dr. Eduardo Alejandro Escotto Córdoba
Octubre del 2019, FES Zaragoza-UNAM***

Referencias

- Academia Mexicana de la Lengua (2010). *Diccionario de mexicanismos*. México, Siglo XXI
- De la Serna, J., Ponce, P., de Feria, P. (1630/1585 /s. XVII / 1892 / 1953). *Tratado de las idolatrías, supersticiones, dioses, ritos, hechicerías y otras costumbres gentílicas de las razas aborígenes de México*. México, Ediciones Fuente Cultural.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, vol. 2, No.3:525-532.
- Eccles, J. C. (1992). *La evolución del cerebro: creación de la conciencia*. Barcelona, Labor.
- Escotto-Córdova, E. A. (2019). Pseudociencias y mitos en estudiantes de psicología de la FES-Zaragoza-UNAM. Ponencia presentada en la Mesa Redonda: Creencias, mitos psicológicos y pseudoterapias. 18 de septiembre 2019, carrera de psicología, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Escotto-Córdova, E. a. (2016). Comunicación breve: aportes metodológicos y deficiencias epistemológico-solipsistas de la metodología cualitativa. *Revista Electrónica de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM*, 6(11), pp. 90-100.
- Escotto-Córdova, E. A. (2006). Las revoluciones teóricas y el desarrollo de la ciencia moderna: el caso de la conciencia y el lenguaje. En José Antonio Durand Alcántara e Israel Grande-García. *Psicología. Áreas de competencia* (pp.63-98). Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- Caballo, V. y Salazar, I. (2019). *Ingenuos. El engaño de las terapias alternativas*. España, Siglo XXI.
- Freud, S. (1900/1973). *La interpretación de los sueños. Obras Completas, Tomo I* (pp.343-720) (3a. Edición). España, Biblioteca Nueva.
- Hécaen, H., y Dubois, J. (1983). *El nacimiento de la neuropsicología del lenguaje, 1825-1865*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Hernández S. R., Fernández, C., C., y Baptista, L. P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5ª edición). México, McGraw Hill.
- Kerlinger, F. N. y Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento. Métodos de investigación en ciencias sociales*. (4ª edición) México, McGraw Hill.
- Köhler, W. (1927/2019). *The mentality of Apes*. New York, USA, Routledge.
- Luria, A. R. (1973). *El hombre con su mundo destrozado*. Argentina, Granica.



- Luria, A. R. (1968/1983). *La mente del nemónico. Un pequeño libro sobre una gran memoria*. México, Trillas.
- Merani, A. (1972). *Naturaleza humana y educación*. México, Grijalbo.
- Rosales-Lagarde, A., Díaz, J., Müller, M. F., y Jiménez-Anguiano, A. (eds.) (2018). *La naturaleza de los sueños. Cerebro, mente y cultura*. México, Herder.
- Santamaría, F. J. (1978). *Diccionario de mejicanismos*. México, Porrúa.
- Savage-Rumbaugh, S., Shanker, S. G. and Taylor, T. J. (2001). *Apes, Language and the Human mind*. United States of America, Oxford University press
- Scott, O. L., Jay, L. S., Ruscio, J., y Beyrestein, B. L. (2010). *50 grandes mitos de la Psicología popular*. México, Océano.
- Scull, A. (2019). *Locura y civilización. Una historia cultural de la demencia, de la Biblia a Freud, de los manicomios a la medicina moderna*. México, Fondo de Cultura Económica.
- Silva, J; Herrera, V. y Corona, R (2016). El Origen de la Vida y La Naturaleza Humana en las Creencias de la Población en General. *European Scientific Journal*, 12 (32), 1-19. ISSN: 1857 – 7881 (Print) e - ISSN 1857-7431. Doi: 10.19044/esj.2016.v12n32p1
- Silva, J; Herrera, V. y Corona, R (2017). Scientific and religious beliefs about the Origin of Life and Life after Death: validation of a scale. *Universal Journal of Educational Research*, 5 (6), 995-1007. Doi: 10.13189/ujer.2017.050612.
- Silva, J; Corona, R y Herrera, N. (2017). Creencias hacia el Origen de la Vida y Naturaleza Humana: una comparación entre académicos de universidades públicas y privadas. *Integración Académica en Psicología. Revista científica y profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología*, 5 (13), 107-120. ISSN 2007-5588.
- Silva, J; Herrera, V. y Corona, R (2018). Psychological Study on the Origin of Life, Death and Life after Death: Differences between Beliefs According to Age and Scholing. *Universal Journal of Educational Research*, 6 (6), 1175-1186. Doi: 10.13189/ujer.2018.060607
- Siméon, R. (1983). *Diccionario de la lengua nahuatl o mexicana*. México, Siglo XXI.
- Tratados Hipocráticos (430-350 a.C./1983). *Tratados Hipocráticos, Tomo I*. España, Gredos.
- Wayne, W. D. (1981). *Estadística con aplicaciones a las ciencias sociales y a la educación*. México, McGraw Hill.
- Yerkes, R. y Learned, B. W (1925). *Chimpanzee intelligence and its vocal expressions*. United States of America, Wavelly press.

PRIMERA PARTE



Capítulo 1



Efectos del programa de Estimulación del Desarrollo en un niño diagnosticado con TDAH

Ana María Baltazar Ramos
Eduardo Alejandro Escotto Córdova

RESUMEN

El TDAH es concebido por médicos, psiquiatras, neurólogos y neuropediatras como un trastorno del neurodesarrollo que requiere medicamentos. Su diagnóstico se base en la lista de síntomas referidos en DSM-5 o CIE-10. Nuestros objetivos fueron dos: uno teórico y otro empírico. **Teóricamente**, dar otra explicación al llamado “trastorno” de TDAH; sostenemos que no es ni trastorno, ni patología, ni incompatibilidad evolutiva, sino solo una anomalía en el neurodesarrollo infantil: así es su naturaleza neurobiológica, y que aceptarla como tal, no requiere necesariamente fármacos, sino una adecuada psicopedagogía y organización socioafectiva que permita al infante regular su actividad con ayuda de otros, por otros y para otros, hasta que logre hacerlo por sí mismo. **Empíricamente**, aportar evidencia del alcance psicopedagógico, social y afectivo del programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico con enfoque Sociohistórico Cultural, desarrollado en la carrera de psicología de la FES-Zaragoza-UNAM en un niño de 4.10 años diagnosticado con TDAH y medicado desde los 3.6 años sin que antes hubiera recibido ningún tipo de atención psicológica. *Método: participante:* niño de 4.10 años con el que se trabajó durante 20 meses con él y su mamá en sesiones grupales y en casa diseñadas para la cooperación social, la regulación verbal de la actividad y los vínculos afectivos con la madre. *Resultados:* El niño y la madre mejoraron su relación afectiva, en la escuela primaria comenzó a tener los primeros lugares en las competencias de matemáticas, reportó amigos juegos regularmente con ellos sin que lo aislaran, y la maestra dejó de tratarlo como un niño diferente y problemático. *Conclusiones:* El TDAH es una condición neurobiológica anormal del desarrollo genéticamente determinada, por lo que la atención con estos niños debe centrarse en las prácticas socioafectivas, culturales y psicopedagógicas orientadas al incremento en las tareas que involucren cooperación social para la autorregulación de sus actividades.

INTRODUCCIÓN

El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) es el nombre que a nivel internacional se le ha dado a una anomalía del neurodesarrollo definido por niveles problemáticos de inatención, desorganización y /o hiperactividad-impulsividad. Es el más común en todo el mundo en la población infantil. En México, la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2018 (Citado en Pérez, 2018) señala que 1 millón 600 mil niños en el país tiene TDAH, lo que se traduce en el 6% de la población de 6 a 16 años; sin embargo, sólo 8 % es atendido.

El TDAH es el nombre asignado por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) en el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales -DSM-5-* (2014, pp. 59-66), (código 314.01) y es considerado un “trastorno” del neurodesarrollo definido por inatención, desorganización y /o hiperactividad-impulsividad. La inatención y desorganización implican la incapacidad de seguir tareas, parece que no escuchan y pierden los materiales a niveles incomprensible para la edad. La hiperactividad-impulsividad involucra la actividad excesiva, movimientos nerviosos, incapacidad de permanecer sentados, intromisión en actividades de otras personas e incapacidad para esperar que son excesivos para la edad o nivel de desarrollo.

Algunos síntomas suelen estar presentes antes de los 12 años, pueden interferir con la convivencia social, académica o laboral (si es adulto), o reducir la calidad de estos. Algunos de los síntomas del TDAH se atenúan con la edad, pero es persistente en la vida adulta y se vincula con la comorbilidad de otros padecimientos como el llamado Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC); dificultades en el desarrollo del lenguaje y el desarrollo cognitivo; y síntomas de la apnea e hipopnea obstructiva del sueño (DSM-5).

El DSM 5, señala que: Los retrasos leves del desarrollo lingüístico motor o social, **no** son específicos del TDAH. En cambio, **si** la baja tolerancia a la frustración, la irritabilidad, cambio de estado de ánimo abruptamente, deterioro en el rendimiento escolar o laboral. Problemas en las pruebas de atención, funciones ejecutivas o de memoria. En la adolescencia se asocian a mayor riesgo de intentos de suicidio. En los encefalogramas, se muestran con aumento de las ondas lentas en volumen cerebral total reducido en las imágenes de resonancia magnética y posiblemente un retraso en la maduración del córtex desde la zona posterior a la anterior.

La Clasificación Multiaxial de los Trastornos Psiquiátricos en niños y adolescentes conocido como (CIE-10) de la Organización Mundial de la Salud (2006), lo clasifica (F90, pp.19-23) dentro de los trastornos del comportamiento y de las emociones de comienzo habitual en la infancia y la adolescencia, y lo refiere como un trastorno hiperkinético (hiperactividad); de comienzo precoz durante los primeros cinco años, caracterizado por la combinación de un comportamiento hiperactivo y escasamente modulado, con una marcada falta de atención y de continuidad en las tareas (cambian continuamente de tareas), y actividad desorganizada, mal regulada y excesiva. Tiene persistencia a lo largo del tiempo. El problema de atención constituye un rasgo central de los síndromes hiperkinéticos. Presenta coexistencia de síntomas de déficit de atención, inquietud, impulsividad e hiperactividad presentándose raramente, de forma aislada, e iniciándose la aparición de los síntomas, a menudo antes de los siete años. El niño es incapaz de quedarse quieto, y no espera a los otros o escucha lo que los demás dicen.

CIE-10, propone revisar los síntomas típicos de falta de atención e hiperactividad en todas las situaciones el hogar, la escuela, al jugar, en consulta. Donde la dificultad grave para mantener la atención consiste en la falta de concentración, cambios frecuentes de la actividad y deben ser diagnosticados sólo si son excesivos respecto a la edad y el CI del niño. Dentro de la inquietud física anormal, el paciente no puede quedarse quieto por más de unos minutos, evidente en la clase o durante las comidas, esto es, en situaciones bien estructuradas y organizadas que requieren un alto grado de autocontrol del comportamiento. Dentro de la impulsividad el sujeto no puede esperar su turno, o actúa sin pensar, es imprudente en situaciones de peligro, se entromete en las actividades de otras personas.

La forma de medir y diagnosticar que se propone en el DSM-5 y CIE-10 no solo es descripción de las conductas y síntomas, sino, ante todo, su comparación a la norma población medida con pruebas psicométricas. Y puesto que el requisito diagnóstico es psicométrico, establecen una edad de corte para confirmarlo en tanto que los niños preescolares comparten muchas conductas.



Distinguir estos “trastornos” psiquiátricos, de la condición normal de los preescolares tiene implicaciones psicopedagógicas, familiares, sociales y clínicas que no se pueden soslayar, pero no es fácil. No solo es un asunto práctico, es teórico, epistemológico y metodológico. Por ejemplo, generalmente los preescolares (3 a 5 años) **son inquietos y temerarios**, no ven ni entienden los peligros a los que muchas veces ellos se someten, como soltarse e ir corriendo por la calle sin fijarse si viene o no un auto; les gusta explorar para conocer todo casi de manera **hiperactiva; cambian constantemente de actividad**, pueden ver un juguete e inmediatamente cambian para ver al otro juguete que hizo un sonido, y dejan el primero por el segundo, sin el mayor cuidado para conocer otra cosa, sin prestarles mayor atención (**inatención**); sus respuestas pueden ser **impulsivas**, quiere todo en el momento y en el instante que los atrae; si no se accede a su deseo, podemos escuchar gritos, llanto, golpes a él mismo o a los otros. Esto se debe en parte, al proceso neurobiológico normal de maduración de las áreas prefrontales y a la falta de un buen control inhibitorio durante los primeros cuatro años de la vida (García-Ruíz, 2007). Estos comportamientos son idénticos al niño clasificado con “trastorno” de TDAH o hiperactivo (o algunas de sus variantes), entonces, ¿en qué se diferencia de un preescolar normal?, ¿el TDAH es en realidad un trastorno psiquiátrico?

Lo normal, anormal, el trastorno, la patología, la enfermedad y la incompatibilidad evolutiva

Desde nuestro punto de vista (Escotto-Córdova, 2018; Escotto-Córdova y Baltazar-Ramos, en prensa), la confusión entre lo anormal y las demás categorías clínicas (trastorno, patología, enfermedad e incompatibilidad evolutiva) subyace a los problemas teóricos, epistemológicos, metodológicos y terapéuticos del TDAH.

Lo normal y lo anormal, desde una postura científica, son apreciaciones basadas en tendencias centrales estadísticamente hablando, y, desde un punto de vista cotidiano, es lo que la mayoría de una población considera comportamiento normal o, mejor dicho, comportamiento como el de ellos. Aquellos individuos que no son normales (en lo cotidiano) o que están fuera de la norma estadística se consideran anormales. El prejuicio y la discriminación han convertido a los anormales, a los diferentes, a los atípicos o ubicados fuera de la norma, es decir, a los que no son como la mayoría, en enfermos y trastornados. Este es una apreciación incorrecta que suele provocar hasta asesinatos de la población y/o del Estado. Ser anormal, atípico, o diferente a la mayoría no es necesariamente estar enfermo, ni trastornado, ni padecer una patología. Einstein era anormal, atípico, y diferente a la mayoría en su cociente de inteligencia, pero no era un enfermo ni trastornado; medir 2.10 metros de altura en México es anormal, atípico, fuera de la normal, pero no es necesariamente una enfermedad, trastorno o patología; ser pelirrojo es ser anormal, atípico, diferente a la mayoría de los mexicanos, pero no es una enfermedad, patología o trastorno; ser ateo en México, es estar fuera de la norma población, ser atípico, diferente, pero no se es enfermo, trastornado, o se padece una patología. Los ejemplos son múltiples y en todas las expresiones culturales y conductuales, siempre hay individuos que se ubican fuera de la norma, pero no están enfermos necesariamente.

La anormalidad estadística puede tener su origen en condiciones culturales o biológicas, estas últimas involucran genes, malformaciones o afectaciones perinatales. Cuando el origen es biológico y depende de que los genes se expresen en el feto o en etapas diferentes en el curso del desarrollo, le llamaremos **condición neurobiológica del desarrollo**.

El **trastorno** es un cambio que sufre un individuo comparado a su condición previa de salud. Desde el punto de vista médico, una gripe es un trastorno porque antes de que el virus nos afectara estábamos bien de salud; la afasia producida por un accidente vascular cerebral es un trastorno porque antes de él estábamos bien del lenguaje, etc.

Desde el punto de vista psicológico, un trastorno es un cambio psicológico ya sea conductual, cognitiva, emocional, mnémicamente, etc. comparado a la condición previa del individuo. Buena parte de los trastornos médicos y psicológicos suelen ser reversibles, es decir, se puede volver a una condición normal previa, pero aquellos que son patológicos y no se atienden adecuadamente suelen llevar a la muerte o a una discapacidad permanente.

Una **patología** es un cambio cualitativo en la biología de un individuo comparado a la condición previa del sujeto. Siempre se expresa como trastorno biológico en algún sistema del cuerpo o grupo celular específico que, si no se atiende, puede llevar a la muerte o a una discapacidad permanente. Un cáncer es un trastorno patológico porque antes de su aparición estábamos bien de salud, no teníamos crecimiento incontrolado de células; la diabetes es una patología o trastorno patológico; el Alzheimer es un trastorno patológico; la esquizofrenia es un trastorno patológico; una depresión mayor es un trastorno patológico que de no atenderse suele terminar en suicidio, etc.

Una **enfermedad** es la conciencia que adquiere el individuo de su trastorno o patología. Hay trastornos y patologías médicas que no se perciben como enfermedad por los individuos, por ejemplo, el cáncer de próstata que cursa asintomático. El sujeto percibe los cambios en el flujo de orina, en el despertar nocturno para orinar, pero muchos no se sienten enfermos, ni mucho menos son conscientes que dichos cambios pueden ser cáncer de próstata. En psicología y psiquiatría, un adolescente puede comenzar a escuchar voces y a tener alucinaciones visuales y atribuirlos a creencias religiosas, místicas o mágicas. No se siente enfermo, aunque perciba el cambio (o trastorno); no es consciente, si fuera el caso, que está padeciendo una infección viral en el cerebro, es decir, una patología. Las experiencias vitales y traumáticas que sufre un individuo pueden provocar un cambio de personalidad, y, pese a que el individuo ubica la experiencia, no se da cuenta del cambio, ni se siente enfermo; suelen ser los otros los que se lo hacen notar.

La **incompatibilidad evolutiva** es aquella condición biológica, generalmente genética, que sin atención especial el individuo moriría rápidamente, pero que, a diferencia de ciertas patologías, el individuo, dejado a su suerte, no podrá reproducirse, y, por lo tanto, en términos evolutivos e hipotéticos, si se diera un aislamiento de esos individuos, hombres y mujeres, en una isla, la especie humana dependientes de ellos desaparecería con alta probabilidad. Muchos de los síndromes genéticos son de este tipo, pero otros, pese a su condición discapacitante por su naturaleza biológica, tienen una posibilidad de reproducción. Es el caso del síndrome de Down o trisomía 21 simple, sin mosaicismo; se han reportado muy pocos casos en que las mujeres u hombres han tenido hijos normales¹⁰. En psicología y Wpsiquiatría, prácticamente ningún trastorno clasificado en el DSM-5 o el CIE-10 es incompatibilidad evolutiva. Algunos causarían dudas, por ejemplo, si asumiéramos la misma condición hipotética, quizás los trastornos de conducta alimentaria en la pubertad, que suelen producir trastornos en la ovulación en mujeres o movilidad el esperma en hombres que lo padecen impediría la reproducción humana, si y solo si, siguieran las condiciones socioculturales que mantienen el trastorno alimentario.

Ahora bien, considerando estas precisiones conceptuales, el TDAH, al igual que la dislexia, son, desde el punto de vista neurobiológico, condiciones **anormales** en un niño asociada a cierta configuración neuronal y a ciertos genes, en el TDAH al menos hay 6 con locus específicos en diferentes cromosomas 16q13, 5p13, 6q12, 17p11, 13q11.12, 2q.21.1 asociados a esta condición neurobiológica (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/450087>). Las implicaciones genéticas pueden expresarse en dos formas: o existen síntomas desde el embarazo o el nacimiento de esa condición neurobiológica; o la expresión genética tiene ritmos específicos, lo que implica que a cierta edad

¹⁰ <https://www.down21.org/555-revista-virtual/revista-virtual-2007/revista-virtual-mayo-2007/articulo-profesional-mayo-2007/1909-la-fertilidad-en-los-varones-con-sindrome-de-down.html>.



se manifiestan. El caso que abordamos aquí tiene indicios de que se expresó desde el embarazo. Así como es nuestro caso, muchos niños son así desde su nacimiento, incluso hay reportes de cómo se mueven más durante el embarazo (nuestro sujeto del caso); algunos síntomas distintivos se mantienen durante su desarrollo y madurez, aunque más autorregulados, pero **no son un trastorno patológico** porque su condición neurobiológica y genética no es una descomposición neuronal que ocurra en un momento determinado comparado con una condición previa normal, no hay un cambio a una condición previa, sino una estructura y condición neuronal diferente genéticamente hablando.

Decir que no son un trastorno patológico no significa que se nieguen los síntomas. Los síntomas conductuales y cognitivos registrados son reales y objetivos; las secuelas sociales y familiares también lo son, pero **no son un trastorno** porque nunca han tenido un período normal con el que comparar el cambio o trastorno. Los niños así nacieron y así seguirían si no tienen atención psicopedagógica adecuada. Y, finalmente, no son una incompatibilidad evolutiva: los TDAH llegan a la vejez con hijos, nietos y bisnietos, y de existir la condición hipotética evolutiva mencionada, la especie humana sobreviviría sin muchos problemas. Pese a ello, en la cultura moderna, se les suele tratar como enfermos y convencerlos de que lo están.

Por supuesto, asumimos que el origen de estas peculiaridades psicológicas radica en una configuración específica del sistema nervioso que subyace a ciertos grupos neuronales con los que se nace, los cuales participan en los sistemas funcionales complejos (combinaciones de grupos neuronales que se desarrollan con la actividad sociocultural del individuo), lo que a nuestro entender implica que, aunque tales grupos neuronales tengan un funcionamiento determinado por la genética, su conformación como sistema funcional complejo depende de las condiciones socioculturales en que se desarrolle el niño (Luria, 1979), y esto implica a la organización familiar, la riqueza semiótica en que se desarrolla (uso de signos y significados socialmente construidos, usados y modificados en la comunicación), la atención psicopedagógica, el apoyo de pares e instituciones escolares. En otras palabras, una alternativa psicopedagógica y neuropsicológica al mero tratamiento médico farmacológico.

El TDAH en la literatura científica

Los niños con TDAH presentan un incesante rompimiento de límites según las normas sociales de su comunidad, su conducta está en el extremo de la curva estadística de normalidad, según ciertas culturas, comparado a sus pares de tener dificultades de comportamiento, sociales, familiares y académicas (DuPaul, McGoey, Eckert, & VanBrakle, 2001).

Otro de los problemas que podemos encontrar en los niños preescolares con TDAH, son dificultades en el desarrollo del lenguaje y el desarrollo cognitivo, (retraso mental). Investigadores como Ygual, Miranda y Cervera (2000), afirman que algunos niños con TDAH pueden tener algunas o todas, de los siguientes problemas en el lenguaje:

1. Presentan una conducta lingüística irregular con cierta ineficacia para ajustarse al contexto comunicativo y para comprender la intencionalidad comunicativa de su interlocutor.
2. Retraso en la adquisición de aspectos lingüísticos, en cuyo desarrollo influyen de forma decisiva los procesos de atención muy especialmente de comprensión y expresión de tiempos verbales.
3. Dificultades en la ejecución de tareas lingüísticas que demandan control inhibitorio como las tareas de fluidez léxica.

4. Obtienen peores resultados en tareas que requieren poner en marcha la capacidad de procesamiento simultáneo de la información como las tareas de procesamiento semántico y, especialmente, las que requieren pensamiento analógico lingüístico. Esta misma dificultad se observa en la ejecución de tareas de tipo metalingüístico, muy especialmente en las de conciencia fonológica.
5. También realizan una ejecución deficitaria en tareas que no exigen propiamente una respuesta verbal, en las que el lenguaje actúa como mediador en la ejecución.

Algunos otros autores afirman que los niños con TDAH no pueden jugar adecuadamente ya que su comportamiento se muestra más inmaduro, porque les gusta o prefieren levantar o empujar cosas, tirar de los objetos, golpearlos, y menos simbólico y constructivo, y en muchas ocasiones utilizan los juguetes de forma monótona y estereotipada. Manifiestan un gran interés por los juguetes novedosos, pero no los utilizan para jugar, sino para manipularlos hasta que los rompen (Hughes, White, Sharpen & Dunn, 2000; Hughes, Cutting & Dunn, 2001).

Cervigni, M, Stelzer, Mazzoni, Gómez, y Martino (2012), lo definen como Trastorno Disejecutivo, ya que la sintomatología del TDAH consiste en dificultades para la inhibición de conductas impulsivas, insuficiente capacidad de anticipación de las consecuencias de las acciones emprendidas, poca habilidad de planificación de actividades, restringida capacidad para evitar las interferencias que desvían la conducta orientada hacia la meta, escasa memoria de trabajo, retraso en la interiorización del lenguaje y déficit en la autorregulación afectiva.

En investigaciones neuropsicológicas desde la teoría histórico-cultural realizadas por Quintanar, Gómez, Solovieva, y Bonilla en 2011, llegan a la conclusión de que el TDAH constituye un síndrome neuropsicológico complejo que incluye dificultades no sólo del proceso de atención, sino también de otros procesos psicológicos. Donde las bases cerebrales del TDAH no se limitan a la debilidad funcional de los sectores frontales, sino también de estructuras corticales terciarias posteriores (temporales, parietales y occipitales) y de sectores subcorticales (sustancia reticular). Por lo que la debilidad funcional de estos sectores cerebrales tiene un efecto sistémico sobre la actividad del niño, y, por lo tanto, en el desarrollo de todas las esferas de la vida psíquica del niño.

Alternativa diagnóstica del TDAH frente a la clasificación psicométrica y al tratamiento farmacológico

En el Primer Consenso Latinoamericano de TDAH, celebrado en México en 2007 se planteó que el tratamiento en preescolares, con TDAH se llevará a cabo sólo por medio farmacológico (Palacio, Ruiz-García, Bauermeister, Montiel-Navas, Henao & Agosta, 2009). Sin embargo, Palacios, et al, (2009) sostienen que existen dos caminos fundamentales para el manejo de los niños preescolares con TDAH: 1) las intervenciones psicosociales, con el entrenamiento en manejo parental y la terapia interaccional padre-hijo y, 2) el tratamiento farmacológico a corto y largo plazo. No obstante, Loro, et al, (2009) al investigar a 579 niños, de 7 a 10 años de edad, que presentaban TDAH, llegaron a la conclusión de que si se daba un tratamiento combinado utilización de fármaco y terapia psicológica y multimodal, (donde exista una estrecha relación entre médicos, psicólogos, profesores y familiares), se podía reducir la dosis del fármaco, incrementar el grado de satisfacción de padres y profesores, pero sobre todo, mejorar las habilidades sociales de los niños.

Por otro lado, los métodos socioculturales basados en la postura de Vigotski, en la que se afirma que el desarrollo está vinculado estrechamente a la instrucción, es decir, a la ayuda de otros dada una cierta maduración orgánica,



en consecuencia, el desarrollo está vinculado a los apoyos culturales, y, por lo tanto, la naturaleza del desarrollo humano se encuentra en lo social más que en lo biológico (Baltazar, 2019). Por lo que, el hombre no nace con todas las funciones psicológicas preparadas, ni tampoco maduran gradualmente durante el crecimiento por efecto de cambios meramente biológicos, sino que se desarrollan durante toda la vida bajo la influencia de la cultura y la sociedad que opera sobre la maduración y crecimiento biológico (Vygotski, 1931/1995). Con estas tesis, Gaillard (2004), argumenta que la organización cerebral del niño en proceso de desarrollo, los estímulos ambientales cobran un valor significativo, por la plasticidad neuronal por lo que el ambiente rico en estímulos de diversa índole interviene positivamente en la adquisición de funciones cerebrales durante la infancia. Por otro lado, el aprendizaje y la recuperación de funciones que se han visto menguadas por alteraciones acaecidas en el transcurso del desarrollo, se potencian si se proporcionan experiencias o estímulos precoces al sujeto, lo que introduce la noción de períodos críticos para la plasticidad neuronal (Hernández-Muela et al, 2004).

Por estas razones Cervingni, et al, (2012) proponen considerar al TDAH como un “trastorno disejecutivo”, y tomar en cuenta la amplia capacidad neuroplástica que el cerebro en desarrollo presenta durante el período crítico que constituye la infancia, valorar el enorme influjo que el entorno ejerce en la consolidación del funcionamiento cerebral y, específicamente, de las funciones ejecutivas, sin olvidar que el diagnóstico, el diseño y abordaje terapéutico debe ser adecuado al contexto de desarrollo particular en el cual cada niño se halla inmerso. Es decir, ayudando a que éste regule su conducta y su lenguaje interno, (Loro-López, et al, 2009), ya que la idea fundamental de Vigotski (1931/1995) y Luria (1975/1980) es que el lenguaje, además de servirnos para comunicarnos con los demás, nos sirve para comunicarnos con nosotros mismos para controlar nuestra propia conducta.

Quintanar, et al. (2011) proponen una elaboración precisa de programas de corrección neuropsicológica de acuerdo con las necesidades particulares de cada niño y, esencialmente, dirigir el trabajo hacia la actividad psicológica y social del niño solo a partir de un diagnóstico cualitativo neuropsicológico que precise aspectos débiles del desarrollo psicológico del niño. Donde, además se debe realizar un análisis cualitativo de los errores y de las ejecuciones de los niños, con TDAH, lo que permitirá responder a la pregunta ¿por qué el niño no puede hacer esto? Y la respuesta garantizará la identificación de la causa (mecanismo neuropsicológico) y su efecto sistémico.

Nosotros coincidimos con los investigadores que proponen programas en los que la intervención social de adultos, maestros y niños normales jueguen un papel central en la autorregulación de los infantes con TDAH. Por ello, decidimos integrar al programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico Infantil que se tiene en forma sistemática en la Carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México, a un niño de 4.10 años, diagnosticado psiquiátricamente con TDAH y medicado desde los 3.6 años, sin atención de ningún tipo de tratamiento psicológico previo, y aportar evidencia empírica de los alcances del programa en la integración socioafectiva, escolar y familiar del niño, y trabajar durante 20 meses.

En este programa se entiende por *estimulación del desarrollo psicológico* al conjunto de actividades estructuradas, ordenadas y organizadas a través de tareas específicas por el adulto para favorecer y apoyar el desarrollo de los niños en edades tempranas, todas las actividades se deben orientar lúdicamente, es decir, se debe jugar con el niño. Las actividades deben ofrecer destreza e información de él, de los otros y del mundo, que le ayude para optimizar sus habilidades. Por lo que en todo momento la regulación verbal y la demostración práctica de la actividad, por parte del adulto, debe imperar (Baltazar. 2019, p.145).

MÉTODO

Descripción del sujeto y problemática

En noviembre de 2017 llegó a la clínica universitaria de atención a la salud una madre con su hijo de 4 años 10 meses, remitido por una neuróloga infantil, de una clínica particular, para que se le diera terapia psicológica, ya que el niño había sido diagnosticado con TDAH, por lo que desde entonces había sido medicado. A la madre se le explicó la manera de trabajar y se le pidió leyera y firmará el consentimiento informado. Por lo que se aplicó una historia clínica y se le evaluó con Guía Portage y Merrill-Palmer-R.

Antecedentes del niño

En la historia clínica la mamá reportó que desde que su hijo se encontraba en el vientre, aproximadamente a las 8 semanas de gestación, sentía un gran movimiento por parte del feto, nació a las 38 semanas, por cesárea y pesó 3,150kg. Antes de los 3 meses lloraba mucho y no sabía la madre el porqué, a los 13 meses ya caminaba y corría, a los 18 meses, mordía escupía y pegaba a sus compañeros de la guardería, las maestras de ahí comentaban que era un niño difícil. Cuando el niño tenía 3½ años, la mamá decidió llevarlo con una psiquiatra infantil quien le realizó al niño un estudio con electroencefalograma y mapeo cerebral, concluyendo el diagnóstico de TDAH, por lo que prescribió ¼ de una tableta de Tradea® (metilfenidato de 10 mg); inmediatamente el niño se tranquilizó, dejó de ser tan inquieto, sólo que ya no quería hacer nada y sólo se mordía las uñas, la mamá decidió que no lo medicaría, pero como los problemas continuaban decidió volver hacerlo e ir con la psiquiatra infantil, a los seis meses de tratamiento, (4 años de edad del niño) le subieron la dosis a ½ tableta y a los otros 6 meses (4 ½ años) a 1 tableta completa cada 24 horas. En ese momento la mamá decidió llevar al niño con una neuropsiquiatra y se le hicieron nuevamente estudios, pues la mamá comentaba que el niño no dormía bien, se despertaba constantemente y algunas veces tenía pesadillas. La neuropsiquiatra, no bajo la dosis, pero le recomendó que combinara la terapia de medicamento con una terapia psicológica. A los 5.11 años, la neuropsiquiatra le realizó estudios y cambio el medicamento a Vyvanse® 10mg (lisdexanfetamina dimesilato). La mamá comentó que con este medicamento el niño está tranquilo y con ganas de hacer las cosas. En los antecedentes familiares se encontró que, en la familia paterna del niño, hay un tío (hermano de papá del niño) que desde pequeño se comportaba igual, que ahora el niño, sólo que la mamá jamás lo llevó al médico ni le dio medicamento, sólo estuvo atento a su comportamiento, lo castigaba y golpeaba, para que se comportará adecuadamente.

Instrumentos utilizados

- Historia clínica
- Lista de Objetivos de Guía Portage. (Bluma, Shearer, Frohman, y Hilliard, 1978).
- Prueba Merrill-Palmer-R escala de desarrollo. (Roid & Sampers, 2011).
- Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico infantil (EDPI) (Baltazar, 2019). Aquí se estimula a niños de 4 meses a 6 años, integra a los padres en las actividades de sus hijos, durante 50 minutos. Primeramente, se determina la Zona de Desarrollo Actual, y con los resultados se diseñan actividades para estimular el desarrollo psicológico.



PROCEDIMIENTO

Una vez admitido el niño en la clínica para participar en el *Programa de Estimulación del Desarrollo Psicológico infantil (EDPI)*, se trabajó durante dos semanas con él y todos los niños del programa para que, tanto el niño como nosotros, nos familiarizáramos y al mismo tiempo pudiéramos hacer observaciones de su comportamiento.

Posteriormente, con la madre se registró la Historia clínica del niño, mientras que, a éste, se le realizó la primera evaluación para determinar la Zona de Desarrollo Actual con la lista de Objetivos de Guía Portage (GP), en la edad de 4 a 5 años.

Una semana después, se evaluó con Merrill-Palmer-R, porque como GP es sólo una guía, decidimos establecer su ubicación en la norma con una prueba estandarizada y poder corroborar los resultados con el diagnóstico de la neuropsiquiatría y psiquiatra infantil de TDAH.

En la intervención con el Programa, se trabajó durante 20 meses. Las actividades se llevan a cabo en tres fases. 1) grupal, 2) individual en dos sesiones a la semana, y 3) en su casa. En la Fase Grupal, se trabaja un día a la semana de *manera grupal (con todos los niños del programa de 1 a 6 años)* estimulando las *Relaciones Socioafectivas y Motricidad*. Otro día a la semana se trabaja la Fase Individual, se estimulan las áreas de *Lenguaje y Cognición*. Esta fase se realiza para los niños que están en la misma etapa de desarrollo. Fase En casa. Una vez a la semana se dejan actividades a los padres para que las realicen durante los siete días en casa, las habilidades a estimular son categorizadas como *Independencia*, y alguna otra que se haya notado que tiene menor habilidad.

Las sesiones inician con un **cuento**, que sirve como introducción al trabajo de toda la sesión, al terminar el cuento, se comenta a los padres el objetivo que se quiere lograr en la sesión, para que ellos conozcan el por qué y para qué de cada actividad y ayuden a que se cumpla y lo realicen en casa. Por lo general se realizan tres actividades en cada sesión. A los 45 minutos de trabajo se da el cierre de la sesión con una actividad llamada *Retroalimentación y despedida*, que sirve para evaluar cómo los niños entendieron las tareas de las diferentes actividades por medio de su conversación y representación gráfica de un dibujo, para finalizar con una canción de despedida.

Programa de Intervención

Para la intervención, solo se tomaron en cuenta las habilidades e incompetencias que el niño poseía, dejando a un lado el diagnóstico de TDAH, así que con las conclusiones de las observaciones y de las pruebas se diseñaron actividades especiales para el niño y trabajar dentro del programa EDPI. Es preciso señalar que, en este programa, se evalúa a cada uno de los niños y con el resultado de las evaluaciones y conclusiones, se diseñan actividades para mejorar las habilidades de cada uno en particular y de todos en general.

En la fase Grupal el niño convivía y colaboraba con más de 15 niños de 1 a 6 años, una vez a la semana durante 50 minutos, realizando actividades de las áreas de Desarrollo Motriz y Socialización. En un ejemplo de esta actividad: se contó un cuento de *Carmelita en la CDMX*, (Cuadro 1. Actividad Grupal), después se decía a los niños que ellos serían como los personajes del cuento, identificarían los sonidos y nos dirían que transporte era. Los niños tenían que ser ayudados por su mamá a identificar el sonido. La mamá de nuestro niño se puso muy ansiosa y regañó al niño porque no se quedaba quieto escuchando, se le dijo a la mamá que no todos los niños ponen atención estando quietos, que le permitiera al niño moverse, pero que se sentará en una silla preescolar, igual que se hijo, para que estuviera a la altura del niño, lo mirara a los ojos y le explicará, calmadamente, lo que tenía que hacer: escuchar

el sonido, que le dijera a ella el transporte que creía que era y lo señalara en la foto, el niño lo hizo casi enseguida dijo que era el metro y señaló la foto, cuando lo hizo le dijimos a la mamá que le dijera a su hijo que lo había hecho muy bien, que lo abrazará y le diera un beso. Este acto le costó un poco de trabajo a la mamá ya que nos dijo no estaba acostumbrada a dar muestras de afecto a su hijo de esa manera. El niño de inmediato abrazó a su mamá y no la quería soltar.

Cuadro 1. Actividad Grupal.

Actividad Grupal “Carmelita en la CDMX”	
Áreas que estimular: Desarrollo Motriz y Socialización Edad estimulada: 4-5	
Objetivo	Actividad
Prestar atención a un cuento	Cuento Había una vez una niña llamada Carmelita que, salió con su mamá, al centro de la CDMX, se subieron al metro. Después de hacer varias compras tomaron un camión, porque la estación del metro les quedaba muy lejos, Carmelita escuchó que el camión emitía diferentes sonidos a los que hacía el metro y que en cada uno de ellos tenía reglas de comportamiento y medidas de seguridad.
Identificar el sonido que corresponde al vehículo	Sonido de medios de transporte. Se dirá a los niños que ahora ellos serán como Carmelita y su mamá, que pasearan por toda la ciudad e identificaran algunos sonidos. Se pondrán sonidos de diferentes medios de transporte como el metro, taxi y camión. Se les pondrán fotografías en las paredes, de estos transportes. Los niños, con apoyo de los tutores, identificarán a qué vehículo corresponde el sonido.
Identificar el valor de las monedas	Comparando boleto Se les mostrará a los niños una moneda de plástico, que son similares a las originales, de \$5, la cual deben de reconocer en un recipiente que contendrá monedas, también de plástico, de \$2, \$1 y \$5. Los niños que ya conocen las monedas, les enseñarán a los más pequeños la moneda que deben tomar. Ya que cada uno tenga su moneda deberá pasar con una compañera, que simulará estar en una taquilla del metro y les cambiará su moneda por un boleto, que entregarán a otro adulto que simulará ser el policía del metro, se encontrará en una puerta del salón, él nos dejará entrar a la estación del metro imaginario.
Reconocer reglas en el transporte	En el metro A algunos niños se les entregará un bastón (simulando a una persona de la tercera edad), un bebé (simulando que es su hijo) y un cojín (simulando una mujer embarazada). Se pondrán varias sillas que simularán los asientos del vagón del metro, en un asiento se colocará una imagen de asiento reservado. Antes de entrar al andén deberán colocarse detrás de una línea amarilla colocada en el piso y tendrán que esperar que otras personas bajen antes de que ellos entren, para ello, se explicará el por qué se debe hacer y las consecuencias de no realizarlo. Una vez dentro, deberán sentarse en una silla y se les explicará el por qué ceder el asiento a las señoras con bebés, ancianos y discapacitados, si un niño está sentado en el asiento reservado, tendrá que cederlo.
Reconocer reglas en el transporte	Camión Los niños, simularán subir a un camión (formado por varias hileras de sillas) uno de los niños, simulará ser el conductor del camión; los otros niños junto con sus padres le harán la parada, después pagarán su pasaje, se sentarán y en caso de que suba una compañera que actuará estar embarazada, se les preguntará todos que se debe hacer, lo mismo si alguien con bastón sube. Después al conductor se le pedirá que simule frenar muy bruscamente, pidiéndole a todos que se muevan como cuando un camión se frena de repente. Y se preguntará a todos quien se cayó o estuvo a punto de hacerlo. ¿qué se debe hacer en un camión para no caerse? Detenerse de los tubos. Después se les dirá que tienen que tocar el timbre para que el camión se pare y ellos bajen.
Recordar lo que se trabajó	Retroalimentación y despedida Se preguntará a todos los niños si todos los transportes hacen el mismo sonido, a quienes se les debe dar el asiento, ¿Por qué hay que detenerse en los tubos del transporte? Se da un cuaderno y un plumón para que dibujen lo que hicieron y finalmente se canta una canción de despedida.



La siguiente actividad, se les dijo a los niños que quienes conocieran las monedas de \$5, se las mostrarían a sus compañeros más pequeños, a nuestro niño se le pidió que mostrará a los niños que estaban junto a él, que les explicará a ellos como identificarlas porque ellos no la conocían. Nuestro niño les dijo a sus compañeros más pequeños que la moneda tenía un cinco y que era más grande que las otras, luego él mismo se las dio.

En otra actividad se les dijo que, como en todos lados, había que seguir unas reglas, a nuestro niño se le dio un bastón, se le dijo que sería un viejito al que le costaba trabajo caminar porque le dolían las piernas y la cintura, sabíamos que él prefería correr, pero le dijimos que él nos ayudaría a enseñarle a los demás algunas cosas, al niño le gustó actuar. Después le dijimos que buscará la fotografía que simbolizaba a una persona con un bastón, que ese era el lugar donde podía sentarse, pero cuando llego al lugar estaba ocupado por otro niño, así que le pedimos a nuestro niño que le explicará al niño que estaba en su lugar, porque debía cederle el asiento. Posteriormente nuestro niño, cambio personaje, se sentó en un asiento y tuvo que cederlo a una de sus compañera que personificaba a una señora que llevaba un bebé, le preguntamos a nuestro niño, por qué había cedido su lugar, cuando nos dijo que porque no podía detenerse y podía caerse con su bebé, le pedimos a su mamá que le dijera que ese acto la enorgullecía, que lo abrazará y le diera un beso. Para finalizar la sesión, se preguntaba a todos los niños algunas de las cosas que habían hecho, nuestro niño no respondía nada, así que se le pidió a la mamá le explicará al niño, con palabras y ejemplos, lo que habían hecho, siguiendo la secuencia, para que el niño hiciera comentarios.

En la fase Individual el niño trabajó una vez a la semana durante 50 minutos, con un máximo de seis niños de su mismo desarrollo psicológico, en este caso daremos un ejemplo de 4 a 5 años.

Una vez contado el cuento *Ha cocinar* (cuadro 2. Actividad individual), a los niños se les dio instrucciones para que en conjunto decidieran que ingredientes necesitaban, a nuestro niño le costaba trabajo trabajar con sus compañeros, no hablaba con ellos y se levantaba de su lugar para ir solo a la mesa de los ingredientes, así que nosotros íbamos por él lo tomábamos de la mano, lo llevábamos a su lugar y sentados junto a él y a su misma altura, se le miraba a los ojos y se le decía que tenía que decirle a sus compañeros los ingredientes que él utilizaría y escuchar a los otros, esta situación en particular le costó trabajo así que se le pidió a su mamá que lo tomara de la mano, sin apretarlo (sentada como siempre, en una silla preescolar igual que su hijo, para que estuviera a su altura) y que cuando fuera necesario lo mirara a los ojos y le explicará, calmadamente, lo que tenía que hacer; posteriormente, para la actividad *A preparar*, se comentó a todos los niños que si no podían hacer las cosas le pidieran ayuda a sus padres. A la mamá de nuestro niño, le costó trabajo explicarle al niño con palabras y ejemplos decirle cómo *hacer* las cosas, pues ella quería hacerle el trabajo a su hijo. En la actividad de *Comiendo Verduras*, nuestro niño quería agarrar todas las verduras juntas, se le pidió que lo hiciera de una por una porque, al igual que sus compañeros, tenía que contar para poder comer y luego saber cuánto quedaban, por lo que se le pidió a la mamá de nuestro niño, que le explicara con calma lo que tenía que hacer su hijo. Al finalizar la sesión y preguntar los ingredientes que usaron para hacer el sándwich, nuestro niño quería ser el único en responder, por lo que se dijo que él respondería y luego le cedería la palabra u otro compañero, éste a otro y así sucesivamente.

En la fase en casa, una vez a la semana, por lo general los jueves, se le daban actividades a la madre, para que ella y el padre jugaran con su hijo en casa, y en todo lo posible integrar a toda la familia, (Cuadro 3. Tareas en casa). Las actividades se daban impresas, con el objetivo que se esperaba alcanzar, y la madre tuviera una idea de que se necesitaba lograr y en caso de no tener el material sugerido, lo cambiara, pero logrando la meta; la manera de realizar la actividad, para que pudiera realizarla tal cual o se diera una idea para hacerla, material que se necesitaría y lo más importante, las observaciones que la mamá tenía al respecto de la actividad: si el niño la había realizado, si se le había hecho difícil o cualquier cosa que necesitáramos saber.

Cuadro 2. Actividad Individual.

Actividad individual “Ha cocinar” Áreas: Lenguaje y cognición Edad estimulada: 4 -5 años	
Objetivo	Actividad
Pone atención a un cuento.	<p>Cuento</p> <p>Había una vez una niña a la que le gustaba mucho cocinar, preparaba ricos sándwiches, así que sus amigos le pedían que preparara algunos y se los vendiera, así lo hizo, ¿ustedes han comido sándwiches? ¿Qué llevan los sándwiches? Todo resultaba de maravilla que poco a poco preparo algunas verduras y todos sus amigos hacían grandes filas para comprarle. ¿Ustedes han comido verduras con sal, limón y chile? ¿alguno de ustedes la han preparado?</p>
Discriminación de objetos	<p>¿Qué necesitamos?</p> <p>Se dirá a los niños que ahora seremos como la niña del cuento y prepararemos unos sándwiches, pero primero tenemos que colocar en una mesa los ingredientes que necesitamos.</p> <p>Se acomodará en una mesa diferentes ingredientes, harina, plátanos, pan de caja, mayonesa, crema, jamón y queso en rebanadas, lechuga, jitomates, caja de galletas, crema pastelera, barquillos para helados, etc.</p> <p>Entre todos los niños decidirán qué es lo que necesitan para preparar sus sándwiches, y llevarán a la mesa los ingredientes que necesitan.</p>
Siguen ordenes, conocer las palabras, encima, abajo, sobre, un poco más, menos.	<p>A preparar</p> <p>Se dirá a todos los niños que les vamos a dar instrucciones para preparar un sándwich, y después ellos prepararan otro, para su mamá.</p> <p>Las mamás sólo podrán ver lo que su hijo hace, no podrán ayudarles, sólo dar instrucciones o explicaciones.</p>
Sumar y restar	<p>Comiendo Verduras</p> <p>Se dirá a los niños que ahora tocará hacer verduras, como la niña del cuento así que se les enseñará a los niños a desinfectar pepinos, zanahorias, jitomates.</p> <p>Se les dirá como secarlos y las mamás ayudarán a partir, verduras y limones, todos en 4 partes iguales.</p> <p>En un recipiente, se les pedirá que pongan 4 pedacitos de cada verdura, que en un plato pongan 2 pedacitos de cada verdura y digan cuantos pedacitos de cada verdura quedaron en el recipiente.</p> <p>En caso de error, las mamás tendrán que explicarles cuál es el error.</p> <p>Al final le podrán exprimir un limón y ponerle sal si gustan.</p>
Sumar y restar	<p>Comiendo lo cocinado</p> <p>Se les dirá a los niños que ahora como buenos cocineros, comeremos lo que cada uno hizo. Primero pondrán en 2 platos la misma cantidad de sándwiches y verduras que prepararon. Dirán exactamente cuántos alimentos tienen en cada plato. Cada que vayan comiendo un elemento dirán cuántos van quedando.</p> <p>Los padres tendrán que ir haciendo lo mismo.</p>
Recordar lo que se trabajó	<p>Retroalimentación y despedida</p> <p>Se preguntará a todos los niños que fue lo que hicieron en la primera actividad, cuantos pedacitos de verdura lograron juntar, cuántas se comieron y cuántas le quedaron al final. Se da un cuaderno y un plumón para que dibujen lo que hicieron y finalmente se canta una canción de despedida.</p>



Cuadro 3. Tareas en casa.

Tareas en casa Edad estimulada: 5 a 6 años			
Objetivo	Actividad	Materiales	Observaciones, por parte de la madre
Toma sus propias decisiones.	El niño creará un sombrero de cirquero con ayuda de su tutor. El niño escogerá el color de su sombrero y los materiales con los que lo decorará, por ejemplo: diamantina, confeti, listones, colores, etc. Cuando el sombrero esté listo, se le dirá que le quedo muy bonito.	-Cartulina -Pegamento -Tijeras -Decoraciones	<i>Hicimos el sombrero a su gusto.</i>
Cuenta cuentos	El niño, con su sombrero de cirquero, presentará a todos los miembros de la familia que realizarán una actividad diferente, como contar un chiste, hacer un truco de magia, contar una canción etc., el niño contará un cuento. Cada que cada miembro realice su acto, todos le aplaudirán.	El sombrero del día anterior	<i>No le gusta mucho contar cuentos, pero me lo conto y lo entendí.</i>
Cuenta un chiste.	El niño y su tutor jugarán a contar chistes, donde el tutor deberá de contar y explicar un chiste de su agrado al niño, una vez aprendido, el niño deberá contárselo a un familiar sin ninguna ayuda. Cuando el niño lo cuente, se le alagará diciendo que su chiste está muy bien contado, se le aplaudirá o se le dará un abrazo diciéndole que eso estuvo muy bien.	Chistes	<i>No le gusta mucho contar chistes, pero logró decir uno.</i>

En otras sesiones, mientras se trabajaba y nuestro niño le quitaba cosas a sus compañeros para que lo siguieran, se modificaban las actividades, acorde a lo que decía el cuento, diciendo, por ejemplo, que ahora serían piratas donde todos los niños tenían que pasar por circuitos: brincando en un pie, saltando en dos, subir a la resbaladilla, gritar tierra a la vista, bajar por la resbaladilla, etc.; ya que había ocasiones, pocas en realidad, nuestro niño tenía muchas ganas de moverse, correr, brincar. Alguna ocasión que llegó, como siempre 30 minutos antes de iniciar la sesión, estaba muy enojado, con cara larga y brazos cruzados, le preguntamos el porqué de su enojo y dijo que su mamá lo había hecho enojar, su mamá le pregunte el porqué, no respondió, así que le dijimos que fuera al patio hiciera una carrera y se subiera a la resbaladilla unas 3 veces, así lo hizo y cuando regresó le preguntamos si ya estaba mejor, dijo que si y pudo trabajar bien en toda la sesión.

Cuando, prestaba demasiada atención a algún materia, que distraía su atención al trabajo o lo quería solo para él arrebatándolo a sus compañeros, se le prestaban para que se los llevara a casa, diciéndole que a su mamá, que tenía que jugarlo en casa por dos o tres días, en ocasiones nos decía la mamá que esos juegos a ella no le gustaban porque no lo sabía jugar, así que le enseñábamos cómo jugarlos, le explicábamos las instrucciones o los jugábamos todos en las actividades.

Todas las actividades llevadas a cabo con nuestro niño en particular y todos en general, responden al principio del programa EDPI: las actividades deben ir acorde al desarrollo del niño, no a su edad cronológica.

RESULTADOS

Resultados de las primeras evaluaciones

La evaluación de GP se realizó conforme al programa EDPI; primero se contó un cuento, posteriormente se realizaron 4 actividades, en las que estuvieron inmersos los objetivos de GP que se necesitaban evaluar. En esa primera evaluación se encontró lo siguiente:

En las observaciones:

- La mamá le gritaba al niño cuando no realizaba bien las cosas y prefería hacerlas ella por él. Nunca lo miraba a los ojos, ni se ponía a su altura a la hora de hablar con él. Cuando se sentía desesperada, jaloneaba al niño.
- En niño no esperaba su turno, no se quedaba quieto, quería explorar o ir a conocer algunas cosas que eran nuevas para él. Quería ser siempre el primero, que sólo se le hiciera caso a él y no a los demás, no ponía atención a los cuentos, prefería correr o ver cualquier material que no conocía. Si sus compañeros no querían hablarle o jugar con él les decía que eran groseros o feos.

En la evaluación con GP:

- Su área más baja fue *socialización* ya que no se disculpaba cuando cometía alguna falta, no jugaba con sus demás compañeros, no solicitaba a otros las cosas que necesitaba, se las arrebatava;
- en *Desarrollo Motriz*, no podía recortar curvas, atornillar, brincar para atrás. -En *lenguaje* no nombraba cosas absurdas de un cuento, no contaba ningún cuento.
- Dentro del área de *Autoayuda*, no sabía abotonarse ni desabotonarse la ropa, ni prepararse un alimento sólo.
- En *Cognición* no sabía cuál era la primera, la última o parte de en medio de un objeto, sin embargo, conocía y podía copiar las figuras geométricas, decía los colores en español y en inglés, conocía el valor de las monedas, podía nombrar lo largo, corto de los objetos. Ver Figura 1. Primera Evaluación con GP.

La prueba Merrill-Palmer-R nos arrojó en índice global un promedio de 5.6 años como equivalente de edad, en *cognición* 3.6 años, porque no restaba adecuadamente, no recordaba una secuencia de 4 imágenes; en *velocidad de procesamiento*, obtuvo 3.9 de edad porque tardó más de 15 segundos en armar un rompecabezas; en *memoria* 4.3 años, porque no pudo dar el orden exacto en que le señalaban cuatro figuras; en *motricidad fina* obtuvo un índice de edad de 4.5 años, porque entre otros no pudo copiar una flecha con dos puntas en línea; en *lenguaje receptivo*, 4.6, porque no entendió el significado de caseta; en *socioemocional* obtuvo 4.8, porque, la mamá refirió, que demandaba atención y cuidados constantes, no podía respetar los límites de tiempo mientras jugaba, no podía permanecer sentado en una actividad durante 20 minutos; pero en *coordinación visomotora* y *motricidad gruesa*, obtuvo 5.3 años de equivalente de edad, en la primera, porque podía copiar figuras geométricas, encontrar las cartas que correspondían para hacer un par, en menos de 70 segundos, en *motricidad gruesa* saltaba 60 cm para adelante, con un pie y alternándolos; en *lenguaje expresivo* obtuvo un equivalente de edad de 5.9 años, ya que



la madre reportó que cuando se comunicaba además de utilizar adjetivos y verbos en pasado, utilizaba manos, brazos o el cuerpo para añadir expresividad a su comentario; sin embargo, el examinador encontró que además conocía y utilizaba los tonos de voz alto, bajo, lento, rápido, etc., que se le pedían, sabía identificar cuando algo estaba caliente, lleno, duro, lo que lo hizo obtener un equivalente de edad de 6 años en *Lenguaje expresivo*. En *la conducta adaptativa y autocuidado*, su equivalente edad fue de 6.5 años porque la mamá refirió que el niño podía vestirse, peinarse y lavarse el cabello completamente sólo. Ver Cuadro 4, Merrill-Palmer-R a los 4.10 años.

1ra. Evaluación GP, edad 4.10 años

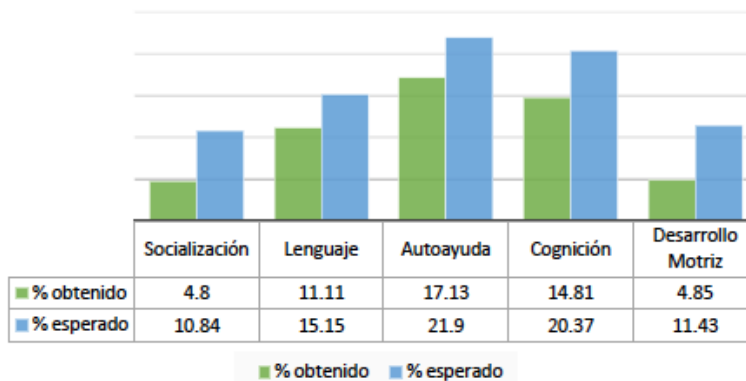
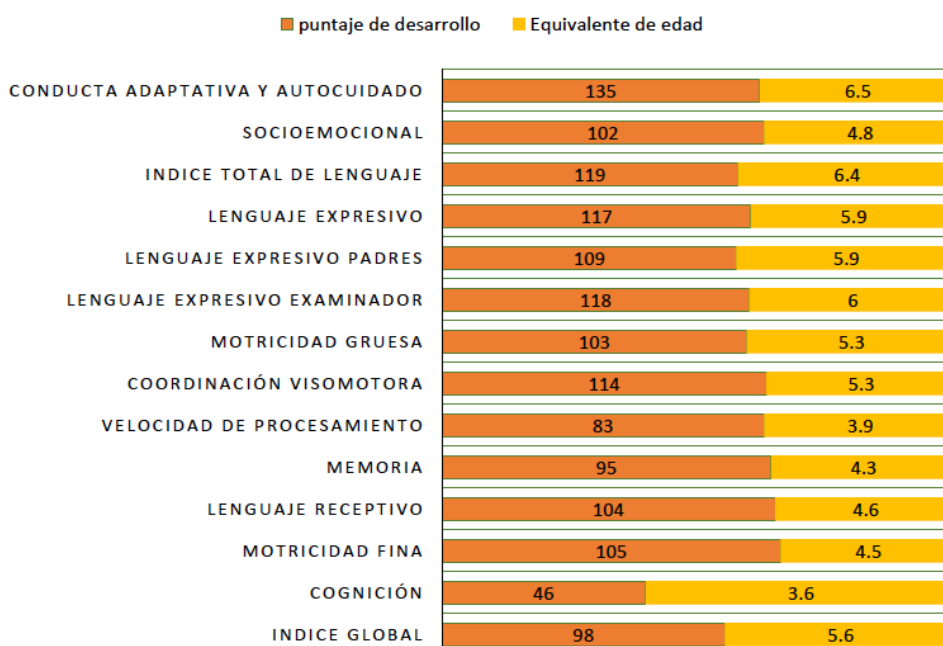


Figura 1. Primera evaluación con GP (en el rubro de 4-5 años). Dentro de las áreas con menor puntaje están Socialización y Desarrollo Motriz. El área con mayor porcentaje lo obtuvo en Autoayuda.

Cuadro 4, Merrill-Palmer-R a los 4.10 años.

MERRILL-PALMER-R, A LOS 4.10 AÑOS



El área más baja fue cognición con un equivalente de edad de 3.6 años, y la más alta conducta adaptativa y autocuidado, con una edad de 6.5 años. En promedio su índice global fue de 5.6 años.

Con las observaciones y resultados de GP y Merrill-Palmer-R, se concluyó que:

- La madre se desesperaba mucho con su hijo ante cualquier situación que el niño pudiera hacer un poco mal, no le daba, al niño, margen de error, por lo que ella trataba de hacer todo lo que su hijo no podía hacer, sin enseñarle a realizar las cosas o actitudes que, si debía realizar, por medio de una explicación o ejemplificaciones
- Cuando el niño quería algo, se le daba de inmediato para que no gritará o se pusiera inquieto
- El niño no hacía muchas cosas por él sólo, como preparase alimentos, asearse y vestirse solo, la madre lo hacía por él o terminaba el proceso como abotonarlo y bañarlo por completo, aunque la mamá refería que si lo hacía en los cuestionarios, pero cuando se le ponía al niño hacerlo en las actividades no podía realizarlo
- El niño solamente tenía la atención de su madre, cuando el hacía cosas mal, porque lo regañaba o gritaba, cuando hacía algo bien no decía nada, ni a favor ni en contra
- No se le permitía explorar (tocar, oler, probar, correr) para conocer cosas nuevas
- El niño desconocía algunas palabras, no se le contaban cuentos
- No se le fomentaban las relaciones sociales con otros niños

Dentro de los rasgos positivos del niño surgieron:

- La madre y el padre estaban dispuesta hacer los cambios necesarios con su hijo y dentro de su familia para que las cosas mejoraran para todos
- Entendía claramente y podía solicitar lo que necesitaba con un lenguaje claro por lo que le era posible seguir instrucciones precisas y claras, siempre y cuando le llamaran la atención
- Tenía buena coordinación ojo mano, por lo que le gustaba copiar objetos o caricaturas que le llamaban la atención
- Conocía los colores y podía referirse a ellos en 2 idiomas
- Conocía el valor de las monedas.



Resultados de la intervención

Cuando el niño entró a primero de primaria a los 5 años 8 meses, (10 meses en el programa EDPI) la mamá comentó a la maestra que el niño estaba tomando terapia y tenía que llegar más tarde, dos veces a la semana, la maestra solicitó nuestras indicaciones para tratar al niño, nosotros pedimos que en ningún momento se le estigmatizará como un niño enfermo o con problemas de atención, se le dieron ejemplos de las actividades que trabajábamos y lo que hacíamos cuando lo notábamos inquieto. La maestra siguió nuestros consejos y nos llegaron a comentar que en ocasiones la maestra mandaba a nuestro niño a dar unas vueltas al patio, para que mejorara su trabajo en clase; a unos días de terminar el curso escolar (18 meses de estar en el programa EDPI), participó en la competencia de matemáticas y obtuvo el primer lugar, lo que le permitió, presentar a los padres de familia de sus compañeros del salón de clases, los trabajos que habían realizado durante el año, dándole la bienvenida y dando un pequeño discurso sobre lo que significaba para él y todos sus compañeros el que estuvieran con ellos ese día. La mamá mostró la aprobación de su hijo, durante esa reunión, dejándole ver su mano derecha con el pulgar hacia arriba (👍); y cuando se enteró que había ganado el primer lugar, abrazó y besó a su hijo diciéndole que eso le daba mucho orgullo.

Al final del semestre lectivo de la UNAM, 20 meses de estar el niño en el programa, se le evaluó por última vez con GP en la edad de 5 a 6 años, porque al tener más 6 años el niño ya no podía estar con nosotros, puesto que trabajamos con niños de 4 meses a 6 años; y las necesidades psicológicas que el niño necesitaba no podían ya ser cubiertas por nosotros.

En socialización, cumplió todo lo esperado: solicitaba las cosas y no las arrebataba, podía jugar con sus compañeros sin golpearlos, seguía las reglas del juego y en caso de tirar algo por accidente, lo levantaba sin que se le dijera, por ejemplo alguna vez corriendo tiro por accidente el material que estaban colocando los psicólogos para hacer algunas actividades y él al darse cuenta levantó toda la gravilla que había tirado, sin que nadie le pidiera hacerlo; en lenguaje se le dificultaba decir los opuestos, pero podía decir sin problema si quería o no jugar con sus compañeros; en autoayuda no podía enganchar la base de la cremallera, en cognición se equivocaba al decir cuál era la derecha y cual la izquierda, pero sumaba y restaba muy bien, al grado de ganar un concurso en su escuela; en desarrollo motriz no brincaba la cuerda por sí sólo, pero podía correr y recorrer el pasamanos sin ayuda. Ver figura 2. Última evaluación con GP.

Última Evaluación Con GP, 6.6 meses.

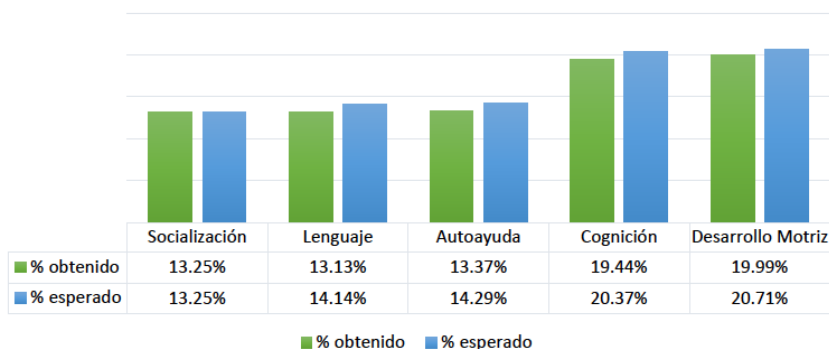


Figura 2. Última evaluación con GP, (en el rubro de 5-6 años) 20 meses de estar en el programa EDPI. En socialización, cumplió todo lo esperado en GP y en las demás áreas sólo le faltó un objetivo

DISCUSIÓN

El TDAH es una **condición neurobiológica del desarrollo** en ciertos niños que condiciona todas sus interacciones socioculturales, afectivas y de aprendizaje. La sintomatología tiene elementos comunes al comportamiento normal de los niños preescolares, de ahí que un criterio diagnóstico sea la edad en la cual dichos comportamientos deben disminuir, como eso no ocurre en el TDAH, sirve este criterio clínico para sospechar el diagnóstico y aplicarle las pruebas psicométricas (DSM-5, CIE-10). Sin embargo, si consideramos los hallazgos genéticos reportados (Fernández-Jaén, Fernández-Mayoralas, Calleja-Pérez, Muñoz-Jareño & López-Arribas, 2012) y el hecho de que se mantiene en la vida adulta (Araonés, Cañisa, Caballero & Piñol-Moresco, 2013), hacer un corte de edad a partir de tres o cinco años es una omisión en torno a la sintomatología y marcadores biológicos que pudieran estar presentes desde el embarazo o desde el nacimiento, y sobre todo, considerar lo anormal como un trastorno o patología, en el sentido de que existe un momento en el desarrollo en que el sujeto es normal y se produce un cambio biológico no predeterminado genéticamente.

Cuando la familia y la orientación psicopedagógica escolar se enfrentan a un niño con problemas para la autorregulación de su actividad, o para la regulación social de ella, no están preparados ante dicha anomalía y acuden al médico o al psicólogo. Si estos consideran a dicha condición como “trastorno”, una “patología” y “enfermedad”, el médico recetará fármacos y el psicólogo terapia de apoyo. Sin embargo, existe otra manera de abordar el problema en la cual no se considera al TDAH como trastorno, patología, enfermedad ni incompatibilidad evolutiva, todo lo cual no niega su condición neurobiológica anormal, ni los síntomas que se han clasificado para categorizarlo. **Considerarlo simplemente como una condición neurobiológica diferente, anormal, atípica** la cual requiere condiciones de apoyo social, familiar, psicopedagógica e institucional diferentes a la de los niños normales. Para que se esclarezca nuestro concepto, hay muchas condiciones neurobiológicas anormales que no son trastornos, patologías, ni enfermedades: diremos que es equivalente a un niño que fuera un genio con un IQ de 220, en este caso, el niño tiene una condición neurobiológica anormal que requiere apoyo diferenciado de otros niños normales.

A partir de este concepto, consideramos que la aproximación más adecuada en psicología y neuropsicología para atender a estos niños es la histórico-cultural de Vigotski (1934a,b,c; 1933-34/1996; 1931/2000) y Luria (1979; 1975/1980), particularmente la noción de Zona de Desarrollo Próximo, entendida como aquellos logros en el desarrollo de un niño que, comparados con lo que él puede hacer por sí solo, logrará con ayuda de otros, es decir, de la cultura organizada para su desarrollo. Nuestros resultados nos permiten conjeturar una respuesta a la pregunta ¿en qué se diferencian los niños preescolares con TDAH de los preescolares normales? Desde nuestro punto de vista, las diferencias psicológicas se encuentran en los siguientes puntos:

- (a) La regulación verbal por parte del adulto de la actividad de un preescolar normal opera sin mucha dificultad, y suele ser creciente en la medida que el niño pasa del primer año de vida a los seis; mientras que en el TDAH no opera adecuadamente la regulación verbal, y suele sustituirse por gritos, amenazas, y golpes por parte de los padres o cuidadores primarios para que funcione (Damianova & Brent, 2011)
- (b) En consecuencia, la autorregulación consciente y voluntaria de un niño con TDAH estrechamente relacionada con la función reguladora de su lenguaje interno, no opera adecuadamente, mientras que en un preescolar normal es creciente, sobre todo, si el apoyo familiar, escolar y social ejemplifica y regula los excesos (Escotto, 2011)



- (c) El niño preescolar va incrementando la regulación de su conducta por el contexto social y físico, por la pertinencia interactiva, y por la anticipación de peligros y problemas (Nagahama, Narumi; Takai, & Naomi 2011), mientras que el niño preescolar con TDAH presenta muchas dificultades para que todo eso funciones
- (d) Las tres condiciones anteriores (problemas con la función reguladora del lenguaje del adulto, de su propio lenguaje interno, del contexto y la anticipación de eventos peligrosos) traen como consecuencia dificultades en la convivencia social, la empatía, los vínculos afectivos con amigos y familiares, (Whitebread & Basilio, 2012) y el aprendizaje escolar en los niños con TDAH, pero no así en los niños preescolares normales que no carecen de condiciones sociofamiliares y educativas adecuadas.

Considerando estos factores, entonces, la atención del niño con TDAH debe centrarse en las prácticas socioafectivas, culturales y psicopedagógicas orientadas al incremento en las tareas que involucren cooperación social, regulación verbal de la actividad por parte del educador, el psicólogo o la familia, desarrollo de la función semiótica en los niños (uso social de signos y significados para conocer su mundo social y natural y a sí mismo) tales como el juego de roles, los dibujos, los cuentos, el juego, el baile y la música ejecutados con sus pares y sus cuidadores primarios.

Fármacos versus Programa de Estimulación del desarrollo

El que no se eliminaran los medicamentos y se mantuviera constante su aplicación durante 13 meses (5.11 años) a partir del cuales le cambiaron el fármaco, nos permitió comparar los efectos del programa y de los fármacos, en el entendido que aún con los fármacos que venía tomando antes de nuestra intervención, el niño presentaba las conductas que se describirán y tenía los problemas sociales y escolares que se reportaron, y después de los cambios no se registró un cambio significativo en sus conductas comparado con los meses previos del programa.

CONCLUSIONES

El TDAH es una condición neurobiológica anormal del desarrollo genéticamente determinada, pero no es un trastorno, patología ni enfermedad en el sentido de que el individuo fue normal durante algún tiempo, y luego tuvo un cambio en su comportamiento. Los individuos infantiles y adultos son diferentes y atípicos en las formas de regulación de su actividad, y lo son así desde su nacimiento, lo que media sus interacciones socioafectivas, pedagógicas, sociales y culturales. Éstas deben organizarse socioculturalmente de forma diferente para ayudar al desarrollo de la autorregulación de su actividad en contextos sociales y culturales específicos. Esta caracterización del TDAH implica buscar indicadores tempranos de su sintomatología para que tempranamente se organicen los apoyos necesarios. El tratamiento farmacológico debiera ser considerado solo la última opción, no la primera.

REFERENCIAS

- Aragónés, E., Cañisa, A., Caballero, A. & Piñol-Moresco, J. Ll. (2013). Cribado para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad en pacientes adultos de atención primaria. *Revista Neurología*, 56(9) 449-455.
- 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.
- Baltazar-Ramos, A. M. (2019). *Estimulación del desarrollo psicológico infantil*. México: UNAM, FES-Z. En: <https://www.zaragoza.unam.mx/area-ciencias-sociales/>
- Bluma, S., Shearer, M., Frohman, A., & Hilliard, J. (1978). *Guía Portage de educación preescolar, Manual*. (Ed. Rev.), Wisconsin, EE. UU: Cooperative Educational Service Agency.
- Cervingni, M, Stelzer, Mazzoni, Gómez, & Martino. (2012). Funcionamiento ejecutivo y TDAH. Aportes teóricos para un diagnóstico diferenciado entre una población infantil y adulta. *Interamerican Journal of Psychology*, 46 (2), 271-276.
- Damianova M., K. & Brent S., G. (2011). Rereading Vygotsky's Theses on Types of Internalization and Verbal Mediation. *Review of General Psychology*, 15 (4), 344–350
- DuPaul GJ, McGoey K, Eckert T, & VanBrakle J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 40, 5, 508-15.
- Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (2018). Pérez Morales, México, con 1.6 millones de niños con TDAH; sólo 8%, atendidos. Angulo 7 <https://www.angulo7.com.mx/2018/02/06/mexico-1-6-millones-ninos-tdah-solo-8-atendidos/>
- Escotto Córdova, E. A. (2011). El lenguaje interno como discurso dialógico y polifónico: un caso. *Revista CES Psicología*, 4(2), 72-83.
- Escotto-Córdova, E A. (2018). La normalidad anormal y el problema de lo normal, anormal, patológico y la enfermedad en el DSM V y CIE-10. V encuentro de Modelos Cognitivos Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Nacional Autónoma de México.
- Escotto-Córdova, E. A. y Baltazar-Ramos, A. (en prensa). *Análisis cualitativo en neuropsicología y en la valoración del desarrollo infantil*.
- Fernández-Jaén, A., Fernández-Mayoralas, D.M., Calleja-Pérez, B., Muñoz-Jareño, N., & López-Arribas, S. (2012). Endotipos genómicos del trastorno por déficit de actividad/hiperactividad. *Revista neurología*, 54(Supl 1), 81-87.
- Gaillard, F. (2004). Del adulto al niño neuropsicológico. Ensayo sobre el desarrollo de una disciplina. En Feld, V. & Rodríguez, M.T. (Eds.), *La neuropsicología del niño* (pp. 49-68). Buenos Aires: Editorial De la Universidad Nacional de Luján.



- Hernández-Muela, S., Mulas, F. & Mattos, L. (2004). Plasticidad neuronal funcional. *Revista Neurología*, 38 (1), 58-68.
- Hughes, White, Sharpen & Dunn. (2000). Antisocial, angry, and unsympathetic: 'Hard-to-manage' preschoolers' problems and possible cognitive influences. *J Child Psychol Psychiatry*; 41, 169-79.
- Hughes, Cutting & Dunn. (2001). Acting nasty in the face of failure? longitudinal observations of 'hard-to-manage' children playing a rigged competitive game with a friend. *J Abnorm Child Psychol*; 29, 403-16.
- Loro-López; Quintero, García-Campos, Jiménez-Gómez, Pando, Varela-Casal-Campos, & Correas-Lauffer (2009). Actualización en el tratamiento del trastorno por déficit de atención/hiperactividad. *Revista de neurología* 49 (5), 257-264.
- Luria, A. R. (1979) *El cerebro en acción*. Barcelona: Fontanella. Traducción, Mercedes Torres.
- Luria, A. R. (1975/1980). *Lenguaje y pensamiento*. Barcelona: Fontanella. Breviarios de conducta humana, 16.
- Nagahama, Narumi; Takai, & Naomi (2011). Development of Self-Regulation in Young Children Competing for Toys. *Source: Japanese Journal of Developmental Psychology*, 22 (3), 251-260.
- 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.
- Palacio, Ruiz-García, Bauermeister, Montiel-Navas, Henao & Agosta (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (tdah). *Rev. Salud Mental* 32, (1) 3-16.
- Quintanar, Gómez, Solovieva, & Bonilla (2011). Características neuropsicológicas de niños preescolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista CES Psicología*, 4 (2), 16-31.
- Roid & Sampers. (2011). *MP-R. Escalas de Desarrollo Merrill-Palmer Revisadas*. España: TEA.
- Ruiz-García M. (2007). Entidades médicas que evolucionan con intención e hiperactividad. En: Ruiz-García M, editor. *Actualidades en el diagnóstico y tratamiento del TDAH* (pp 197-209). México: Editores de Textos Mexicanos.
- Vygotski S L. (1934a/1993) *Pensamiento y Lenguaje*. En obras escogidas, T. II. Madrid. Visor, pp.9-348. Traducción, José María Bravo.
- Vygotski S. L. (1934b/1997) La psicología y la teoría de la localización de las funciones psíquicas. En *obras escogidas, T. I*, pp. 133-139. Madrid, España: Visor. Traducción, José María Bravo.
- Vygotski S. L. (1934c/1997) El problema del desarrollo en la psicología estructural. Estudio crítico. En *obras escogidas, T. I*, pp. 205-255. Madrid, España: Visor. Traducción, José María Bravo.

- Vygotski, S. L. (1933-34/1996). La Crisis de los siete años. Madrid: Visor. En *obras escogidas, T. IV*, pp. 337-386. Traducción, Lydia Kuper.
- Vygotski, S. L. (1931/2000). Historia del desarrollo de las funciones psíquicas superiores. En A. Alvarez y Del Río (Ed.). *Lev Semiónovich Vygotski, Obras escogidas, T. III. Problemas del desarrollo de la psique* (pp. 303-314) (Trad. Kuper). España: Aprendizaje Visor.
- Whitebread, D. & Basilio, M. (2012). Emergencia y Desarrollo temprano de la autorregulación en niños preescolares. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación de Profesorado*, 16 (1), 15-34.
- Ygual, Miranda & Cervera. (2000). Dificultades en las dimensiones de forma y contenido del lenguaje en los niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Rev Neurol Clín* 1, 193-202.

Capítulo 2



Intervención en la fono-articulación de paciente con dislalia funcional mediante (C.E.F.I.)

**Norma Martínez Lima
María Guadalupe Pérez Vázquez**

RESUMEN

El presente estudio de caso tiene como sujeto a una niña de 7 años diagnosticada con Dislalia Funcional, bajo una intervención psicoeducativa basada en la aplicación pretest- post test del Cuestionario para la Evaluación de la Fonología Infantil (C.E.F.I.), dentro del enfoque Cognitivo-Conductual y Multisensorial, durante 60 sesiones de 50 minutos, dos veces a la semana, con el objetivo de mejorar la pronunciación mediante la fonoarticulación, centrándose en la habilidad cognitiva y motriz. Los resultados fueron obtenidos bajo la aplicación de ejercicios del aparato fonoarticulador y lecto-escritura, fundamentados en un modelo cognitivo- conductual que demostraron un avance significativo en la paciente.

INTRODUCCIÓN

El lenguaje es entendido como el sistema de códigos que permite designar el entorno, los objetos del mundo, acciones, cualidades y relaciones; que, a su vez, le permite al ser humano ejercer comunicación con el contexto en que se desarrolla, ya que este elemento es considerado como el vehículo que permite trasladar la experiencia social e individual a un sistema simbólico para expresar lo deseado (Aldana, 2007; Mestre & Palmero, 2004).

Luria (1997) menciona que el desarrollo del lenguaje en el niño es un proceso de carácter biológico en el cual se entrelazan la maduración biológica, que se encuentra determinada genéticamente y el aprendizaje fisiológico que resulta de la interacción del individuo con su medio; así mismo, indica que el lenguaje cuenta con dos características fundamentales, la comunicativa, conceptualizada como el intercambio de información y la representativa, que diferencia el lenguaje humano del animal. A su vez, dentro de la actividad verbal identifica dos formas esenciales: actividad impresiva que alude a la comprensión del lenguaje y actividad productiva entendida como la producción del mismo y que es considerada como una acción compleja que incluye componentes para llevarse a cabo, tales como: pronunciación de los sonidos y de sus articulaciones, formando la base de la audición fonética, lo que a su vez requiere de motricidad verbal (Luria 1995 como se citó en Morales, Lázaro, Solovieva & Quintanar, 2014)

Por otra parte, la adquisición del lenguaje se da gracias a un proceso gradual y continuo que pasa dos etapas: prelingüística y lingüística.

Rodríguez (2013), indica que la etapa prelingüística, es la base de la comunicación, ya que los niños empiezan a familiarizarse con las palabras que son emitidas por su primer entorno social, la familia; por ello, es indispensable que el educador primario, estimule el desarrollo de esta área a través de canciones, cuentos, respondiendo a los balbuceos. Por lo que identifica estadios o subetapas que van acorde al desarrollo cronológico e integral del niño, las cuales son:

- a) Del nacimiento a dos meses: el niño se comunica a través del llanto para manifestar sus necesidades al mundo que lo rodea, donde al ser satisfechas éste se transforma de un reflejo a mecanismo voluntario.
- b) De tres a cuatro meses: aparece el balbuceo o lalación, que consiste en la emisión de sonidos mediante redoblamiento de sílabas. Dentro de estas vocalizaciones existe la expresión afectiva.
- c) De cinco a seis meses: se presencia la imitación de sonidos, donde principalmente son auto imitaciones y posteriormente se inicia la repetición de sonidos producidos por el adulto.
- d) De los siete a los diez meses: inicia el proceso de protoconversación entre el niño y la madre, lo que permite afirmar y mantener el contacto social entre interlocutores.
- e) De los diez a los doce meses: se presencia mayor interés en la imitación de gestos, sonidos y palabras, que le permiten al niño articular frases cortas como mamá, papá, sopa, etc.

Sin embargo, Rodríguez (2013), sostiene que la etapa lingüística inicia con la emisión de palabras que siguen un fin comunicativo, por lo que se ha considerado que el promedio de inicio de esta etapa se da a partir de los dos años, donde el niño adquiere mayor interacción con el medio, impulsando así la necesidad de ejercer una comunicación activa con el entorno para expresar necesidades y deseos.

Por su parte Villa (1992, citado por Molina, 2010) menciona que se pueden ubicar dos subetapas, que se diferencian con base a las habilidades adquiridas:

- a) De dos a cuatro años: los niños cuentan con un vocabulario mayor a 50 palabras, que le permite articular éstas en frases y oraciones simples, lo que posteriormente dará pauta a un vocabulario mayor y complejo, ayudándoles a responder a las exigencias de los adultos.
- b) De los cinco a los siete años: el niño es capaz de responder a preguntas de comprensión referentes al comportamiento social aprendido, ya que ha adquirido una capacidad simbólica gracias al desarrollo neuropsicológico del lenguaje abstracto.

En general, la articulación de los fonemas suele ser normal a los 6-7 años: la normalización fonética comienza con las vocales, que se regularizan en su articulación cerca de los 3½ años, donde su atraso exige un estudio auditivo. Dentro del campo consonántico, alrededor de los tres años, se normalizan en primer lugar las consonantes labiales *P*, *B* y *M*. Posteriormente, alrededor de los 3½ - 4 años, las linguodentales *D* y *T*. A los 5 años, las alveolares *N* y las palatales *K* y *J*. A los 6 años, continúan con las labiodentales *F*; linguoalveolares *R*, *RR* y *L*. Entre los 6 y 7 años las dentales *S* y *Z* (Berko y Bernstein, 2010).

Así mismo, el lenguaje cuenta con componentes relacionados entre sí que conforman el léxico de cada sujeto, puesto que involucra información que se dispone sobre palabras, incluyendo su sonido, significado, apariencia escrita y los papeles sintácticos que adopta (Harley, 2009; Leahey & Harris, 2001).



Ahora bien, Berko y Bernstein (2010) indican que los componentes generales del lenguaje son:

- **Fonología:** describe las categorías de sonido que utiliza cada lenguaje para dividir el espacio de los posibles sonidos; es decir, incluye las reglas de combinación de palabras, así como su acentuación y patrones de entonación.
- **Morfología:** se encarga del estudio de cómo se construyen las palabras a partir de morfemas, las cuales son unidades mínimas de significado.
- **Sintaxis:** reglas que indican como pueden combinarse las palabras y las frases para formar enunciados, permite transformar oraciones en otras ampliando el léxico de cada individuo.
- **Semántica:** hace referencia a las reglas que rigen el significado de las palabras y los enunciados, es decir, fomenta la formación de significados mentales.
- **Pragmática:** indica la utilización del lenguaje para expresar intenciones y conseguir cosas en el mundo; es decir, explica la relación entre el lenguaje y su contexto, ayudando al individuo a expresarse de forma correcta en diversos ambientes.

El lenguaje, al igual que todas las áreas del desarrollo humano, se encuentra expuesto a influencias genéticas, ambientales y de maduración, hecho que produce variaciones en el resultado del desarrollo (Papalia, Wendkos & Duskin, 2005).

Por su parte, Molina (2010), expone la importancia de los factores intrínsecos, tales como las características físicas de cada individuo, nivel de desarrollo y atributos adquiridos genéticamente; además, los factores extrínsecos se encuentran vinculados a la interacción familiar abarcando la personalidad de los integrantes, estilo de crianza de los padres, estatus socioeconómico y cultura donde el niño se ha desarrollado.

Las resultantes obtenidas por estas influencias pueden provocar efectos positivos o negativos, específicamente en el área de interés trabajada, si no existe un desarrollo lingüístico como la mayoría pueden originarse trastornos del lenguaje o habla, que dificultan la emisión de sonido, ocasionando problemas en la comunicación (Molina, 2010).

Profundizando en los trastornos del habla, que son considerados como dificultades para la articulación o para la producción clara y fluida en la expresión oral, resulta importante destacar los trastornos que más predominan en los niños durante su desarrollo y que afectan la articulación de fonemas, donde Celdrán y Zamorano (2008) mencionan los siguientes:

- **Disglosia:** trastorno de la articulación debido a alteraciones orgánicas de los órganos periféricos del habla, se caracteriza por la omisión, distorsión y sustitución de fonemas en los que intervienen los órganos afectados.
- **Disfemia:** comúnmente llamado tartamudez, es un trastorno en la elocución lingüística, en la secuencia o flujo del habla, su manifestación es a través de repeticiones de sílabas o palabras e interrupciones espasmódicas, donde se pueden distinguir dos clases:
 - **Tónica:** existe una interrupción del habla que se da al iniciar un discurso o en partes de este.
 - **Clónica:** se aprecian repeticiones de sílabas o palabras, caracterizado por el farfullo con articulación desordenada y sin que exista conciencia de esto.

- ◆ Disartria: dificultad en la articulación y expresión oral que afecta el tono y los movimientos de los músculos de la articulación, debidas a lesiones en el sistema nervioso central.
- ◆ Disfonía: trastorno en la emisión de la voz, se presenta por alteración en algún órgano fonador o bien en la función de la emisión.
- ◆ Dislalia: Incapacidad para producir uno o varios fonemas de la lengua sin que exista causa orgánica o neurológica que lo justifique, siendo la funcionalidad del aparato fonoarticulador la que se ve afectada; por lo que se considera que la problemática en el proceso de dicción del fonema radica en la deficiente colocación de los órganos y músculos implicados en el proceso de fonación del habla.

Dentro de este trastorno, la dislalia, Azcoaga et al., (1992 en Llorente, 2015) considera la existencia de tres tipos de dislalias:

- a) Dislalias neurológicas: Se caracteriza por un daño cerebral que produce errores articulatorios. Dentro de las cuales se ubican las siguientes.
 - afásica. Caracterizada por sustituciones de un fonema por otro vecino con similitud fonética, así mismo, puede existir incorporación de sustituciones, agregados y omisiones en la combinación silábica.
 - anártrica. Indica deformaciones, sustituciones u omisiones de fonemas y de silabas, debido a la insuficiente diferenciación propioceptiva.
 - audiógena. Dificultad articulatoria que afecta a la pronunciación de los fonemas, pero que deriva de una pérdida de audición, como advierte su nombre, sentido que resulta, a todas luces, imprescindible para el óptimo desarrollo del lenguaje oral y particularmente para la adquisición y diferenciación de los sonidos que conforman el habla.
 - disártica. Existe una espasticidad, incoordinación y paresias en los músculos que intervienen en el habla, dando lugar a fallos en los puntos y en los modos de articulación. Dichos procesos fisiopatológicos dependen de alteraciones en el aparato motriz que rige funciones de los músculos participantes en la articulación de fonemas.
- b) Dislalias psicógenas: el error tiene un origen psicológico, es decir, existe un grado de deficiencia mental. Entre las que se encuentran:
 - alálica. Responden a una desorganización generalizada de la actividad nerviosa superior, ofrece rasgos pertenecientes a las dislalias anártricas, afásicas o a la combinación de estas.
 - por neurosis. Se caracterizan por su inestabilidad, indicando así que en momentos se puede apreciar una adecuada articulación, mientras que en otro aparecen no solo diversas dislalias, sino manierismos en la actividad articulatoria.
- c) Dislalias instrumentales: La alteración se produce por un fallo en el mecanismo articulatorio, estando afectados los órganos o su funcionamiento. De las cuales se conocen la:
 - evolutiva. Modalidad que se da en niños de entre 3 y 5 años que es propia del desarrollo normal de cualquier niño, que se presenta por la inmadurez del sistema nerviosos central y del aparato fonoarticulador.



La Dislalia Funcional es una alteración de ciertos fonemas como consecuencia de la mala coordinación de los músculos fonatorios que son necesarios para la articulación, este trastorno tiene diversas causas, tales como: patrones de articulación infantil, privación lingüística, defectos en la respiración, malos hábitos deglutorios, por mencionar algunos. Las dislalias funcionales más frecuentes en cuanto a fonemas que afectan son el astigmatismo /s/, lambdacismo /l/, rotacismo /r/, gammacismo /g/, /k/ y /x/, deltacismo /d/ y /t/ y betacismo /b/ y /p/ (Veiga, 2006).

Alonso (2011) indica que, dentro de la dislalia antes descrita, se pueden producir:

- a) Trastornos fonéticos, donde la dificultad se encuentra en el aspecto motriz articulatorio, hecho que produce confusión en la percepción y discriminación auditiva.
- b) Trastornos fonológicos, donde las alteraciones son a nivel perceptivo y organizativo donde la alteración se produce a nivel perceptivo y organizativo, es decir, en los procesos de discriminación auditiva, afectando a los mecanismos de conceptualización de los sonidos y a la relación entre significante y significado.

Por otra parte, Llorente (2015) indica que los tipos de errores más comunes que las personas dislálicas cometen son los siguientes: sustitución, omisión, inserción y distorsión.

- La sustitución consiste en sustituir un fonema por otro que resulta más fácil de pronunciar. Por ejemplo: babardina por gabardina.
- La omisión se produce cuando el fonema se ve omitido al pronunciar la palabra. Por ejemplo: quieo por quiero.
- La inserción consiste en añadir un fonema que la palabra no posee para hacerla más fácil de pronunciar. Por ejemplo: calavo por clavo.
- La distorsión se lleva a cabo cuando se altera el orden de algunos fonemas en la palabra problemática. Por ejemplo: murciégalo por murciélagos.

Es importante mencionar que, al existir trastornos fonológicos, se complejiza más la adquisición de lectoescritura, ya que el niño omite, sustituye, inserta o distorsiona fonemas, hecho que afecta la conversión del mismo grafema durante la escritura. Esto es debido a que se ve afectada la discriminación auditiva, que se considera causa común en las alteraciones del habla y la escritura. Esto se encuentra relacionado con la habilidad para detectar semejanzas y diferencias entre los fonemas y su afectación puede generar dificultades para asociar sonido-letra, dificultades para distinguir palabras que riman o confusión al escuchar palabras cuya pronunciación es similar. Para enfrentar exitosamente el aprendizaje de la escritura, es necesario fomentar destrezas que involucren procesos perceptivos, tanto en lo visual como en lo auditivo; por otra parte, se necesitan también de destrezas motrices en lo que respecta al uso de manos y dedos y una regulación tónico postural general que le permita al estudiante manejar la estructuración espaciotemporal para codificar y decodificar las letras (Bravo Cópola, 2004 citado en Soldavini, 2015).

Por ello, es indispensable que exista una intervención temprana para favorecer la iniciación de lectoescritura, impulsando el crecimiento personal del niño. La intervención en niños con dislalia funcional debe estar orientada al desarrollo de la articulación en función de la comunicación oral y escrita, por lo que es preciso implementar un

tratamiento indirecto, el cual está dirigido a la mejora de las funciones que inciden en la expresión oral del lenguaje y un tratamiento directo, que procura conseguir una articulación precisa y su automatización e integración en el lenguaje espontáneo (Aldana, 2007).

Con lo antes descrito, los programas de intervención en niños que presentan dificultades en el área de lenguaje tienden a mostrar diversas técnicas directas e indirectas para disminuir gradualmente la manifestación del problema, donde Morales et al (2014) en su estudio Evaluación y corrección neuropsicológica del lenguaje en la infancia, identifican las siguientes estrategias:

- Ejercicios para aumentar vocabulario. Para ello, se suele empezar por conceptos y palabras que son conocidas para el niño y, progresivamente, se aumenta el nivel de dificultad. Cuando el niño ya posee un número suficiente de palabras se pasa a clasificarlas e incluirlas en categorías. De esta forma, se le otorga funcionalidad al vocabulario que va aprendiendo.
- Ejercicios y praxias bucofaciales. Su objetivo es conseguir una correcta pronunciación de los fonemas. Estos ejercicios consisten en ejercitar y trabajar todos los órganos que intervienen en la articulación de los fonemas (boca, lengua, labios, respiración, etc.). Nieto (2009) menciona que hay una estrecha relación entre motricidad y lenguaje, por ello es indispensable que los órganos articulatorios deban adquirir la agilidad y coordinación de movimientos suficientes y necesarios para hablar con corrección. Las actividades bucofaciales deben orientarse hacia la consecución de una adecuada motilidad de lengua, labios y mandíbula. La lengua y los labios actúan activamente, mientras que las mandíbulas, el velo del paladar y las fosas nasales lo hacen como órganos pasivos. La adecuada motricidad de estos órganos es un prerrequisito necesario para alcanzar una capacidad articulatoria suficiente.
- Actividades para organizar el campo semántico, a través de imágenes o dibujos se juega a relacionar unos conceptos con otros.
- Ejercicios de discriminación auditiva, en la que se enseña a distinguir sonidos distintos que son familiares para el niño. Esto se suele hacer a través de grabaciones y se le pide al niño que intente adivinar de qué sonido se trata. Por ejemplo, sonidos de estímulos que están en el ambiente (el viento, la tormenta, los pájaros, las campanas, etc.), sonidos de instrumentos musicales, sonidos de animales, etc.
- Actividades de memoria auditiva, para lo cual el niño aprende palabras que luego olvida o distorsiona después. Por ello es importante que el entrenamiento vaya dirigido al análisis y síntesis de la palabra.
- Otras actividades como ejercicios para aumentar la comprensión verbal, ejercicios morfosintácticos, actividades para aprender la organización y estructuración de frases, etcétera.



MÉTODO

Descripción del sujeto y problemática

Paciente de 7 años, ingresó al Programa Psicoeducativo debido a dificultades de lenguaje con la pronunciación de las letras “r, rr” y combinaciones como “bl, br, fl, tr, pr, cr”, además de problemas de lectoescritura, detectadas en casa y en la escuela. La madre reportó que la paciente toma demasiado tiempo para escribir el dictado y además repite las palabras antes de escribirlas y dificultades de comprensión lectora, y en el caso de las combinaciones de las letras anteriormente mencionadas lo escribe como lo pronuncia, es decir, omite letras.

Objetivo

Desarrollar habilidades correspondientes al área de lenguaje y lectoescritura para beneficiar la interacción con su entorno mediante la escucha y articulación efectiva del habla. Dentro de lo cual se espera fomentar la correcta articulación de sílabas trabadas, diptongos y triptongos, así como la dicción al hablar; de igual manera se espera mejorar la recepción y comprensión verbal, visual y auditiva para la optimización del lenguaje, mediante la diferenciación de los fonemas y grafemas aislados y dentro de los textos.

Descripción del problema

De acuerdo con la información presentada, la paciente presenta una alteración en el habla, conocida como *Dislalia*, esta es de tipo instrumental y por consolidación de hábitos incorrectos, es decir, dislalia funcional.

Instrumentos de evaluación:

- Historia clínica
- Test gestáltico visomotor de Bender-Koppitz (2003)
- Test de desarrollo de la percepción de Marianne Frostig (1993)
- Test ABC de Laurence Filho (192571960)
- Cuestionario para la evaluación de la fonología infantil (CEFI) de Raúl Ávila (2007)
- Guía Portage de educación preescolar de S. Bluma, M. Sheare, A. Frohman y J. Hilliard (1976)
- Inventario de primeras palabras (2005)

Una vez concluida la evaluación; se encontró que la paciente presenta dificultades en el habla. Donde, de acuerdo con el CEFI y el Test ABC, la paciente presenta dificultades en la pronunciación de los siguientes fonemas:

d, r, rr, bl, br, dr, fl, gl, kl, pl, tr, ks, kt, lt, rb, rm, rs, rt, sb, sk, mbl, mbr, str, áu.

Con lo antes expuesto, se comprueba el motivo de consulta. Indicando que la dificultad que presenta la paciente en el habla es conceptualizada como “dislalia funcional” y es por consolidación de hábitos incorrectos, tales como, succión de un dedo, alteraciones en la respiración y acciones deglutorias.

PROCEDIMIENTO

Las actividades realizadas en la intervención se centraron en habilidades cognitivas-conductuales y técnicas fonarticuladoras.

Una de las áreas que se debe manejar en la estimulación y rehabilitación de las funciones ejecutivas es el desarrollo de estrategias para la solución de problemas, en la cual el paciente reaprenda a analizar las condiciones del problema, seleccionar los procedimientos adecuados para la solución, seguir los pasos requeridos y comparar los resultados con las condiciones originales. Este enfoque recibe el nombre de enfoque cognitivo-conductual, porque integra técnicas conductuales y estrategias cognitivas. Pretende modificar la conducta mediante la manipulación o cambio de sus procesos internos. En esta dirección destacan trabajos 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 a través de las cuales el sujeto ejercita o entrena diversas capacidades cognitivas.

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.

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.

Economía de fichas, esta técnica se ha utilizado para mantener activa la motivación de la paciente por emitir correctamente los fonemas, con el fin de recibir una recompensa física o incluso la propia satisfacción de que ha superado obstáculos.

Respecto al **enfoque multisensorial**, tiene como objetivo estimular los receptores sensoriales con el fin de conseguir una mayor respuesta del sujeto ante los estímulos y un mejor conocimiento del medio y de sí mismo. Para ello, se utilizan estímulos sensoriales diversos (sonidos, texturas, fragancias, contacto corporal, etc.), en períodos organizados de estimulación, y mediante una serie de aparatos y técnicas que se determinan según el tipo y dificultad del déficit.



Materiales utilizados

Ejercicios de labios y lengua de la tesina de Arellan, O.L.L (2014)

Aprende mejor con Gimnasia Cerebral de Luz María Ibarra (2012).

Comprensión Lectora 1 de Antonio Vallés Arándiga. (2009)

Materiales didácticos (memoramas, rompecabezas, loterías, etc.)

Paquete de aprendizaje Como articular la ERRE de María Paz Berruecos (2008)

Paquete de aprendizaje Facilito Discriminación visual 2 de Teresa Fuentes Navarro (1999)

Paquete de aprendizaje Facilito Expresión oral y escrita 1/Trazos de Teresa Fuentes Navarro (1999)

Ejercicios de discriminación de grafemas

Ejercicios de discriminación visual

Ejercicios para estimulación de la creatividad por medio del área del lenguaje

Estructura de las sesiones y escenario

Se trabajó en el cubículo 7 de la Clínica Multidisciplinaria Zaragoza, ubicada en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. El cubículo mide 3x4 metros aproximadamente, las paredes son blancas, tiene una ventana, buena iluminación, una mesa para trabajo escolar, dos sillas y un pizarrón blanco.

Se tubieron 60 sesiones de 50 minutos, dos veces a la semana.

Al inicio de cada sesión se le preguntaba a la paciente sobre lo que había pasado los días anteriores, tanto en su casa como en su escuela, después de esta platica introductoria, se daba inicio a las actividades planeadas.

Principalmente se iniciaba con ejercicios de gimnasia cerebral, para continuar con sus actividades de lengua, labios, respiración y soplo. Posteriormente se trabajaban las actividades de mayor complejidad, lo cual principalmente era pronunciación de palabras con sinfonos, seguido de estas actividades, se procedía con dictados o lecturas breves.

RESULTADOS

Las actividades realizadas en la intervención fueron encaminadas al desarrollo de habilidades correspondientes al área de lenguaje, para mejorar la emisión de fonemas y la dicción en el habla de la paciente; así mismo, se buscó mejorar la lectoescritura para fomentar comprensión de textos.

Área de lenguaje

Los ejercicios de lengua, labios, respiración, soplo y absorción, para mejorar el control motor de los órganos articulatorios, permitió favorecer la articulación y fluidez en el habla de la paciente, así mismo, pudo emitir fonemas como la “l” y “r” con la cual tenía dificultad ya que el sonido lo realizaba de forma muy marcada, sin embargo, a medida que se avanzaba con la intervención, estos fonemas fueron fluidos. Por otra parte, se pudo propiciar la articulación de silabas trabadas que llevan intermedio la consonante “l”, dentro de lo cual a pesar de que se emiten con mucha dificultad, se puede apreciar el sonido de las letras que componen las palabras con estas combinaciones, por ejemplo “playa”, “plátano”, “cable”, “blusa”, “glucosa”, “tlapalería”, etcétera.

En la figura 1 se muestra el total de sonidos o fonemas que la paciente obtuvo, antes y después del programa de intervención, en el cual se observa un avance significativo en la pronunciación, con una diferencia de 35 puntos pretest- postest.

En la figura 2, se puede observar el total de grupos homosilábicos que la paciente obtuvo, antes y después del programa de intervención, mostrando avances significativos con una diferencia de 16 puntos pretest- postest, este avance es el más significativo, ya que al inicio de la intervención el puntaje era nulo.

En la figura 3 se muestra el total de grupos heterosilábicos que la paciente obtuvo, antes y después del programa de intervención, en el cual los avances observados son significativos, con una diferencia de 19 puntos pretest- postest.

Comparación de resultados de sonidos simples o fonemas

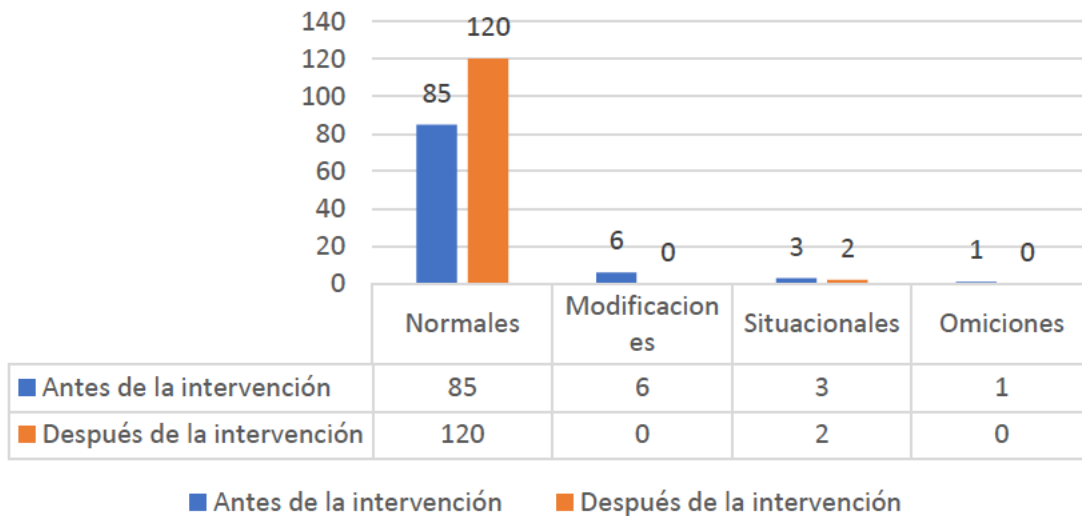


Figura1. Comparación de resultados de sonidos simples o fonemas.



Comparación de resultados total para grupos homosilábicos

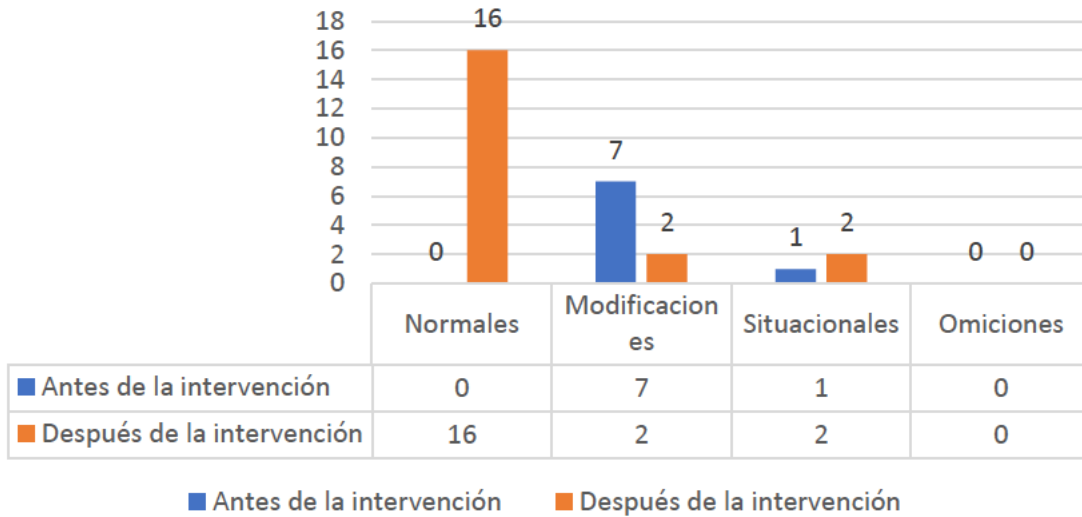


Figura 2. Comparación de resultados total para grupos homosilábicos.

Comparación de resultados total de grupos heterosilábicos

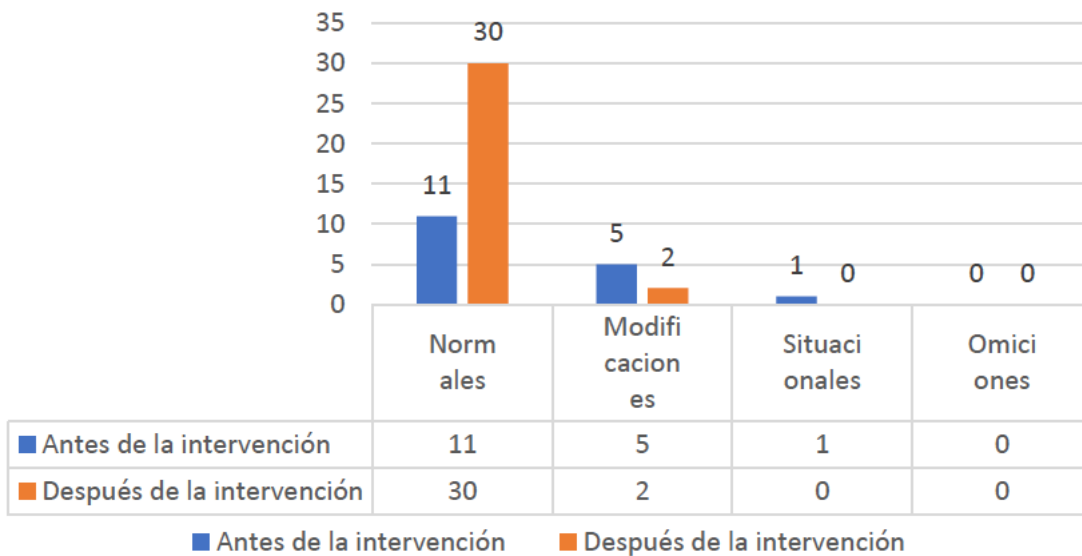


Figura 3. Comparación de resultados total de grupos heterosilábicos.

En la figura 4 se muestra el total de diptongos que la paciente obtuvo, antes y después del programa de intervención, se observa un avance significativo ya que logra pronunciar la mayor parte de los diptongos de forma correcta, con una diferencia de 11 puntos pretest – posttest.

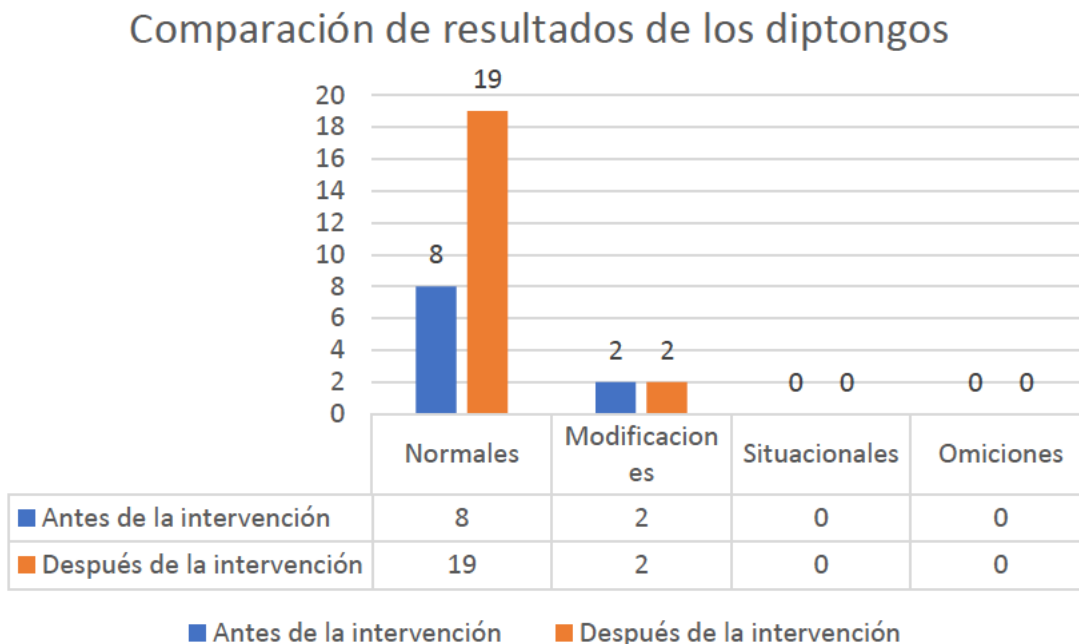


Figura 4. Comparación de resultados de los diptongos.

En la figura 5, se muestra el total de vocales que la paciente obtuvo, antes y después del programa de intervención, se observa un avance significativo ya que logra pronunciar la mayor parte de los diptongos de forma correcta, con una diferencia de 28 puntos pretest- posttest.

Área cognitiva

La paciente logró identificar los grafemas /p/ /q/ /b/ y /d/ así como su fonema, ya que al leer emitía el sonido correspondiente y al escribirlos no mostraba confusión, de igual manera cuando existía duda preguntaba antes de escribirlo y no se le daba la respuesta, solo se le ayudaba con ejemplos para que ella resolviera su propia duda. Al inicio de la intervención presentaba dificultad cuando leía palabras con “q” ya que mencionaba el sonido intermedio, es decir, en vez de decir “queso” decía “cueso”, pero esto se mejoró con la práctica.

En la figura 6, se puede observar el porcentaje de objetivos logrados por el paciente: cuenta hasta 20 objetos y dice cuántos hay, nombra 10 números, escribe su propio nombre con letra de imprenta, nombra cinco letras del alfabeto, ordena objetos en secuencia de ancho y largo, nombra las letras mayúsculas del alfabeto, pone los números del 1 al 10 en la secuencia apropiada, nombra la posición de los objetos: primero, segundo, tercero; nombra las letras minúsculas del alfabeto, junta la letra mayúscula con la minúscula, señala los números que se le nombran del 1 al 25, copia un rombo, completa un laberinto simple, suma y resta combinaciones hasta el 3, reconoce a primera



vista 10 palabras impresas, señala mitades y objetos enteros. Y el porcentaje de objetivos no logrados (dice cuál es su izquierda y su derecha, dice en orden las letras del alfabeto (se salta las letras “m, n, ñ” y confunde la “w”, la nombra como “doble equis”); nombra los días de la semana en orden, dice el día y el mes de su cumpleaños, logra contar del 1 al 100.

Comparacion de resultados total de vocales

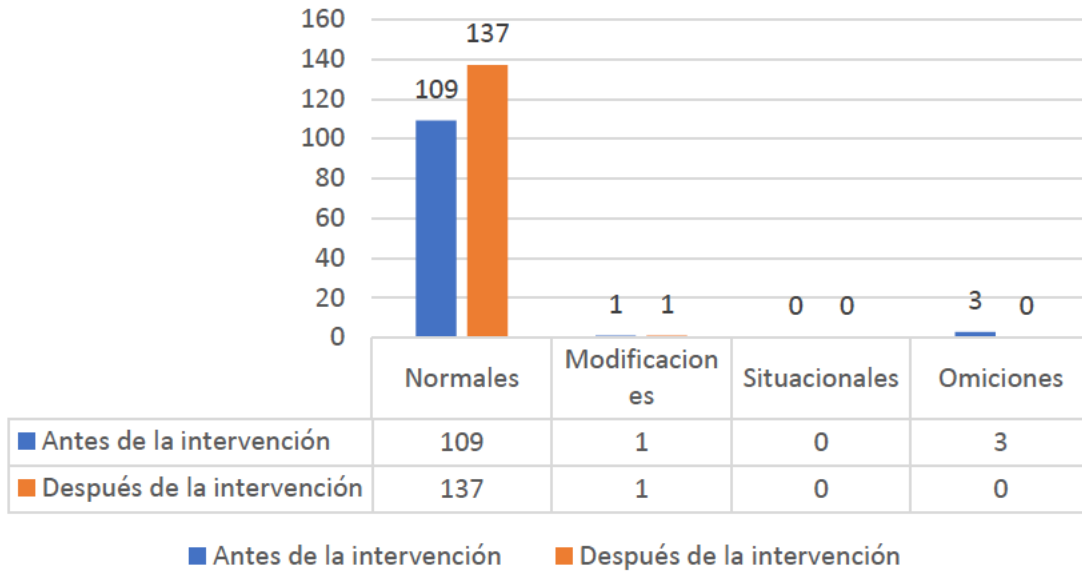


Figura 5. Comparación de resultados total.

Cognición



Figura 6. Área cognitiva. Porcentaje de objetivos logrados por la paciente.

Desarrollo motriz

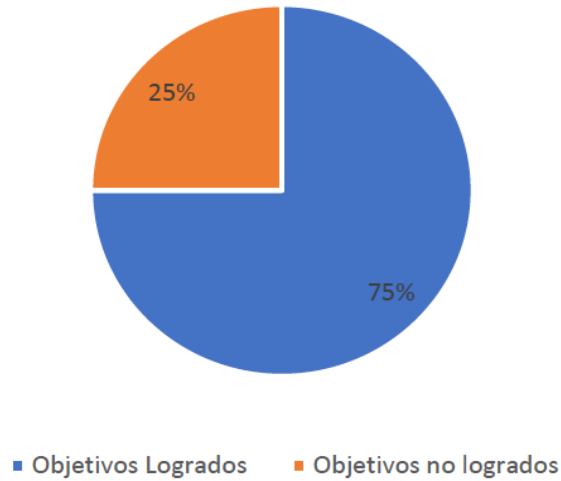


Figura 7. Área motriz.

En la figura 7, se puede observar el porcentaje de objetivos logrados por la paciente (escribe en letra de imprenta mayúsculas grandes, aisladas en cualquier parte del papel; brinca, se mece en un columpio iniciando y manteniendo el movimiento, dobla los dedos y se toca uno por uno con el pulgar, puede copiar letras minúsculas, hace rebotar una pelota y la controla, colorea sin salirse de las líneas el 95% de las veces, recorta figuras en revistas o catálogos sin desviarse más de 6 mm del borde, usa un sacapuntas, dobla un papel cuadrado 2 veces, diagonalmente, imitando al adulto; coge con una mano una pelota suave o una bolsa de semillas que se le tira, puede saltar la cuerda por sí solo, golpea una pelota con un bate o palo, recoge un objeto del suelo mientras corre, monta en bicicleta (con llantitas), camina o juega en una piscina con el agua hasta la cintura, conduce un patín del diablo, empujándose con un pie; salta y gira sobre un pie, escribe su nombre con letra de imprenta en papel escolar usando las líneas, salta de una altura de 30 cm y cae en la punta de los pies, se mantiene en un pie, sin apoyo, con los ojos cerrados por 10 segundos). Y el porcentaje de los objetivos que no logro (camina sobre una tabla y mantiene el equilibrio hacia atrás, hacia delante y de lado, trepa escaleras de mano de 3 m de altura, golpea un clavo con un martillo, copia dibujos complejos, arranca figuras simples de un papel, patina hacia delante 3m, se cuelga durante 10 segundos de una barra horizontal).

DISCUSIÓN

El objetivo planteado al inicio de la intervención se cumplió, ya que en la paciente sí se encontró un avance significativo. Con base a los resultados en general se encontró un avance en cuanto a la pronunciación de la letra “r” y “rr”.

En la paciente se logró una modificación en las palabras como rojo que anteriormente decía “dojo” y ahora lo pronuncia correctamente, con la palabra araña omitía la r y actualmente la pronuncia correcta, a lo largo de la



intervención se iba esforzando para pronunciar la *R* y al término de las sesiones su pronunciación era más fluida y natural que antes. Así mismo, tuvo dificultades para algunas actividades, por lo tanto, hubo un avance en la emisión de los sonidos, pero no un avance en la comprensión de algunas palabras, esto se ve justificado con la investigación hecha por Law J., Garrett Z. y Nye C. (2007) donde se demostró que los programas de intervención son efectivos en las dificultades fonológicas, pero menos para las dificultades en la recepción.

En una investigación realizada por Arellan (2014), se demostró que la aplicación de un programa de intervención tiene mejoras en un área global del lenguaje, sobre todo en la dimensión expresiva.

Para que el programa funcione de una forma efectiva, es importante el apoyo en casa, ya que el tiempo al que la paciente asiste a terapia no es suficiente.

CONCLUSIONES

Aunque el programa si funcionó satisfactoriamente, aún persisten algunos problemas en el lenguaje de la paciente, sobre todo en las combinaciones como “br, fr, tr, l” pr” y en el caso de la “bl, fl, p, que se derivan de la distracción por la pronunciación.

Es importante trabajar más en las palabras combinadas.

El problema diagnosticado en la paciente es “dislalia” y esta es de tipo instrumental y por consolidación de hábitos incorrectos (dislalias funcionales). Se trata de dislalias sistematizadas por deformaciones y omisiones en la articulación. Los malos hábitos respiratorios y deglutorios generan a su vez dislalias. La succión de un dedo, al mismo tiempo que originan deformaciones anatómicas, es causa de dislalias funcionales.

Se recomienda que el programa de intervención tenga continuidad y se sigan realizando los ejercicios en casa, para lograr un afianzamiento en la pronunciación, al igual que es importante que los padres muestren interés en la continuación del tratamiento en casa.

REFERENCIAS

- Aldana, Y. (2007). *Manual práctico para docentes: actividades para trabajar dislalias funcionales en niños entre 6 y 10 años de edad*. Maracaibo, Venezuela: Universidad Católica Cecilio Acosta.
- Alonso, P. (2011). Proceso de evaluación de las dislalias funcionales. *Revista Arista digital* 4. 553-568.
- Arellan, O. (2014). Tesina: lenguaje y educación. Propuesta pedagógica para el tratamiento de problemas de lenguaje en el aula. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Berko, J. & Bernstein, N. (2010). *El desarrollo del lenguaje*. Madrid: Pearson.

- Berruecos, M., P. (2008). Como articular la erre. México: Prensa mexicana.
- Celdrán, M. & Zamorano, F. (2008). *Trastornos de la comunicación y el lenguaje*. Recuperado de <http://diversidad.murciaeduca.es/orientamur/gestion/documentos/unidad23.pdf>
- Fuentes, T. (1999). *Evaluación de precurentes instrumentales para la adquisición de la lectoescritura*. México: Manual Moderno.
- Harley, T. (2009). *Psicología del lenguaje*. España: McGraw-Hill.
- Ibarra, L. (1997). *Aprende mejor con gimnasia cerebral* (12° ed). México: Garnik.
- Law J., Garrett Z. y Nye C. (2007) Intervenciones de terapia del habla y el lenguaje para niños con retraso o trastorno primario del habla y el lenguaje. *La Biblioteca Cochrane Plus*, (4), 1-58.
- Leahey, T. & Harris, R. (2001). *Aprendizaje y cognición*. México: Prentice Hall.
- Llorente, M. (2015). La dislalia: *Defecto en el habla del desarrollo infantil*. España: Universidad de Valladolid.
- Ibarra L, M. (2012). *Aprende mejor con Gimnasia Cerebral*. México: Delfín.
- Luria, A. (1977). *Conciencia y lenguaje*. España: Visor Libros.
- Mestre, J. & Palmero, F. (2004). *Procesos psicológicos básicos*. México: McGraw-Hill.
- Molina, M. (2010). *Trastornos del desarrollo del lenguaje y la comunicación*. Recuperado de http://www.paidopsiquiatria.cat/files/12_trastornos_desarrollo_lenguaje_comunicacion.pdf
- Morales, M., Lázaro, E., Solovieva, Y. & Quintanar, R. (2014). Evaluación y corrección neuropsicológica del lenguaje en la infancia. *Pensamiento psicológico*, 1(12), 39-53.
- Nieto, I. (2009). Ejercicios de praxias buco-fonatorias. Recuperado de <https://esmeyube.files.wordpress.com/2009/11/ejercicios-basicos-praxias.pdf>
- Papalia, D. Wendkos, O. y Duskin, F. (2005). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Rodríguez, C. (2013). *El desarrollo del lenguaje en niños y niñas*. México: Portal de educación infantil y primaria.
- Soldavini, C. (2015). Dislalia: Efecto en la adquisición de la lectoescritura. VII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXII Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología Universidad de Buenos Aires. Veiga, M. (2006). *Dificultades del aprendizaje: Detección, prevención y tratamiento*. España:
- Vallés Arándiga, A. (2009). *Comprensión lectora*. España: Promolibro.

Capítulo 3



Modelo Centrado en Soluciones para el manejo de problemas escolares y familiares

Guadalupe Mendoza Rodríguez

RESUMEN

El presente trabajo tiene como **propósito** describir el caso de un niño de 11 años que presentó problemas de conducta en la escuela y en casa, bajo rendimiento escolar, así como distanciamiento y conflicto con su madre. Se abordó desde el Modelo Centrado en Soluciones, la evaluación estuvo enfocada en la forma en que madre e hijo perciben la situación problemática, lo que han intentado para solucionarlo, las excepciones al problema y la meta de la terapia. El proceso terapéutico tuvo una duración de 10 sesiones, una sesión por semana de 50 minutos. **Las estrategias de intervención** estuvieron orientadas a identificar y consolidar los recursos y las habilidades con los que cuentan los pacientes para superar las dificultades y resolver los problemas que se presentan en la vida escolar y familiar. Para el análisis del caso se utilizaron preguntas presuposicionales, de escala, lineales y a futuro, se retomaron las soluciones intentadas en el pasado para las dificultades presentes, las redes de apoyo, así como la participación del equipo terapéutico como estrategia para el cambio. **Se concluye** que las intervenciones desde este Modelo mostraron ser eficientes para este caso, los pacientes reportaron haber alcanzado su meta: en el ámbito escolar y familiar, el niño mejoró su comportamiento y desempeño académico, por lo que le dieron inscripción para el siguiente año escolar. Ha respetado las reglas establecidas. Ahora la relación entre madre e hijo se estrechó, aumentaron los momentos de diálogo, acercamiento y apoyo en las tareas de la escuela y la casa.

INTRODUCCIÓN

El caso que se presenta se abordó desde la Terapia Familiar Sistémica y El Modelo Centrado en las Soluciones.

La Terapia Familiar Sistémica analiza la realidad desde la Teoría General de Sistemas de Bertalanffy (TGS), la cual se centra en las totalidades y las interacciones en su contexto, lo que permite explicar los fenómenos que ocurren en la realidad, así como las predicciones del comportamiento futuro de esa realidad.

Bertalanffy (1986) define Sistema como “conjuntos de elementos en interacción”. Todos los fenómenos están integrados por diversos aspectos que los componen, así como por las interrelaciones que se generan entre ellos. Forman entidades de interacción dinámica de partes cuyo valor cognitivo difiere, sí en su comportamiento se estudian aisladas o dentro de un todo. Los sistemas están formados a su vez por partes o subsistemas y son partes de totalidades mayores o supersistemas. El concepto de sistema trata de englobar a la célula, al ser humano, familia, a las máquinas autorregulables o al universo.

Bronfenbrenner (1987 citado en Espinal, Gimeno & González, 2006) considera que la familia es un sistema que define y configura en mayor medida el desarrollo de la persona a lo largo de su ciclo de vida. El entorno es algo que trasciende la situación inmediata y afecta directamente a la persona en desarrollo. Estos sistemas son la escuela, el grupo de amigos, los vecinos, entre otros que mantienen un intercambio directo. Por lo que un sistema sólo puede comprenderse como funciones dentro de sí mismo, puesto que cada uno de los elementos influirá en los demás, así como en el sistema mismo.

El concepto de sistema aplicado a la familia, supone entenderla como un todo organizado en que cada miembro cumple una función, y con sus acciones regula las acciones de los demás a la vez que se ve afectado por ellas. Forman parte de una danza o patrón interaccional en el que las acciones de cada miembro son interdependientes de las de los demás.

Para Lila y Buelga (2000), la familia es un sistema en constante transformación, lo que permite que se adapte a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y a las exigencias de su entorno; esta adaptación asegura la continuidad y el crecimiento psicosocial de los miembros.

De acuerdo con Garberí (s/f) la perspectiva sistémica considera diferentes elementos que permiten descubrir la complejidad dinámica y evolutiva de los sistemas: familiares, en el aula y en las instituciones.

El modelo sistémico se distingue de los demás modelos de intervención psicológica tradicional (psicoanalítico, conductual y cognitivo), porque su unidad de análisis es el sistema y no el individuo, se aleja de explicaciones de la personalidad y los rasgos, de conducta individual, para centrarse en el sistema como un todo, como un órgano estructurado e interdependiente que se comunica con pautas de interacción, y en las que el individuo sólo es uno de sus componentes, su valor tiene que ver en función y posición en el sistema.

Dentro de la Terapia Familiar Sistémica se enmarca el Modelo Centrado en las Soluciones, el cual se enfoca en los recursos y posibilidades de las personas más que en la patología o en la problemática, en las soluciones eficaces que los clientes ponen en marcha por sí mismo para enfrentarse a sus problemas, por lo que se considera un Modelo innovador y diferente a los tradicionales.

El Modelo Centrado en las Soluciones se arraiga históricamente en una tradición que se inicia con Milton H Erickson, Gregory Bateson, el grupo de terapeutas del Mental Research Institute (MRI), el desarrollo y evolución de las ideas del grupo de terapeutas del Centro de Terapia Familiar Breve (BFTC) de Milwaukee, Wisconsin, EUA, encabezado por Steven de Shazer a quien se le reconoce como el impulsor del modelo y sus colaboradores como: Marvin Weiner, Elam Nunnally, Eve Lipchik, Ale Molna, Insoo Kim Berg, Scout Miller, Weiner-Davis y William Hudson O'Hanlon, tamizado por los pensamientos budista y taoísta (Beyebach 2013; Espinoza, 2014; Eguiluz & Mera, 2014).

Los terapeutas del Brief Family Therapy Center en 1978, pasaban cientos de horas observando sesiones de terapia, tratando de identificar lo que mejor funcionaba y sometiendo a prueba en sesión los nuevos descubrimientos lo que los llevo a funcionar como un "grupo de reflexión", donde su práctica estaba basada en la evidencia (Lipchik, Derks, Lacourt & Nunnally, 2012 citado en: Beyebach, 2013), mediante un proceso recursivo y dinámico de intervención observación y teorización.

Selekman, M (1996), O'Hanlon y Weiner-Davis (1997) y Beyebach (2014) afirman que el Modelo Centrado en las Soluciones se sustenta en las siguientes premisas: La salud con relación a los problemas del individuo, los



clientes cuentan con los recursos y las fuerzas necesarias para lograr sus objetivos, aunque por el momento no los tengan presentes, el cambio es inevitable, sólo se necesita un cambio pequeño, ya que un cambio en una parte del sistema puede producir cambios en otros sistemas, cooperación y una visión atórica, no normativa, determinada por el cliente. No es necesario saber mucho o tener información histórica sobre la queja para resolverla, es más útil tener información sobre lo que los clientes hacen y les da buenos resultados; “sí los pacientes utilizan con más frecuencia lo que les funciona esto les permite “no dejar espacio al problema”

El modelo parte del supuesto fundamentado en las ideas de Erickson (citado en O’Hanlon,1997), todos los clientes cuentan con las fuerzas, recursos, habilidades y redes sociales necesarios para resolver sus dificultades y problemas. Por lo que la tarea del terapeuta es ayudar al cliente a redescubrir los medios con los que cuenta, se le impulsa a utilizarlos en su presente y los visualiza para utilizarlos en su futuro, premisa que se conoce como orientación hacia el presente y hacia el futuro.

Otra premisa fundamental del Modelo “**sólo es necesario un cambio pequeño**”; “un cambio en una parte del sistema puede producir cambio en otra parte del sistema”. Es decir, hacer uso de la presencia de los recursos, medios más simples y directos para llegar a un fin, así como de la economía de los medios terapéuticos; generalmente se parte de un tratamiento que va de lo simple a lo complejo.

Un cambio en una parte de la familia lleva a cambios en otras partes de ésta. De igual forma, un cambio pequeño en una parte de la vida de un individuo crea a menudo un efecto de onda expansiva en otras áreas. Esto de acuerdo con Erickson, se le conoce como “**bola de nieve**” o “**efecto mariposa**”. Se requiere de cambios mínimos para empezar a resolver las dificultades y después de iniciado el cambio el cliente generará nuevos cambios en diversos sistemas.

El cambio es un proceso continuo. Si los clientes perciben esto se comportarán como si el cambio por medios verbales y no verbales fuera inevitable. En el contexto de la terapia resulta útil pensar cuándo ocurrirá el cambio en lugar de pensar si se producirá. Así, se co-crean profecías positivas autocumplidoras entre terapeuta y clientes.

Para describir este modelo **Steve de Shazer (1985/2009)**, empleó la **analogía de la ganzúa**. Al sostener que no se necesita saber mucho sobre la naturaleza de los problemas de los clientes para resolverlos. Para él lo más importante es la **naturaleza de las soluciones**, tener la llave que abre la puerta y no la naturaleza de la cerradura. Analizar y entender la cerradura no es necesario si se tiene una ganzúa que se le ajusta.

Al respecto Beyebach (1999) considera, que no es necesario investigar sobre los antecedentes del problema, ni tratar de educar a la familia o a la persona que asiste a la atención psicológica. Sino explorar como están viviendo la situación, que soluciones han experimentado tanto funcionales como no funcionales para resolver la situación problemática.

Selekman (1996), O’Hanlon y Weiner-Davis (1997), mencionan que el **objetivo terapéutico** del Modelo Centrado en Soluciones consiste en ampliar los aspectos satisfactorios del funcionamiento de los clientes en el área del problema y fuera del mismo. Es decir, se amplifica la atención a las soluciones eficaces, a las cuales se les conoce como excepciones. Al dirigir la atención de los clientes hacia las soluciones eficaces (o excepciones), se produce en éstos un cambio perceptivo y conductual que facilita que continúen por este camino. También se puede resaltar aquello que es satisfactorio en la vida de las personas, obteniendo también un cambio favorable en los clientes. Al evidenciar que el síntoma no aparece en ciertas situaciones gracias a las estrategias de solución puestas en práctica por el cliente, se crea la expectativa de que es posible un futuro sin la conducta problemática.

Para los terapeutas de Milwaukee el **proceso de la entrevista es una intervención en si misma**; es decir, los clientes pueden experimentar, ya sea en el transcurso o fuera de la sesión, cambios importantes en la forma de ver su situación. Algunas de estas técnicas son: *las preguntas presuposicionales, excepciones, preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido, utilización del lenguaje del cliente entre otras*

La intervención con **preguntas presuposicionales** tiene como finalidad generar información acerca de los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes. Al utilizarlas se permite un cambio significativo de percepción del problema y se crea un contexto en el que los clientes se sienten mejor preparados para resolver sus dificultades a través del uso de sus fortalezas. Dichas preguntas inducen al cambio, de manera que en su formulación queda de manifiesto que existe un futuro sin el problema. Al mismo tiempo, es necesario buscar e identificar en otros contextos las capacidades y recursos que el cliente ha puesto en práctica y que muestran lo que sabe hacer. Al indagar sobre las diferentes formas de resolver sus problemas, el cliente tiene la opción de aplicar soluciones conocidas que en algún momento ya le han funcionado.

Las preguntas presuposicionales ayudan a recabar información sobre las excepciones y desentierran soluciones. Al cliente se le interroga sobre las diferencias entre las ocasiones en que aparece el problema y las ocasiones en que no aparece. Los clientes recuerdan de esta manera cómo contribuyen en la solución y se les invita a hacer más de lo que les está dando resultado hasta que el problema deje de existir.

Cuando los clientes no pueden recordar excepciones, y no parece haber soluciones presentes o pasadas de las que puedan sacar partido, se pueden realizar **preguntas orientadas al futuro o preguntas de avance rápido**. En éstas se les pide a los clientes que imaginen un futuro sin el problema. Una vez que el cliente describe el futuro sin problemas, ha descrito también la solución, en caso de centrarse en el pasado.

El uso del **lenguaje** adquiere sentido a partir del modo como funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de un contexto. En el proceso terapéutico el lenguaje es utilizado como una estrategia para producir cambios en la percepción y en la conducta del cliente, a través de preguntas presuposicionales las cuales son formas de hablar que presume algo sin afirmarlo directamente introduciendo ideas o expectativas de cambio.

La forma de hacer uso del lenguaje ofrece la posibilidad de rectificar, solidificar ciertos puntos de vista acerca de la realidad del cliente y, en otras ocasiones, son una herramienta para cuestionar certezas inútiles. Se utiliza el lenguaje del cliente como una forma de unirse a él, se imita el uso de las palabras, expresiones idiomáticas, metáforas, lo que le hará sentirse comprendidos, permitiendo poco a poco alejarlo de etiquetas fijas y negativas y, encausando sus significados, llevarlo en una dirección productiva que tenga un efecto de despatologización o normalización de su situación.

Dentro de la intervención se utiliza las redefiniciones, intervenciones generales basadas en la secuencia sintomática, la intervención sobre el patrón del contexto y las "tareas de fórmula".

Las **redefiniciones** son intervenciones cognitivas que modifican el marco conceptual desde el cual el cliente o la familia perciben el problema, y que se presentan a lo largo de la entrevista.

Las connotaciones positivas. se refieren aquellas estrategias eficaces y recursos que poseen los clientes para solucionar sus dificultades. Existen dos tipos: El primero hace referencia a la existencia de dificultades en la identificación de soluciones eficaces. Se puede modificar el punto de vista que los clientes tienen del problema



asignándoles un nuevo significado, concretamente uniendo intenciones y motivaciones positivas a las conductas relacionadas con el síntoma. El segundo tipo se sitúa después de la pausa –normalmente se hace una única pausa para preparar la intervención final- y resalta aquellas capacidades positivas que los clientes han mostrado, tanto a lo largo de la sesión como fuera de la misma, en forma de recursos para superar problemas. A ésta se le llama “**elogio**”. Todos los pequeños cambios en el cliente se reforzarán a través de connotaciones positivas o elogios.

O’Hanlon y Weiner-Davis (1997) consideran que en el proceso terapéutico se deberán realizar tres cosas para la **prescripción para el cambio**:

- Cambiar la “forma de actuar” en la situación percibida como problemática. Un cambio en lo que hacen, en las acciones e interacciones que intervienen en la situación, puede producir también un cambio en el marco de referencia.
- Cambiar la “forma de ver” la situación percibida como problemática. Cambiar la percepción, la mirada de los clientes respecto del problema. Erickson (citado en O’Hanlon & Weiner, 1997) consideraba a la psicopatología como una habilidad y la llamó “mecanismos mentales”, los que podían usarse tanto para curar como para producir problemas, de tal modo que convertía en ventajas lo que parecía desventaja.
- Evocar recursos, soluciones y capacidades que se puedan aplicar a la situación que se percibe como problemática. Se guía a nuestros clientes a recordar sus capacidades naturales que los pueden llevar a cambiar sus acciones y sus puntos de vista considerando lo que saben hacer, preparación académica, hobbies, redes sociales, recursos materiales, medios económicos y creencias.

O’Hanlon y Weiner (1997) han descrito **tres tipos de intervenciones generales**: las que actúan sobre la secuencia sintomática, las que lo hacen sobre el patrón del contexto que rodea a dicha secuencia y las denominadas “tareas de fórmula”.

- **Intervenciones sobre la secuencia sintomática.** Estas intervenciones conllevan a realizar una evaluación del síntoma y de las conductas que lo acompañan. Algunas de ellas son: cambiar la frecuencia o tasa de la queja, el momento de aparición, el tiempo de ejecución, las personas involucradas, la duración y el lugar donde se produce la queja, añadir un elemento nuevo al patrón de la queja, cambiar el orden en los elementos y sucesos en el patrón de la queja, descomponer el patrón, la secuencia de la queja en piezas o elementos más pequeños, unir la aparición del problema a la de alguna actividad gravosa.
- **Intervención sobre el patrón del contexto.** En este tipo de intervenciones se requiere de un conocimiento de la secuencia sintomática y de su contexto más amplio. Se les pide a los clientes descripciones de conductas e interacciones relacionadas con la queja y se alteran las pautas personales o interpersonales que rodean o acompañan a ésta.
- “Tareas de fórmula” o “llaves maestras” son intervenciones generales, que se prescriben con independencia del contenido concreto del problema que presenten los clientes. Por tanto, no requieren que el terapeuta haya realizado una evaluación detallada del síntoma. Algunas de estas tareas son:
 - La «tarea de fórmula de la primera sesión» y la «tarea de la **sorpresa**» están orientadas a soluciones eficaces no relacionadas directamente con la queja, y las «tareas genéricas orientadas a las soluciones eficaces» se centran en establecer y ampliar las estrategias adecuadas de solución del problema.

Algunas investigaciones

A continuación, se reportan los resultados de investigaciones que demuestran la efectividad de la Terapia Centrada en Soluciones en el trabajo con niños y con los sistemas involucrados:

Unas de las primeras investigaciones son las reportadas por los pioneros del Modelo Centrado en las Soluciones en las que concluyen: a) El Modelo permite obtener resultados positivos en un número reducido de sesiones que contempla entre tres y seis, el cual puede ser aplicado a contextos clínicos y no-clínicos, b) La efectividad de las técnicas de negociación de objetivos y la conversación sobre cambios pretratamiento c) El éxito de la tarea de Formula de primera sesión así como el uso del lenguaje presuposicional que implicaba el uso del “cuando” y de los verbos en futuro, condicional hablando sobre sus éxitos pasados y presentes y la eficacia de la estrategia de utilización al considerar los recursos de la personas (Gingerich et.al 1988, Selekman, 1996, Rodríguez Morejon & Beyebach, 1997; Adams, Piercy & Jurich,1991, citado en Beyebarch, 2013) .

Los trabajos de Cottrell y Boston, (2002), en la intervención con niños y los sistemas involucrados, en desórdenes de conducta, desórdenes alimenticios y problemas escolares, Las investigaciones de Franklin, Moore y Hapson (2008) demostraron la eficacia de la Terapia Centrada en Soluciones en el trabajo con niños entre 10 y 12 años con problemas de comportamiento en una escuela primaria de Texas. Las estrategias de intervención que utilizaron pregunta del milagro, preguntas presuposicionales, excepciones al problema, preguntas de la escala, tareas y el elogio. Lo que permitió que se redujera el comportamiento problemático como: engañar, pelear, ser malo con otros y consumir alcohol y drogas.

Los trabajos de Selekman (1996) con niños y adolescentes difíciles, por último, el estudio reportado por Mendoza, Santillan y Roa (2018), en el que describen el caso de una niña que presentaba dificultad en el manejo emocional en la interacción con sus padres y sus compañeros de clase. Las estrategias de intervención se enfocaron a identificar, expresar y manejar las emociones en diferentes contextos, en las que se realizaron preguntas presuposicionales, preguntas de la escala, manejo de la respiración diafragmática y el hablar de las emociones. Los resultados demostraron que la niña ahora reconoce, maneja y expresa sus emociones de manera asertiva de acuerdo con la situación y convive de manera cordial con sus compañeros y familiares, lo que le permite estar relajada.

En el presente trabajo a partir de la demanda de los pacientes en el ámbito escolar y familiar la propuesta de intervención estuvo enfocada desde el Modelo Centrado en soluciones, por lo que se plantearon **objetivos** generales de la terapia e hipótesis que se manejaron a lo largo del proceso terapéutico con la familia

MÉTODO

Objetivos generales de la terapia

- Identificar y consolidar los recursos y habilidades con que cuentan los clientes, para superar dificultades y resolver los problemas que se les presentan en la vida cotidiana y,
- Explorar y ampliar los aspectos funcionales de los clientes en el área escolar y familiar, es decir, ampliar las soluciones eficaces, los momentos en que el síntoma no aparece -excepciones- o lo hace con menos intensidad.



Hipótesis que se manejaron a lo largo del proceso terapéutico con la familia

- **Hipótesis:** El niño mostró problemas de conducta y bajo rendimiento escolar, por la necesidad de ser atendido por su madre; la cual trató de remediar los problemas de su hijo reprendiéndolo con agresiones verbales y golpes, considerándolas como las únicas formas para solucionar dicha situación. Manteniendo un distanciamiento entre madre e hijo.
- **Hipótesis:** La atención y preocupación mostradas por la madre ha favorecido la relación con su hijo, de manera conjunta buscan soluciones a las dificultades escolares, lo cual los ha unido y les da tranquilidad.
- **Hipótesis:** El hecho de que madre e hijo tengan diferentes puntos de vista en torno a cómo estudiar para los exámenes extraordinarios los ha llevado a tener fricciones, las cuales los han distanciado y les ha impedido valorar sus recursos, dialogar y llegar a acuerdos para enfrentar las dificultades presentadas.
- **Hipótesis:** La convivencia y el acercamiento entre madre e hijo les permite estar unidos, reconocer y valorar sus recursos, habilidades, responsabilidades, redes de apoyo, llegar a acuerdos y buscar soluciones eficaces a las dificultades que se presentan; les permite trabajar en equipo, tranquilizándolos y a alcanzar las metas propuestas tanto en el ámbito escolar como en el familiar.

Descripción del problema

Niño de 11 años que presentó problemas de conducta en la escuela por no respetar los límites y las reglas establecidas por los maestros, bajo rendimiento escolar, por lo que la trabajadora social de la escuela le advirtió a la madre que, si su hijo no recibía a atención psicológica y mejoraba su comportamiento, no podría continuar en la escuela y no le daría inscripción para el siguiente ciclo escolar. La madre también comentó su preocupación por los conflictos y el distanciamiento que existía entre ella y su hijo.

Áreas a trabajar:

Las áreas de intervención en las que se trabajó: escolar (problemas de conducta en la escuela y bajo rendimiento escolar) y familiar, (la relación madre e hijo manifestando conflictos y distanciamiento entre ellos)

Evaluación

Para la evaluación de la situación problemática se consideran **tres elementos** para explorar la forma en que la madre y el hijo definen el problema, los intentos de solución, la meta terapéutica.

1. **Definición del problema** se define como la descripción concreta de las dificultades presentes dentro de un contexto. Atendiendo al funcionamiento del problema en su proceso y manifestaciones observables. **En la entrevista inicial** se realizó una serie de cuestionamientos para explorar los marcos de referencia en la que los pacientes sitúan el problema, en qué sentido lo ven como problema y los eventos que se encuentran relacionados con el mismo, lo que permitió al paciente identificar sus pensamientos, emociones y acciones con relación a la situación problemática.

- 2. Los intentos de solución al problema actual;** se refieren a las acciones realizadas hasta el momento que les han resultado ineficaces y/o contradictorias para poder solucionar el problema, son estas acciones las que contribuyen a la formación y mantenimiento del problema. Los intentos de solución reportados por la madre en su momento eran únicamente hablar, aunque aceptó que a veces golpeaba a su hijo y últimamente ha buscado apoyo en instituciones de salud para pedir orientación, asesoría y tomar terapia. El impacto de identificar lo que están haciendo madre e hijo para resolver el problema les permite diferenciar lo que les funciona y lo que no, así como las emociones y el comportamiento que experimentan y manifiestan cada uno en esos momentos.
- 3.** Por último, se establecen los objetivos o las metas que se pretende alcanzar al asistir al servicio de psicología, como referente para saber en qué momento se ha alcanzado la meta en términos observables. En este caso el objetivo era que el niño respetara las reglas establecidas en la escuela y en casa, así como mejorar su rendimiento académico y la relación entre madre e hijo

Se considero como estrategia de evaluación la “**Historia clínica**”, esta tuvo como propósito recabar información por medio de un cuestionario los siguientes rubros: datos generales, datos del tutor, delimitación de la situación problemática, historia del desarrollo, antecedentes familiares, redes sociales, trayectoria académica y evaluación del servicio de Psicología. Lo que permitió conocer la situación problemática, la dinámica familiar y las redes sociales con las que cuenta que podrían ayudar a resolver la situación.

Estrategias de intervención:

Para alcanzar los objetivos se implementan diversas estrategias de intervención que permitieron explorar los pensamientos, acciones y creencias de las personas a través de: preguntas lineales y a futuro, preguntas presuposicionales, preguntas de la escala, soluciones intentadas en el pasado para la dificultad presente, uso del lenguaje, el elogio, redes de apoyo trabajo del equipo como estrategias para el cambio, generalización de los cambios y la consolidación recursos de los pacientes lo que permitió identificar y consolidar los recursos, las habilidades con los que cuentan los pacientes para superar las dificultades y resolver los problemas que se presentan en la vida escolar y familiar.

Se utilizarán nombres ficticios para los pacientes por cuestiones de confidencialidad.

Estrategia: “**Preguntas lineales y a futuro**” tuvieron como propósito obtener información sobre la queja que los lleva a terapia, indagar sobre las discusiones que mantenían madre e hijo con relación a las cuestiones escolares y la relación familiar, así como los intentos de solución; se plantearon preguntas a futuro, que les permitió vislumbrar las consecuencias de tomar decisiones cuando se está enojado y las situaciones de riesgo a las que puede estar expuesto el niño si se le vuelve a correr de la casa y si éste se va sin decir a dónde; se abordó lo que tendría que pasar para que él continuara en la escuela secundaria y se indagó sobre los proyectos que tenían madre e hijo.

Estrategia: “**Preguntas presuposicionales**”, el objetivo fue que los pacientes identificaran y recuperaran lo que están haciendo diferente para solucionar la situación problemática en el contexto escolar y familiar para vivir de forma armónica. Se establecieron diferencias entre las ocasiones en que aparece el problema y las ocasiones en que no aparece, que les está dando buenos resultados. Tal es el caso cuando se exploraron las nueve materias en que el problema no ocurre. Donde el niño puede tener mayor control, entrega tareas, trabajos y respeta las reglas establecidas por los maestros; se dio cuenta de lo que está haciendo en esas materias donde las cosas van bien,



lo cual puede utilizar en las materias donde tiene problemas. Así se promovió que Orlando hiciera más de lo que le ha estado dando resultado, lo cual benefició la **secuencia del cambio**. Es decir, el paciente identificó de qué manera contribuye en la solución, por lo que se les invitó a hacer más de lo que les está dando resultado hasta que el problema deje de existir.

Soluciones intentadas en el pasado para la dificultad presente. como una estrategia del modelo de la Terapia Centrada en Soluciones, la cual **invita a los pacientes a aplicar una solución conocida; ellos ya saben qué hacer (“saber cómo hacer”), sólo necesitan recordarlo**. El niño recordó su buen desempeño en la primaria, cumplir en tiempo y forma en la escuela, obedecer las reglas establecidas en el salón de clase por los maestros, lo llevo a obtener un buen promedio y participar en la escolta. Recordó junto a su madre que la confianza entre ellos, el diálogo y llegar a acuerdos funcionó para buscar alternativas de solución para dificultades cotidianas. Esta forma de comunicarse la realizaban en un clima de respeto y con disposición para escuchar al otro. Platicar de forma tranquila, escuchar lo que piensa y siente el otro les hizo formar un equipo que facilitaba encontrar soluciones.

En el proceso terapéutico, **el lenguaje** se consideró una estrategia que ofreció la posibilidad de **rectificar, solidificar** ciertos puntos de vista acerca de **la realidad del cliente** y, en otras ocasiones, como **herramienta para cuestionar certezas inútiles**. *El lenguaje adquiere sentido, a partir del modo en cómo funciona o se da dentro de las pautas de relación, de cómo éstas se crean y utilizan dentro de la cultura*. Se utilizó al cuestionar a la madre sobre la forma de apoyar a su hijo en los exámenes extraordinarios. ¿Apoya o daña a su hijo cuando ella le realizó sus apuntes y tareas? Se les mencionó que a pesar de tener la misma meta (que su hijo mejore académicamente), esto no significa que la madre tuviera que realizar las actividades de su hijo. Todo trabajo tiene un propósito, por ejemplo, pasar apuntes, ayudar a repasar información, es una forma de estudiar para los exámenes. Se le devuelve a cada uno de los clientes lo que es su responsabilidad para alcanzar la meta de aprobar los exámenes extraordinarios. *Orlando* sería responsable de pasar apuntes, estudiar, asistir a sus asesorías, presentar exámenes, y la *Sra. María* le apoyaría a releer y le haría preguntas de los temas revisados en las asesorías para el examen; también revisaría que las guías de estudio estuvieran concluidas.

Otro aspecto que conviene resaltar es el trabajo con el **equipo terapéutico** como una **estrategia para el cambio**. Durante *la intervención en el mensaje final*, a la familia se le presentó una **opinión dividida en un tono desafiante al introducir la idea de apuesta**, en el tema de continuar en la escuela y la manera de estudiar para los exámenes extraordinarios, lo que permitió a los clientes clarificar las opciones, subrayar las implicaciones de cada una, decidir por cual se inclinaban y descubrir sus recursos en un ambiente de armonía.

Ante el desafío de la apuesta tanto madre como hijo se inclinaron por el equipo que confía en ellos, al realizar **cambios en la “forma de actuar”**. El niño comentó que le estaba costando trabajo porque los maestros no reconocían su esfuerzo; sin embargo, él continuó respetando las reglas propuestas por los profesores en su clase: entregar las tareas y realizar los trabajos. Esto lo impactó en sus acciones, conducta e interacciones en la escuela. Reconoció lo que sabe hacer y quiere hacer, lo que le generó nuevas metas.

La madre se involucró más en el desempeño académico de su hijo, le revisó las tareas y los cuadernos, le compró el material para los trabajos de taller, asistió a la firma de boletas, platicó con él y buscó otras posibles escuelas para inscribirlo y así no se quedará sin estudiar. También comentó que se percató de lo importante que es para su hijo que ella esté cerca y le exprese su afecto, porque al parecer se siente desplazado por sus hermanitos. El niño y su mamá han buscado la manera de pasar más tiempo juntos. La madre le pidió a su hijo que pasara por ella al trabajo y en el trayecto han platicado, paseado y compartido algunas actividades de esparcimiento. Se observó que tanto madre como hijo ya no sólo dijeron que se iban a apoyar, sino que realmente lo hicieron.

Como estrategia se partió de un cambio mínimo para lograr la meta final, donde se **identificaron, constataron, consolidaron y generalizaron los cambios**, el niño debería cumplir con las reglas establecidas por los maestros, mejorar su desempeño escolar y se diera un diálogo entre madre e hijo. La finalidad es que se dieran cuenta de lo que estaban haciendo, cómo lo estaban logrando y qué tendrían que hacer si “retrocedían”, ¿cómo regresarían al “buen camino”?

El elogio es una estrategia que tiene como propósito reconocer el esfuerzo conjunto realizado por el niño y su mamá en el área académica, lo cual tuvo frutos. el niño aprobó la mayor cantidad de materias, aprobó el año escolar, le dieron oportunidad de presentar dos extraordinarios y la inscripción para el siguiente ciclo escolar. Se logró un mayor acercamiento y apoyo entre la madre y su hijo, y de éste con sus hermanos pequeños y con los otros miembros de la familia. Orlando comentó que “*se dio cuenta de lo que hace y le está funcionando*”. Dijo lo que le gustaría hacer para continuar en la escuela secundaria y cómo haría para aprobar los exámenes extraordinarios.

Una vez que se mantuvo y ampliaron los cambios se realizó una **evaluación a través de la utilización de las preguntas de la escala** instrumento terapéutico desarrollado por el BFTC (Centro de Terapia Familiar Breve) de Milwaukee. Se **utilizo como estrategia en la sesión de cierre con la finalidad de evaluar la evolución que tuvo la situación problemática a lo largo del proceso terapéutico**. Se les pidió a los clientes que valoraran sobre una escala de 1 a 10, de mayor a menor dificultad, su situación antes de venir a terapia y su situación actual. Se valoraron: el mal comportamiento, el no respeto de reglas y límites tanto en la escuela como en la casa y la relación madre e hijo. Antes de venir a terapia los clientes se ubicaron en cero. El niño comentó que antes lo regañaban, lo sacaban del salón, había reportes, mandaban llamar constantemente a su mamá de la escuela, su mamá no lo atendía, no estaba con él. La madre mencionó que antes de llegar a terapia tenía muchos problemas tanto en la escuela como en casa con su hijo; le pegaba para que entendiera. Sin embargo, la *situación* ha cambiado; se encuentran tranquilos, platican, llegan a acuerdos y hay un mayor acercamiento que les permite apoyarse en diferentes áreas: académica, salud, actividades en casa y en el cuidado de los hermanos, así mismo se abrieron espacios para el diálogo y diversión entre madre e hijo. Se logró que el niño aprobara el ciclo escolar y se quedara en la escuela. En relación con su comportamiento se “calmó”, se “tranquilizó” y continuó respetando las reglas establecidas en la escuela, se consideró disciplinado. En la relación con sus hermanos, antes peleaba, los hacía desatinar y los insultaba, ahora está con ellos, los cuida, por lo que evaluaron su situación actual en 8.

Otra estrategia utilizada fue la **consolidación de los recursos**. Al reconocer las habilidades con las que cuenta cada uno de los miembros de la familia, así como el trabajo en equipo que les permitió alcanzar sus metas y forjarse nuevas, y la forma de resolver cualquier dificultad que se les presente y salir valerosos. Madre e hijo estuvieron de acuerdo en que les funcionó haber platicado, escucharse y llegar a acuerdos.

Explorar las **redes de apoyo**, como estrategia cuyo propósito es identificar los soportes y recursos con los que contaba el niño para alcanzar su meta. Primeramente, el **apoyo** se dio **desde casa**, el cual estuvo representado por su madre, quien revisó tareas, cuadernos de apuntes, lo motivó a leer algún libro de su interés, platicó con él de las posibles escuelas a las que podría asistir, lo que les permitió estar juntos más tiempo. También contó con el apoyo de su abuela, lo atendió en sus necesidades de alimentación, lo escuchó y platicó con él.

En la **escuela las redes de apoyo** estuvieron representadas por la trabajadora social, quien lo supervisó; un compañero y amigo que lo acompañó para evitar que se metiera en problemas y sus compañeros de clase, al realizar trabajos y tareas con él.



También contó con el **apoyo externo** de uno de sus tíos, quien es profesor de matemáticas, lo orientó y preparó para presentar su examen extraordinario. Un **recurso técnico** fue el programa en línea de tutorías de historia que le permitió estudiar, repasar y contestar la guía de los temas contemplados en el examen.

Una **red** de apoyo era la abuela y la ex-pareja de la madre, quienes la apoyaron en el cuidado y atención de sus hijos, para que ella y su hijo asistieran a terapia.

Se consideró un **recurso afectivo** el apoyo, cariño, atención, cooperación y comunicación entre madre e hijo, que les permitió alcanzar la meta propuesta.

Un **recurso** que destacó el niño es su ingenio y creatividad para proponer algunas actividades en la materia de español. Así mismo, la identificación y realización de lo que le funcionó para continuar en la escuela secundaria.

Los pacientes consideraron **el espacio terapéutico** una **red/recurso** en el que se podrían expresar, comunicar, escucharse y saber que piensan sin agredirse como madre e hijo.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se alcanzaron los objetivos de la terapia. Los pacientes identificaron sus recursos personales, familiares y sociales para resolver la situación problemática en la escuela y en la relación madre e hijo se enfatizó en las soluciones eficaces, lo que permitió un cambio perceptivo y conductual de los pacientes.

Los objetivos planteados por los pacientes se alcanzaron, en el ámbito escolar y familiar, el niño presentó cambios favorables en su forma de actuar y relacionarse en diferentes contextos. Comentó que *“se dio cuenta de lo que hace y le está funcionando”* para continuar en la escuela: Entre los resultados reportados por el niño aprobó la mayor cantidad de materias y le dieron oportunidad de presentar dos extraordinarios, con relación a su comportamiento se *“calmó”*, se *“tranquilizó”* y continuó respetando las reglas establecidas por los profesores en la escuela, ahora se consideró un niño disciplinado. Esto le permitió aprobar el año escolar y le dieran inscripción para el siguiente ciclo escolar.

La relación madre e hijo se estrechó, lograron un mayor acercamiento y apoyo entre ellos, aumentaron los momentos de diálogo y acuerdos en el ámbito escolar y familiar. La madre se involucró más en las actividades académicas de su hijo, le revisó las tareas y los cuadernos, le compró el material para los trabajos de taller, asistió a la firma de boletas, platicó con él y buscó otras posibles escuelas para inscribirlo y así no se quedará sin estudiar. También comentó que se percató de lo importante que es para su hijo que ella esté cerca y le exprese su afecto, porque al parecer se siente desplazado por sus hermanitos. El niño y su madre han buscado la manera de pasar más tiempo juntos. La madre le pidió a su hijo que pasara por ella al trabajo y en el trayecto han platicado, paseado y compartido algunas actividades de esparcimiento. Se observó que tanto madre como hijo ya no sólo dijeron que se iban a apoyar, sino que realmente lo hicieron.

En la relación del niño con sus hermanos, antes peleaba, los hacía desatinar y los insultaba, ahora mantiene un mayor acercamiento, juegan y los cuida por ser más pequeños, así mismo se comunica de forma respetuosa con otros miembros de la familia.

Los pacientes consideraron que el realizar trabajo conjunto entre madre e hijo en el área académica y familiar, favoreció la interacción y alcanzar los objetivos planteados en la terapia. También los profesores reconocieron los cambios en el niño, en especial la directora. Tanto la madre como su hijo mencionaron que se dieron cuenta de lo que les está funcionando y de lo que les gustaría seguir haciendo (pasar tiempo juntos, conversar, salir y realizar actividades escolares). Los desacuerdos y las dificultades que se presentaron las consideraron pruebas que les permitieron poner en práctica lo que les funcionó y saben hacer, al reconocer sus recursos, habilidades y soluciones empleadas en situaciones parecidas en el ámbito familiares y escolares.

Los resultados encontrados concuerdan con los trabajos de Beavers y Hampson en (1990 citado en Selekman en 1996) al señalar que las terapias que enfatizan en las fuerzas y los recursos de la familia para resolver el problema dan resultados más positivos que otras terapias, por ejemplo, madre e hijo reconocieron que el trabajo conjunto, la comunicación y la convivencia les permite darse cuenta de lo que les funciona y desean seguir haciendo para resolver los problemas que se les presenten.

Otros trabajos en los que se demuestra la **efectividad del Modelo Centrado en las soluciones** es el de Matthew Selekman (1996) con niños y adolescentes con problemas difíciles, el realizado por Franklin, Moore, y Hapson (2008) con niños entre 10 y 12 años con problemas de comportamiento pertenecientes a una escuela primaria, en donde se redujeron los malos comportamientos y el consumir alcohol y por último Mendoza, Santilla y Roa en 2018 reportaron el caso de una niña que presentaba dificultades en el manejo emocional ante situaciones escolares y familiares. Las estrategias de intervención se trabajaron desde el Modelo Centrado en Soluciones enfocado a identificar, expresar y manejar las emociones en diferentes contextos, teniendo como resultado el reconocimiento y expresión asertiva de las emociones hacia sus compañeros y familiares lo que le permitió una convivencia respetuosa.

Los datos reportados en estos trabajos concuerdan con los datos obtenidos en este caso donde un niño presentaba problemas de conducta y bajo rendimiento escolar donde la estrategia de intervención está dada en el rescate de las destrezas, habilidades y recursos del pasado para situaciones presentes y sobre todo las redes de apoyo con las que cuenta los pacientes para alcanzar las metas en el ámbito escolar, y en el ámbito familiar el acercamiento, la comunicación que tuvieron madre e hijo hace que llegue acuerdos y convivan en armonía.

Las **hipótesis se confirman** al afirmar que la convivencia y el acercamiento entre madre e hijo les permite estar unidos y trabajar en equipo, al reconocer y valorar sus recursos, habilidades, responsabilidades, redes de apoyo, llegar a acuerdos y buscar soluciones eficaces a las dificultades que se presentan; estar tranquilos y alcanzar las metas propuestas.

La intervención desde el Modelo Centrado en Soluciones en este caso, mostro ser eficientes, para la atención de problemas en el ámbito escolar y familiar. Al partir del principio de que la familia cuenta con los recursos necesarios para cambiar., Indagar sobre los lados fuertes, las capacidades y los recursos de los clientes; las excepciones y soluciones funcionales intentadas en el pasado que permitieron *cambiar la percepción del problema significativamente*; al mismo tiempo, se creó un contexto en el que los clientes se sintieran mejor preparados para resolver sus dificultades e hicieran uso de sus fortalezas.

El Modelo Centrado en Soluciones consideran el cambio a partir de los recursos, las capacidades y fortalezas con las que cuenta los pacientes dentro de diferentes contextos en la que se presenta la situación problemática, Erickson (O'Hanlon,1993) destaca que hay que ayudar al cliente a redescubrir los medios con los que cuenta, se le impulsa a utilizarlos en su presente y los visualiza para utilizarlos en su futuro. En este caso los objetivos



planteados se alcanzaron al identificar, ampliar y consolidar los recursos y habilidades con que cuentan madre e hijo, para superar dificultades que se presentaban en el ámbito escolar y familiar.

REFERENCIAS

- Bertalanffy (1986). *Teoría General de Sistemas*. Fundamentos, Desarrollo y Aplicaciones. México: Fondo de Cultura Económica.
- Beyebach, M. (1999), Introducción a la terapia breve centrada en soluciones. En: Navarro Góngora, A. Fuentes y T. Urgidos. *Intervención y Prevención en Salud Mental*. Salamanca: Amarú,
- Beyebach, M (2013), La terapia familiar breve centrada en las soluciones. En: Psyciencia. Recuperado de <https://www.psyciencia.com/wp-content/uploads/2013/12/El-modelo-de-la-Terapia-Familiar-Centrada-en-Soluciones-.pdf>.
- Beyebach, M. (2014). La terapia familiar breve centrada en soluciones. En: Moreno Fernández, E. (2014). *Manual de terapia sistémica. Principios y herramientas de intervención* (pp. 449-480). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Cottrell, D., & Boston, P. (2002). Practitioner review: The effectiveness of systemic family therapy for children and adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(5), 573-586.
- De Shazer, S. (1985/2009). *Claves en Psicoterapia breve*. México: Gedisa.
- Eguiluz LL. & Mera J. (2014). Medición del riesgo suicida, bienestar psicológico y estructura familiar en estudiantes de primer ingreso a las carreras de salud. *Rev Investig Psicol*. 17(1): 43-53.
- Espinal, I., Gimeno C. y González F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista Internacional de sistemas*. 14. 21-34.
- Espinoza, (2014). El Modelo de terapia breve: con enfoque en problemas y en soluciones. En: Eguiluz, R, L. (2014) (compiladora) *Terapia familiar. Su uso hoy en día*. México: Pax-México.
- Franklin, C., Moore, K., & Hopson, L. (2008). Effectiveness of solution-focused brief therapy in a school setting. *Children & Schools*. 30(1), 15-26.
- Garberí, R. (s.f). Fundamentos teóricos del modelo sistémico. http://www.dip-alicante.es/iter/content/public_docs/Fundamentos%20sist%C3%A9micos.pdf
- Gingerich et.al (1988). Retención inducida por el tetracloruro de carbono de la sulfobromoftaleína en el plasma de la trucha arco iris. *Toxicol. Apl. Pharmacol.*, 43 147-158.
- Lila, M, Buelga, S. (2000) Adolescentes colombianos y españoles: diferencias, similitudes y relaciones entre la socialización familiar, la autoestima y los valores. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 3 2. 301-319.

- Mendoza, R, G., Santillán, M, B., & Roa, C, F. (2018). Modelo centrado en soluciones para el manejo y expresión emocional infantil. En: Baltazar, A. (2018). (Edit. y comp.). *Intervenciones Psicológicas*. FES Zaragoza UNAM.
- O'Hanlon, W y Weiner-Davis. (1997). *En busca de soluciones: Un nuevo Enfoque en Psicoterapia*. Barcelona. Paidós. Colección. Terapia Familiar
- O'Hanlon, W. & Weiner-Davis (1997). *Raíces Profundas: principios básicos de la terapia y de la hipnosis de Milton Erickson*. Barcelona. Paidós.
- Rodríguez Morejon & Beyebach, M. (1997). **¿Familias poco colaboradoras o terapeutas poco motivadores? Técnicas de entrevista familiar en patología del lenguaje**. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología, 17, 21-37.
- Selekman, M. (1996). *Abrir caminos para el cambio. soluciones de Terapia*. México: Gedisa.

Capítulo 4



Intervención Psicológica y neuropsicológica Histórico-Cultural en un Adolescente con Síndrome de Cornelia de Lange

Daniel Rosas Alvarez
Claudia Amézquita Rescalvo

RESUMEN

Se presenta el proceso de evaluación e intervención psicológica y neuropsicológica en una adolescente de 16 años con Síndrome de Cornelia de Lange (SCdL), en las áreas neuropsicológica, afectiva-emocional, de motivos e intereses, cognoscitiva y social. **El objetivo** general es mostrar las aportaciones de la psicología y neuropsicología histórico-cultural en el abordaje de casos clínicos que, por presentar trastornos severos del desarrollo, necesitan de una educación especial. Los objetivos específicos: 1) Favorecer el desarrollo de los mecanismos neuropsicológicos en una adolescente con SCdL; 2) Favorecer el desarrollo de todas las áreas que conforman su personalidad. **En el método** se estableció el diagnóstico psicológico y neuropsicológico en diciembre de 2012. Se elaboró y se aplicó un programa de intervención, dos sesiones por semana, de dos horas cada sesión, durante dos años. El programa se aplicó en las instalaciones del Centro de Atención Psicológica y Apoyo Educativo Histórico Cultural (CAPAEHC), ubicado en el municipio de Chimalhuacán, Estado de México. En febrero de 2015 se aplicó la valoración final. Se utilizó el método genético-experimental. Dentro de los **resultados** se logró que la adolescente desarrollará las habilidades y conocimientos iniciales de la lecto-escritura, y que accediera a un nivel lógico-verbal de desarrollo intelectual en algunas tareas. Lo anterior fue posible gracias a la formación y consolidación de motivos de estudio, de su desarrollo emocional y del desarrollo de habilidades en sus relaciones sociales. Dentro de las **conclusiones** tenemos las propuestas teóricas y prácticas diseñadas desde la neuropsicología y psicología histórico-cultural que garantizan el desarrollo de las personas con síndromes genéticos como el de GSV.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Cornelia de Lange (SCdL) es un trastorno del desarrollo hereditario con transmisión dominante que se caracteriza por un fenotipo facial distintivo, anomalías en extremidades superiores y retraso del crecimiento y psicomotor. Fue descrito por primera vez en el año 1933 por la Dra. Cornelia de Lange en dos niñas. Clínicamente se distinguen tres fenotipos: el grave, el moderado, y el leve. La prevalencia es variable según los estudios publicados, oscilando entre 1 por cada 62000 a 1 por cada 45000 nacimientos. Aunque la mayoría de los casos son esporádicos, existen casos familiares con un patrón de herencia dominante, en los que se incluyen casos con mosaicismo

germinal. En el año 2004 se describió el primer gen asociado al SCdL, denominado NIPBL, y posteriormente se identificaron dos genes más, el SMC1A y el SMC3. Todos ellos tienen en común el codificar proteínas implicadas en el Complejo de Cohesinas, y han dado lugar a un nuevo tipo de enfermedades denominadas "Cohesinopatías" que por el momento incluyen al SCdL y al Síndrome de Roberts/SC focomelia (Gil, Ribate & Ramos, 2010).

A pesar de que el SdCL fue descrito desde la tercera década del siglo pasado, en la literatura hispanohablante no se reportan investigaciones neuropsicológicas en personas con SdCL. Los estudios psicológicos reportan que las dificultades principales se observan en la esfera afectiva-emocional, marcada por una timidez extrema; y en la esfera cognitiva, problemas en la comprensión y expresión, presentándose comúnmente apraxia y, en algunos casos, ausencia de lenguaje. Los procesos en los que presentan un mejor desarrollo son la memoria visual y espacial y la organización perceptiva (Gil, Ribate & Ramos, 2010; Gutiérrez & Pacheco, 2008). Aunque las descripciones de los casos con SdCL señalan que siempre existe la posibilidad de desarrollar sus cualidades psicológicas, aún no se han explorado todas sus posibilidades (Gutiérrez & Pacheco, 2010). En relación con las dificultades de aprendizaje que presentan, la *Asociación Española de S. Cornelia de Lange* refiere que, al existir distintos grados de afectación, y dependiendo del grado que va de leve a severo, el niño tendrá mayor o menor problemas de aprendizaje. También informan que ellos no han observado un caso con SdCL que desarrolle la lecto-escritura y que sólo conocen de un caso de SdCL reportado en la literatura que desarrolló la lectura y la escritura (comunicación personal). Por las razones presentadas en este párrafo, se plantea la necesidad de analizar las aportaciones de la psicología y la neuropsicología histórico-cultural en casos que presentan trastornos severos del desarrollo a consecuencia de síndromes hereditarios como el SdCL.

El enfoque histórico-cultural fue desarrollado por diversos psicólogos soviéticos, entre los que destacan Vigotsky, Luria, Leontiev y Rubinstein. Los principios generales de dicho enfoque los podemos resumir de la siguiente manera:

- a) La categoría fundamental es la personalidad, en ella se integran diversidad de procesos cognitivos y afectivos conocidos como procesos psicológicos, los cuales pueden dividirse y agruparse con fines de explicación dentro de las áreas de motivos e intereses, afectivo-emocional, cognitiva y de relaciones sociales (Vygotski, 1935/2013a)
- b) Los procesos psicológicos aparecen por primera vez en el plano social, posteriormente se interiorizan y se reconstruyen en los individuos (Vygotski, 1933/2009)
- c) Los procesos psicológicos son interdependientes unos con otros y sufren transformaciones cualitativas durante el desarrollo ontogenético, es decir, poseen una estructura sistémica y dinámica (Vigotsky, 1930/2013);
- d) La unidad de análisis de la psicología histórico-cultural es la acción, la cual es orientada y mediada por signos y herramientas, teniendo como principal finalidad la apropiación cultural y la transformación creativa de la realidad; en ella se manifiestan los distintos procesos psicológicos (Leontiev, 1993; Wertch, 1988)
- e) La base cerebral de la acción es el sistema funcional complejo, el cual implica la participación de distintos mecanismos neuropsicológicos (Luria, 1974)
- f) Los mecanismos neuropsicológicos son el aporte diferenciado de determinadas zonas cerebrales a la actividad psíquica; se forman durante el desarrollo cultural de la persona, es decir, a partir de la apropiación y creación de signos y herramientas (Luria, 2007)



- g) En el análisis de casos clínicos es preciso analizar todos los procesos señalados a través del análisis de todos los sistemas de actividad concretos en los que se desenvuelve la persona, pues se asume que no poseemos psique, sino que somos psique, es decir, somos actividad, y por lo tanto es preciso analizar todos los niveles en que se manifiesta: el psicofisiológico, el neuropsicológico, el cognitivo, el afectivo, y el de relación social (Rubinstein, 1969).

De todos los procesos, el lenguaje ocupa un lugar principal, pues es el que mediatiza, organiza y garantiza el desarrollo de la percepción, movimiento, atención, memoria y pensamiento, y de la esfera afectiva-emocional y de la personalidad (Quintanar, 1994); de ahí que ocupe un lugar central en todo proceso de formación, corrección o rehabilitación neuropsicológica. La evaluación e intervención neuropsicológica y psicológica se fundamenta en los principios desarrollados por Luria (1974) y Tsvetkova (1998), en su Teoría de la Enseñanza Rehabilitatoria, y en la Teoría de la Formación de las Acciones Mentales por Etapas, desarrollada por Galperin (2009) y Talizina (1988). Entre los principios generales se encuentran los siguientes:

- a) La evaluación parte de un análisis sindrómico que implica identificar el defecto primario y el defecto secundario, así como los mecanismos y procesos conservados (Solovieva & Quintanar, 2016)
- b) El análisis se hace mediante la cualificación de los tipos de errores y el análisis de su actividad rectora, lo cual permite identificar los mecanismos neuropsicológicos comprometidos en su funcionamiento, la manera en que afectan al funcionamiento de otros mecanismos, procesos psicológicos y acciones, así como el impacto que tiene en toda su personalidad; abarcando también la explicación de cómo lo social ha aportado en la configuración de dicho funcionamiento, e identificando los mecanismos y procesos que presentan un desarrollo óptimo o no alterado
- c) El proceso de intervención se basa en la utilización de todos los mecanismos y procesos conservados o con un desarrollo no alterado u óptimo (Tsvetkova, 1998)
- d) La intervención consiste en favorecer la asimilación de acciones por distintas etapas, elegidas de acuerdo con su edad psicológica y su actividad rectora y de acuerdo a sus sistemas de actividad concretos, en las que se incluyen los signos y herramientas que le permiten desarrollar los mecanismos neuropsicológicos alterados, garantizando de esa manera el desarrollo de todos sus procesos, es decir, de toda su esfera psicológica, tanto cognitiva como afectiva (Solovieva & Quintanar, 2014)
- e) las actividades elegidas de acuerdo con la edad psicológica del niño deben conducir al desarrollo de todas las esferas psicológicas del niño
- f) para asegurarnos que conducimos al desarrollo psicológico, debemos identificar desde la evaluación y en la implementación de cada nueva acción durante la intervención, la zona de desarrollo próximo (el grado de ayuda que requiere para realizar la tarea), pues el objetivo será ir reduciendo esa zona hasta que la persona pueda realizar la acción de manera independiente (Vygotsky, 1933/2009)
- g) debemos de garantizar mediante la elaboración de la base orientadora de la acción, que las acciones se realicen con éxito desde la primera ejecución;
- h) realizar con éxito desde la primera ejecución significa que inicialmente nosotros realizaremos la parte de la acción que a la persona le resulta imposible, pero poco a poco iremos brindando los orientadores

adecuados para que posteriormente ella pueda ir incluyéndose en la realización de la operación que presenta dificultad, mediante el uso de signos y herramientas que le permitan apoyarse en los mecanismos conservados,

- i) el objetivo de la orientación es que ella pueda ir generalizando los rasgos y las operaciones lógicas esenciales del contenido presentado para que poco a poco ella vaya adquiriendo mayor independencia y éxito frente a las tareas propuestas (Galperin, 2009).

Por esta razón el presente trabajo pretende aportar a la caracterización de casos clínicos con síndromes que han sido poco abordados por la psicología y la neuropsicología clínica. Además, contribuir en el desarrollo y evaluación de métodos de intervención individual que garantizan el desarrollo de personas que necesitan de una educación especial.

La relevancia teórica radica en presentar un estudio integral del funcionamiento neuropsicológico y de las distintas esferas psicológicas que conforman a la personalidad: afectivo-emocional, de motivos-intereses, cognitiva y de relaciones sociales.

Considerando lo anterior, y de acuerdo a la valoración clínica inicial de una adolescente, nos propusimos, como objetivo general de este estudio, mostrar las aportaciones de la psicología y neuropsicología histórico-cultural en el abordaje de casos clínicos que, por presentar trastornos severos del desarrollo, necesitan de una educación especial; y como objetivos específicos tenemos 1) el desarrollo de los mecanismos neuropsicológicos en una adolescente con SCdL y 2) el desarrollo de todas las áreas que conforman su personalidad, a través de la formación de motivos de estudio y de la formación inicial de la lectoescritura por etapas, con la finalidad de incidir positivamente en su desarrollo psicológico general.

MÉTODO

Descripción del sujeto y problemática

Nombre: GSV. Sexo: Femenino. Lateralidad: Diestra. Edad durante la primera evaluación: 14 años y 6 meses. Edad posterior a la intervención: 16 años y 11 meses. Escolaridad: Primaria concluida en educación regular. Lugar de estudios: Chimalhuacán, México. Antecedentes: A los 40 días de nacida es diagnosticada mediante estudios genéticos con Síndrome de Cornelia de Lange. Desde su primer año de vida presentó retardo en su desarrollo motor y en su lenguaje. Ha recibido diversos tratamientos, en ortopedia, nefrología, endocrinología, terapia de lenguaje y neurología. Ha asistido por periodos prolongados a equinoterapia y natación. Además, ha recibido tratamiento médico con nitrofenilamina y paracetan. Aprendió el habla entre los 4-5 años. Inició sus estudios en una escuela de educación regular, posteriormente ingresó a un Centro de Atención Múltiple. A los ocho años desarrolló la comprensión de frases, y durante el periodo escolar aprendió a identificar visualmente algunas letras (d, s, p y m, y vocales) y la escritura a la copia. Motivo de consulta: La madre refiere que su hija ya no quiere asistir a la escuela secundaria. Solicita apoyo para que su hija aprenda a leer, y a realizar acciones que le permitan ser más independiente.



Instrumentos de evaluación

Se realizó la evaluación inicial y final de la paciente a través de los siguientes protocolos, elaborados a partir de la propuesta histórico-cultural:

- *La entrevista clínica semi-estructurada*, se utilizó con la finalidad de conocer los hitos de desarrollo de la adolescente.
- El protocolo *Evaluación neuropsicológica infantil “Puebla-Sevilla”* (Solovieva, Quintanar & León Carrión, 2013). Este instrumento fue elaborado a partir de las propuestas de la neuropsicología histórico –cultural, que concibe el desarrollo desde una visión cualitativa de la adquisición y el funcionamiento de los mecanismos cerebrales dentro de las actividades que realiza el niño (Solovieva, Loredó, Quintanar & Lázaro, 2013). El instrumento incluye tareas que valoran el estado funcional de los mecanismos cerebrales específicos que participan en sistemas funcionales para diversas tareas escolares y de la vida cotidiana (tabla 1). Este instrumento está conformado por 10 apartados, cada uno incluye 10 ítems o tareas, los apartados están ordenados de acuerdo con el mecanismo cerebral que se valora a través de la tarea correspondiente, en el cual se registran los tipos de errores que se presentan en cada una de ellas.
- El protocolo de *Evaluación del desarrollo de la actividad intelectual* (Solovieva, 2004), para determinar la etapa de desarrollo en la que se encuentra el caso clínico.
- *Frases incompletas* (González-Rey, 2009), con el cual se valoró la esfera de motivos e intereses.
- Las relaciones sociales se valoraron a partir de la observación directa durante las sesiones de evaluación y mediante juego libre y dirigido.

Tabla 1. Estructura de la prueba de Evaluación Neuropsicológica Infantil Puebla-Sevilla (Solovieva, Quintanar & León-Carrión, 2013).

Mecanismos neuropsicológicos	Tareas
Programación y control	1. Prueba verbal asociativa (5 ítems) 2. Prueba verbal de conflicto (5 ítems)
Organización secuencial motora	1. Copia y continuación de una secuencia gráfica (1 ítem) 2. Coordinación recíproca de las manos (3 ítems) 3. Secuencias de movimientos manuales (3 ítems) 4. Intercambio de posición de los dedos (3 ítems)
Integración cinestésico-táctil	1. Reproducción de posiciones de los dedos en la mano contraria (2 ítems) 2. Evocación de posiciones (2 ítems) 3. Reconocimiento de objetos (2 ítems) 4. Reproducción de posiciones (aparato fono-articulatorio; 1 ítem) 5. Repetición de sílabas y sonidos (3 ítems)
Integración fonemática	1. Repetición de pares de palabras (3 ítems) 2. Repetición de sílabas (3 ítems) 3. Identificación de fonemas (2 ítems) 4. Reproducción de series de ritmos (2 ítems)

Tabla 1. Estructura de la prueba de Evaluación Neuropsicológica Infantil Puebla-Sevilla (Solovieva, Quintanar & León-Carrión, 2013).

Mecanismos neuropsicológicos	Tareas
Retención audio-verbal	<ol style="list-style-type: none"> 1. Retención involuntaria (4 ítems) 2. Retención voluntaria (4 ítems) 3. Retención audio-verbal (interferencia heterogénea; 2 ítems)
Retención visual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reproducción de letras (con la mano izquierda) después de la copia (con la mano derecha; 1 ítem) 2. Reproducción de figuras (con la mano derecha) después de la copia (con la mano izquierda; 1 ítem) 3. Dibujo libre de una niña (1 ítem) 4. Dibujo libre de un niño (1 ítem) 5. Reconocimiento de dos series de 3 figuras (2 ítems) 6. Dibujo libre de 4 animales en cuadros marcados (1 ítem) 7. Reproducción de los mismos 4 animales en cuadros marcados (1 ítem) 8. Reproducción de series de letras con mano derecha (interferencia homogénea; 1 ítem) 9. Reproducción de series de figuras con la mano izquierda (interferencia homogénea; 1 ítem)
Percepción espacial global	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dibujo libre de una casa (1 ítem) 2. Copia de una casa (1 ítem) 3. Copia de letras con la mano derecha (1 ítem) 4. Copia de figuras con la mano izquierda (1 ítem) 5. Dibujo de un niño (1 ítem) 6. Dibujo de una niña (1 ítem) 7. Evocación de dibujos de animales (1 ítem) 8. Dibujo por consigna (mesa con 4 patas; 1 ítem) 9. Dibujo de un reloj con manecillas (1 ítem) 10. Dibujo por consigna de un reloj con manecillas que muestren una hora (1 ítem)
Percepción espacial analítica	<ol style="list-style-type: none"> 1. Completar o inventar una figura a partir de un círculo (1 ítem) 2. Comprensión de oraciones con estructuras gramaticales complejas (2 ítems) 3. Completar oraciones de acuerdo al cuadro (2 ítems) 4. Comprensión de órdenes (2 ítems) 5. Comprensión de órdenes: esquema corporal (4 ítems)
Atención y estado de alerta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identificación de estímulos significativos (figura-fondo; 10 ítems)
Esfera emocional	<ol style="list-style-type: none"> 1. Observaciones a partir de la entrevista con familiares y/o pedagogo (5 ítems) 2. Observaciones complementarias durante la sesión (5 ítems)

Fuente: Solovieva, Loredó, Quintanar y Lázaro (2013).

PROCEDIMIENTO

Programa de intervención

En la tabla 2 se describen las fases y objetivos del programa, así como el número de sesiones que se realizaron con sus respectivas actividades. En la tabla 3 se muestran las actividades por cada área. Mientras que en la tabla 4 se puede observar un ejemplo de tarea, es decir, el análisis de tarea que se realizó de manera desplegada para cada sesión.



Tabla 2. Descripción de las fases del programa.

Fase	Objetivos	N.º de sesiones	Actividades
1	Establecimiento de contratos y <i>rapport</i> .	12	Acuerdos de horarios con padres y GSV Actividades con la adolescente: juego de lotería convencional, juego de mesa <i>el lince</i> , juegos didácticos en computadora, juego de <i>las atrapadas</i> , juego <i>lobo estas ahí</i> .
2	Creación de motivos escolares, y desarrollo de su autoconocimiento, autovaloración y autoestima.	30	Juego de loterías con letras y números (considerando sólo su aspecto visual), juegos didácticos con numeración, juegos de identificación de letras y números (de manera visual), juegos de roles, fundamentalmente juego a la escuelita, diálogo sobre gustos (música, entretenimiento, etc.) y proyectos personales (pareja, casa, hijos, trabajo, etc.), juegos de preguntas <i>ungame</i> , saturación de emociones positivas.
3	Corrección del factor de análisis y síntesis auditivas y fortalecimiento de su regulación y control.	96	Análisis y síntesis auditivas Se realizó actividad guiada de <i>karaoke</i> . Se utilizaron canciones del conocimiento y gusto de la adolescente. Formación de la percepción adecuada de rasgos de fonemas del idioma español a través del método de análisis fonemático de palabras diseñado para niños con dificultades: Análisis fonético oral y con el apoyo en la acción externa. El terapeuta pronuncia y cuenta el mismo la cantidad de sonidos. Luego el terapeuta pronuncia los sonidos de manera aislada y la adolescente sólo cuenta y fija la materialización de los sonidos (la adolescente no pronuncia nada). La adolescente elige la palabra adecuada con diferente acentuación. Introducción de letras (únicamente para su conocimiento desplegado y para mostrar la relación con los sonidos estudiados con su representación gráfica, si comete errores se le muestra cómo hacerlo o se realiza conjuntamente) con apoyo de acciones materializadas perceptivas. Juego de palabras a partir de su sonido final. Juego <i>el ruidoso</i> . Regulación y control Planeación de tareas y verificación de su cumplimiento. Juegos de mesa (ej. la oca). Juegos de preguntas con respuestas libres. Ejecución conjunta de los pasos de la acción de acuerdo a la instrucción verbal del adulto (ej.: dibujo dirigido, series numéricas). Ejecución de la acción de acuerdo a un programa, el terapeuta organiza el seguimiento y el control del programa. Ejecución de la acción de acuerdo a un programa, niña verifica el seguimiento del programa. Realización de las acciones de acuerdo al programa interiorizado.
4	Corrección de los factores cinestésico y cinético.	+	Cinético: Se realizará el análisis de los rasgos esenciales de los dibujos de manera programada y su comparación con el modelo. La niña escribirá vocales en la tierra con un palito y después con un gis, con ambas manos, una por una y simultáneamente. Posteriormente escribirá en un pizarrón con un gis. Posteriormente escribirá en el espacio, con cada mano y con las dos simultáneamente. Escribirá las letras en el espacio moviendo sus pies. Después escribirá cada letra con bolígrafo en toda una hoja. Poco a poco se irá reduciendo el tamaño. Luego realizará mismo trabajo con consonantes. El niño comparará mentalmente las letras parecidas (escribiéndolas en el aire). Cinestésico: Análisis fonético de palabras rimadas. Pronunciación de palabras con acentuación forzada. Se impulsará a la imitación de la articulación. Se realizará tarea de complementación de rimas. Se construirán esquemas de palabras rimadas. Se realizarán actividades que favorezcan el desarrollo de la propiocepción y el reconocimiento háptico.
5	Formación del concepto de número, y escritura y lectura independiente.	+	Se iniciará con la formación del concepto de número a través de la asimilación de la magnitud, medida y múltiplo. Se trabajará con la producción escrita independiente de palabras e ideas, y con la lectura de frases y cuentos cortos (comprensión y producción).

Tabla 3. Actividades por cada área.

Neuropsicológica	Afectivo-emocional	Motivos e intereses	Cognoscitiva	Relaciones sociales
<p>Objetivos Favorecer desarrollo de los factores análisis y síntesis auditivas y cinestésicas. La melodía cinética y regulación y control se trabajarán transversalmente durante la formación de dichos mecanismos.</p> <p>Actividades Análisis y Síntesis auditiva: Karaoke dirigido con canciones del gusto de ella. Formación de la percepción adecuada de rasgos fonemas del idioma español a través del método de análisis fonemático de palabras diseñado para niños con dificultades: Análisis fonético oral y con el apoyo en la acción externa. Juegos de palabras a partir de su sonido final. Juego el ruidoso.</p> <p>R y C: Ejecución de la acción de acuerdo a un programa. Planificación y verificación de tareas. Juegos de mesa. Cinético: Escritura con un palito de vocales en tierra, arena, gis y en el aire. Secuencias de figuras geométricas. Organización de tarjetas que describen historias. Cinestésico: Análisis fonético de palabras rimadas. Se motivó la imitación de la articulación.</p>	<p>Objetivos Generar emociones positivas hacia las actividades escolares. Motivar las expresiones verbales de sus emociones. Reconocimiento y valoración por sus habilidades. Actividades En cada juego de roles se mostraba la expresión de emociones positivas y la valoración por las acciones que ella realizaba.</p>	<p>Objetivos Formación de motivos e intereses estables de estudio y la Lecto-escritura. Actividades Juego de lotería de letras y números (considerando su aspecto visual), juegos de roles fundamentalmente a la escuelita. Juegos de preguntas. Inclusión en clases de uso básico de computadora.</p>	<p>Objetivos Formar la base de la lectura y escritura. Formar nociones básicas de operaciones aritméticas. Actividades Juegos activos con reglas. Juegos de roles con objetos reales, posteriormente uso de objetos de forma simbólica y por último, objetos creados por ella misma con papel periódico. Bases de la formación del concepto del número.</p> <p>Objetivos Favorecer la zona de desarrollo próximo.</p> <p>Actividades. Identificación de características esenciales y no relevantes de los objetos. Organización de tarjetas que representan una historia, posteriormente la descripción de dichas tarjetas. Cubos de Kohs.</p>	<p>Objetivos Establecer relaciones sociales agradables en los distintos contextos en que se desenvuelve la adolescente. Actividades Juegos de roles. Hablar por teléfono de forma simbólica. Diversas dinámicas de animación que propiciaran la relación con los otros.</p>



Tabla 4. Análisis de tarea.

Objetivo de la sesión	Mecanismo(s) que serán potencializados	Etapas principales de las tareas <i>Material (M)</i> <i>Perceptiva (P)</i> <i>Verbal (V)</i>	Descripción detallada de las operaciones de las tareas.	Mecanismo (s) que se utilizan para la compensación	Nivel de ayuda para garantizar la ejecución
Favorecer la identificación de sonidos verbales, asimismo su reproducción	1. Oído fonemático 2. Análisis y síntesis cinestésicas.	Materializada Perceptiva	Método invariante para la adquisición para la lectura. Etapa materializada de sonidos. La psicóloga pronuncia la palabra (de preferencia utilizar objetos presentes o imágenes, <i>palabras cortas de cuatro sonidos</i>) y se le pedirá a la niña que cada vez que escuche un sonido diferente colocará una ficha blanca. Se determina de cuantos sonidos consiste la palabra. Después deberá identificar el esquema que le corresponde a la palabra.	Activación inespecífica. Análisis y síntesis espacial global y analítica. Análisis visual.	Es importante enunciar claro y pausado en primer momento, el sonido para la adecuada identificación; además dar apoyo visual con láminas donde identifique la posición de los labios para cada fonema.
Favorecer la identificación de sonidos verbales.	Oído fonemático. Análisis y síntesis cinestésicas	Perceptiva	Juego: gallinita ciega. Entre los jugadores se elige a la persona que representara a la gallinita ciega, a la cual, se le cubrirán los ojos. Cuando la paciente deba ser perseguida por la gallinita ciega, la condición es que articule fonemas de tipo vocal y algunos consonantes. Cuando ella tome el papel de gallinita ciega, deberá estar atenta a sonidos que se designen durante la realización del juego. 1. Primero identificará sonidos vocales (a, e, i, o y u). 2. Posteriormente se le pedirá que identifique los sonidos "L" y "d". 3. En seguida, se le solicitará que identifique los sonidos "p" y "m".	Análisis y síntesis espacial global y analítica. Análisis visual.	Cuando deba articular ella, se le dará apoyo visual con uso de láminas y con la imitación por parte de la facilitadora. En el momento, en que ella deba identificar, primero se le hará saber cuáles son los sonidos a identificar con apoyo de un referente mediante una imagen.

RESULTADOS

Se presentan los resultados de la evaluación por cada una de las áreas señaladas.

Evaluación inicial

Diagnóstico neuropsicológico. Existe una debilidad funcional primaria de los factores de análisis y síntesis auditivas, de análisis y síntesis cutáneo-cinestésicas, y una deficiencia secundaria de los factores de organización secuencial motora y de regulación y control, además también se presenta una afectación secundaria en los factores de retención, por la deficiencia tanto del análisis y procesamiento de la información (realizado por las zonas cerebrales posteriores), y de la regulación (realizado por las zonas cerebrales anteriores).

Diagnóstico cognitivo. El retraso de su lenguaje ha mermado el desarrollo voluntario y consciente de sus demás procesos psicológicos. Su pensamiento, a nivel de acciones con imágenes concretas, junto con el insuficiente desarrollo de su lenguaje, expresivo y comprensivo, son muestras de que su desarrollo cognitivo todavía no cuenta con las cualidades psicológicas propias de la edad psicológica escolar. Pese a lo anterior, existe desarrollo de habilidades que permitirían formar las bases de la lecto-escritura si hubiera una adecuada motivación hacia la actividad escolar.

Diagnóstico de su esfera de motivos e intereses. Su principal motivo es el cuidado de su aspecto personal y el poder tener una pareja. En general le motiva recibir atención cordial y personalizada en sus atenciones clínicas. Le motiva la carga afectiva que recibe del padre. No hay alguna motivación escolar ni laboral. Tampoco existe una motivación de distracción hacia una actividad en especial fuerte. Presenta algunas motivaciones como ser estilista con finalidades más de arreglo personal que laborales.

Diagnóstico de la esfera afectivo-emocional. La mayoría de tiempo está enojada porque se siente obligada a realizar una actividad ante la cual no tiene motivos estables (la actividad escolar). Cuando recibe afecto y cordialidad se involucra en las relaciones sociales y mejora considerablemente su desempeño en sus actividades.

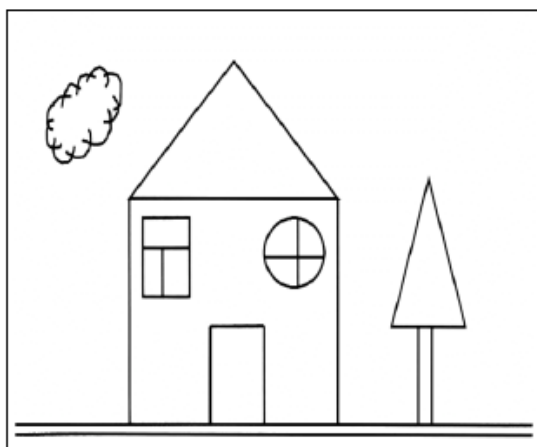
Diagnóstico de las relaciones sociales. Muestra timidez hacia las personas desconocidas. Rechaza involucrarse en contextos escolares debido a que no puede realizar con éxito la mayoría de las tareas solicitadas, por lo que, prefiere una enseñanza de forma individual. Es posible integrarla en juegos sociales con la orientación de un adulto.

En la tabla 5, se presentan los resultados de cada una de las áreas. Además, se muestran ejecuciones de algunos de los factores neuropsicológicos con debilidad funcional como es el factor de regulación y control (figura 1) y melodía cinética (figura 2).



Tabla 5. Evaluación inicial de cada área.

Neuropsicológica	Afectivo-emocional	Motivos e intereses	Cognoscitiva	Relaciones sociales
<p>Debilidad funcional de los factores de integración fonemática y cinestésica, y una deficiencia secundaria de los factores de melodía cinética y regulación y control; repercutiendo en un inadecuado procesamiento y almacenamiento de la información. Su pensamiento es de nivel perceptivo (de acciones con imágenes concretas).</p> <p>Tareas en las que mostró tipos de errores.</p> <p>No hay fluidez en secuencia gráfica.</p> <p>Falta de planeación y dificultad espacial en la tarea copia de una casa.</p> <p>En la tarea de conflicto donde debe dar determinado número de golpes muestra errores de inhibición.</p> <p>En la reproducción de dos series de cinco elementos visuales logró 5/10 con distorsiones y con ayuda.</p>	<p>Rechazo a cualquier contexto de aprendizaje.</p> <p>Enojo hacia las tareas escolares.</p> <p>Comúnmente no expresa emociones en sus expresiones verbales.</p> <p>Expresa constantemente frases como “no puedo” o “no sale”.</p> <p>La relación entre madre-hija regularmente es de conflicto.</p>	<p><i>Presentes:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El cuidado de su aspecto personal. 2. Le motiva la carga afectiva que recibe del padre. 3. Salir a paseos con familiares. <p><i>Ausentes:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Motivación escolar. 2. Motivos laborales. 3. Motivación hacia una actividad en especial. 	<p>El retraso de su lenguaje ha impactado el desarrollo voluntario y consciente de sus demás procesos psicológicos.</p> <p>Solo hay escritura a la copia.</p> <p>No comunica sus pensamientos ni sentimientos.</p> <p>Pobre juego simbólico.</p> <p>Pobre actividad gráfica.</p> <p>Ausencia de cualidades psicológicas propias de la edad psicológica escolar.</p> <p>Desarrollo intelectual: Soluciona problemas si se le señala y explica las relaciones lógicas de los elementos que configuran el problema, en la etapa de acciones concretas.</p>	<p>Miedo y timidez hacia las personas desconocidas.</p> <p>No desea asistir a la escuela.</p> <p>Prefiere la atención individual.</p>



Muestra de la casa a copiar



Figura 1. Tarea copia de la casa

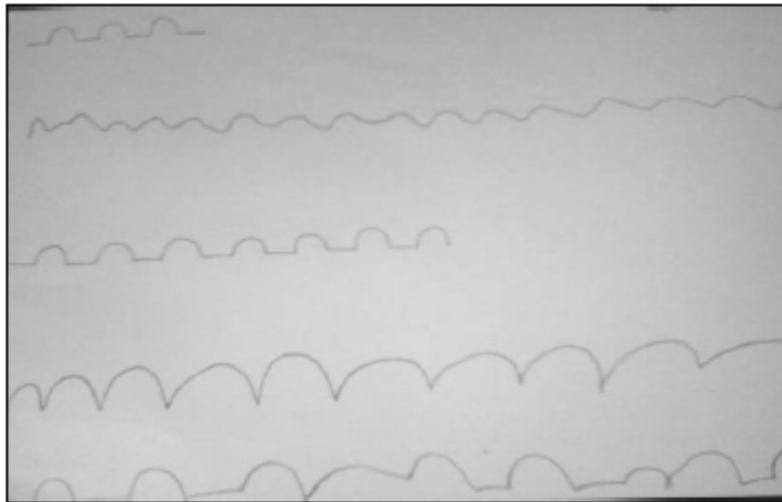


Figura 2. Secuencia gráfica

Resultados de intervención a los 8 y 24 meses

La adolescente logró generar motivos hacia la actividad escolar y obtuvo una estabilidad emocional se avanzó considerablemente en el desarrollo del factor de integración fonemática y en el fortalecimiento de su regulación y control, en la tabla 6 y 7 se presentan los logros observados después de un período de 8 meses y 24 meses respectivamente en cada área.

Tabla 6. Resultados de intervención a los 8 meses.

Neuropsicológica	Afectivo-emocional	Motivos e intereses	Cognoscitiva	Relaciones sociales
Logra identificar el sonido fuerte en palabras. Logra diferenciar entre sonidos vocales y consonantes. Identifica sonido inicial y final de cada palabra. Logra identificar la mayoría de sonidos lingüísticos. Realiza el conteo numérico del 1 al 10 de manera independiente, orden directo e inverso. Ya no es necesario que este la terapeuta a su lado para que realice actividades propuestas. Interiorización de programas de acciones. Logra una mejora en su dibujo de forma dirigida.	Realiza gustosamente la mayoría de actividades propuestas ya sean de juego o escolares. Amistad con los terapeutas y con las personas que acuden al CAPAEHC. Mayor convivencia familiar. Expresa emociones positivas constantemente Frecuentemente ella misma se aplaude.	Motivación hacia la lectura y escritura. Motivación para ser maestra o estilista. Interés por aprender cosas nuevas. Motivación de tener una pareja sentimental.	Desarrollo de la función comunicativa del lenguaje: Mayor expresión de opiniones, gustos y necesidades. Mantiene conversación y responde adecuadamente ante preguntas y saludos. Mayor léxico y oraciones mejor estructuradas. Uso básico de PC. Accede a juego de roles. Dibujos con más elementos y dimensiones.	Se integra en la mayoría de juegos amistosamente con los niños. Amistad con los terapeutas y con las personas que acuden al CAPAEHC.



Tabla 7. Resultados de intervención a los 24 meses.

Neuropsicológica	Afectivo-emocional	Motivos e intereses	Cognoscitiva	Relaciones sociales
Logra identificar todos los sonidos lingüísticos. Realiza escritura al dictado por sonidos y silabas. Logra seguir reglas en juegos de mesa como: <i>uno, se busca, lotería</i> , entre otros. Se observa verificación de sus acciones y cuando es necesario corrección de ellas.	Lleva a cabo todas las tareas propuestas, sobre todo las de tipo escolar con una actitud positiva. La madre expresa que la relación con su hija es armónica y colaborativa. Continuamente se esfuerza y valora su trabajo. Expresión de afecto hacia su terapeuta a través de abrazos.	Se ha incluido en un contexto escolar desde hace 4 meses con niños. Muestra interés por seguir aprendiendo cada vez más. Motivación por incluirse en un curso de estilismo para laborar en un futuro junto con su hermana.	Realiza conversaciones donde describe de manera desplegada los hechos ocurridos en su vida cotidiana. Realiza sumas y restas de forma perceptiva. Lectura de palabras compuestas por cuatro y cinco letras. Escritura de palabras cortas.	Se involucra en todos los juegos y actividades propuestas. Amistad y gusto por compartir experiencias con los terapeutas y con las personas que se relaciona en CAPAEHC. Manifiesta gusto por ser incluida en un contexto escolar.

A continuación, se presenta en la tabla 8 y en las figuras 3 y 4 la comparación de los resultados de la evaluación inicial con los resultados de evaluación final.

Tabla 8. Comparación de evaluación inicial y final.

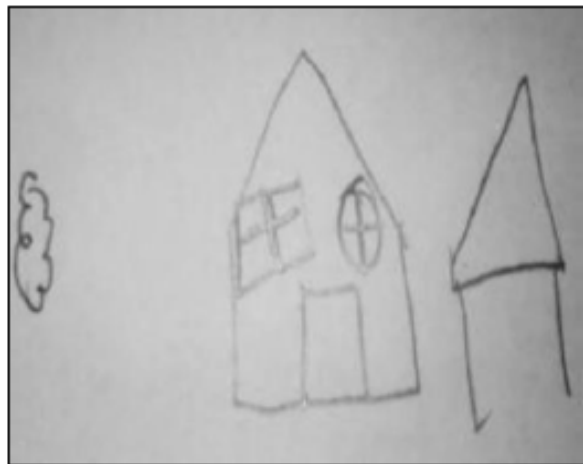
Áreas evaluadas	Evaluación inicial	Evaluación final
Neuropsicológica	Debilidad funcional de los factores de integración fonemática, cinestésica y de melodía cinética; y un insuficiente desarrollo del mecanismo de regulación y control; repercutiendo en un deficiente procesamiento y almacenamiento de la información.	<i>Mejora en todos los factores que presentaban alteración.</i>
Organización secuencial motora.	No hay Fluidez en secuencia gráfica.	Fluidez en la ejecución de secuencia gráfica, asimismo en la alternancia de coordinación de manos.
Integración espacial.	Dificultad en la distribución y proporción en la copia de una casa.	Mejora considerablemente su percepción espacial global en la copia de una casa.
Regulación y control.	En la tarea de conflicto donde debe dar determinado número de golpes muestra errores de inhibición.	En la tarea de conflicto donde debe dar un golpe ante una palabra solicitada, la realizó adecuadamente.
Retención.	En la reproducción de dos series de cinco elementos visuales logró 5/10 con distorsiones y con ayuda.	Recuperación de 9/10 elementos visuales con ayuda. En la reproducción de dos series de cinco elementos visuales logró 7/10 con ayuda, aunque en la identificación logró 10/10.
Integración fonemática.	Presentó dificultades en la identificación de fonemas, en la reproducción de sonidos cercanos por sonoridad y en la reproducción de pares de sílabas cercanas por sonoridad.	No presentó dificultades en las tareas de identificación y reproducción de sonidos.

Tabla 8. Comparación de evaluación inicial y final.

Áreas evaluadas	Evaluación inicial	Evaluación final
Esfera afectiva emocional	Rechazo a cualquier contexto de aprendizaje. Enojo hacia las tareas escolares. Comúnmente no expresa emociones en sus expresiones verbales. Expresa constantemente frases como “no puedo” o “no sale”. La relación entre madre-hija regularmente es de conflicto.	Alegre y entusiasta en su vida cotidiana. Contenta por realizar actividades escolares y asistir a la escuela. Cariñosa con las personas de su familia y terapeuta.
Esfera de motivos e intereses	<i>Presentes:</i> 1. El cuidado de su aspecto personal. 2. Le motiva la carga afectiva que recibe del padre. 3. Salir a paseos con familiares. <i>Ausentes:</i> 1. Motivación escolar. 2. Motivos laborales. 3. Motivación hacia una actividad en especial.	Motivos estables hacia las tareas escolares. Piensa en seguir estudiando incluso una carrera. Motivos por incluirse en un curso de estilismo para laborar en un futuro junto con su hermana. Motivo por crear una familia.
Esfera cognoscitiva	El retraso de su lenguaje ha impactado el desarrollo voluntario y consciente de sus demás procesos psicológicos. Solo hay escritura a la copia. No comunica sus pensamientos ni sentimientos. Pobre juego simbólico. Pobre actividad gráfica. Ausencia de procesos cognitivos y volitivos propios de la edad psicológica escolar. Desarrollo intelectual. Solución a problemas con un segundo nivel de ayuda, en la etapa de acciones concretas. Accede a la solución perceptiva pero no logra explicar el porqué de su respuesta.	Lenguaje oral desplegado de situaciones concretas y de secuencia de imágenes. Comprensión de lenguaje escrito. Desarrolla lenguaje escrito al dictado y escritura de algunas palabras de manera espontánea. Mejora en su actividad gráfica guiada. Se observó la aparición de neoformaciones de la edad psicológica escolar, por ejemplo, se estabilizó la actividad voluntaria. Desarrollo intelectual. Realiza la resolución a un nivel lógico-verbal con el primer nivel de ayuda satisfactoriamente, logrando explicar el porqué de su respuesta
Esfera de relaciones sociales	Miedo y timidez hacia las personas desconocidas. No desea asistir a la escuela. Prefiere la atención individual.	Se observa aceptación y convivencia con una mayor confianza con las demás personas en los distintos contextos en que se desenvuelve Logra trabajar en grupo y en conjunto con otras personas.



Copia de una casa.



Evaluación inicial



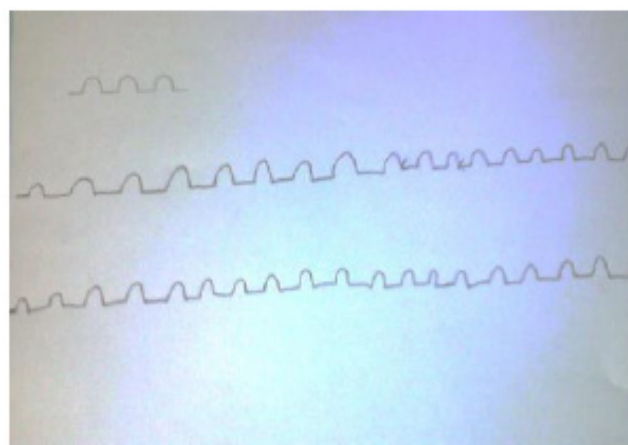
Evaluación final

Figura 3. Ejecuciones de la copia de una casa, antes y después de la intervención.

Secuencia gráfica



Evaluación inicial



Evaluación final

Figura 4. Ejecuciones de la copia y continuación de una secuencia, antes y después de la intervención.

DISCUSIÓN

Como se pudo observar a lo largo de este capítulo, la aplicación de los principios teóricos del enfoque histórico-cultural, durante el análisis y la intervención clínica, posibilitan un abordaje que no considere fenómenos psicológicos por aislado, ya sea conducta, cognición, motivaciones, necesidades, emociones, etc., sino todo en su conjunto, considerando también el análisis de los mecanismos psicofisiológicos que dan soporte a las cualidades psíquicas. Lo anterior tiene implicaciones prácticas y teóricas, pero sobre todo humanas, pues considerar a la persona en general, y no sólo a alguno de los procesos cognitivos y afectivos que la configuran, impacta profundamente en los casos de estudio, lo cual gesta una mayor motivación hacia las tareas propuestas, y por lo tanto mayores posibilidades de educación y desarrollo.

CONCLUSIÓN

Se logró establecer un diagnóstico integral del caso clínico, desde la perspectiva histórico-cultural, lo cual permitió plantear objetivos de intervención psicológicos y neuropsicológicos, considerando la edad psicológica, su respectiva actividad rectora y sus cualidades psicológicas particulares. Además, al plantearse actividades donde se favoreció el desarrollo de procesos y mecanismos neuropsicológicos débiles, se posibilitó la formación de acciones con alto significado para la persona atendida. Como hemos presentado en la descripción del caso, lo anterior impactó significativamente en el desarrollo de neo-formaciones, de motivos e intereses, de un mayor gusto por las actividades de estudio, de su actividad intelectual, de su comunicación interpersonal, y en el deseo de GSV por incorporarse nuevamente al ámbito escolar.

Las propuestas teóricas y prácticas diseñadas desde la neuropsicología y psicología histórico-cultural, al favorecer un abordaje integral del sujeto, permiten realizar la evaluación e intervención en personas con síndromes genéticos que requieren de una educación especial, ya que posibilitan, independientemente del nivel de desarrollo, una potencialización de sus cualidades, lo cual posibilita siempre, mediante los métodos adecuados, nuevos aprendizajes e intereses.

REFERENCIAS

- Galperin, P. Ya. (2009). La formación de los conceptos y de las acciones mentales. En Quintanar, L. y Solovieva, Y. (2009) (Comps.). *Las funciones psicológicas en el desarrollo del niño*. México: Trillas.
- Gil M., Ribate, M., & Ramos F. (2010) Síndrome de Cornelia de Lange. *Protoc diagn ter pediatr*. 1, 1-12.
- González Rey, L. (2009). *Psicoterapia, subjetividad y postmodernidad. Una aproximación desde Vigotsky hacia una perspectiva histórico-cultural*. Buenos Aires: Noveduc.
- Gutierrez, J. & Pachecho, M. (2010). *Síndrome de Cornelia de Lange*. Facultad de Educación, Universidad de Cantabria. Capítulo XIII, 341-361.



- Leontiev, A. N. (1993). *Actividad, conciencia y personalidad*. México: Cartago.
- Luria, A. R. (1974). *El cerebro en acción*. España: Fontanella.
- Luria, A.R. (2007). El papel del lenguaje en la formación de conexiones temporales y la regulación del comportamiento en niños normales y oligofrénicos. En Luria, A.; Leontiev, A. y Vygotski, L. *Psicología y pedagogía*. España: Akal.
- Luria, A. R. & Tsvetkova, L. S. (1981). *La resolución de problemas y sus trastornos*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Rubinstein, S. (1969). *Principios de psicología general*. México: Grijalbo.
- Solovieva Y. (2004). *Desarrollo del intelecto y su evaluación. Una aproximación histórico-cultural*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2016). Análisis sindrómico en casos de problemas en el desarrollo y aprendizaje: Siguiendo a A.R. Luria. En D. Silva y J. Avila-Toscano. *De las Neurociencias a la neuropsicología. El estudio del cerebro humano. Tomo 1*. Colombia: Ediciones Corporación Universitaria Reformada.
- Solovieva, Y., Loredo, D., Quintanar, L., & Lázaro, E. (2013) Caracterización neuropsicológica de una población infantil urbana a través de la Evaluación Neuropsicológica Infantil Puebla-Sevilla. *Pensamiento Psicológico* [en línea] 2013, 11 (Enero-Junio):
- Solovieva, Y. Quintanar, L. & León Carrión, J. (2013). *Evaluación neuropsicológica infantil "Puebla-Sevilla"*. Material sin publicar de uso interno de la Maestría en Diagnóstico y Rehabilitación Neuropsicológica de la Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2014). Principios y objetivos para la corrección y el desarrollo en la neuropsicología infantil. En: H. Patiño y A. López (2014). *Prevención y evaluación en psicología. Aspectos teóricos y metodológicos*. México: Manual Moderno.
- Talízina, N. (1988). *Psicología de la enseñanza*. Moscú: Progreso.
- Tsvetkova, L. (1998). Hacia una teoría de la enseñanza rehabilitatoria. En Quintanar L. (comp.) *Problemas teóricos y metodológicos de la Rehabilitación Neuropsicológica*. México: Universidad Autónoma de Tlaxcala.
- Vygotsky, L. (1933/2009). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.
- Vygotsky, L. (1935/2013). *Obras escogidas V. Fundamentos de Defectología*. Madrid: Antonio Machado.
- Vygotsky, L. (1930/2013). *Obras escogidas 1. Sobre los sistemas psicológicos*. Madrid: Antonio Machado.
- Wertsch J. (1988). *Vygostky y la formación social de la mente*. España: Paidós.

Capítulo 5



Mutismo selectivo: Intervención en el contexto escolar y familiar

**Magdalena Cristina Hernández Rodríguez,
Carmen Josefina Hernández Rodríguez,
Cecilia Faustina Hernández Rodríguez
Oscar Rojas Uribe**

RESUMEN

El presente **estudio mixto**, presenta el proceso de **atención de un niño** que fue atendido desde que tenía 5 años 11 meses canalizado por desempeño escolar bajo, pero cumplía con los criterios para el diagnóstico del mutismo selectivo (DSM-5). **La intervención** se realizó durante 70 sesiones, dos veces por semana, 120 minutos por sesión, utilizando estrategias que fueron dirigidas a nivel escolar y familiar ya que repercutía en su aprendizaje académico y social. Con el fin de apoyar el desarrollo del menor, se procedió a la recopilación de información a través de la observación, aplicación de pruebas, entrevistas a padres y profesores de la escuela. El supuesto es que a través de la relajación e implementación del juego escolar y familiar se minimiza el mutismo, optimiza su desempeño en su aprendizaje y expresión oral. **Los resultados** muestran que el menor logró el habla espontánea en clase, alcanzó los aprendizajes esperados para el primer grado de primaria, así como involucrarse en el juego entre pares. El caso, continua en tratamiento para lograr su expresión en diferentes contextos.

INTRODUCCIÓN

En los niños, el comienzo de la educación formal representa cambios en su vida diaria, en algunos de ellos se ha observado que en los primeros días se niegan a entrar a la escuela, probablemente cuando no desean separarse del ambiente familiar, por lo que lloran, se jalen y buscan la forma en que sus madres los lleven de vuelta a casa, otros alumnos se muestran temerosos y poco participativos en las diferentes actividades, pero poco a poco van socializando y adaptándose al nuevo ambiente escolar, de tal manera que después se les ve sonrientes, jugando y disfrutando de las labores solicitadas en la escuela. Sin embargo, hay otros casos en que los niños se muestran tímidos, lentos, callados durante el tiempo escolar por más de dos meses, etc., y su periodo de adaptación al colegio parece tardado, alumnos que pueden hablar y lo hacen con algún familiar, es decir, se comunican en ambientes familiares o con alguna persona que ellos eligen, pero no en todos los lugares como lo hace la mayoría de los niños.

Uno de los ambientes en donde es necesaria la participación social y la expresión verbal, es la escuela, pues desde el primer grado se exige la lectura en voz alta y escritura, así como el conteo y la socialización que de no lograrse repercute en el desarrollo del menor y pareciera que el alumno no logra adaptarse al medio escolar. Pero, son estudiantes que requieren ayuda, como este caso de alumno que presentan mutismo selectivo y que requiere apoyo para comunicarse en los diferentes entornos sociales donde se desenvuelve, como lo es el colegio, que de no tratarse puede tener consecuencias en su desempeño escolar y social.

Definición

De acuerdo con Lahoza (2013, citado en Garrido, Marín & Hervas, 2015). el mutismo selectivo es una alteración del comportamiento que se inicia en la infancia, haciéndose visible en el período de incorporación de los infantes a la educación infantil

Valmaseda (1999, citado en Fiuza & Fernández, 2014) menciona que el mutismo selectivo es un problema de inhibición del habla que suele tener su inicio en la etapa preescolar. El trastorno se caracteriza porque el sujeto, pese a tener la capacidad del habla conservada, inhibe selectivamente la respuesta verbal delante de determinadas situaciones sociales o lo restringe a ciertas personas “de confianza” de su entorno familiar (normalmente padres y hermanos). Algunos de ellos disfrutaban activamente del contacto con los demás y juegan sin mayores problemas, sin embargo, permanecen en silencio. Hay otros que desarrollan con el amigo más cercano estrategias de comunicación alternativa (signos, miradas, gestos, etc.)

La definición del mutismo selectivo de acuerdo con el DSM-5 “es el fracaso constante de hablar en situaciones sociales específicas como la escuela o contextos sociales a pesar de realizarlo en otras situaciones como el hogar.”

Criterios DSM 5

A-Incapacidad persistente para hablar en situaciones sociales específicas en las que se espera que hable, (como en la escuela) a pesar de hablar en otras situaciones.

Es decir, el niño se expresa solo en lugares específicos y con la persona que le genere confianza o que el haya elegido, pero no en con la mayoría de las personas en los diferentes entornos sociales.

B- La alteración interfiere en el rendimiento escolar o laboral o con la comunicación social.

Los menores se muestran silenciosos y solitarios, pueden seguir las instrucciones, pero no son participativos y se inhiben cuando el trabajo es en equipo, en parejas o en la expresión grupal, pueden realizar algunas actividades, aun así, no responden a cuestionamientos hechos por el profesor u otras personas del contexto escolar y no son participativos en actividades que impliquen hablar o interactuar con otros, por ello interfiere en su desempeño educativo.

C- La duración de la alteración es de por lo menos un mes (no se limita al primer mes de la escuela).

La observación del comportamiento del menor debe prolongarse por un mes debido a que se puede adjudicar al proceso de adaptación que los menores tienen al ingresar a un nuevo contexto.



D- La incapacidad para hablar no se debe a una falta de conocimiento o de fluidez del lenguaje hablado requerido en la situación social.

Los menores tienen capacidad lingüística y comunicativa acorde con su edad, pero su expresión verbal la limitan a alguien en específico, ya que puede manifestarse en el entorno familiar, pero no en otros ambientes, lo cual también dificulta la socialización en otros contextos, pues de acuerdo con Rueda, Balbuena y López (2012) hay ausencia de contacto físico con maestros y compañeros, restricción de las relaciones sociales en el entorno escolar.

E- La alteración no se explica mejor por la presencia de un trastorno de la comunicación (por ejemplo, tartamudeo) y no aparece exclusivamente durante el curso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico.

Otra característica mencionada por Rueda, Balbuena y López (2012) es tensión corporal y facial, así como cierta pérdida de equilibrio motor y torpeza motora

Oerbeck, Manassis, Overgaard y Kristensen (2018), expresan que normalmente, el mutismo selectivo se inicia entre los 2 y los 5 años de edad, pero generalmente no es detectado hasta que los niños comienzan la escuela, donde hablar es un aspecto fundamental del aprendizaje y la socialización.

Algunas personas suelen confundir el mutismo selectivo con autismo debido a la falta de comunicación y socialización de los menores, pero son diferentes porque el niño con mutismo sigue instrucciones simples manifestando atención en el contexto donde se encuentra y logra comunicarse con alguien en específico, en general con un familiar solamente.

¿Cómo intervenir en este caso de mutismo selectivo?

Algunos estudios realizados (García, 2017, Rueda, Balbuena & López, 2012) informan que los menores con mutismo presentan ansiedad, timidez y sobreprotección familiar, por ello, la relajación, así como la inclusión familiar apoya en el tratamiento a niños con mutismo selectivo.

El juego como método para tratar a alumnos con mutismo selectivo

En los planes y programas de estudio para la educación básica (SEP, 2017 p. 67) lo considera, expresando que:

Durante el juego se desarrollan diferentes aprendizajes, por ejemplo, en torno a la comunicación con otros, los niños aprenden a escuchar, comprender y comunicarse con claridad, en relación con la convivencia social, aprenden a trabajar en forma colaborativa para conseguir lo que se proponen y a regular sus emociones; sobre la naturaleza, aprenden a explorar, cuidar y conservar lo que valoran; al enfrentarse a problemas de diversa índole, reflexionan sobre cada problema y eligen un procedimiento para solucionarlo, cuando el juego implica acción motriz, desarrollan capacidades y destrezas como rapidez, coordinación y precisión y cuando requieren expresar sentimientos o representar una situación, ponen en marcha su capacidad creativa con un amplio margen de acción.

Briseño (1999) expone que, para Vygotsky, el juego responde primeramente a una necesidad de carácter afectivo-emocional del infante, sin embargo, entiende la actividad lúdica del niño más como una tarea que se orienta hacia

el mundo real y la socialización. De igual forma, Sánchez, (2000, citado por Tamayo, 2017) enuncia que Vygotsky y Ausubel hacen referencia al juego como espacio de encuentro con los aprendizajes anteriores y con la posibilidad humana de comunicar para redefinir los estímulos y llegar a la determinación de un propio concepto.

Por otro lado, Oerbeck, Manassis, Overgaard y Kristensen (2018) mencionan que personas amables y divertidas, que hablan y mantienen la “conversación” independientemente de la participación del niño, son de gran ayuda.

Por las razones expuestas se decidió trabajar con un niño con los problemas mencionados.

MÉTODO

Descripción del sujeto y problemática

Menor de 6 años 11 meses que cursa el segundo grado de primaria, comenzó a ser tratado a los 5 años 11 meses cuando se encontraba inscrito en primero de primaria, la docente canalizó al menor argumentando que cuando le hablaba se quedaba mirándola, se demoraba al realizar algunas actividades o no las llevaba a cabo, se mostraba aislado de sus compañeros en el aula y durante el recreo se sentaba en una banca, no jugaba y no hablaba.

La madre expresó que al menor ya se le habían realizado dos estudios médicos, en dos hospitales, uno en el 2016 en el que se reportó como diagnóstico retraso en el lenguaje y el segundo realizado en el 2017 en el que fue diagnosticado con autismo probablemente por las características que presentaba al relacionarse con extraños.

Caminaba lento, rígido, cuando se le hablaba se quedaba estático con mirada fija a quien le hablaba, permanecía sentado solo cuando las actividades eran realizadas en equipos, cuando se le cuestionaba e insistía en la respuesta, el niño se pellizcaba la mejilla o se mordía el dedo, su rigidez corporal iba en aumento, por ello fue valorado por el área de psicología.

Antecedentes del niño y Contexto familiar

El niño pertenecía a una familia conformada por madre y dos hermanas de 14 y 3 años. El embarazo fue logrado cuando la mamá tenía 37 años, fue deseado. A los 6 meses de embarazo, la mamá tuvo problemas emocionales; la gestación duró 9 meses y el parto fue por cesárea, el infante pesó 3,400 kg., al nacer, tuvo control de cuello y cabeza a los 6 meses, se sentó a los 8 meses, gateo a los 10 meses, inició marcha a los 12 meses. Sus primeras palabras fueron después del año. La madre expresó que el niño lograba mantener un diálogo, pero sin el sonido “R”, iba solo al baño, aunque regularmente retenía mucho.

El padre del menor se encontraba separado de la madre por situaciones de inconformidad familiar, lo visitaba cada fin de semana y consideraba que su hijo era tímido, él expresaba que: *“aprenderá a socializar cuando tenga la edad”*.



Contexto del centro escolar

El centro escolar al que asiste el niño está ubicado en una zona urbana del Estado de México, con una población de 850 alumnos, con horario de 8:00 am a 13:00 horas, el medio socioeconómico de los estudiantes es bajo, los padres de la mayoría de los escolares trabajan como empleados y subempleados. La escuela cuenta con los servicios de luz, agua, con 26 salones deteriorados por el sismo, aun así, el número de alumnos por grado es de 30 o 35 alumnos, con un patio techado que protege del sol y lluvia.

Finalmente, la madre comentó que le agradecería que su hijo se expresara en otros lugares, por lo que acepto apoyar al menor, realizando las actividades que se le indicaran y firmó el consentimiento informado.

Tipo de investigación

La investigación es mixta, se obtuvo información mediante observaciones, entrevistas, aplicación de pruebas, diagnósticos médicos y aplicación de estrategias, así como la descripción de los avances logrados.

El diseño metodológico corresponde a estudio de caso único, ya que en la escuela solamente es un alumno quien muestra la situación, además de acuerdo con López (2013) es una herramienta valiosa de investigación, y su mayor fortaleza radica, en que a través del mismo se puede registrar y describir la conducta de las personas involucradas en el fenómeno estudiado, Chetty (1996 citado en López, 2013) expresa que *los datos pueden ser obtenidos desde una variedad de fuentes, tanto cualitativas como cuantitativas esto es, documentos, registros de archivos, entrevistas directas, observación directa, observación de los participantes e instalaciones u objetos físicos* .

El sujeto fue atendido durante 70 sesiones, 2 veces por semana, 120 minutos por sesión.

Instrumentos y técnicas utilizadas

- Observación del desempeño a través de los aprendizajes esperados marcados en Planes y Programas 2011, así como la interacción en el grupo
- Test de madurez viso motriz (Bender, 1999)
- Test del dibujo de la familia de (Corman, 1961)
- Juguetes: resacaques, rompecabezas con los que se observó análisis de la información, interacción e interés en el juego
- Entrevista a docente de grupo
- Entrevista a padres

EVALUACIÓN

La evaluación fue individual y accedió a trabajar en otra aula de la escuela, respondía a estímulos visuales, auditivos, kinestésicos, a su nombre, seguía instrucciones simples una a una, el niño se ubicaba en una edad equivalente a tres años en su madurez viso motriz, realizaba garabatos para cualquier figura, pero, se descartó daño neurológico.

Su ritmo de aprendizaje iba de lento a moderado, era capaz de armar rompecabezas de cinco piezas por lo que manifestaba analizar información a nivel concreto.

Se descartó autismo debido a que el niño respondía a su nombre, miraba a los ojos y accedía a realizar las actividades (cuando se encontraba solo con la psicóloga) y se interesaba en algunas de ellas, ocasionalmente realizaba gestos de alegría, no mostraba movimientos repetitivos, toleraba los sonidos y tocaba los materiales de trabajo.

En lenguaje se observó que se le dificultaba responder a preguntas simples como el “sí”, sin embargo, en forma concreta podía categorizar familias semánticas, pero era necesario desarrollar la descripción con más de cinco características, por elemento e incrementar el vocabulario. Parecía tener memoria auditiva a corto plazo.

Dentro del grupo el niño se mostraba tímido e inseguro, serio, silencioso, escuchaba indicaciones, sin embargo, se mantenía en una posición rígida sin realizarlas cuando se hacían directamente en el grupo escolar. No hablaba con compañeros de aula ni con adultos. Haciendo evidente las dificultades para relacionarse con su entorno.

Entre los aspectos más importantes de la situación **de mutismo selectivo**, cabe destacar que la madre se mostraba sobre protectora y negaba la situación del menor, ella expresaba que cuando estaban en casa el menor solicitaba lo que necesitaba y le contaba lo que hacía, *“lo que hace es evitar hablar en presencia de desconocidos, tampoco les habla a personas extrañas, también evita hablar en lugares que no conoce, pero es normal.”*

El menor vivía dentro de la escuela y se le mencionó la relación que tenía con el aprendizaje y desarrollo del alumno, así como la importancia de que el niño **se relacionara como** el resto de los compañeros, pero la madre expresaba no tener ningún problema con el silencio que mostraba su hijo en la escuela, sin embargo, se observó que la madre interpretaba lo que el niño necesitaba y se lo daba.

Se procedió a la observación en aula donde se prestó atención en su trabajo académico y en las dificultades para expresarse, no hablaba con la docente ni con compañeros, le era difícil focalizar y mantener su atención en actividades de expresión verbal manifestando tensión corporal y facial, evitaba el contacto visual con adultos o compañeros del grupo.

Al realizar la valoración sobre la competencia curricular a través de pruebas de lápiz y papel, así como juegos y actividades al aire libre, se observó lo siguiente:

Competencia curricular

De los aprendizajes esperados lograda al segundo mes de primer grado de primaria de acuerdo con Planes y Programas 2011 (SEP 2011).



Lenguaje y comunicación

Lograba seguir instrucciones simples y en su escritura comenzaba a realizar seguimiento de líneas rectas, por lo que se consideró necesario los siguientes apoyos específicos:

Fortalecer maduración psicomotora gruesa y fina, atención sostenida en la actividad, fortalecer la escucha de cuento corto y la expresión oral sobre el mismo, así como anticipar el contenido de un texto a partir de la información que le proporcionaran títulos e ilustraciones, identificar las letras pertinentes para escribir palabras determinadas, identificar palabras que iniciaran con la misma letra de su nombre

Pensamiento matemático

Se encontraba en proceso de clasificación de formas, reconocía el símbolo numérico 1 y señalaba reconociendo los 12 colores. Por lo que se consideró preciso fortalecer la clasificación por color, tamaño, forma, así como la expresión oral de la sucesión numérica, ascendente y descendente de 1 en 1, a partir de un número dado, escribiendo la sucesión numérica hasta el 30 o más.

Exploración y comprensión del mundo natural y social

Lograba señalar algunas partes externas de su cuerpo identificando nariz, ojos, boca, cabeza. Señalaba los animales que conocía como pollo, oso y perro. También se consideró necesario desarrollar habilidad para también distinguir cambios en la naturaleza durante el año como el frío, calor, lluvia y viento.

Fue necesario desarrollar conocimientos respecto a los cambios en el desarrollo y crecimiento de los seres vivos, incluido el ser humano, así como lograr la descripción de sus sentidos. Trabajar actividades cotidianas relacionándolas con el día, la noche, los días de la semana y ordenarlas secuencialmente.

Desarrollar la descripción de características del lugar donde vive y compararlo con otros lugares que ha visitado o conoce por imágenes y narraciones.

Desarrollar la ubicación del día y mes de su cumpleaños y el de sus compañeros y compañeras de clase en el calendario.

Desarrollo personal y para la convivencia

Se consideró como fortaleza él mirara a las otras personas cuando le hablaban. Fue preciso desarrollar el reconocimiento corporal y la expresión de sus emociones para comunicar ideas y sentimientos y respetar la forma en que sus compañeros las manifestaban. También, desarrollar el reconocimiento de algunas funciones y responsabilidades de las figuras de autoridad de su contexto próximo.

INTERVENCIÓN

Las derivaciones anteriores manifestaban desfase entre sus conocimientos y lo solicitado en la currícula, es decir, su situación le estaba ocasionando bajo rendimiento escolar que se tenía que atender recurriendo a estrategias aplicadas en la escuela de forma individual, por pares y en grupo, así como orientación a la familia para realizar actividades en casa.

Se observaba rigidez en el alumno por lo que se consideró importante realizar la relajación diaria y en aquellos momentos donde se manifestara ansiedad. Además de la expresión verbal requiere socializar, siendo necesario enfatizar el abordar las actividades curriculares con el juego, pues, aunque es considerado en la currícula de educación básica (SEP 2017) no siempre se llevan las clases de esa manera dentro de los salones de clase.

Los juegos permitieron explorar los conocimientos previos para inducir hacia los que se tenían que adquirir, mostrando afecto (sin sobreproteger), dando confianza a la comunicación, despertando interés hacia la convivencia y socialización. Además, de manifestar la expresión afectiva hacia el niño y hacia los compañeros de clase y viceversa, para lograr compartir actividades durante los mismos.

Intervención de mutismo selectivo en escuela

Se planteó el siguiente objetivo:

- Fortalecer la capacidad de interactuar verbalmente en forma espontánea con adultos y niños en los entornos sociales donde se desarrolla (aula – escuela-familia) a través de brindarle seguridad al dirigirse a otras personas para comunicarse en forma espontánea y de forma audible. A través de:
 1. Iniciar y mantener la relajación en cualquier situación social para disminuir la tensión muscular al establecer contacto social. Estableciendo rutinas de relajación en el salón de clase de cinco a diez minutos diarios después del saludo al iniciar la clase o después del receso. Posteriormente ir alternando los días y paulatinamente ir disminuyendo las rutinas.
 2. Acercamientos sucesivos con compañeros y adultos para ampliar el rango de personas con las cuales relacionarse de forma gradual.
 3. Se buscó hablar de temas agradables al niño y poco a poco preguntarle sobre lo que pensaba, sentía y quería. Así que se realizaron diálogos sin exigir respuesta y posteriormente se preguntaba de forma espontánea a mí me gustan los chayotes ¿a ti? A mí me gusta el té ¿a ti?, lo que permitía iniciar un diálogo.
 4. Se hicieron peticiones verbales, respondiendo a las preguntas que los demás le planteaban.
 5. Se le incluía en todas las actividades escolares, tratando que la mayoría de ellas fueran realizadas a través de juegos y actividades motrices (bailables, educación física, educación artística, etc.)

El niño debía participar en todas las actividades ya sea que implicaran el hablar o no, realizando juegos en binas, equipo y grupales.



Se hizo necesario trabajar alternativamente con la profesora de grupo ya que era necesario ayudar a la superación del mutismo selectivo en el aula, porque durante la clase era necesario aumentar paulatinamente la comunicación del menor, orientando a la profesora a mostrar una actitud de interés y de respeto hacia el niño, sin forzarle a que hablara, aunque si creando situaciones que favorecieran la expresión oral.

De forma paulatina se incorporaron a los docentes de la escuela, ya que desempeñaban un papel importante en la aparición y mantenimiento del habla con adultos en diversas situaciones y momentos, para que interactuaran también con los niños, porque en cada grado escolar cambian de educador y los comportamientos de los profesores son diversos, lo cual puede afectar al menor, así que se les pidió a todos los docentes, adoptar comportamientos que brindaran seguridad y cordialidad a los niños para éstos pudieran expresarse con toda confianza.

También se realizaron actividades donde el docente intercalaba al menor con otros adultos y niños, para permitir la sensibilización hacia el estudiante con mutismo y de esta manera ir disminuyendo la ansiedad del niño al sentirse observado por otros cuando hablaba.

Se enfatizó que cada caso es diferente y puede requerir ajustes específicos, por lo que es importante eliminar barreras que impidan, en los niños, la comunicación verbal en situaciones sociales que parezcan poco familiares o con personas poco conocidas.

Se adaptó el entorno áulico eliminando situaciones que repercutían negativamente en su desempeño académico, por ejemplo, colocando bancas de acuerdo con el tamaño de los niños, también se acercaba al trabajo con otros niños formando parejas o equipos.

Estrategias curriculares

Para acceder a la curricula del grado se solicitó trabajar actividades didácticas de tipo físico, verbal, visual y kinestésica. Por ello se llevó a cabo modelado con plastilina de formas largas y circulares, seguimiento de líneas con semillas, formas con pinturas digitales de tal manera que le permitieran la discriminación visual, auditiva y/o táctil que lo orientara a seleccionar, excluir, separar y distinguir una situación, un objeto, hecho, etc.

Se realizaron lecturas cortas implementando estrategias de comprensión lectora, diálogos e interacción con sus pares relacionando la lectura con vivencias cotidianas. Con la finalidad de que el niño observara el habla de sus compañeros y se motivara la expresión verbal se solicitó que fueran los niños quienes dictaran a la profesora (quien escribía en pizarrón) respecto a las lecturas realizadas o lo que conocían del tema específico.

También se hizo conteo en voz alta con correspondencia a través de actividades y acciones que tuvieran que ver con su entorno próximo, por ejemplo: contar sillas de acuerdo con el número de alumnos, contar a los alumnos asistentes, etc. Utilizar material concreto de uso cotidiano para representar cantidades y realizar juegos para desarrollar pensamiento lógico-matemático como el dominó, lotería, boliche de números, actividades físicas donde tuvieran que contar sus brincos, cuadros, obstáculos, etc.

Dentro de las actividades al aire libre realizadas se visitaron diferentes lugares de la comunidad y se habló sobre ellos, así como de los fenómenos naturales que percibe de la naturaleza.

Se hizo su álbum fotográfico para que se observara y expresara los cambios logrados en su desarrollo.

De igual forma se le solicitó nos comentará las actividades realizadas durante el día para distinguir aquellas que realiza durante la noche.

Se utilizó un calendario individual y grupal marcando cada día de la semana y colocando imágenes de las actividades que realizaba. Se adaptaron actividades del programa sobre el Marco para la convivencia escolar.

Realizó ejercicios con acciones que lo hicieran mover su cuerpo con diferentes ritmos de la música, caminar, correr detrás de una pelota, saltar con pies juntos y/o alternados, seguir líneas curvas, quebradas, etc., de forma grupal y equipo.

Se respetó el ritmo y estilo de aprendizaje del alumno, además de ofrecerle actividades acompañadas con imágenes y sonido, con instrucciones concretas, realizando acompañamiento para expresarle reconocimiento de sus logros por mínimos que parecieran.

Con el profesorado

Se le pidió que cuando estuviera frente a frente con el niño, fuera amable y alegre, no importando si recibía o no respuesta. Que realizara ejercicios de relajación diaria y paulatinamente ir eliminando. Y que continuara con la estimulación de las áreas de percepción: discriminación auditiva y visual, la coordinación motora fina, la discriminación de figura- fondo. De igual forma que fortaleciera el procesamiento de la información mediante campos semánticos: categorizando la información, por ejemplo, animales, frutas, juguetes, familia, casa, deportes, etc., con la descripción de características de objetos, animales y personas mediante paisajes, fotografías o dibujos y propiciar en el alumno la coherencia de sus ideas.

Se solicitó el uso de mapas mentales y/o imágenes en secuencia para favorecer la organización de sus ideas. Realizar preguntas que implicaran retos cognitivos, como: ¿De qué color lo quieres iluminar? ¿Deseas plastilina o papel? ¿Qué pasaría si...? ¿Qué harías tu si...?

Se consideraron algunas sugerencias dadas por Minerva Torres (2002) que fueron brindadas a la docente para realizar los juegos, en las que el niño se expresara de manera verbal. Además de solicitarle el ajuste del diseño curricular a la técnica del juego y relacionando los ejes transversales y los contenidos conceptuales, procedimentales y actitudinales.

Los profesores siempre trabajan revisando ejes y aprendizajes esperados por los alumnos considerando que la mayoría de los estudiantes se expresan abiertamente y algunos con timidez; pero en este caso, había que enfatizar las posibilidades de expresión del menor observando los temas que le interesaban para ajustarlos, realizando actividades que implicaran el movimiento corporal, como juegos con música, baile y ejercicios físicos.

Si bien en todos los grupos es necesario fomentar el respeto, la solidaridad, y la honestidad, en este grupo, en particular, había que mantener un ambiente de amistad, de tal forma, que las relaciones interpersonales se fueran dando de manera espontánea consiguiendo el acercamiento y dialogo en parejas, equipos y grupo.

Para que los niños se interesaran por las actividades a realizar, se solicitó brindarle seguridad, confianza y oportunidad de que se expresaran a través de gestos, palabras cortas, orientándoles en la pronunciación y el diálogo.



Se solicitó establecer las reglas del juego ajustándolas para fomentar la comunicación, la participación, la conducta exigida, los movimientos, el tiempo del juego. Que, de igual forma, solicitaran a los alumnos se propusieran para guiar un juego y asignarle algunas responsabilidades. Cuestionando a los alumnos para que expresaran su sentir, aprendizaje y observaciones durante el juego al menos con una palabra, brindándole atención y motivándolo con elogios.

Intervención de mutismo selectivo en la familia

A la madre se le orientó en cuanto a habilidades adaptativas y motivar la participación familiar mediante juegos de mesa y al aire libre. Realizando visitas a lugares para que el niño pudiera experimentar diferentes olores, colores y formas, por ejemplo, ir al mercado, centro comercial, zoológicos, parques o lugares recreativos y culturales para estimularlo en el desarrollo de su creatividad y espontaneidad al tener contacto directo con la naturaleza. Brindándole la oportunidad de realizar diálogos donde interaccionara con sus familiares para fortalecer su seguridad de forma gradual.

También se le pidió motivar la expresión verbal de sus sentimientos, emociones y sus intereses ya que esto contribuirá a desarrollar el lenguaje y comunicación con el niño, fomentando la seguridad y confianza. Se establecieron rutinas para ubicar al niño en una secuencia de actividades organizadas tanto en casa como en la escuela halagando sus esfuerzos y logros académicos.

Se realizó un taller de estimulación de lenguaje oral y otro de habilidades adaptativas, para que la madre de familia asistiera. Se le orientó sobre el establecimiento de normas y límites en casa para el aprendizaje en el hogar.

Todos los avances quedaron registrados en el formato de seguimiento del alumno.

RESULTADOS

En el salón de clase cuando se implementaba la relajación, el menor imitaba las actividades, lo cual permitía mostrarse tranquilo durante las labores, cuando la maestra notaba tensión en el niño realizaba ejercicios de inhalar –exhalar con todo el grupo y eso hacía que el niño se mostrara tranquilo y realizara la actividad.

Durante dos semanas se permitió al niño comunicarse utilizando señas, apuntando, asintiendo, haciendo gestos o escribiendo lo que quería. Ahora el niño responde a la comunicación mediante gestos, susurros, hablando, respondiendo, iniciando la comunicación utilizando volumen de acuerdo con la situación, por ejemplo, cuando solicita algo prestado.

Dentro del aula, al niño se le buscó la cercanía con el compañero que más hablaba para que realizarán trabajo por parejas, ahora son amigos y hablan constantemente, cantan y compiten sobre quien realiza más rápido la tarea.

La colaboración del profesorado contribuyó esencialmente a favorecer la motivación para expresarse y la curiosidad del menor por nuevos temas, tareas y videos educativos con elogios.

Logros académicos

Lenguaje y comunicación: Sigue de dos a tres instrucciones, cuando se le pide comunica y escribe párrafos cortos sobre lo que realiza en clase, lo que le gusta, lo que ve en televisión, copia del pizarrón sus tareas y toma dictado. Intenta cantar a ritmo de *rap* sobre situaciones que sabe o vive. Ha logrado realizar el dibujo del dinosaurio Rex. Ha expresado su deseo de querer exponer ante el grupo, sobre el tigre.

Su letra es legible y se ubica en el plano gráfico del cuaderno, lo que manifiesta que fortaleció su maduración psicomotora gruesa y fina; escucha cuentos cortos responde a los cuestionamientos sobre la lectura. Puede inventar un cuento a partir de las ilustraciones que se le brindan. Lee textos cortos y elige aquellos que le agradan.

Pensamiento matemático. Reconoce las figuras geométricas y logra la clasificación por color, tamaño y formas, nombra 12 colores, escribe y hace conteos verbales reconociendo el símbolo numérico hasta el 100, realiza sumas de unidades iniciando con decenas y restas sin transformación.

Exploración y comprensión del mundo natural y social. Logra señalar y nombrar partes externas de su cuerpo. Nombra los animales que conoce e imita los sonidos de aquellos que le agradan como el rugido del tigre.

Reconoce el cambio de clima como frío, calor, lluvia y viento. Con su álbum fotográfico se percata de los cambios en su crecimiento y desarrollo. Expresa que fotografías le agradan y por qué. Identifica sus sentidos y menciona algunas características de ellos, observando diferencias con sus pares. Reconoce actividades cotidianas que realiza en el día y en la noche, sabe los días de la semana y cada día escribe la fecha en sus cuadernos. Menciona algunas características del lugar donde vive y lo compara con otros que ha visitado como Chapultepec y otros parques donde lo han llevado sus padres a jugar. Ubica el día y mes de su cumpleaños y expresa como le gustaría que lo festejaran y los regalos que gozaría recibir.

Desarrollo personal y para la convivencia. El niño reconoce y expresa sus emociones, respeta a sus compañeros y figuras de autoridad. Con algunos maestros ha logrado hablar sobre lo que espera en su fiesta de cumpleaños, los profesores lo cuestionan y el responde coherentemente. Además, participa en bailables que le agradan y se niega cuando no le son gratos. Ha manifestado su disgusto por los monstruos y su deseo de pedir dulces el día de muertos. Se ha hecho amigo de dos compañeros de clase, logra hablar con otros niños platica sus acontecimientos como el día de su cumpleaños, lo que pedirá a los reyes, lo que le gustaría que le regalaran, que programa de televisión ve.

Con la madre

En el reporte de la madre se describe el cambio de la dinámica familiar informando que conviven más tiempo y de manera frecuente.

Chapultepec lo visitaron una vez, al menor le impactó de tal forma que lo recordaba constantemente y hablaba sobre lo vivido en ese lugar; comentaba sobre lo observado en el mercado, el tianguis, diciendo lo que vendían.

La madre y hermana de forma constante le preguntaban al niño que le había gustado de lo que habían visto para motivar la expresión verbal de sus gustos y sentimientos, induciendo a tener seguridad y confianza en sí mismo al hablar.



La madre asistió al taller de estimulación de lenguaje oral y taller de habilidades adaptativas durante los cuales se le orientó y observó que el estilo de crianza que tenía con el menor era sobreprotector, reconociendo que lo afectaba en su desarrollo y expresión verbal, así que aceptó el establecimiento de normas y límites en el hogar, darle responsabilidades como tender la cama, ordenar su ropa clasificándola, realizar conteos con objetos de casa, barrer y limpiar la mesa después de la comida, lo cual también lo apoyaba en la coordinación motora gruesa.

Al salir de la escuela, el niño, le platicaba a su mamá todo lo que pasaba en ella y sus labores. En una ocasión al encontrarse platicando, el menor recordó las actividades sobre la discriminación y lo expresó con los razonamientos que había realizado sobre el tema. La mamá llegó a comentar: *mi niño ya puede contarme muchas cosas en la calle, antes no lo hacía hablar.*

DISCUSIÓN

Se destaca la importancia que tuvo el trabajar colaborativamente entre docentes y familia uniendo los contextos familiares, áulico y escolar en el caso de mutismo selectivo para el logro de la expresión verbal y socialización del menor.

La atención al menor en un inicio debe ser continua para recabar la información que guíe la intervención, posteriormente una vez por semana durante el ciclo escolar y en forma constante hablar con la madre sobre el cumplimiento de actividades en casa, que dificultades se tienen al implementarlas para orientarla y continuar planeando nuevas actividades.

También valorar los avances observados en el alumno tanto en lo académico como en su expresión verbal y socialización.

Se observa que la influencia del contexto escolar es relevante en la disminución de rechazo a expresarse, lográndose mayor disposición para comunicarse en forma oral.

De acuerdo con García, (2017), Rueda, Balbuena y López (2012), se corrobora que los ejercicios de relajación sí funcionan para minimizar la ansiedad al hablar frente a otros en los casos de mutismo, así como la inclusión de la familia durante el proceso de tratamiento.

Se afirma con Oerbeck, Manassis, Overgaard y Kristensen (2018) que personas que hablan y mantienen la “conversación son de gran ayuda, en este caso al interactuar con quien hablaba mucho, funcionó como modelo de conductas expresivas verbales, monitor en apoyo a las actividades académicas modelando como las realizaba y eran seguidas por el menor, lo cual permitió optimizar su desempeño escolar.

Así como enfatiza Briseño (1999) que, de acuerdo con Vygotsky, el juego responde a una necesidad afectivo-emocional y orientada hacia el mundo real y la socialización.

De igual forma, Sánchez, (2000, citado por Tamayo, 2017) enuncia que Vygotsky y Ausubel hacen referencia al juego como espacio de encuentro con los aprendizajes, así, la relación currículum y juegos realizados en casa y escuela apoyaron el desarrollo integral del niño, dando oportunidad a trabajar en colaboración con sus pares y la emoción que se vive durante ellos invita a expresarse favoreciendo la comunicación en voz alta.

Pues las acciones que se realizan en casa implican un compromiso frente a las necesidades escolares, se comprueba que definitivamente existe una interrelación entre los contextos escolar y familiar ya que las sugerencias hechas por las distintas figuras escolares antes y durante el proceso educativo del niño han beneficiado la apertura gradual de su expresión de necesidades e intereses.

Los paseos que efectuó la familia permitieron realizar diálogos sobre lo que veían aprendían y disfrutaban, de esta manera el menor iba conociendo otros ambientes que le permitían observar a otras personas, convivir en familia y expresar algunas vivencias en el salón de clase.

Siendo importante la comunicación entre los involucrados en el caso para realizar acciones en forma conjunta, informando dificultades y avances de tal forma que permita orientar el proceso

También es importante reconocer que es un proceso en donde se tiene que respetar el transcurso a las características del niño, de la participación de la familia, de motivación por parte de la escuela. Y en casa como en la escuela se debe halagar sus esfuerzos y logros académicos, personales.

El objetivo se cumplió, aunque continua en observación pues en caso necesario se apoyará cuando cambie de maestra de grupo.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bender, L. (1999). *Test gestáltico visomotor (B.G) Usos y aplicaciones clínicas*. México: Paidós.
- Briceño, G. (1999). Reflexiones en torno al juego y el jugar. Sinéctica, *Revista Electrónica de Educación*, (14), 1-8.
- Corman, L. (1961) *El test del dibujo de la familia. En la práctica médico pedagógico*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Fiuza A. M.J. & Fernández (2014). *Dificultades de aprendizaje y trastornos del desarrollo. Manual didáctico*. Madrid. Ediciones Pirámide.
- García Jubete, F. (2017). *Mutismo selectivo. Propuesta de intervención para disminuir la ansiedad en Educación Primaria*. España: Universidad de Valladolid.
- Garrido, A., Marin, V. & Hervas, M. (2015). Revisión de programas dirigidos a la intervención de mutismo selectivo en escolares. *ReiDoCrea*, 4, 162-166.
- López González, W. (2013). El estudio de casos: una vertiente para la investigación educativa. *Educere*, 17 (56), 139-144.
- Minerva Torres, C. (2002). El juego: una estrategia importante. *Educere*, 6 (19), 289-296.



- Oerbeck B, Manassis K, Overgaard KR, & Kristensen H. (2018). Mutismo selectivo (Irrázaval M, Martín A, Prieto-Tagle F, Mezzatesta M. trad.). En Rey JM (ed), *Manual de Salud Mental Infantil y Adolescente de la IACAPAP*. Ginebra: Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y el Adolescente y Profesionales Afines.
- Rueda, I. Balbuena, S. & López P. (2012). Estudio de un caso de mutismo selectivo; evaluación e intervención en el contexto escolar. *Análisis y modificación de la conducta*. 38,157-158.
- SEP (2011). Planes y Programas 2011. México: SEP.
- SEP (2017). Planes y Programas para la educación básica. México: SEP.
- Tamayo Giraldo, A. & Restrepo Soto, J. (2017). El juego como mediación pedagógica en la comunidad de una Institución de protección, una experiencia llena de sentidos. *Revista Latinoamericana de Estudios Educativos (Colombia)*, 13(1), 105-128.

Capítulo 6



Proceso de intervención contra el Acoso Escolar en una escuela primaria de la CDMX

Juan Carlos Mazón Sánchez
Gersom Peña Candia
Jorge Omar Hernández Esquivel
Cynthia Nayely Mendoza Flores

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo documenta la implementación de un programa de intervención para disminuir el Acoso Escolar (bullying) en una escuela primaria del norte de la Ciudad de México. El programa estuvo dirigido a 12 padres de familia y a 14 niños y niñas, alumnos de la escuela, de 1ero, 2do, 4to y 5to grado, en cinco sesiones, de 90 minutos cada una. En el proceso, se incluyeron acciones para sensibilizar a la población entorno al acoso escolar, promover habilidades socioemocionales, habilidades sociales y mejores prácticas parentales de educación. Se utilizó un diseño cualitativo de investigación-acción participativa (Valles, 1999) en el que los facilitadores de las sesiones reportan sus experiencias a partir de la implementación del programa. Se discuten la importancia de implementar este tipo de talleres de forma regular en las escuelas de educación primaria. Adicionalmente, el texto incluye detalles de las actividades realizadas.

INTRODUCCIÓN

El acoso escolar o bullying, se ha convertido en los últimos años en un problema de salud pública en muchos países del mundo, lo que ha provocado un incremento en el interés científico por estudiar el fenómeno (Sanders, 2004).

Según el portal Bullying Sin Fronteras (2017), México ocupa el primer lugar a nivel mundial en acoso escolar, siendo que siete de cada 10 niños reciben algún tipo de acoso todos los días. El portal rescata datos de la OCDE y la UNESCO (citado en Bullying Sin fronteras, 2017). En la investigación científica, estos índices suelen no ser tan altos. Tal es el caso del estudio de Delgado-Luna, Chávez-Hernández, Rodríguez-Huerta, Macías-García y Klein-García (2017) quienes señalan que dos de cada 10 alumnos participan como acosadores y tres de cada 10, como víctimas, lo que muestra una participación de alrededor de 50% en algún rol relacionado con acoso escolar. Otros estudios incluso señalan una participación mucho menor, es el caso del 12% documentado en el estudio de Mendoza (2017).

Olweus (1992, citado en Sanders, 2004) señala que “*un estudiante es maltratado o victimizado cuando es expuesto repetidamente en el tiempo a acciones negativas de parte de uno o más estudiantes*” (p.9). El uso del término “*acciones negativas*” refleja el hecho de que pueden existir una gran cantidad de conductas agresivas (golpes, patadas, insultos, rumores, amenazas) dentro de este tipo de maltrato.

Siguiendo esta postura, podemos señalar que el acoso escolar se refiere a un evento en el cual uno o más niños ejercen un comportamiento lesivo, intencional y recurrente, contra uno o más niños de su misma edad, y se caracteriza por un abuso sistemático del poder (Limber, 2006; Loredó-Abdalá, Perea-Martínez & López-Navarrete, 2008). Otra característica del acoso escolar es que involucra una repetición en el tiempo, es decir, que no es un evento que ocurra una sola vez.

La contraparte del bullying es la convivencia escolar. En la actualidad, la convivencia se concibe como un elemento substancial de la calidad educativa (Del Rey, Ortega, & Fera, 2009). La convivencia aparece en dos de los cuatro pilares de la educación: *aprender a vivir juntos* y *aprender a ser*. Además de eso, la convivencia es una pieza clave para entender las relaciones humanas en general (Caballero, 2010). Se puede señalar que la convivencia es una enseñanza y un aprendizaje: no se nace sabiendo convivir (Mederos, 2014).

El concepto de convivencia tiene una clara carga positiva, está relacionada con los principios básicos de la educación, la democracia y la ciudadanía (Del Rey et al., 2009). Etimológicamente, proviene del vocablo “*conviviere*” que hace referencia a cohabitar. Esta idea refleja la situación en la que varios individuos deben coexistir en escenarios comunes, bajo las mismas reglas y normas (López de Mesa-Melo, Carvajal-Castillo, Soto-Godoy, & Urrea-Roa, 2013).

La función de la convivencia escolar es que todos los actores (alumnos, profesores y padres de familia) de la escuela, establezcan relaciones pacíficas basadas en el respeto mutuo (Del Rey et al., 2009).

La convivencia y el acoso escolar están relacionados con múltiples aspectos culturales, sociales, psicológicos y ambientales de la escuela y la familia. Dentro de estos factores, existe una especial importancia con las interrelaciones establecidas entre los alumnos y los profesores (Mazón & Estrada, 2013) y los estilos de crianza de los padres de familia (De la Torre-Cruz, García-Linares & Casanova-Arias, 2014; Gómez-Ortiz, Del Rey, Romera & Ortega-Ruiz, 2015; Morales, Félix, Rosas, López & Nieto, 2015; Raya, Pino & Herruzo, 2009).

De esta forma, es importante generar procesos de intervención que incluyan a múltiples actores en la dinámica escolar, sobre todo a los padres de familia. Por lo cual, el objetivo del presente trabajo fue desarrollar un proceso de intervención con niños y padres de familia, orientado a disminuir el acoso escolar, promoviendo una mejor convivencia escolar.

MÉTODO

Contextualización del sitio de intervención

Se hizo una convocatoria masiva a toda la escuela, acudieron 12 padres de familia, 14 niños y niñas de 1ero, 2do, 4to y 5to grado. Se trabajó desde un enfoque ecológico, trabajando a diferentes niveles con padres de familia y niños, en cinco sesiones de 90 minutos.



El proceso de intervención se llevó a cabo en una escuela primaria particular del norte de la Ciudad de México. La población que acude a la escuela se puede ubicar en un nivel socioeconómico medio. La intervención se realizó a petición de las autoridades escolares quienes habían detectado diversos problemas de acoso escolar entre los niños de los primeros años escolares. Se extendió una invitación a la comunidad educativa para que acudieran a los talleres que se iban a realizar. La participación fue voluntaria.

Diseño de investigación

Se utilizó un tipo de investigación cualitativo de investigación-acción participativa (Valles, 1999), donde se describen las experiencias, en cada una de las sesiones, de los participantes.

PROCEDIMIENTO

El proceso de intervención se compuso de cinco sesiones semanales, las cuales tuvieron una duración aproximada de 90 minutos cada una. La lógica era que un equipo de psicólogos trabajará con el grupo de padres de familia, mientras que otro equipo trabajaba con el grupo de niños. Para la última sesión tanto padres como niños contrastaran las actividades realizadas en sus respectivos grupos. En la Tabla 1 y 2 se describen brevemente los contenidos de cada sesión y los materiales utilizados.

Tabla 1. Sesiones del proceso de intervención (Sesiones con niños).

Sesión 01: Sensibilización en torno al Acoso escolar	Sesión 02: Educación socioemocional
El objetivo de la actividad fue que los niños identificaran algunos aspectos en torno a la convivencia y el acoso escolar a través de una obra con títeres. Donde dos personajes recibían acoso escolar en su escuela. Uno de ellos se mostraba en un estado de indefensión, mientras que el otro agredía y lo castigaban (el guion Anexo 1). Después, se comentó la obra con los niños y se realizaban algunos ejercicios con los niños para establecer límites con los posibles agresores de la escuela.	Se llevaron a cabo 4 actividades que involucraban la identificación de emociones, según Fernández-Rodríguez, (2012): - Pizarrón de emociones - Adivina la emoción - Dibuja la sensación - Máscaras de emociones - Exagera la emoción Posteriormente se hizo un repaso de las emociones que identificaron y las que podrían ser parte del mismo juego para alguna otra ocasión. (Anexo 2).
Sesión 03: Habilidades para la convivencia escolar	Sesión 04: Círculo mágico
Se incluyó ejercicios de role-playing donde algunos niños representaban situaciones sociales ante el público; los otros niños comentaban sobre las diversas acciones que llevarían a cabo, si ellos fueran protagonistas de la misma escena, en la vida cotidiana.	Se utilizó la técnica del Círculo Mágico de González, (2011) en la que diferentes integrantes de los grupos expresaban de manera más extensa sus gustos e intereses, con el fin de lograr una mayor cohesión entre individuos. La técnica contempló preguntas claves, las cuales fueron contestadas en círculo por todo el grupo, aquí se buscó fomentar el conocimiento de intereses de todos los miembros del grupo.

Tabla 1. Sesiones del proceso de intervención (Sesiones con niños).

Sesión 05: Cierre con los padres de familia	
Se realizaron actividades con niños y padres buscando concientizar la importancia de los vínculos familiares y de amistades en situaciones adversas con el tema del acoso escolar. Los niños construyeron un collage a los papás para representar lo que habían aprendido a lo largo del taller. Terminando con un convivio de degustación.	

Tabla 2. Sesiones del proceso de intervención (Sesiones con padres de familia).

Sesión 01: Sensibilización en torno al Acoso escolar	Sesión 2. Educación socioemocional
Se proyectó el vídeo: “El Sándwich de Mariana” (Cuarón, 2014) se expusieron algunos temas relacionados al acoso escolar y se realizó un intercambio de puntos de vista con los participantes.	Se expusieron las temáticas a) Desarrollo de las competencias emocionales b) Alfabetización emocional, c) Conciencia emocional, d) Regulación emocional, e) Habilidades para la vida, f) Autonomía emocional. Posteriormente se llevó a cabo una actividad (MATEA), donde cada participante identificaba las emociones que más utilizaba.
Sesión 3. Habilidades para la convivencia escolar	Sesión 4. Disciplina, límites y estilos parentales
Se discutieron temas relacionados a las habilidades sociales: a) Comunicación con otros, b) Conocer a personas nuevas, c) Interactuar con otros, d) Defender los propios derechos, e) Resolver problemas. Los padres reflexionaron respecto a cómo ellos representan el principal modelo de socialización de sus hijos.	Discutieron diversos aspectos relacionados los estilos parentales, la disciplina y el establecimiento de límites. Aclarando la importancia de establecer reglas claras y firmes, sin incluir emociones negativas o castigos
Sesión 5. Sesión de cierre con los niños	
Se realizaron actividades con niños y padres buscando concientizar la importancia de los vínculos familiares y de amistades en situaciones adversas con el tema del acoso escolar. Los padres construyeron un collage a los niños para representar lo que habían aprendido a lo largo del taller. Terminando con un convivio de degustación.	

Cabe destacar que las sesiones con los padres de familia estuvieron diseñadas de forma que los psicólogos exponían una serie de temas con ayuda de un videoprojector y realizaban una actividad vivencial que fomentara la reflexión sobre los temas.



Foto 1. Niños y padres de familia discutiendo sobre los temas tratados a lo largo del taller, durante la última sesión.



Foto 2. Durante las sesiones con los niños, se muestra una actividad de reconocimiento emocional.



Foto 3. Segunda sesión con los niños en los que se realizaron diferentes actividades sobre las habilidades socioemocionales.



Foto 4. Última sesión los participantes realizaron un collage para representar lo que habían aprendido a lo largo del taller.



RESULTADOS

A continuación, se describen las principales experiencias, que los sujetos: padres o niños vivió o comentó en relación con cada una de las sesiones del programa de intervención:

Sesiones con padres de familia

1. Sensibilización en torno al Acoso Escolar: *Después de proyectar el corto “El Sándwich de Mariana” (Cuarón, 2014), los padres se mostraron muy interesados en el tema del acoso escolar. Sobre todo, en el tema en el que la violencia era un proceso circular, en el que la responsabilidad de los niños que agreden no solo es del niño en si mismo, sino también de toda la violencia y maltrato que viven en casa. A ese respecto, algunos de los participantes tomaron la palabra en repetidas ocasiones para contar sobre situaciones familiares violentas y de negligencia que habían experimentado a lo largo de su vida. El sentimiento colectivo, estuvo orientado a la importancia de tomar conciencia que su actuar como padre y el clima familiar que generen desde su práctica parental va a determinar la forma en la que convivan sus hijos en la escuela. Por otro lado, se pudo observar un desconocimiento de lo que es el acoso escolar y las acciones que pueden conformarlo. Además, en esta primera sesión se escucharon varias quejas de parte de los padres sobre incidentes ocurridos con algunos niños, lo que permitió se instrumentalizaron estos incidentes para explicar el bullying como un fenómeno social.*

Educación socioemocional: cuando La actividad MATEA. Esta actividad permitió una mayor apertura al aprendizaje y comprensión de las emociones. La mayoría de los participantes realizó la actividad pudiendo identificar sus emociones principales. Se mostraron muy sorprendidos ante la idea de que en muchas ocasiones las personas utilizan algunas emociones para encubrir otras emociones, más difíciles de manejar. Una mamá manifestó que el tema de las emociones era mucho más complejo de lo que parecía inicialmente. Finalmente, los participantes manifestaron que los temas tratados eran de mucho interés para ellos y que les ayudarían para mejorar la crianza de sus hijos.

2. Habilidades para la convivencia escolar: *El mencionar que las habilidades sociales son un excelente recurso para enfrentar el bullying generó que algunos padres compartieran algunas experiencias de ellos y el cómo les afectó en su momento. Diversos papás mencionaron que cuando eran niños no mostraban mucho desarrollo en cuanto a habilidades sociales, a muchos de ellos les costó algo de trabajo poder aprender a relacionarse y sobre todo a resolver problemas con otros individuos, por lo que este tipo de temáticas les aportan herramientas para brindar apoyo a sus hijos para que desarrollen habilidades sociales.*
3. Disciplina, límites y estilos parentales: *Al enfatizar la necesidad de cercanía afectiva entre padres e hijos para poder establecer de forma efectiva límites y disciplina. Los participantes comentaron que era importante tomar conciencia sobre el tipo de padre que eran, y esforzarse por desarrollar un tipo de paternidad democrática, en el que pudieran establecer reglas y límites de forma clara sin necesidad de ser agresivos. En la actividad en la que proyectaban a futuro como deseaban ser recordados por sus hijos en el futuro, los participantes mostraron mucho contenido emocional, afirmando que era muy importante detenerse un momento y analizar lo que estaban haciendo como padres.*
4. Sesión de cierre con los niños: *los participantes se permitieron jugar y reír como niños junto a sus niños. En el dibujo solicitado al final los padres mostraban una actitud respetuosa hacia cada menor asesorando y acompañando en el dibujo en lugar de asumir un papel imperativo.*

Sesiones con niños

1. Sensibilización en torno al Acoso Escolar: *La obra generó un sentimiento de agrado entre los participantes. Al hablar del tema del acoso escolar, los niños comentaron que no era correcto. Algunos inclusive, admitieron que lo habían ejercido y otros más que lo han sufrido.*
2. Educación socioemocional: *los niños lograron plasmar, identificar y describir las diversas emociones en su día a día, así como también las que se viven dentro del acoso escolar y la definición de estas. Reconocieron las emociones, les dieron nombre y pudieron expresar las sensaciones que les generan. De igual manera, lograron identificar qué emoción se intentaba expresar con gestos, tonalidad de voz y actitud corpórea, fue relevante en esta sesión, porque no solamente era una cuestión de que adivinaran la emoción, sino que incluso, para aquellos que vivieron la experiencia de ser envueltos en un ambiente hostil (como el tener que adivinar el enojo, envidia, desagrado, tranquilidad).*
3. Habilidades para la convivencia escolar: *El empleo de la estrategia del role-playing resultó elemental para la facilitación de un proceso empático hacia el otro, ya que los niños logran escenificar a su escala, la violencia que se puede llegar a vivir dentro de las aulas, ocasionando en los otros la responsabilidad social de interrumpir este acto al presenciarlo o vivenciarlo. Al interpretar y/o actuar una situación dada, mientras usaban su creatividad no sólo en el desarrollo del rol que representarían, de hecho, también trabajaron en equipo, aplicando los conocimientos previos en las dos sesiones anteriores (mantener respeto y establecer un límite a las agresiones).*
4. Círculo mágico: *Cada alumno pudo hablar con sus compañeros de ellos mismos, sobre sus gustos, pasatiempo, travesuras y recuerdos. La actividad fomentó que los alumnos compartieran y escucharan las respuestas de sus compañeros. Hacia el final de la actividad, los niños mostraron mayor interacción entre ellos, buscando hacer más juegos colectivos. Esa sesión, la actividad de los niños terminó unos 20 minutos antes que las de los papás. Ese tiempo fue utilizado por los niños para jugar en actividades que ellos mismos organizaron.*
5. Cierre con los niños: *Durante la última sesión, los niños se mostraron muy alegres en la actividad realizada con sus papás. En general, tuvieron una actitud dinámica en las actividades. Mostraron bastante soltura en los juegos colectivos que se organizaron en esta sesión.*

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo fue implementar un proceso de intervención con niños y padres de familia, orientado a disminuir el acoso escolar, promoviendo una mejor convivencia escolar. A partir de la experiencia directa de los facilitadores, se puede concluir que el taller resultó exitoso con los participantes. Las actividades que se implementaron con los niños respondían a una lógica de fomentar una convivencia positiva entre ellos, ya que como señalan Del Rey et al. (2009) la convivencia escolar se compone especialmente de una carga positiva que fomenta el buen trato y la convivencia entre todos los participantes.

Se abordaron aspectos claves relacionados con el acoso y la convivencia escolar. Durante la sesión con padres, ellos mostraron que tenían poca información sobre estos temas; quizás por esta razón algunos padres normalizan



el acoso bajo la idea de que es algo natural que, de alguna manera, contribuye a formar el carácter del niño. El uso de una estrategia lúdica como la obra de teatro guiñol, resultó ser un elemento importante en la actividad, ya que propició que los niños identificaran algunos aspectos claves del fenómeno del acoso escolar. Sin embargo, resulta especialmente importante identificar que lograron percibir que se trata de un problema el cual debe ser disminuido. Los ejercicios relacionados con las habilidades sociales y emocionales, fueron exitosos y fluyeron de forma dinámica las diferentes actividades. Sin embargo, es imperativo buscar la manera de incluir más de estas actividades en la enseñanza normal cotidiana en las aulas de clases.

Del Rey (2009) afirma que la convivencia requiere del individuo el desarrollo de características que le permitan a la persona lograr una adecuada comprensión del punto de vista de otra persona, igualmente se considera de crucial importancia para la convivencia el ser capaz de reconocer que debe ser estimado y respetado, solicitar el respeto hacia uno mismo y lograr un nivel suficiente de autoestima, y actuar en solidaridad y tolerancia.

Con el propósito de acercar e integrar a los padres de familia a estos conceptos se seleccionaron temas para orientar a los participantes al desarrollo de habilidades sociales y emocionales considerando que este entrenamiento favorecerá en el futuro inmediato la intervención de los padres tanto al intervenir en conflictos como en agentes capaces de influir y fomentar la convivencia en el centro escolar.

También se buscó que los padres se incluyan de forma efectiva en la crianza y educación de sus hijos. Este aspecto es especialmente relevante, cuando asumimos que el fenómeno del acoso escolar es responsabilidad de todos los agentes implicados.

Algunos aspectos podrían mejorar. El primero tiene que ver con el hecho de poder tener mayor convocatoria en los asistentes a este tipo de intervenciones. Desafortunadamente en algunas sesiones se contó con poca participación de los padres de familia, lo que propicio que menos niños acudieran. El taller se planteó como una actividad voluntaria y después de clases, lo que provocó quizás que muchos padres no pudieran acudir por horarios de trabajo u otras ocupaciones. Al no ser obligatorio, quizás muchos de ellos no les dieron la importancia debida.

Otros aspectos que se puede implementar es contar con evaluaciones sobre la convivencia escolar que pudieron servir como un punto de referencia para evaluar de forma efectiva el impacto de la intervención. Pese a ello, en este trabajo se rescataron las impresiones de los facilitadores mismos, lo cual nos da más información acerca de sus experiencias que pueden facilitar a otros profesionistas en futuras intervenciones.

Finalmente, hay que señalar que las actividades que se implementaron no requieren un gran conocimiento teórico o técnico. Sería muy factible que existiera medios de capacitar a personal de la propia comunidad educativa (profesores, padres de familia) para llevar a cabo con regularidad estos ejercicios y tener una prevención y seguimiento constantes sobre el acoso y la convivencia escolar.

REFERENCIAS

- Bullying Sin Fronteras (2017). *Bullying. MÉXICO. Estadísticas 2017/2018*. Recuperado de: <https://bullyingsinfronteras.blogspot.com/2017/03/bullying-mexico-estadisticas-2017.html>
- Caballero, M. J. (2010). Convivencia escolar. Un estudio sobre buenas prácticas. *Revista Paz y Conflictos*, 3, 154–169.
- Cuarón, (director). (2014). *El sándwich de Marian* (cortometraje). México: Nivel Diez, fil & Post.
- Delgado-Luna, M. A., Chávez-Hernández, A. M., Rodríguez-Huerta, F. M., Macías-García, A. & Klein-García, A. (2017). Percepción de crianza parental y maltrato escolar en una muestra de adolescentes mexicanos. *Revista de Educación y Desarrollo*, 40, 39-50.
- De la Torre-Cruz, M. J., García-Linares, M. C. & Casanova-Arias, P. F. (2014). Relaciones entre estilos educativos parentales y agresividad en adolescentes. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 12 (1), 147-170.
- Del Rey, R., Ortega, R., & Fera, I. (2009). Convivencia escolar: fortaleza de la comunidad educativa y protección ante la conflictividad escolar. *Revista Interuniversitaria de Formación Del Profesorado*, 23(3), 159–180.
- Fernández Rodríguez, F. (2012). *Juego Psicoterapéutico para el Desarrollo Emocional*. México: Editorial Pax.
- Gómez-Ortiz, O., Del Rey, R., Romera, E. M. & Ortega-Ruiz, R. (2015). Los estilos educativos paternos y maternos en la adolescencia y su relación con la resiliencia, el apego y la implicación en acoso escolar. *Anales de Psicología*, 31 (3), 979-989.
- González, M. P. (2011). Círculo Mágico, un Magico encuentro. *Revista figura fondo* (17)
- Limber, S. P. (2006). Peer victimization: the nature and prevalence of bullying among children and youth. En N. E. Dowd, D. G. Singer & R. F. Wilson (Ed.). *Handbook of Children, Culture and Violence* (pp. 313-332). Thousand Oaks, California: Sage Publications, Inc.
- López de Mesa-Melo, C., Carvajal-Castillo, C. A., Soto-Godoy, M. F., & Urrea-Roa, P. N. (2013). Factores asociados a la convivencia escolar en adolescentes. *Educación y Educadores*, 16(3), 383–410.
- Loredo-Abdalá, A., Perea-Martínez, A. & López-Navarrete, G. E. (2008). “Bullying”: acoso escolar. La violencia entre iguales. Problemática real en adolescentes. *Acta Pediátrica de México*, 29(4), 210-214.
- Mazón, J. C. & Estrada, C. (2013). Impacto del ambiente socio-físico en el maltrato escolar entre pares. *Revista Latinoamericana de Medicina Conductual*, 3(2), 60-65.
- Mederos Piñeiro, M. (2014). La convivencia entre los estudiantes universitarios: su atención desde el proyecto educativo de la carrera. *Revista Iberoamericana de Evaluación Educativa*, 7(1), 141–159.



- Mendoza, B. (2017). Prácticas de crianza y acoso escolar: descripción en alumnado de educación básica. *Innovación educativa (México, DF)*, 17(74), 125-141.
- Morales, C. S., Félix, R. V., Rosas, P. M., López, C. F. & Nieto, G. J. (2015). Prácticas de crianza asociadas al comportamiento negativista desafiante y de agresión infantil. *Avances en Psicología Latinoamérica*, 33(1), 57-56.
- Raya, A. F., Pino, J. M., & Herruzo, J. (2009). La agresividad en la infancia: el estilo de crianza parental como factor relacionado. *European Journal of Education and Psychology*, 2 (3), 211-222.
- Sanders, C. E. (2004). What is Bullying? En C. E. Sanders & G. D. Phye, (Ed.). *Bullying implications for the classroom* (pp. 1-16). San Diego, California: Elsevier Academic Press.
- Valles, M. S. (1999). *Técnicas cualitativas de investigación social. Reflexión metodológica y práctica profesional*. Madrid: Síntesis Sociológica.

ANEXO 1

Obra de Teatro sobre Acoso Escolar (Juan Carlos Mazón Sánchez, 2018)

Personajes: TORTUGUITO, MAPACHE, PÁJARO CARPINTERO, GRILLO Y CONEJO (MOLESTONES).

Guión PRESENTACIÓN

El personaje principal, el TORTUGUITO Acaba de entrar a la primaria. El proviene de una familia en la que sus padres lo han hecho muy bien portado. Le han enseñado a no pegar y portarse bien, a no pararse de su silla y a poner atención cuando los adultos le hablan. Entró a la primaria, y desde el primer día algunos otros animalitos lo han estado molestando. Se muestran escenas donde los otros animalitos lo molestan, pero él trata el asunto de forma muy cordial, sólo que no logra detener la agresión. Se muestra que está solo y aislado, porque sus compañeros no lo integran a la clase.

A la par, otro animalito, el MAPACHE, proviene de una familia de mapaches que son muy apestosos, groseros y mandones. Entra a la primaria, pero sus papás mapaches no le han enseñado a portarse bien, ni a obedecer ni nada. En cambio, lo regañan de todo, le dicen que es tonto y que no sirve para nada. Desde que entra a la primaria, otros animalitos lo han estado molestando, y él hace para defenderse es aventarlos y robarles sus sándwiches. Sólo que los niños lo acusan con la maestra, y ella siempre piensa que es él, aunque él no haya comenzado el problema. Se muestran escenas donde él está bien enojado de tanto que lo molestan, pero no logra controlarse y a él siempre lo molestan y lo acusan de que él inició el problema.

Las molestias llegan a ser tantas, que ambos animalitos se comienzan a sentir muy mal en la escuela. El TORTUGUITO llora, y esta triste, mientras que MAPACHE está enojado y pega, contesta y se porta mal, pero cuando está en su cuarto solo, también llora. Hay una escena donde se muestra que ambos son incapaces de decirles a sus papás lo que les está pasando.

Se presenta un nuevo personaje, PÁJARO CARPINTERO que comienza a ver toda la situación. En algún momento, que están molestando a los dos, el animalito interviene, y les dice a los groseros; oigan, oigan, ustedes no estén molestando a los compañeros. Entra la maestra, y él se encarga de decirle la verdad a la maestra, aunque no le cree.

En la siguiente escena, los dos animalitos molestados están en el patio aislados, cuando se encuentran con el tercer personaje quien se interesa por preguntarles como están. Él les dice que no deben dejar que los otros los molesten, que deben defenderse, ante lo que ambos niños les dicen que no pueden. TORTUGUITO dice que es muy débil para poderles pegar, y MAPACHE dice que el les ha pegado y que eso no sirve de nada. Se queda pensando, y les dice que eso no es lo que el quería decirles, sino que deben hablarles fuerte y claro, pero sin pegarles. Y si no les hace caso, decirle a la maestra, porque ella es la encargada de que todos se lleven bien en la escuela. Les dice que ellos deberían ser amigos.

Se muestra una escena donde los bullies del grupo, vienen a molestarlos a los dos, y cada uno desde su posición, se defienden. TORTUGUITO a pesar de que siente miedo, respira, y con voz tartamuda, se defiende diciéndoles claro a los animalitos bullies que no les gusta que lo molesten y que el tiene derecho a estar bien. MAPACHE, a pesar de que esta súper enojado, respira, se tranquiliza y les dice, miren chavos, yo les podría pegar, pero no vale la pena, porque ustedes solo están molestando, a mí no me gusta que me estén molestando y le diré a la maestra. Los dos amigos, van a la maestra y acusan a los bullies. De forma muy clara y madura.

El cuento acaba mostrando a los bullies regresando, diciendo que fueron castigados, pero que ya no lo volverán hacer. TORTUGUITO y MAPACHE dicen, bueno ya no pasa nada, podemos ser amigos, pero sin volver a molestarnos. La última escena muestra a todos jugando, aunque zorrillo y grillo son ahora mejores amigos.



ANEXO 2

Proceso de intervención sobre Acoso Escolar “Bullying”

Sección de padres de familia

Sesión 01 “Sensibilización en torno al Acoso escolar”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
20 min	Encuadre	Presentación de los ponentes. Se les dará una etiqueta para conocer los nombres. Elaboración del plan de convivencia: poner reglas propuestas y construidas por todos para construir una convivencia entre todos.
10 min	Sensibilización con respecto al bullying y la violencia escolar	Se desarrolla una exposición con diapositivas y lluvia de ideas, acerca de conceptos claves: Agresión, Violencia escolar, Hostigamiento escolar y Bullying (acoso escolar). Se hace referencia a que la agresión es de carácter biológico y reactivo, la violencia involucra una connotación social e intencional, el Hostigamiento se entiende como la violencia ejercida por un superior hacia los niños y el bullying es la violencia ejercida entre pares, entre los mismos niños.
20 min	Collage de los 4 conceptos	Con apoyo de revistas y papel bond los participantes elaboran un collage (o cuatro) para ejemplificar los cuatro conceptos. Deben participar por equipos de 5 a 6 personas.
20 min	Sensibilización con respecto al bullying	Por medio de diapositivas, se desarrollan conceptos claves con respecto al bullying: - Roles de participación (Dan Olweus) - Ciclo de la violencia - Causas del Bullying (tanto individuales como grupales) - Factores de riesgo / protección
20 min	Cierre	Elaboración con los participantes los temas tratados en la sesión. Es importante que los papás reflexionen y señalen que es lo que se llevan para reflexionar, por lo menos considerar la participación de varios padres. Si existe el caso, anotar aspectos que a los padres les inquieten al respecto de estos temas, para incluirlos en la medida de lo posible en las siguientes sesiones.
Total: 90 min		

Sesión 02 “Educación socioemocional”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
10 min	Actividad sobre emociones	Los participantes desarrollan en un material gráfico, las principales emociones que ellos viven.
25 min	Revisión en torno a las habilidades emocionales y la alfabetización emocional	Por medio de diapositivas se revisan algunos temas entorno a la educación socioemocional: - Inclusión de estos contenidos en los programas de la SEP - Habilidades y competencias emocionales - Desarrollo de las competencias emocionales - Alfabetización emocional - Conciencia emocional - Regulación emocional - Habilidades para la vida - Autonomía emocional
25 min	Ejercicios con los papás sobre Reconocimiento de emociones	Con apoyo de material didáctico, los padres de familia elaboran una actividad de reconocimiento de emociones. Identificar que pensamientos y que sensaciones físicas son asociadas a cada emoción. Se debe trabajar en pequeños grupos, para que puedan compartir entre ellos, en el mejor de los casos, un facilitador trabajara con cada grupo.
20 min	Ejercicios con los papás sobre Autorregulación de emociones	Con el mismo material, los papás identifican que acciones hacen ellos para autorregular sus emociones. Se debe procurar que ellos mismos se percaten que maneja sus emociones. Las experiencias se comparten en pequeños grupos de participantes.
10 min	Material didáctico	Se expone algunas estrategias de material didáctico o técnicas que los papás pueden implementar en casa para trabajar aspectos emocionales con sus hijos. - Caritas de emociones - Lotería emocional - Máscaras de emociones
Total: 90 min		



Sesión 03 “Habilidades para la convivencia escolar”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
35 min	Actividad sobre convivencia	Los padres de familia participaran en una actividad psico-corporal. Se comenzará con una sesión de calentamiento que puede ser la actividad de las marionetas o la del espejo. Después, se escenifican escenas donde ocupamos las habilidades sociales: - Comunicación con otros - Conocer a personas nuevas - Interactuar con otros - Defender los propios derechos - Resolver problemas - Hacer un énfasis en que habilidades tenemos nosotros como adultos, como fueron desarrolladas, que aspectos se nos dificultan todavía - Punto importante: Como vemos estas habilidades en los niños, y que hacemos como adultos para poder fomentarlas.
20 min	Revisión en torno a las habilidades sociales	Por medio de diapositivas se revisan algunos temas entorno a la educación socioemocional: - ¿Qué son las habilidades sociales? - ¿Para que sirven? - ¿Cuáles son? - ¿Cómo se desarrollan y que hacen los papás para desarrollarlas?
35 min	Ejercicios de role-playing	Los papás escenificarán algunas situaciones sociales donde las habilidades sociales sean importante. Las escenas serán redactadas y entregadas a los papás. Ellos escenificarán, siendo niños en situaciones, y siendo padres. Deben estar orientadas a sensibilizar sobre que hacen los papás para el desarrollo de las habilidades sociales y cual es la situación de los niños.
Total: 90 min		

Sesión 04 “Disciplina, límites y estilos parentales”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
30 min	Actividad sobre Paternidad	Con material adecuado, los papás realizarán un dibujo, acerca de cómo recuerdan a sus padres cuando ellos eran niños. Se hará la retroalimentación y se avanzara a hacer un dibujo ahora de “Como esperarían que sus hijos los recordaran en 20 años en el futuro”. Se hace la reflexión en torno a que la forma en la que interactuamos con nuestros hijos va a impactar en el recuerdo que tengan de nosotros mismos en el futuro. Las horas de juego, la disciplina, el afecto. Se compran ambos dibujos.
30 min	Revisión en torno a la disciplina, límites y estilos parentales	Por medio de diapositivas se revisan algunos temas: - Estilos parentales - Establecimiento de límites - Tipos de consecuencias - Paternidad libre de gritos - Consejos para establecer límites de forma clara y directa, sin el uso de la violencia.
30 min	Ejercicios de role playing	Los padres deberán participar en ejercicios de representación donde muestren lo que se ha aprendido en la sesión, sobre todo a poner límites a sus hijos.
Total: 90 min		

Sesión 05 “Cierre e integración padres e hijos”

La actividad deberá ser llevada a cabo en un área abierta con suficiente espacio para trabajar con ambos grupos

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
20 min	Actividad de integración	Padres y niños participaran en juegos físicos los cuales involucraran en la actividad. Los juegos que se proponen son: - Conejos y conejeras - Juegos de globos de Frank Limpens.
30 min	Dinámica entorno al bullying	Lluvia de ideas entorno a lo que se aprendió en el taller, deben participar padres y niños por igual Se hacen 4 o 5 equipos y cada equipo debe generar una actividad para representar el problema del que se habló, quizás los equipos podrían desarrollar las siguientes actividades: - Mini obra de teatro - Escultura humana - Disfraz - Cartel - Dibujo
30 min	Cierre	Se hace un juego breve con todos los participantes, puede ser como jugar a la víbora de la mar y cantar. Los niños o algún papá pueden proponer hacer algún juego. Se hace dos círculos concéntricos, con los niños en el centro. Cada papá le dice a su hijo o hija algunas palabras entorno a lo que vivió en el taller y a lo que siente por él. Convivio colectivo
Total: 90 min		



Proceso de intervención sobre Acoso Escolar “Bullying”

Sección de niños

Sesión 01 “Sensibilización en torno al Acoso escolar”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
20 min	Encuadre	Presentación de los ponentes, los psicólogos se presentan y hacen una dinámica de presentación con los niños. Cada niño participa en la actividad, diciendo su nombre y lo que más le gusta hacer. Elaboración del plan de convivencia: Se refiere que es importante poner reglas propuestas y construidas por todos para construir una convivencia entre todos.
10 min	Sensibilización con respecto al bullying y la violencia escolar	Los psicólogos cuentan un cuento para representar el problema del acoso escolar en la escuela. El cuento se presentará con títeres, quienes lo llevaran a cabo con los niños, para que ellos interactúen directamente. El cuento debe tener elementos relacionados: - Situaciones de maltrato dentro de la escuela - Emociones vividas - Roles de participación.
20 min	Proyección del Corto, “El Sándwich de Mariana”	Se proyecta el video, y posteriormente se hace un mini-cine debate con los niños. Se hace hincapié en lo que ellos observaron, y que solución les darían a ambas situaciones-
20 min	Elaboración de dibujos e integración	Se propone hacer a los niños, propuestas que puedan hacer para resolver los dos problemas, del corto y del cuento que les fueron enseñados
20 min	Cierre	Se hará una actividad breve, en la que se jugara con los niños, y compartan como se sintieron en el taller.
Total: 90 min		

Sesión 02 “Educación socioemocional”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
10 min	Inicio y calentamiento	Se retoman puntos de la sesión pasada. Se hace mención del código de convivencia. Y el juego de tirar de los hilos. El juego consiste en que los niños forman parejas, primero uno de ellos es la marioneta, y otro es el marionetista. El segundo debe hacer que el primero se mueva usando los hilos imaginarios.
5 min	Pizarrón de emociones	Con todos los niños sentados, se habla sobre la definición de emociones. Además, se escriben en el pizarrón todas las emociones que los niños puedan identificar. De tal forma que estén visibles para todos.
20 min	Adivina la emoción	La actividad consiste en que uno de los niños sale del salón, mientras que los otros se ponen de acuerdo para todos actuar con respecto a una emoción. El niño regresa y hace preguntas a todo el grupo, y todo el grupo debe dar respuestas emocionales con respecto a la emoción acordada. El niño que se apartó debe reconocer la emoción de sus compañeros y adivinarla. Se busca que los niños que van a actuar se vayan involucrando más y más en la expresión emocional.
20 min	Dibuja la sensación	Los facilitadores llevan a cabo actividades de sensibilización respecto a las emociones. Puede ser que usen ejercicios de imaginación guiada. Posteriormente, se les pide a los participantes que plasmen en papel, o con algún material, como se siente la sensación de cada una de las emociones. Podría ser que se les guiara a ubicar las emociones en cada parte del cuerpo. Podrían ser usados figuras humanas para que se representen emociones. Se usarán hojas de papel blancas y crayolas para esta actividad. Los niños deben ir pensando cómo es la sensación de cada una de las emociones y dibujar en automático cómo se siente.
20 min	Máscaras de emociones	Se escogerán algunas de las emociones que se escribieron en el pizarrón al principio. Se escogerán las emociones principales para ser representadas, el grupo se dividirá en pequeños grupos, cada grupo debe escoger una emoción, la cual van a representar en uno de los platos. Deberán hacer la máscara de cada una de las emociones. El número de equipos dependerá del número de niños con los que trabajemos. Cada facilitador, trabajará con dos o 3 equipos, para orientarlos, darles ideas o coordinarlos.
20 min	Exagera la emoción	Una vez que las mascarás sean terminadas, se jugara el juego de “exagera la emoción”. Usando la máscara, deben actuar situaciones o decir frases exagerando la emoción que les toca. Los demás deben comentar si les creen o no que tienen esa emoción.
20 min	Cierre y ejercicios de relajación	Se retoman todos los elementos visto a lo largo de las sesiones. Se señala que algunas de las emociones que se revisaron necesitan ser manejadas a veces. Se señala que una de las formas de manejarlas es hacer ejercicios de respiración. Se puede llevar a cabo una actividad de imaginación guiada con los ojos cerrados, para que los niños respiren y se relajen.
Total: 115 min		Material Crayolas, Hojas de papel Platos de cartón Tijeras Resorte



Sesión 03 “Habilidades para la convivencia escolar”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
40 min	Actividad sobre convivencia	Los niños participaran en una actividad psico-corporal. Se comenzará con una sesión de calentamiento que puede ser la actividad de las marionetas o la del espejo. En una sesión donde todos los niños estén sentados en círculo, los facilitadores hablan sobre cada una de las habilidades sociales que usamos en la vida diaria. Se debe apoyar con material como láminas que hablen de cada una de ellas: - Jugar con otros niños - Platicas con otros niños - Pedir prestados materiales - Regresar los materiales - Hablar con los adultos, la maestra, los directores y los padres.
40 min	Ejercicios de role-playing	Se llevan a cabo representaciones, en las que los facilitadores muestren situaciones donde se empleen habilidades sociales. La idea es que primero los facilitadores muestren la situación y la habilidad y luego los niños las repliquen.
10 min	Cierre	Se hará una actividad breve, en la que se jugara con los niños, y compartan como se sintieron en el taller.
Total: 90 min		

Sesión 04 “Círculo mágico”

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
20 min	Dinámica grupal	La sesión comienza con un juego, en el que los niños participen de manera colaborativa.
50 min	Dinámica del círculo mágico	El total de niños se dividirá en pequeños grupos. La construcción de grupos se debe pensar para que en cada grupo estén los niños que no sean tan amigos entre sí. Cada facilitador debe trabajar con un pequeño grupo de 5 a 6 niños. Se utilizarán las tarjetas del círculo mágico. El ejercicio tiene como objetivo fomentar el conocimiento y la convivencia entre niños que no sean tan amigos entre sí. Cada facilitador debe ser entrenado previamente en la dinámica y conocer estrategias de moderación en el grupo
10 min	Cierre	Se hará una actividad breve, en la que se jugara con los niños, y compartan como se sintieron en el taller.
10 min	Cierre de las sesiones de los niños.	Se reservan 10 minutos para que los niños comenten que les ha parecido el taller, y como se han sentido. Se les menciona que esta es la última sesión de sólo niños, y que en la última sesión se trabajara junto con sus padres.
Total: 90 min		

Sesión 05 “Cierre e integración padres e hijos”

La actividad deberá ser llevada a cabo en un área abierta con suficiente espacio para trabajar con ambos grupos

Tiempo estimado	Nombre de la actividad	Desarrollo
20 min	Actividad de integración	Padres y niños participaran en juegos físicos los cuales involucraran en la actividad. Los juegos que se proponen son: - Conejos y conejeras - Juegos de globos de Frank Limpens (AÑO).
30 min	Dinámica entorno al bullying	Lluvia de ideas entorno a lo que se aprendió en el taller, deben participar padres y niños por igual Se hacen 4 o 5 equipos y cada equipo debe generar una actividad para representar el problema del que se habló, quizás los equipos podrían desarrollar las siguientes actividades: - Mini obra de teatro - Escultura humana - Disfraz - Cartel - Dibujo
30 min	Cierre	Se hace un juego breve con todos los participantes, puede ser como jugar a la víbora de la mar y cantar. Los niños o algún papá pueden proponer hacer algún juego. Se hace dos círculos concéntricos, con los niños en el centro. Cada papá le dice a su hijo o hija algunas palabras entorno a lo que vivió en el taller y a lo que siente por él. Convivio colectivo
Total: 90 min		

SEGUNDA PARTE



Capítulo 7



La articulación de los fonemas r y rr, a través del cuento

Marina Reyes Esquivel

RESUMEN

El lenguaje oral es un complejo, pero importante proceso que integra un sistema de reglas y símbolos sobre las bases biológicas y sociales, que permite regular las relaciones interpersonales. Los niños desde muy pequeños tienen que acceder a dicho conjunto de reglas para poder expresar sus necesidades a los otros. Una de las dificultades comunes es la adecuada articulación de los fonemas; aunque no hay una edad precisa para adquirir esta capacidad, alrededor de los seis años es conveniente apoyarse de programas o estrategias de estimulación para que se adquiera una articulación precisa, pues para que el habla se produzca, es esencial la correcta posición y movimiento de los órganos de la articulación. En este artículo **se propone** una forma de estimular y corregir el problema de articulación de la rr y r; a niños de 4 a 7 años *desde la perspectiva narrativa de un cuento*. Contado por la madre y acompañado de ejercicios que el niño ha de realizar. Se exponen 10 historias. Cada historia está dividida en partes que emitirán por sesiones y que van subiendo de complejidad en los ejercicios. Además de ayudar a la articulación de los fonemas antes mencionados, pueden reforzarse otros y obtenerse logros como la mayor comunicación entre el infante y la madre, en un contexto agradable de convivencia, expresiones de afecto, confianza y gusto por la lectura.

INTRODUCCIÓN

Aun antes de nacer los infantes se contactan con su entorno y comienza a apropiarse de elementos esenciales para la competencia lingüística, como el dominio de reglas gramaticales, sintácticas, y pragmáticas. Como apunta Lomas (2014), por mucho tiempo, la lingüística observó el mundo de las palabras con una mirada "forense" y empleó un tremendo esfuerzo en la disección del cadáver del lenguaje a la búsqueda de sus células fonológicas, de sus tejidos morfológicos y de su anatomía sintáctica. De ahí el afán por determinar las enfermedades, malformaciones y el énfasis por la (hiper) corrección lingüística.

Se olvidaba, sin embargo, de la relación con el contexto cultural y con la vivencia cotidiana; parecía que hablar era una obligación más que una necesidad del individuo. Considerando lo anterior, el tratamiento de las dificultades de lenguaje no puede ser reducido a ejercicios sin sentido para el usuario, sino que deben relacionarse con su quehacer cotidiano, partiendo, precisamente, de las exigencias que el contexto le demanda naturalmente.

Lenguaje y la articulación

El bebé comienza a emitir sonidos desde muy pequeño, pero no es sino hasta el año y medio en adelante, cuando adquieren un vocabulario impresionante.

Conocen el significado y la pronunciación de, literalmente, miles de palabras y utilizan con bastante corrección las formas gramaticales (sujetos, objetos, verbos, plurales y tiempos verbales) cuyos nombres no aprenden hasta los últimos años de la educación básica (Berko & Bernstein, 2010).

El desarrollo del lenguaje, sin embargo, no es un proceso sencillo, el lenguaje es para Trevor (2009), una pericia perceptiva, un sistema de símbolos y reglas que nos permiten comunicarnos.

Requiere de una complicada estructura de fonación (las cuerdas vocales, los órganos articuladores y resonadores del tracto nasal y oral. Y se desarrolla en diferentes niveles: fonológico uso de los sonidos del lenguaje, espacio entre cada uno); fonético (estudio de los fonos, propiedades físicas y cómo se articulan) morfológico (estructura y combinación de palabras), sintáctico (orden de las palabras), semántico (significado), pragmático (utilización del lenguaje), y léxico (información o vocabulario). Así las dificultades pueden presentarse en la separación de las palabras, al seguir reglas gramaticales o la pronunciación adecuada, o sustitución de fonemas.

El plano fonético está integrado por la articulación de los fonemas conforme a la norma y por su recepción, mientras que el desarrollo fonológico consta de la adquisición de las reglas mediante las cuales se contrastan y combinan los fonemas, de manera que se originen modelos lingüísticos asociados a un significado, así como de la entonación y la prosodia del lenguaje (Flossman, Schrey-Dern, Tockuss, 1988, citados en Weigl & Reddemann-Tschaikner, 2012).

Hay tres tipos de fonética según lo que se quiera poner de relieve: la articulatoria (que pone de relieve cómo se hacen los sonidos), la auditiva o perceptiva (que pone de relieve cómo se perciben los sonidos) y la acústica (que pone de relieve la forma de la onda de sonido y las propiedades físicas) (Trevor, 2009).

Hay una clasificación propuesta por Quilis (1993) y Quilis y Fernández (1997) (citados en Villegas, 2012), quienes consideran siete puntos de articulación que de delante hacia atrás serían bilabial, labiodental, linguodental, linguointerdental, linguoalveolar, linguopalatal, linguovelar; siete modos de articulación que diferencian por dónde se realiza la salida de aire durante la fonación (orales y nasales) y cómo se espira en el caso de los orales (oclusivo, fricativo, africado, lateral, vibrante simple y vibrante múltiple), y por último atendiendo a la vibración de las cuerdas vocales durante la producción oral según si ésta se inicia antes (VOT negativo o sonora) o inmediatamente después (VOT positivo sorda) de que se produzca el inicio de salida de aire articulado.

Para alcanzar la habilidad del lenguaje, la cavidad bucal, los labios, la lengua, el paladar y la faringe, deben trabajar de forma coordinada. En suma, podemos concebir la articulación como la forma en que todos los elementos anteriores se conjuntan para funcionar adecuadamente al producir fonemas estipulados por un idioma. Un fonema es una unidad básica de sonido, dependiendo de la estructura y posición que adopte la boca o cualquier elemento del aparato articulatorio al pronunciar dichos fonemas, éstos se pueden dividir según Sos y Sos (2011) en: vocales palatales, vocales velares, consonánticos bilabiales, consonánticos labiodentales, consonánticos interdental, consonánticos dentales, consonánticos alveolares, consonánticos palatales, consonánticos velares. Los fonemas que más se tardan en adquirir los niños por la dificultad que les implica, son los de r y rr. Los mismos autores afirman que el fonema "r" es alveolar dado que el ápice de la lengua se pone en contacto con los alveolos superiores o



intersección del paladar y los dientes, pero también es, según el modo de articulación o manera de expulsar el aire por la boca o por la nariz, un fonema vibrante, en donde el órgano activo (ápice de la lengua) se apoya en el pasivo (intersección entre el paladar y los dientes) e interrumpe el aire alternativamente con vibraciones. El mismo autor señala que el fonema “rr” es también alveolar vibrante, en donde la contracción muscular voluntaria es simple. La apertura mandibular para su correcta emisión es de unos ocho a diez milímetros. Los labios están entreabiertos y permiten ver los dientes incisivos superiores e inferiores.

Dificultades en la adquisición del lenguaje

El trastorno o dificultad se entiende cuando en uno o varios niveles lingüísticos no se tienen la estructura adecuada para funcionar permanentemente, por ejemplo, en el uso o función que se les da a las palabras (pragmática), el contenido o representación de los mensajes (morfología, sintaxis y fonología), o la forma en que se produce (semántica).

A las disfunciones que afectan el *lenguaje* se les conoce como dislalias. Para Gallego (2000), las dislalias son dificultades articulatorias que según el fonema afectado reciben denominaciones diferentes, derivadas del nombre griego del fonema de que se trate, más el morfema “tismo” o “cismo”. De esta forma, la articulación defectuosa del fonema /r/ recibe el nombre de rotacismo; la del fonema /d/: delatamiento; la del fonema /s/: sigmatismo, etc.

Se dividen en:

- 1) dislalias evolutivas o fisiológicas, son incapacidades para producir correctamente los sonidos, debido a una insuficiente madurez cerebral y a un inadecuado desarrollo del aparato fono articulatorio.
- 2) dislalia funcional o dificultad para pronunciar correctamente los fonemas, por ausencia o alteración de algunos sonidos o por la sustitución de unos fonemas por otros. La dificultad articulatoria se debe a un mal funcionamiento/uso de los órganos articulatorios. La etiología de la dislalia funcional es multifactorial, las causas aludidas son: persistencia de esquemas articulatorios infantiles (articulación infantil defectuosa porque los padres imitan su lenguaje, no presentan modelos lingüísticos correctos, o los mismos cuidadores tienen el problema); falta de control en la psicomotricidad fina (retraso motor por falta de estimulación); déficit en la discriminación auditiva (no decodifica correctamente los elementos fonémicos de su idioma ni percibe diferenciaciones de intervalo, duración ritmo o intensidad); errores perceptivos (no integran nociones espaciotemporales y la imitación de movimientos lingüales o de sonidos se les dificulta); estimulación lingüística deficitaria (el ambiente está carente de estimulación en cuanto a nivel cultural, ambiente familiar, rechazo del sujeto, ambientes bilingües, superprotección familiar o inadaptación familiar, falta de estimulación cultural); de tipo psicológico (sobrepotección, traumas, limitación en la necesidad emocional de comunicarse, tensiones, angustias, bloqueos emocionales, conductas inestables, etc.); predisposición genética (predisposición neurológica transmisible en caso de patología del habla con percepción auditiva e inteligencias normales); deficiencia intelectual.
- 3) dislalia audiogena cuya causa está en una deficiencia auditiva, si no oye bien, no articula correctamente, o confunde los fonemas.
- 4) dislalia orgánica, tiene causas de tipo orgánico y puede referirse a lesiones del sistema nervioso o malformaciones de los órganos del habla. Si se encuentran afectados los centros neuronales cerebrales

(SNC) reciben el nombre de disartrias y forman parte de las alteraciones del lenguaje de los deficientes motóricos. Si nos referimos a anomalías o malformaciones de los órganos del habla (labios, lengua, paladar, etc.) se les denomina disglorias.

El niño con problemas fonológicos tiene dificultades de orden cognitivo que se traducen en la dificultad en la elaboración del fonema, o lo que es lo mismo, para representarse como una abstracción el conjunto de sonidos emitidos durante la locución. Las alteraciones fonéticas pueden derivar directamente de un trastorno auditivo o de una disfunción en los órganos articuladores, mientras que en el niño con trastorno fonológico existe una incapacidad de orden cognitivo que le impide elaborar categorías. En el primer caso nos encontraríamos con un trastorno más periférico, de etiología sensoriomotriz, mientras que en el segundo caso el problema se sitúa en el nivel de representación abstracta del conocimiento. (Miralles 2000, en Gómez, Viger, & Cantero, 2013).

Los posibles procesos fonológicos observados en niños con este tipo de trastorno que Torres (2003), rescata de Bosch (1983), se resumen de la siguiente manera:

1. Procesos sustitutorios: afectan a categorías de sonidos y pueden manifestarse en cuanto al punto de articulación, al modo de producción y a la sonoridad.
 - a) Punto de articulación: se producen desplazamientos anteriores o posteriores: buantes en lugar de guantes. Gufanda en lugar de bufanda.
 - b) Modo de producción: se observan cambios entre oclusivas, fricativas, africadas, nasales, laterales y vibrantes.
 - c) Cambios de sonoridad: esta dificultad puede ir ligada a una pérdida auditiva. Se refiere a los cambios entre la intensidad sorda-sonora.
2. Procesos asimilatorios: Se refieren a la asimilación de un sonido a otro por su proximidad dentro de la palabra.
 - a) Dependiendo de la dirección pueden ser: progresivos y regresivos como tato
 - b) En función de la frecuencia y según el punto de articulación y el modo de producción pueden clasificarse en: labiales; dentales; alveolares y velares.
3. Procesos que afectan a la estructura de la sílaba. Se observa una tendencia a reducir las sílabas al esquema básico Consonante - vocal y a simplificar el número total de sílabas que componen la palabra.
 - a) Omisiones: reducción de la estructura básica de la sílaba que afecta, sobre todo, a los sonidos finales y los grupos consonánticos: consonantes iniciales; sílabas átonas iniciales o finales; consonantes intervocálicas; reducción de diptongos; y simplificación de grupos consonánticos.
 - b) Adiciones: se amplía la estructura de la sílaba con otros sonidos en medio o al final de la palabra.
 - c) Metátesis: afecta a la secuencia de elementos, no están en el sitio esperado.



Teorías e intervención del lenguaje

El desarrollo y la forma de intervenir ante dificultades del lenguaje, es abordado por diferentes posturas. Una de las perspectivas principales es la planteada por Vygotsky que determina que el lenguaje y la cognición se originan de manera independiente; y que la relación con los adultos le permitirá desarrollar el primero. La postura de Vygotsky, es de corte interaccionista, como lo afirma Berko y Bernstein, (2010), supone que hay muchos factores (por ejemplo sociales, lingüísticos, biológicos/madurativos, cognitivos) que afectan al curso del desarrollo y que estos factores son mutuamente dependientes entre sí e interactúan y se modifican los unos de los otros. No sólo es posible que los factores cognitivos o sociales modifiquen la adquisición del lenguaje, sino que esta adquisición modificará a su vez el desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales.

En el enfoque de la interacción social interesa la función socio comunicativa que desempeña el lenguaje en las interacciones humanas; los niños necesitan hablar y hacerlo bien para que se comunique con los demás, satisfaciendo diferentes necesidades. Los menores desde que nacen constituyen un sistema dinámico; necesitan de los otros para aprender, pero influyen en ellos de igual manera.

Una forma de mantener contacto con el entorno es por medio del juego. El juguete, los libros, la televisión, todos son objetos culturales con los que tiene contacto y que intensifican su curiosidad y posibilidad de integrarse socialmente. Se relacionan con ellos al manipularlos, interpretarlos, pensar en y aprehenderlos, o rechazarlos. Por esto se puede asegurar que su uso va a facilitar la adquisición del lenguaje, sobre todo si son cotidianos, reconocidos y aceptados por el niño.

Considerando la importancia que los factores motivacionales tienen en la ejecución del comportamiento comunicativo expone Miralles (en Gómez, Viquer & Cantero, 2013), que es necesaria la intervención centrada en el niño y en sus necesidades. Con frecuencia educadores y ambiente familiar ejercen una presión directiva excesiva que no siempre es la más adecuada para el desarrollo infantil por no responder a las exigencias infantiles, sino más bien al nivel de presión y exigencias fijadas por los propios padres y educadores para sí mismos.

Una intervención debe, basarse en una serie de principios según Aguado (2004):

- El aprendizaje sucede cuando se expone es expuesto a una experiencia activa y significativa.
- La experiencia debe ser estructurada de tal manera que el niño se motive para lograr el propósito.
- Los modelos del lenguaje son totales e integrales: no existen objetivos artificiales de aspectos particulares como la fonología la semántica o pragmática.
- El aprendizaje ocurre en el contexto de interacciones sociales que facilitan el aumento y la posibilidad de compartir el conocimiento y las ideas.
- El clínico no elige lo que debe ser enseñado, sino que provee experiencias que permitan el aprendizaje.

Según el mismo Aguado, se busca que las conductas sean funcionales dentro de la situación misma, en una situación interactiva real; no se hace referencia al contexto físico, sino al juego al que han jugado, al libro que han leído, etc.

En los últimos años los terapeutas han considerado el abordaje narrativo, que presenta un cambio fundamental en la forma de dar la terapia. Se le atribuye un papel activo al usuario en la elaboración de su propio proceso de mejora siguiendo una ruta individual de desarrollo, además, es una forma de motivar y darle confianza al usuario para resolver su problema.

La narrativa y el cuento en la intervención terapéutica

Esta aproximación terapéutica busca que, a partir del relato, las experiencias se organicen y tengan otra intención, permitiendo una posición más optimista.

La terapia Narrativa que creó Michael White y David Epston en 1990 (Campillo (s/f)), es un modelo para la creación de conocimiento y de nuevos significados, que son generados por las personas en la revisión y re-edición de su historia. Los componentes que se incluyen y favorecen los resultados tras la terapia narrativa son: que transforma lo vivido en una experiencia externa que puede ser mejor manejada, que posibilita una relación diferente entre el terapeuta y el que recibe la intervención, reduciendo las diferencias de poder entre sus relaciones, que incluye diversas formas en que la narración hace su papel terapéutico, por ejemplo, en la redacción de historias, metáforas, de cartas, de papeles de reconocimiento.

La terapia narrativa emplea una práctica lingüística llamada exteriorización, que separa a las personas de los problemas. Separar el problema de la persona en una conversación exteriorizada mitiga la presión de la culpa y el recelo (Freeman, 2005, p. 16)

Esta terapia contribuye a que desde diferentes modalidades pueda participar la familia, y se incluyan experiencias culturales. En ella, además de la lectura, se incluyen ejercicios como hacer cosas con plastilina, realizar dibujos o contestar preguntas. Dado que resulta complejo trabajar la narración con niños menores, sobre todo cuando esto implica escribir o leer, ordenar secuencias de vida u otras habilidades que se les dificulten, la narración puede ocuparse desde las historias o cuentos contados por otros.

Traversa en el 2008 (citado en Sarabia 2012) plantea que los cuentos con fines terapéuticos permiten que la persona se vea a sí misma como protagonista y responsable de su propia historia, aunque es importante remarcar que esto no se da de una manera consciente. Señala también que no son las experiencias en sí mismas las que generan ciertos efectos en nuestras vidas sino el sentido que se les da. Por lo que el cuento es una vía para generar otra narrativa, otras versiones, otros significados, otras soluciones a través de los modelos de comportamiento de los personajes y de las moralejas o conclusiones a las que alude la historia. Señala que para crear un cuento con fines terapéuticos se recurra a algún un (sic) acontecimiento de la vida del niño, sus sentimientos, sus síntomas, rasgos de carácter, dificultades, u otros aspectos relacionados con la situación actual.

Los ejercicios de terapia con cuento que incluye Campillo (s/f), son entre otros contar cuentos de cambio, y el dibujo de caricaturas de una historia. El primero trata de la creación de cuentos terapéuticos con en el uso de una metáfora en la cual se crean varios niveles de comunicación. El cuento terapéutico debe incluir las palabras del niño o niña, ser interactivo, creándose durante la sesión, contar con personajes y protagonistas escogidos por el niño o niña, tener una trama y personajes que plantean dilemas parecidos a los creados por el problema, seleccionar una metáfora que presente nuevas aperturas, nuevas perspectivas de cambio y crecimiento, e incluir dibujos si al niño o niña le gusta dibujar.



Los niños disfrutan las historias, les causa placer escuchar, al mismo tiempo que trabaja procesos como el pensamiento, la memoria o la imaginación. Pero sobre todo participa el lenguaje en habilidades como comprensión, capacidad de dar coherencia y manejar relaciones espaciales, extensión del vocabulario, entre otras. Numerosos estudios confirman el éxito en la estimulación temprana a través del cuento, pero el cuento común, contado por otros no tiene un efecto mecánico ni tiene gran impacto como lo tiene la interacción con el mismo. Cuando un niño se hace partícipe en la historia, aunque sea “desde fuera” logra ser un activo, con poder en la dirección de la historia, adquiere seguridad al hablar y actuar frente a diversas situaciones de la vida. Una de las particularidades esenciales de los cuentos es precisamente la ampliación de sus objetivos didácticos hacia temas psicológicos y sociológicos, como cuando se enseñan valores, cuando exploran sentimientos y emociones o cuando ayudan a entender mejor una situación que preocupa, así como a su aceptación.

La diversidad de personajes permite ver una relación metafórica con la realidad. Los comportamientos de los actores ofrecen modelos de identificación e imitación. Los finales abiertos de los cuentos proporcionan la posibilidad de darle otra intensión. Las historias que ilustran paisajes y costumbres ajenas favorecen el enriquecimiento cultural. Los cuentos con humor manejan otras emociones ante situaciones problemas y reducen el estrés. Cuando se manejan explicaciones curiosas a fenómenos que en lo común causan pena, desmitifican tabúes. Las grandes historias con sucesos complicados que al final se resuelven, dan nuevas experiencias y permiten madurar cognitivamente a quien las lee. Y finalmente, la imaginación que hace que surja, desarrolla alternativas creativas para cada situación.

En resumen, los cuentos pueden ayudar al tratamiento del conflicto personal de un modo sutil, mejorando la calidad de vida de quien lo padece. Por otro lado, no cabe la menor duda de que los niños aprenden “haciendo” y lo hacen mejor cuando los respalda la motivación del evento, un entorno agradable y una necesidad de comunicarse. En este sentido la disposición de los pequeños para hacer los ejercicios de articulación tras la lectura del cuento es positiva. La necesidad de ampliar las pautas de intervención en contextos cotidianos del niño y en donde se presenta directamente el problema, nos llevan a implementar actividades en que la participación de los padres sea primordial y donde el pequeño no lo entienda como un tratamiento complejo que hay que seguir para “curarse”, sino como una acción cotidiana y divertida que la realiza, además, en compañía de su familia.

Por esta razón, el objetivo de este proyecto es articular los fonemas r, y rr a través de la ejercitación por medio del cuento, para emplear un lenguaje adecuado y entendible al relacionarse con los demás en la vida cotidiana.

MÉTODO

Sujetos

Niños de 4 a 7 años con dificultades articulatorias de los fonemas r y rr, (rotacismo), cuyas causas sean debidas al mal uso de los órganos articulatorios: esquemas articulatorios infantiles, falta de estimulación, falta de control de la psicomotricidad, o por alteraciones a nivel perceptivo, organizativo, que den como resultado la incomprensión de la producción de sus palabras que contienen dichos fonemas.

Materiales

- 1) Historia completa del cuento: “Carlitos rescata a su mascota” con las especificaciones para el trabajo con los niños después de cada lectura.
- 2) Hoja de reporte de los avances obtenidos en el niño.

PROCEDIMIENTO

Dado que los niños de entre 4 y 7 años se encuentran iniciando el proceso de adquisición de la lectura, se sugiere que los padres lean un cuento al mismo tiempo que guían el proceso de desarrollo en la articulación del lenguaje en sus hijos. El proceso consiste en hacer una lectura “interactiva” del cuento durante todo el tratamiento, en donde el niño, además de escuchar la historia en partes, realizará una serie de ejercicios (cada sesión) que el protagonista del cuento tiene que hacer para avanzar en la dinámica y resolver un caso. Dichos ejercicios son actividades específicas para mejorar la articulación de los fonemas “r” y “rr”.

La lectura del cuento toma en consideración los siguientes aspectos:

- 1) El cuento trata de un personaje que debe salvar a su mascota, pero para ello tiene que enfrentar una serie de retos (ejercicios de articulación). El niño puede verse identificado con la historia dado que el personaje principal es un niño de aproximadamente su edad.
- 2) La historia está dividida en partes. Se leerá una por sesión y se realizarán los ejercicios correspondientes.
- 3) Las actividades van subiendo de complejidad a medida que avanza.
- 4) La realización de los ejercicios (lectura, explicación y dirección de las actividades, reporte de los avances) deben ser comprendidos por el padre o la madre, antes de llevarlas a cabo.
- 5) Los ejercicios son planteados como retos (mas no como obligaciones), y se tiene una segunda oportunidad para repetirlos.
- 6) Si se cumple la acción pedida, será reforzada por el padre lector.

El programa de intervención es recomendado para llevarlo a cabo en la comodidad de la casa, antes de dormir o en un momento relajado (de preferencia a la misma hora) en que se propicie la lectura y la interacción entre padre e hijo.

Es importante un registro continuo de los avances. Generando la toma de decisiones sobre si el reto es cumplido o cuantas veces más será necesario ejercitarlo. Se sugiere que sean tres veces como máximo y que en la última se aplauda el esfuerzo realizado. Esto se reporta al especialista para ver la posibilidad de una ejercitación específica, seguimiento del cuento o suspensión de este, con un final satisfactorio.

Estructura del cuento por sesiones.

Sesión 1 Historia: Carlitos, es un niño de siete años, tiene un perro llamado Rudy que le regalaron en su cumpleaños después de pedirlo como deseo y soplar la vela de su pastel. Carlos no tenía mamá, pero siempre la llevaba en su corazón, así como sus sabias palabras de que, si deseaba algo con intensidad, respirara profundo el aroma de una flor que le servía de amuleto, y aquello que se propusiera lo habría de lograr.



Actividades:

- 1) Respirar y soplar tal como lo hacía Carlos al pedir su deseo: respirar por la nariz (cual si fuera una flor) y soplar una vela (como la de su pastel). Respirar lentamente y soplar de la misma forma. En posición sentado o parado para no obstruir el trabajo diafragmático. Tres veces
- 2) Identificar de tres casitas en una hoja, la adecuada para la mascota, porque tiene su nombre, el niño debe repetirlo y si sabe leer, que lo haga con cada casita, para distinguir la adecuada.
- 3) Identificar la letra que el nombre del niño y el nombre de la mascota tienen en común.
- 4) Repetir suave y pausadamente los nombres del niño de la historia y de su mascota, para que él los recuerde, pero nadie más. Primero hacerlo sin voz (sólo expulsando aire) y luego con voz baja.

Sesión 2 Historia: Un día Carlos vio con asombro que su perro había sido secuestrado por extraños extraterrestres para hacer experimentos con él. Al tratar de seguirlos uno de esos seres le lanzó una sustancia viscosa hacia la cara, muy cerca de la boca, que, aunque su sabor no era desagradable, le impedía hablar y moverse para ir en busca de su mascota. Él apretaba su boca para que la sustancia no entrara, su lengua se ensanchaba con cierta fuerza, hasta que comprendió que tenía que arreglárselas para limpiarse de ella con lo único que podía mover: la lengua.

Actividades:

- 1) Respirar y soplar tal como lo hacía Carlos respirar por la nariz y soplar por la boca.
- 2) Doblar la lengua hacia arriba y hacia atrás y ensancharla lo más que se pueda, (repetir 5 veces dejando momentos de descanso)
- 3) Con el contorno de la boca lleno de mermelada, miel o dulce de chocolate, intentar quitarse “la sustancia viscosa” sólo con la lengua, primero por arriba y por debajo de los labios, luego hacia los lados, finalmente en forma circular. Una segunda vez hacerlo con mayor velocidad. Como el sabor de la sustancia extraña le ha hostigado, debe tomar un poco de agua a lamidas.

Sesión 3 Historia: Empecinado en salvar a su perro, Carlos pasó un día de grandes retos que estuvo dispuesto a pasar. Primero tuvo que torear a una enorme vaca, después a uno de los extraños seres se le disparó su arma y nuevamente le lanzaron la sustancia viscosa. Luego, estuvo muy cerca de pisar a unos pollitos, finalmente llegó a una granja donde parecían haberlo escondido. El niño escuchó cómo se comunicaban con un raro lenguaje, pero le pareció importante ponerles atención, para entender lo que decían. Lala, lala, lala- decía uno-. El otro contestaba moviendo la lengua de lado a lado: llll, llll, llll. Un tercero decía ble, ble, ble, y el primero contestaba lala, lala, lala. Seguidamente repetían todo, otra vez.

Actividades:

- 1) Respirar y soplar tal como Carlos al pedir su deseo.
- 2) Con el contorno de la boca lleno de mermelada, intentar quitarse la sustancia viscosa como la primera ocasión.

- 3) Repetir el lenguaje de los extraterrestres: Lala, lala, lala-(pausa)- llll, llll, llll – (con movimientos de lado a lado de la boca)-. ble, ble, ble – (pausa)- lala, lala, lala.

Repetir otra vez.

Sesión 4 Historia: El niño se escondió tras la paja, pero seguía oyendo el raro mensaje de los seres: uno decía tata ta, tutu, tata ta, tutu, el otro contestaba da dada, dada da. Parecían palabras fuertes, pues en sus rostros se veía el enojo, y su voz era más fuerte. Luego llegaba un tercero a calmar la situación y decía: llll, llll, llll. Carlos estuvo nervioso con el raro lenguaje, de pronto un extraterrestre pequeñito, hijo del que decía dada, dada da, lo había descubierto. Le quiso atar los brazos y tapándole la boca, pero como era inexperto sólo le cubrió la nariz. El niño se acordó que ese día no había hecho su ritual de la vela y la flor, así que tras la llegada de la noche lo realizó quedándose dormido.

Actividades:

- 1) Repetir el lenguaje de los extraterrestres: Lala, lala, lala- pausa- llll, llll, llll – con movimientos de lado a lado de la boca-. ble ble – pausa- lala, lala, lala. Repetir otra vez.
- 2) Repetir el segundo mensaje de los extraterrestres: tata ta, tutu, tata ta, tutu. Hacer una pausa y luego: dada dada da.
- 3) Respirar por la boca y expirar por la misma, tal como lo habría hecho Carlos cuando le taparon la nariz. (Tres veces, pausa y otras tres)
- 4) Respirar por la nariz y soplar por la boca como en el ritual de inicio.

Sesión 5 Historia: Al día siguiente, lo primero que Carlos hizo fue su ritual para no volverlo a olvidar. La noche anterior soñó que jugaba con el perrito y fue muy divertido, pero ese día tuvo muchos problemas que enfrentar porque en una puerta del fondo, los extraterrestres emitieron un ruidito con el que lograron que el portón se abriera. Sacaron una botella con pócimas para dormir a su mascota y llevársela a otro planeta. El niño intentó repetir el mensaje clave, pero no consiguió abrir nada y tampoco logró ver a su perrito. Entonces decidió salir a buscar ayuda y se topó con un campesino llamado Nicanor, que no comprendía nada de lo que decía. –Tranquilízate -le dijo- primero contéstame estas preguntas para que yo te entienda. ¿Cómo te llamas? ¿Qué fue lo que perdiste? ¿Cómo dices que se llama? ¿Quién te lo quitó? ¿Cómo hablaban? ¿En dónde tienen a tu mascota? ¿Qué cosa no pudiste abrir? ¿Cuál es la clave para hacerlo? Después de tanta preguntadera, el hombre le prometió ayudarlo si se calmaban y descansaba bajo un árbol.

Actividades:

- 1) Respirar y soplar tal como Carlos al pedir su deseo.
- 2) Contestar las preguntas del campesino, tal como si fuera Carlos.
- 3) Respirar profundamente y descansar imaginando todo lo que el niño soñó que hacía con su perrito.



Sesión 6 Historia: Una vez que descansaron se disponían a regresar al lugar de los hechos, pero Carlitos no recordaba bien el camino. El campesino le pidió que fuera acordándose de las cosas que encontraba mientras llegaba hasta allá. Pero como el trayecto era muy largo, fueron jugando a las adivinanzas. El niño le decía los sonidos y el hombre tenía que adivinar de qué se trataba. -Vi un animal que hacía brr brr, cuando estaba enojado, que era blanco y tenía manchas negras. – ¡Una vaca! - adivinaba el otro. -Al lado de ella vi a otro animal parecido, pero con cuernos y un aspecto feroz. (Toro). Vi un vehículo que hacía trrrtr cuando arrancaba y que sirve para la siembra (Tractor). Vi un cuarto donde guardan la paja y las semillas (Granero). Un artefacto con una sola llanta y dos manubrios, en la que se transportan cosas varias como paja, leña o comida. (Carretilla). Y vi un animal lanudo que hace beeee beee. (Borrego). Mas cuando en esas estaba, la sustancia viscosa volvió a caerle en el cuerpo, porque fue lanzada por el hijo de los extraterrestres. Pero como ya decíamos que era muy inexperto no lo dejó paralizado, simplemente hizo que sus palabras y movimientos fueran lentos temblorines como el tartamudeo de los borregos. Entonces tuvieron que descansar toda la tarde hasta que el efecto se le pasara.

Actividades:

- 1) Respirar y soplar tal como Carlos al pedir su deseo.
- 2) Contestar todas las adivinanzas del cuento poniéndose en el lugar del campesino. (Pueden aumentarse las adivinanzas para cosas como: escalera, árbol, ternero, reja, huerto, terreno, cerdo, arbusto, pajar, verja, madera, rueda, etc. que son propias de una granja y que contienen la letra r en sus nombres, al inicio, al centro y al final. Si el niño no intenta articularlas lo más parecido posible, se le pide repetir la palabra.
- 3) Recordar las cosas que Carlos vio en su camino, y repetirlas con el temblorin que le produjo la sustancia viscosa: borrrreeeeego, carrrrreeetilla, etc. (en el fonema r, o rr, haciendo vibrar el sonido con su lengua).

Actividades:

Sesión 7 Historia: Ya casi al anochecer de ese segundo día, todavía con un poco de temblor, el niño y su ayudante siguieron el camino hasta llegar a la granja. Ahí encontraron a los extraterrestres. – Uno, dos, tes - contó Carlitos. -no te entiendo- dijo el campesino. -uno, dos tees. -no sé qué dices. -uno, dos tleees - ¿Qué es eso? -uno, dos, trrrrrrees- consiguió decir el niño- son tres extraterrestres. - ¡muy bien! Exclamo el campesino, -los has contado todos.

Se escondieron tras los arbustos esperando el momento para llegar al cuarto donde tenían encerrado a Rudy. Ahí el pequeño recordó las palabras clave para abrir la puerta: tata tata lala. Tata tata lala. Y después pronunciar rit rit, muy pegaditos a la madera. Lo hicieron los dos juntos.

Actividades:

- 1) Respirar y soplar tal como Carlos al pedir su deseo.
- 2) Repetir las palabras para abrir la portezuela: tata tata lala. Tata tata lala. Luego rit rit. (Dos veces)
- 3) Pronunciar las palabras clave como lo haría Carlos si aún tuviera el efecto de la sustancia (vibración de la lengua).

Sesión 8 Historia: Consiguieron abrir e introducirse al cuarto, más adentro el perrito estaba bajo una amplia tina de metal que no conseguían levantar. De pronto escucharon un ruido y se escondieron. Los extraños seres emitieron otra clave especial para poder levantar la tina y sacar a la mascota: ratul, relad, ridel, rotod, rulut. Todo eso confundía demasiado al pequeño, parecía un difícil trabalenguas. El campesino tampoco entendía nada, - Yo ni siquiera fui a la escuela – comentaba- ahora cuanto me arrepiento de no haberlo hecho. Pero ahora tú tienes un gran reto, si es que quieres volver a ver a Rudy-. Comenzaron a ensayar la clave, ocultos en su escondite hasta que les dio la noche.

Actividad:

- 1) Respirar y soplar tal como Carlos al pedir su deseo.
- 2) Contestar las siguientes preguntas: ¿Quién está secuestrado? ¿Quién está bajo la tina? ¿A quién quiere salvar Carlitos? ¿Quién estará muy triste porque su amo aún no lo encuentra? (para todas las preguntas, la respuesta es el perro, o Rudy. Si el niño contesta la mascota, se le preguntará que tipo de mascota es, o cuál es su nombre.)
- 3) Ahora que sabe quién lo necesita, decir la clave especial para levantar la tina: ratul, relad, ridel, rotod, rulut. (Repetirlas varias veces hasta que el niño las domine, tal como si fuera un trabalenguas. Si esto no se logra suspender el cuento diciendo que a los personajes les llegó la noche y decidieron descansar. Al siguiente día volver a repetir el ejercicio, esperando mayor avance. Si esto es así, continuar con el cuento. Si no, concluir diciendo que el campesino le regala una galleta por su gran esfuerzo, pero que aún no es posible ir en busca del animal, no vaya a ser que, en lugar de las palabras correctas, digan otras que empeoren las cosas. En la siguiente sesión, se esperarán más intentos y mayores resultados. El tutor puede ir repitiéndolas una a una las palabras y luego pronunciarlas junto con el niño. Después continuar con la historia).

Sesión 9 Historia: El niño repitió entusiasmado: ratu, rela, ride, roto, rulu. Cuando por fin lograron levantar el pesado metal, Carlitos abrazó contento a su mascota, y el perrito le movía la cola alegremente. De pronto se oyó un portazo. Los extraterrestres se habían dado cuenta y los encerraron en el cuarto. Pero el campesino estaba poco preocupado, pues tenía un plan para escapar. El perrito les ayudaría a escarbar entre la tierra un túnel para poder salir. Del otro lado, vieron sorprendidos que el pequeño extraterrestre, también rascaba la tierra y los ayudaba a escapar.

Actividad:

- 1) Respirar y soplar tal como Carlos al pedir su deseo.
- 2) El tutor repite las palabras claves, el niño las vuelve a decir y luego contesta cuál de las dos es la correcta. ¿Qué decía la clave: ratu o tura? ¿Qué decía: rela o lare? ¿Qué decía: ride o deri? ¿Qué decía roto o toro? ¿Decía rulu o luru? (Si en alguna tiene errores, volver a preguntar o decirle la correcta. El objetivo es articular más que memorizar, aunque para la correcta respuesta también se requiere de memoria corporal de su lengua).

Sesión 10 Historia: Algo habrá tocado el corazón del hijo de los extraños seres, quizá se enorgulleció del niño y del cariño que le tenía a su mascota y por eso fue que les ayudó. Con una sonrisa le correspondieron Carlitos, Rudy y el campesino Nicanor, mientras el pequeño extraterrestre se alejaba haciendo ademanes. El niño le dio las gracias



mientras le preguntaba - ¿y tú cómo te llamas? - No se sabe si le habrá entendido, pero inmediatamente el menor de los extraterrestres pronunció algo así como: rraspi rrul y le lanzó otra sustancia viscosa, pero con mejor sabor como muestra de cariño, que el niño se quitó con la lengua, alegremente.

Actividad:

- 1) Con el contorno de la boca lleno de mermelada, quitarse la sustancia viscosa sólo con la lengua, primero por arriba y por debajo de los labios, luego hacia los lados, finalmente en forma circular.
- 2) Recordar los nombres de los personajes principales y que el tutor le ayuden a escribirlo: niño: _____
perro: _____ campesino: _____ seres extraños _____ el extraterrestre menor _____.

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

Se puede afirmar que, en esta intervención, el niño adquiere la articulación correcta de la r y la rr, reforzando además la de otros fonemas (d, l, t). Pueden sumársele, además, otros logros como: Mayor comunicación entre el infante y la madre. Recibir frases y expresiones de afecto o felicitación por parte de los padres en el logro de su hijo. Mayor confianza y agrado por la atención psicopedagógica. Sentido de competencia al lograr retos. Y gusto por la lectura.

Parece importante aclarar las limitaciones encontradas en este proceso de intervención: La integración de todo el cuento no se ha completado siempre en casa dado que los padres no llevan a cabo las observaciones a falta de tiempo o por olvido. Sin embargo, cabe destacar que los resultados obtenidos en las sesiones realizadas tienen buenos resultados, significativos y casi completos en la articulación de los fonemas trabajados; incluso en comparación con otros tratamientos tradicionales, los avances suelen ser mayores.

Es sin duda importante establecer compromisos con la labor del padre en el proceso de mejora en los niños, es posible que el avance encontrado en su hijo a la mitad del proceso les parezca suficiente y consideren que ya no hay más que hacer de su parte porque él mismo niño lo desarrollará a su tiempo. Al final, los padres requieren especial capacitación para realizar las actividades con éxito, no sólo en cuanto a la lectura, dirección del ejercicio y observación o registro de los avances, sino también en cuanto al trastorno o dificultad que presentan sus hijos, a la importancia de la continuidad y constancia, así como a la seguridad y motivación de ellos para fungir como guías en el proceso de desarrollo del lenguaje de su hijo.

Cabe destacar que cuando los padres mismos presentan dificultades en la pronunciación o en la lectura, conviene que las sesiones sean guiadas por el especialista en la institución de atención y el padre sea observador del proceso.

Además, es conveniente recomendar nuevos cuentos para leerles, que integren los fonemas aprendidos; de igual manera otros ejercicios como: ir a una biblioteca y leerle al niño aquellos libros cuyo título integren los fonemas. Inventar canciones entre padre e hijo que incluya palabras con dichos fonemas. Escribir cartas entre ambos con mensajes curiosos que sólo ellos entiendan, pero que impliquen los fonemas de aprendizaje.

Por último, se puede anotar que no se ha experimentado el presente programa con niños en grupo. Entiendo que demandaría mayor capacidad para reportar y evaluar el reto logrado de cada niño, pero, por otra parte, puede hacerlo más atractivo, se reduce el tiempo de trabajo, y sirven los compañeros como modelos cuando ellos logran los ejercicios establecidos.

REFERENCIAS

- Aguado, G. (2004). *Trastorno específico del lenguaje*. Málaga: Aljibe.
- Berko, G. J. & Bernstein, R. N. (2010). *Desarrollo del lenguaje*. España: Pearson Educación.
- Bosch, L. (1983). Identificación de procesos fonológicos de simplificación en el habla infantil. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología III* (2), 96-102.
- Campillo, R. M. (s/f) Terapia narrativa de juego. *Haciendo Psicología*. ISSN 1870-5618 <http://www.uv.mx/psicologia/files/2013/09/Terapia-narrativa-de-juego.pdf>
- Freeman, J. (2005). *Terapia narrativa para niños*. Barcelona: Paidós.
- Gallego, O. J. (2000). *Dificultades de la articulación en el lenguaje infantil*. Málaga: Aljibe.
- Gómez, A., Viquer, P. & Cantero, M.J. (Coords.). (2013). *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. Madrid: Pirámide.
- Lomas, C. (2014). *La educación lingüística, entre el deseo y la realidad. Competencias comunicativas y enseñanza de la lengua*. México: Octaedro.
- Miralles, (2013) En A. Gómez, P. Viquer, y M. Cantero (Coord.) *Intervención temprana. Desarrollo óptimo de 0 a 6 años*. España: Pirámide.
- Sarabia, G. A. (2012) El cuento como herramienta psicoterapéutica en el manejo emocional de los niños con discapacidad. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*. 15 (4)
- Sos, A. A. & Sos, L. M. (2011). *Logopedia práctica*. España: Wolters Kluwer
- Torres, J. (2003). *Trastornos del lenguaje en niños con necesidades educativas especiales*. España: CEAC.
- Trevor, A. H. (2009). *Psicología del lenguaje*. Madrid: Mc Graw Hill
- Villegas, L. F. (2012). *Materiales de logopedia. Evaluación e intervención de las dificultades fonológicas*. España: Pirámide.
- Weigl, I. & Reddemann–Tschakner, M. (2012). *Terapia orientada a la acción para niños con trastorno en el desarrollo del lenguaje*. España: Ars.

Capítulo 8



Estrategias de lectura: desarrollo de un inventario para niños de 4° a 6° grado de primaria

Ana Lilia Muñoz Corona

RESUMEN

Las estrategias de lectura son cruciales para los niños de primaria ya que, los objetivos del nivel educativo y las necesidades de los propios escolares para comprender lo que leen, requieren de acciones concretas que les permitan acceder al conocimiento a través de la lectura y escritura. **El objetivo** de la presente investigación fue elaborar un instrumento que permitiera identificar las estrategias de lectura que utilizan los alumnos de 4° a 6° grado de primaria pública. Para ello se utilizó una muestra de 206 alumnos de 8 a 13 años, de 4° a 6° de una Escuela Primaria. **Los resultados** indican que los alumnos toman notas y/o subrayan, buscan en el diccionario palabras que no entienden y reflexionan sobre lo que están leyendo, como las principales estrategias. Este instrumento puede ser usado como parte de un diagnóstico o evaluación final, por docentes e investigadores interesados en el tema.

INTRODUCCIÓN

La educación para los mexicanos, además de ser un derecho fundamental, pretende una formación básica más sólida en tanto a conocimientos, habilidades y destrezas; por lo que en educación primaria se ha propuesto, en los últimos años, prestar atención especial a la enseñanza de cuestiones básicas referidas a la lectura y la escritura, a la aplicación de las matemáticas para la solución de los problemas, a los temas relacionados con la salud y la protección del ambiente así como el conocimiento de la localidad donde residen los niños (SEP, 1993).

Lo anterior en función de una formación integral-formativa e informativa- y no fragmentada, a través de la cual puedan adquirir, organizar y aplicar saberes de diverso orden y complejidad, en un clima de reflexión y de respeto por la individualidad.

De esta forma, en los Planes y Programas vigentes se da prioridad más alta al dominio de la lectura, escritura y la expresión oral (que va desde el 45% del tiempo escolar para los primeros dos grados al 30% de tiempo para los años restantes); buscando desarrollar en los niños la capacidad de comunicación de manera tal que logren un aprendizaje eficaz de la lecto-escritura y una mayor comprensión de los problemas que plantean otras asignaturas como Ciencias Naturales, Geografía, Historia y Matemáticas.

De esta forma, se espera que los alumnos puedan expresarse oralmente con claridad, coherencia y sencillez, además de que apliquen las estrategias adecuadas para la redacción y lectura de textos, esto es, que sean lectores críticos, que sepan buscar información, puedan valorarla y manejen las reglas de uso de la lengua.

Sin embargo, la lectura es un fenómeno complejo que, de acuerdo con diversos autores, (Díaz Barriga, 2010; Smith, 1994; León, 2014; Goodman, 1986; Sánchez, 1998; Vidal-Abarca y Gilabert, 2014; García Madruga y colaboradores, 2006; y Solé, 2013) puede ser concebido como el proceso cognitivo que implica una serie de actividades intelectuales tales como la percepción, discriminación, atención, memoria, codificación y procesamiento inferencial.

Las actividades implicadas en la asignación de un significado a símbolos escritos se pueden dividir en dos partes:

- a) reconocimiento de los símbolos gráficos que está relacionado con una representación interna que permita acceder al significado o léxico interno, y
- b) interpretación del texto que se obtiene gracias a las unidades de significado denominadas proposiciones, la extracción del significado global o macroestructura, la construcción de un modelo mental para el texto y la superestructura u organización característica del texto y el conocimiento que se tiene sobre ésta.

Al respecto, Vidal-Abarca y Gilabert (2014) explican que la lectura ha sido estudiada y explicada en función de tres modelos.

- a) Modelos de Abajo-Arriba.

En éstos los procesos de lectura se conciben como unidireccionales, partiendo de la percepción visual, del reconocimiento de letras y palabras, las cuales son agrupadas de acuerdo con ciertas reglas para formar proposiciones. Por lo tanto, el proceso lector se analiza con base en el reconocimiento y manejo adecuado de símbolos y signos.

- b) Modelos de Arriba-Abajo.

En los cuales se explica que la lectura está dirigida por los conocimientos semánticos y sintácticos del sujeto, quedando subordinados los procesos perceptivo-visuales.

- c) Modelos interactivos.

Los enfoques más recientes postulan que el proceso de la lectura es interactivo, pues en él se ponen en juego los conocimientos que el lector posee sobre los símbolos y signos, así como las reglas y cómo es dirigido en forma interactiva, tanto por el sujeto como por los conocimientos del sujeto.

En relación con el último modelo, Smith (1994) indica que al leer entran en juego distintos procesos intelectuales y por consiguiente distintas zonas del cerebro se activan; de esta forma, para determinar la naturaleza precisa de la lectura, se debe considerar no sólo lo que sucede en los ojos o en la memoria sino más bien en la información no visual: los conocimientos previos y las relaciones que influyen sobre ésta.



Similarmente, Díaz Barriga (2010) indica que, cuando se entra en contacto con un texto, el lector trata de construir una representación fidedigna a partir de los significados sugeridos por el texto, para lo cual utiliza todos sus recursos cognitivos como: la activación de los esquemas, de los conocimientos previos o su concepción del mundo, haciéndose preguntas en función del tipo de texto y planteando hipótesis o posibles respuestas que se van contestando conforme lee. De esta forma, para comprender lo que se lee, se utilizan diversos recursos cognitivos.

Por otro lado, se han realizado diversos trabajos cuya finalidad es definir el grado de relación que guarda una adecuada comprensión de un texto con las estrategias usadas.

Las estrategias pueden considerarse como esquemas útiles para obtener, evaluar y utilizar información (Goodman, 1986), su utilización puede ser consciente intencional o dirigida a la meta (Van Dijk, 1977 y 1980 en García Madruga, 2006); forman parte de nuestro conocimiento general y su aplicación puede concebirse como un proceso de comprobación de hipótesis que depende del nivel de desarrollo del individuo, del conocimiento previo, del objetivo de la lectura o del tipo de texto (García Madruga & cols., 2006).

Al respecto, (Ogle, 1989 en García Madruga & cols., 2006); investiga el papel de los conocimientos previos sobre la comprensión, indicando que después de una serie de tareas como el hacerse preguntas, los alumnos podían anticipar la información incluida en un texto y plantearse preguntas con la finalidad de comprenderlo mejor. Y aunque Smith (1994) opina que las estrategias lectoras tienen que ver con las interacciones que se tienen desde que se nace, y que estas interacciones harán que se pueda ser capaz o no de anticipar sucesos, formularse preguntas relevantes acerca del texto o hasta dar respuesta a dichas preguntas, para otros autores las estrategias de lectura son procedimientos de carácter elevado, que implican objetivos a cumplir y de una selección global de acciones oportunas en el transcurso de la lectura (Solé, 2013; García Madruga & cols., 2006).

Adicionalmente se indica que un componente esencial de las estrategias es la autodirección (la existencia de un objetivo y la consecuencia de que ese objetivo existe), además que poseen autocontrol, lo que significa la supervisión y evaluación del propio comportamiento en función de los objetivos que lo guían y la posibilidad de imprimirle modificaciones cuando sea necesario.

De esta forma, se considera que las estrategias de lectura no maduran ni emergen o aparecen, sino que son aprendidas a través de arreglos adecuados, y que una característica esencial de éstas es su nivel de conciencia (Alonso, 2005; Vidal-Abarca & Gilabert, 2014; García Madruga & colaboradores, 2006).

Brown y Smiley (1977, 1978 en Vidal Abarca & Gilabert 2014) plantean que existen dos estrategias particularmente importantes para la comprensión como son: la identificación de ideas principales y el resumen. Además proponen que la edad es factor importante para el control consciente de las estrategias de lectura, lo cual concuerda con Brown, Day y Jones (1983 en Vidal-Abarca & Gilabert 2014), quienes en su estudio concluyen que las estrategias de resumen son propias de niños de entre 10 y 12 años, las cuales se manifiestan pasivamente y de manera parcialmente incorrecta, a lo que llamaron copiar-resumir, es decir, seleccionar y copiar frases de forma más o menos literal, sin integrarlas, mientras que los adultos, quienes manifiestan más productividad de las estrategias, son capaces de tomar elementos del texto de manera global y anotar ideas principales, entendiendo el texto en su totalidad.

Es interesante anotar que autores, como Solé (2013) distinguen distintos tipos de estrategias, aunque, como la propia autora indica, esta clasificación tiende a ser un tanto artificiosa, ya que las estrategias aparecen integradas en el curso del proceso de lectura (por ejemplo, establecer predicciones, construir la idea principal, aportar el conocimiento previo):

1. Las que permiten dotarse de objetivos de lectura y actualizar los conocimientos previos relevantes (previas a la lectura)
2. Las que permiten establecer inferencias de distinto tipo: revisar y comprobar la propia comprensión mientras se lee y se toman decisiones adecuadas ante errores o fallos en la comprensión (durante la lectura) y
3. Las dirigidas a recapitular el contenido, a resumirlo y a extender el conocimiento que mediante la lectura se ha obtenido (después de la lectura).

Es así como diversos investigadores se han interesado por el proceso de la lectura y de la forma en que se genera, los problemas que se presentan y cómo favorecer la comprensión a través de la lectura misma; Goodman, 1986; Smith, 1994; Sánchez, 1998; Soriano y col. 2014; Solé, 2013; Alonso, 2005; García Madruga, 2006; Vidal-Abarca y Gilabert, 2014; León, 2014. proponen modelos de intervención para facilitar la comprensión de lectura; sin embargo, sería importante conocer de qué habilidades están conscientes los alumnos, en determinada etapa escolar; cómo es que a través de su experiencia como estudiantes o de su vida misma, es que han desarrollado ciertas acciones que les permiten entrar en contacto con los textos y, si consideran a éstas como habilidades o estrategias lectoras.

Y ya que no se ha planteado la necesidad de tener indicadores que permitan identificar las actividades que se realizan mientras se lee, ya sea de parte de los mismos lectores, así como por quienes están interesados en investigar los procesos; el presente estudio ha pretendido desarrollar un inventario de estrategias de lectura para alumnos de 4° a 6° de primaria que, de acuerdo con diversos autores, son utilizadas por lectores expertos de manera espontánea o después de programas de apoyo para mejorar la comprensión lectora; esto con la finalidad de proporcionar al maestro o investigador un instrumento de análisis.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo constituida por 206 alumnos de 8 a 13 años, de 4° a 6° de la Escuela Primaria Ford 20, ubicada en una zona de nivel socioeconómico bajo.

La selección de la muestra fue no probabilística ya que se tomó en su totalidad de los grados seleccionados.

Actividades para elaborar el instrumento.

Para la elaboración de las afirmaciones que se integrarían en el inventario se realizó la revisión bibliográfica pertinente y se aplicó un sondeo a 20 alumnos de 4° a 6° de la misma escuela, con el objetivo de identificar las estrategias que ellos utilizan y redactar las afirmaciones de acuerdo con el vocabulario empleado por ellos.



Instrumento

Inventario de estrategias de lectura

Se elaboraron un total de 34 afirmaciones relacionadas con las estrategias de lectura: previas, de durante y después de leer. Cada reactivo se colocó en un continuo tipo Likert con 5 opciones de respuesta (desde siempre hasta nunca).

RESULTADOS

Al realizar el análisis de los datos se encontró una media de 120.70 de los 170 puntos que como máximo se obtendrían al contestar todo el inventario bajo la opción de “siempre”, lo que equivale al 70% de uso frecuente de las estrategias (tabla 1 Uso de Estrategias de Lectura), lo que indica un uso medio por parte de los alumnos, de las estrategias de lectura.

Tabla 1. Uso de Estrategias de Lectura.

No. de casos	260
No. de afirmaciones	34
Puntaje más alto	170
Media	120.70
Desviación estándar	18.68
Sesgo	-.336
Kurtosis	.152

Posteriormente se practicó la prueba t de todos los reactivos con la finalidad de evaluar su poder discriminativo, para lo cual se utilizó como criterio de eliminación de reactivos el que no aparecieran diferencias significativas al comparar en cada uno de éstos, obteniéndose un puntaje para todos los reactivos de .000, por lo tanto, no se eliminaron reactivos.

Finalmente se obtuvo la contabilidad del instrumento por medio de Alpha de Cronbach, encontrándose el siguiente índice de consistencia interna =.89 para todo el instrumento.

Sin embargo, cuando se aplicó para los distintos momentos de uso de las estrategias se obtuvieron distintos puntajes.

Estrategias previas a la lectura =.52

Estrategias de durante lectura =.77

Estrategias de después =.80

Validez de constructo y consistencia interna

Con base en la clasificación propuesta por Solé (2013), se esperaban encontrar tres dimensiones o momentos de uso de las estrategias de lectura, sin embargo, al realizar el análisis factorial (Varimax), para probar la validez de constructo del instrumento, se obtuvieron 11 factores. De éstos se eligieron 4 ya que contenían el mayor porcentaje de la varianza explicada (tabla 2 Dimensiones de uso de Estrategias de Lectura).

- 1) Tomar notas o subrayar
- 2) Reflexionar sobre la idea principal
- 3) Plantearse preguntas sobre el texto
- 4) Anticipar posibles respuestas

Tabla 2. Dimensiones de uso de Estrategias de Lectura.

FACTOR 1: TOMAR NOTAS O SUBRAYAR		PESO FACTORIAL
1	Conforme lees marcas palabras o frases que consideras importantes	.506
2	Al tiempo que lees haces anotaciones en una hoja sobre lo que te parece importante	.695
3	Subrayas las líneas o renglones que tienen lo que te pareció más importante	.613
4	Copias en una hoja lo que te pareció más importante.	.674
5	Haces cuadros sinópticos, esquemas, mapas mentales, anotando sólo las palabras que te indiquen lo más importante	.573
6	Regresas a leer lo que subrayaste y anotas con tus palabras lo más importante	.706
7	Después de la lectura del texto anotas el significado de palabras que no te quedaron claras	.453
8	Elaboras resumen de lo leído	.537
FACTOR 2: REFLEXIONAR SOBRE LA IDEA PRINCIPAL		PESO FACTORIAL
1	Conforme lee, piensas en la información más importante	.356
2	Piensas en el tipo de texto que lees (narración-descripción)	.318
3	Mientras lees piensas en la idea principal del texto	.788
4	Al terminar de leer te haces preguntas sobre el texto, como si fueras el maestro (a)	.616
FACTOR 3: PLANTEARSE PREGUNTAS SOBRE EL TEXTO		PESO FACTORIAL
1	Antes de leer te haces preguntas acerca del texto que vas a leer	.710
2	Conforme lees te vas haciendo preguntas acerca de lo que se dice en el texto	.667
3	Piensas en posibles respuestas o soluciones a las preguntas que te haces mientras lees	.508
4	Al finalizar la lectura lees nuevamente el texto pensando en las preguntas que te hiciste o las ideas más importantes	.399
FACTOR 4: ANTICIPAR POSIBLES RESPUESTAS		PESO FACTORIAL
1	Antes de leer buscas subtítulos o palabras que te ayuden a saber de qué tratará	.627
2	Al leer cada párrafo o parte de la lectura vas pensando en lo que te dirá o pasará después.	.623
3	Al terminar de leer piensas en otros textos o situaciones relacionadas con lo que leíste	.595
4	Si se trata de una explicación, piensas en el tema y cómo lo explica el autor.	.404



Posteriormente, se eligieron los reactivos con peso factorial mayor a .31 de cada uno de los factores definiéndose cada uno de acuerdo con su contenido conceptual, los cuales no correspondían a los momentos de uso de estrategias, sino más bien a las acciones realizadas durante la lectura y que les ayudaban a comprender mejor el texto, tales como copiar, resumir e identificar ideas principales, entre otras.

Con el objetivo de obtener la consistencia interna de cada una de las cuatro dimensiones obtenidas mediante el análisis factorial, se sometió cada escala a un análisis Alpha de Cronbach, encontrándose los siguientes índices. (Tabla 3 Índices Alpha de Cronbach)

Tabla 3 Índices Alpha de Cronbach.

Tomar notas	.80
Reflexionar sobre idea principal	.59
Plantearse preguntas	.65
Anticipar posibles respuestas	.59

DISCUSIÓN

Las estrategias de lectura han sido tema de investigación desde hace varios años. Muchos estudios han presentado distintos modelos para la enseñanza de estrategias de comprensión lectora, tales como la elaboración de resúmenes, clarificación, auto-preguntas, predicciones, tomar notas y/o subrayar, por ejemplo; otras investigaciones se han centrado en la definición y clarificación de los elementos que intervienen en la adquisición de estrategias tales como los conocimientos previos, objetivo de la lectura y hasta la propia estructura del texto.

Sin embargo, en la revisión literaria realizada no se encontró ningún instrumento que identifique las estrategias usadas o reconocidas por estudiantes de primaria quienes requieren, en cada momento de su vida académica, comprender lo que leen, si bien en algunos inventarios sobre estrategias de estudio (Brown, & Holtman, 1975; Pozar, 2002, Milicic 1990; & Mora, 1993); se incluyen algunos reactivos sobre las estrategias lectoras, el tener un instrumento exclusivo para tal fin es una buena herramienta para aquellos interesados en trabajar con estrategias de lectura; ya sea como parte de un instrumento de planeación, o como evaluación diagnóstica y/o final de un programa de evaluación.

Para este estudio se diseñó un instrumento que organizaba las distintas estrategias lectoras a través de tres momentos, de acuerdo con una propuesta de Solé (2013), obteniéndose un porcentaje medio de uso de estrategias lectoras (70%), además de un buen nivel de confiabilidad del instrumento (.89).

Sin embargo, al realizar el análisis factorial se observa claramente que no es posible definir como factores los momentos en el uso de estrategias (antes, durante o después), sino más bien las actividades estratégicas que incluso, al nivel de los alumnos de los grados estudiados, se centran básicamente en el subrayado o tomas de notar (factor 1) que están en relación con el nivel de uso de estrategias de niños de entre 10 y 12 años, que señala Brown, Day y Jones (1983 en Vidal-Abarca & Gilabert 2014).

Cabe destacar que aunque el instrumento no presenta los momentos de uso de estrategias como factores, al reorganizar las afirmaciones por el tipo de actividad realizada, tendríamos un instrumento probablemente más claro y específico para la planeación y/o evaluación de los modelos instruccionales para la comprensión lectora; por lo que como parte de este trabajo se presenta como alternativa para futuras investigaciones una distinta distribución de las afirmaciones que en el análisis factorial obtuvieron mayor índice de consistencia interna, ver (Tabla 4. Inventario De Estrategias de Lectura Después Del Análisis Factorial).

Tabla 4. Inventario de Estrategias de Lectura después del Análisis Factorial.

FACTOR 1: TOMAR NOTAS O SUBRAYAR		
1	Conforme lees marcas palabras o frases que consideras importantes	Siempre-----Nunca
2	Al tiempo que lees haces anotaciones en una hoja sobre lo que te parece importante	Siempre-----Nunca
3	Subrayas las líneas o renglones que tienen lo que te pareció más importante	Siempre-----Nunca
4	Copias en una hoja lo que te pareció más importante.	Siempre-----Nunca
5	Haces cuadros sinópticos, esquemas, mapas mentales, anotando sólo las palabras que te indiquen lo más importante	Siempre-----Nunca
6	Regresas a leer lo que subrayaste y anotas con tus palabras lo más importante	Siempre-----Nunca
7	Después de la lectura del texto anotas el significado de palabras que no te quedaron claras	Siempre-----Nunca
8	Elaboras resumen de lo leído	Siempre-----Nunca
FACTOR 2: REFLEXIONAR SOBRE LA IDEA PRINCIPAL		
1	Conforme lees, piensas en la información más importante	Siempre-----Nunca
2	Piensas en el tipo de texto que lees (narración-descripción	Siempre-----Nunca
3	Mientras lees piensas en la idea principal del texto	Siempre-----Nunca
4	Al terminar de leer te haces preguntas sobre el texto, como si fueras el maestro (a)	Siempre-----Nunca
FACTOR 3: PLANTEARSE PREGUNTAS SOBRE EL TEXTO		
1	Antes de leer te haces preguntas acerca del texto que vas a leer	Siempre-----Nunca
2	Conforme lees te vas haciendo preguntas acerca de lo que se dice en el texto	Siempre-----Nunca
3	Piensas en posibles respuestas o soluciones a las preguntas que te haces mientras lees	Siempre-----Nunca
4	Al finalizar la lectura lees nuevamente el texto pensando en las preguntas que te hiciste o las ideas más importantes	Siempre-----Nunca
FACTOR 4: ANTICIPAR POSIBLES RESPUESTAS		
1	Antes de leer buscas subtítulos o palabras que te ayuden a saber de qué tratará	Siempre-----Nunca
2	Al leer cada párrafo o parte de la lectura vas pensando en lo que te dirá o pasará después.	Siempre-----Nunca
3	Al terminar de leer piensas en otros textos o situaciones relacionadas con lo que leíste	Siempre-----Nunca
4	Si se trata de una explicación, piensas en el tema y cómo lo explica el autor.	Siempre-----Nunca

En resumen, el diseño de un inventario de estrategias lectora es importante, sobre todo para definir las actividades que realizan los alumnos de los distintos niveles educativos y, sobre todo, conocer que tanto están entendiendo y que entienden de la lectura.



REFERENCIAS.

- Alonso, J. (2005). *Motivar en la escuela, Motivar en la familia*. Madrid: Morata.
- Brown, W. & Holtman, W. H. (1975) *Encuesta de hábitos y actitudes hacia el estudio*. México: Trillas.
- Díaz Barriga. F. (2010). *Estrategias docentes para un aprendizaje significativo*. México: McGraw-Hill.
- García Madruga, J.A. Martín, C.J.I., Luque, V. J.L. y Santamaría, M.C. (2006). *Comprensión y adquisición de conocimientos a partir de textos*. España: Siglo Veintiuno editores.
- Goodman, K. (1986). *El Lenguaje Integral*. Canadá: Aique Grupo editor, S.A.
- León, J.A. (2014). *La mejora de la comprensión lectora: Un análisis interactivo. A Infancia y Aprendizaje*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.
- Milicic, N. (1990). *Test de Cloze: Aplicaciones psicopedagógicas*. Madrid: Visor.
- Mora, M.J.A. (1993). *BEHNALE: Bateria evaluadora de las habilidades necesarias para el aprendizaje de la Lecto-Escritura*. Madrid: TEA.
- Pozar, F.F. (2002). *IHE: Inventario de Habilidades de estudio*. Madrid: TEA.
- Sánchez, E. (1998). *El Aprendizaje de la lectura y sus problemas. En: A Marchesi y J. Palacios. Desarrollo Psicológico y Educación III. Aprendizaje escolar y Alumnos con necesidades especiales*. Madrid: Alianza.
- SEP. (1993). *Plan y Programas de estudio. Educación básica. Primaria*. México.
- Smith, F. (1994). *Para darle sentido a la lectura*. España: Visor.
- Solé, I. (2013). *Estrategias de lectura*. España: Graó.
- Soriano, M., Vidal-Abarca, G.E., Miranda, A. (2014). *Comprensión de dos Procedimientos de Instrucción en comprensión y aprendizaje de textos: Instrucción directa y enseñanza recíproca*. Universidad de Valencia.
- Vidal-Abarca, G.E. y Gilabert, P.R. (2014). *Comprender para aprender. Un Programa para mejorar la comprensión y el aprendizaje de textos*. Madrid: General Pardiñas.

Capítulo 9



Evaluación neuropsicológica en universitarios para caracterizar su desempeño en comprensión lectora

Erick Solis Zavala.

RESUMEN

Diversos estudios revelan una situación alarmante en hábitos lectores y prácticas comprensivas presentes en estudiantes mexicanos en todo nivel educativo. La neuropsicología histórico cultural considera que toda actividad mental es un sistema funcional complejo, formados por el desarrollo sociohistórico, que tiene su base material en un conjunto de zonas o factores cerebrales que interactúan entre sí, produciendo esta forma de actividad. En este sentido, si se tiene un bajo desempeño en la comprensión lectora, puede deberse a la falta de un funcionamiento óptimo de uno/unos de los factores neuropsicológicos presentes en esta actividad. **El objetivo** de este trabajo fue evaluar en un grupo de estudiantes universitarios el desempeño en su comprensión lectora (CL) e identificar, en función de este, el estado funcional de los factores neuropsicológicos y las diferencias en la ejecución de las tareas correspondientes a cada factor neuropsicológico. **Por medio de un muestreo** no probabilístico intencional se seleccionó a 22 estudiantes de la Carrera de Psicología de la FES Zaragoza-UNAM. Se les aplicó, en una sesión de 45 minutos, el Instrumento para Medir Comprensión Lectora en Alumnos Universitarios y la Evaluación Neuropsicológica Breve para Adultos. **Cuantitativamente se identificaron** diferencias estadísticamente significativas en la ENBA entre quienes tienen alto y bajo desempeño en CL, esto en tareas de Retención de información, Integración fonemática y Estabilidad de las imágenes objetales. En las mismas tareas también se identifican diferencias cualitativas en el tipo de error en las ejecuciones de los participantes. Con lo que se concluye el uso estratégico de la lectura considerado la utilización deliberada y consciente de esas operaciones, mantener y evocar ideas relevantes provenientes del texto para poder establecer relaciones entre éstas.

INTRODUCCIÓN

Panorama sobre la lectura en México

La lectura es un instrumento que permite adquirir nuevos conocimientos, mediatizando al aprendizaje (Espino, 2017). De esta manera, se le da un papel rector a la lectura y su comprensión en todo el proceso educativo de cualquier estudiante. Sin una capacidad lectora plenamente desarrollada, los estudiantes no lograrán alcanzar un nivel básico de eficiencia, pues carecerán de habilidades y conocimientos que les permitan analizar, razonar y comunicar ideas de manera efectiva, seguir aprendiendo a lo largo de su vida y afrontar los retos que el futuro les depara (SEMS, s/f).

En este orden de ideas, es necesario identificar cómo se está expresando la comprensión de textos, llevado a que en todo nivel educativo sea evaluado. A nivel mundial, el Programa para la Evaluación Internacional de Alumnos (PISA) evalúa hasta qué punto los estudiantes de 15 años han adquirido los conocimientos y habilidades fundamentales para una participación activa y plena en la sociedad actual. Dentro de estos conocimientos y habilidades está la competencia lectora. En la evaluación de esta competencia correspondiente al año 2015, México obtuvo una media inferior a la del parámetro de la OCDE. El puntaje de los alumnos mexicanos los localiza en el nivel 2 de 6 niveles de desempeño en la escala global de lectura, considerado como el nivel más básico. Estos alumnos se caracterizan por apenas localizar escasos fragmentos de información del texto, reconociendo la idea principal, entendiendo relaciones entre sus partes, haciendo inferencias de bajo nivel y aprovechando sus experiencias personales. Acciones más complejas como la realización de inferencias, comparaciones y contrastes con detalle y precisión, integrar información de más de un texto, así como la elaboración de hipótesis y la evaluación crítica de los textos, se presentan con demasiadas dificultades (INEE, 2016).

Otro punto de referencias son los resultados del Tercer Estudio Regional Comparativo y Explicativo (TERCE), realizado por la UNESCO, el cual tiene el propósito de evaluar la calidad de la educación en los países de América Latina y el Caribe. Concentrándonos en los resultados en esta evaluación de alumnos de 6to de primaria de México, entre el 52 y el 68% de ellos reconocen información explícita del texto y su idea principal; establecen relaciones y abstraen categorías de la información que lee, infieren ideas centrales, secundarias y complejas, relacionan información entre diferentes textos, relacionan ésta con su vida cotidiana y evalúan la forma y contenido del texto, de igual forma reconocen elementos estructurales del texto (UNESCO, 2016). A partir de estos datos se puede concluir que el proceso que se presenta con mayor frecuencia al leer en los estudiantes mexicanos de 6to año de primaria es el de reconocer, seguido por el de analizar, siendo el último el de evaluar el texto.

Por otro lado, a nivel nacional se cuenta con Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes (PLANEA), cuyo propósito es conocer la medida donde los estudiantes logran el dominio de un conjunto de aprendizajes esenciales en diferentes momentos de la educación obligatoria (SEP, 2017; INEE, s/f (a)). En cuanto a los resultados del 3er grado de secundaria, en lenguaje y comunicación en el 2015, se encontró que el 75% de estos alumnos se agruparon en los dos primeros niveles, los restantes en el nivel III y IV. Esto indica que la gran mayoría de los estudiantes alcanzan un logro insuficiente, apenas identificando definiciones y explicaciones de un texto (INEE, s/f (a)).

En la versión PLANEA MS, aplicada a estudiantes de educación media superior se encontró que el 45% tiene severas deficiencias en conocimientos y habilidades textuales y de comprensión, apenas identificando información que aparezca explícita en un texto; el 26.1% posee la capacidad de identificar, relacionar y ordenar elementos de información implícitos o explícitos que aparezcan en los textos; y los poco restante pueden vincular la información del texto con conocimientos previos, inferir la globalidad del texto, así como evaluar su estructura (CENEVAL, s/f).

Siguiendo esta tendencia y con la finalidad de realizar un diagnóstico sobre las habilidades en español de los estudiantes recién ingresados a las instituciones de educación superior del Área Metropolitana de la Ciudad de México, se llevó acabo el estudio *Habilidades lingüísticas de los estudiantes de primer ingreso a las instituciones de educación superior*. Los datos obtenidos revelan que un poco más de la mitad de los estudiantes de primer ingreso a la educación superior no conocen a fondo la lingüística del español, sólo uno de cada 10 tiene un dominio adecuado de la ortografía y la acentuación, y casi la mitad carecen de estrategias para dar forma a un texto. Esto permite decir que los jóvenes mexicanos que ingresan a la universidad carecen elementos básicos formales del español, lo que genera que no sean capaces de comprender lo que leen, no pueden desarrollar un texto con coherencia ni cuentan con elementos de abstracción que les permita tener éxito en la escuela; estos últimos aspectos pueden ser la causa de que no lean: no leen porque no entienden lo que leen (González, 2014).



Estos resultados demuestran que existen evidentes dificultades en la lectura y su comprensión en los estudiantes mexicanos en cualquier nivel educativo. Es interesante cómo se expresan esas dificultades desde el nivel básico hasta la licenciatura, los alumnos avanzan grado tras grado arrastrando las mismas dificultades: su lectura es mecánica y automatizada, únicamente pueden identificar ideas principales o centrales, la capacidad de inferir información que no se explicita en el texto es casi nula, dando como resultado una comprensión pobre y, por lo tanto, un aprendizaje con dificultades.

Comprensión lectora

Las definiciones más básicas de lectura, como la que propone Cuetos (2012), la categorizan como un acto que consiste en transformar los signos gráficos que aparecen sobre un papel o pantalla en sonidos (en el caso de la lectura en voz alta) o en significados (en el caso de la lectura silenciosa).

Desde una perspectiva psicolingüística, Vega (1990) considera la lectura como un conjunto de operaciones de cómputo realizadas por un sistema de procesamiento específico: el sistema cognitivo. Estas operaciones de alto nivel, como lo mencionan Vieiro y Gómez (2004), al complementarse con el bagaje cultural previo del lector, dan lugar a la comprensión del texto. Dichas operaciones se vinculan con el reconocimiento de la configuración de palabras y su posible significado (acceso al léxico), con el procesamiento sintáctico de la oración (establecimiento de relaciones funcionales entre unidades léxicas), y con el procesamiento semántico (asignación de papeles temáticos a los constituyentes oracionales) (García, 1993; Vieiro & Gómez, 2004).

No obstante, se sabe que la lectura y la comprensión es más que la resultante de la realización de las operaciones antes descritas. La comprensión lectora, desde lo propuesto por González (2004), es la extracción, de manera gradual, del significado de un texto; es aprender a partir de un texto, extrayendo de él la información que contiene, integrándola con las estructuras cognitivas que ya posee el lector. Desde esta línea, lectura y comprensión lectora no son entidades separadas, sino totalmente interdependientes, ya que aprender a partir de un texto significa comprenderlo.

Dentro de este marco dinámico destaca el modelo de construcción-integración propuesto por Kintsch y Van Dijk al respecto, Herrada-Valverde y Herrada (2017), tras una revisión de este modelo, mencionan que la comprensión de un texto dependerá de la relación entre la representación que el lector hace del texto y de la representación situacional en que éste se enmarca, tomando como base sus conocimientos previos.

La representación textual radica en establecer la coherencia local o global del texto, mediante la elaboración de proposiciones o ideas elementales, procesamiento denominado microestructura, y su reorganización, procesamiento llamado macroestructura, destacando las más esenciales. La representación situacional radica en simular la realidad o situación en que se enmarca el contenido textual, logrando recrear el mundo en que se ubica. El uso del conocimiento previo y experiencias juega un papel fundamental en el proceso integrativo con la información del texto, ya que a través de la relación de elementos específicos del lector con los del texto pueden elaborarse inferencias que enriquezcan el proceso de comprensión (Kintsch & Van Dijk, 1978; Kintsch & Rawson, 2008; Herrada-Valverde & Herrada, 2017).

Ampliando este marco conceptual, Pérez (2005) establece que la comprensión lectora (CL) es un proceso en el cual el lector formula un significado en su interacción con el texto, y se manifiesta en diferentes niveles, todos ellos presentes en este fenómeno, con características particulares: nivel de comprensión literal, nivel de reorganización de la información, nivel de inferencia, nivel crítico y nivel de apreciación. A continuación, se explican estos 5 niveles, identificados por Pérez, (2005), Guerra y Guevara, (2013):

El primer nivel es el relacionado a la comprensión literal, cuyas operaciones centrales son las de reconocer y recordar, directamente del texto, las ideas tal y como las expresa el autor. El lector debe identificar y evocar elementos, detalles, relaciones, ideas principales y secundarias que se presenten en el texto.

El segundo nivel corresponde a la reorganización de la información, el cual involucra ordenar las ideas a través de procesos de clasificación y síntesis. Aquí el lector requiere categorizar, reproducir, condensar y refundir elementos, ideas y hechos que están en el texto. Estas operaciones, junto a las del nivel de comprensión literal, permiten una comprensión global del texto, obteniendo información concreta.

El tercer nivel es el vinculado con la comprensión inferencial, donde la actividad del lector se caracteriza por agregar elementos que no están en el texto, relacionándolos con sus experiencias personales y deduciendo ideas inexistentes explícitamente en el escrito. Por lo tanto, el lector debe hacer una serie de inferencias sobre detalles adicionales, sobre ideas principales y secundarias y sobre características de los elementos a tratar en el texto, las cuales no se manifiestan. Estas operaciones, al promover la interacción de la información de un texto y el conocimiento del lector sobre el mundo, permiten su interpretación.

El cuarto nivel se asocia a una lectura crítica, donde el lector utiliza procesos de valoración. El lector necesita establecer una relación entre lo que dice el texto y el conocimiento previo que tiene sobre el tema, para luego evaluar las afirmaciones del escrito contrastándolas con las propias. Con estas operaciones se busca llegar a la reflexión del contenido del texto.

El quinto nivel se enlaza con la apreciación lectora, lo cual hace referencia al impacto estético del texto en el lector. El lector expresa comentarios emotivos y estéticos sobre la forma del texto o bien puede emitir juicios sobre su particular estilo literario o el uso y características del lenguaje que utiliza el autor.

En la literatura se ha reportado interés en los procesos ya mencionados, como el almacenamiento y evocación de información durante la lectura, la elaboración de inferencias, el papel del conocimiento previo del tema en cuestión, así como en la regulación, el monitoreo y el control de la actividad lectora. Toda la información procesada durante la lectura toma lugar en un tipo de memoria limitada, denominada memoria de trabajo. Este sistema de memoria tiene la función de mantener a la mano las ideas relevantes leídas y generar vínculos entre ellas, al igual que permite enlazar los contenidos del texto con información que ya posee el lector, jugando un papel clave en la comprensión de lo que se está leyendo (Kintsch & Rawson, 2008).

Por otro lado, regularmente la información de un texto no se presenta del todo explícita, el lector debe completar las ideas que se muestren incompletas, permitiendo encontrar la coherencia necesaria para comprender lo que se lee. Perfetti, Landi y Oakhill (2005), Kintsch y Rawson (2008) consideran que, en estas situaciones de vacíos de información, el lector puede elaborar dos tipos de inferencias, unas locales y otras globales. Las primeras se caracterizan por ser basadas en el texto, automáticas, ubicarse a nivel de las oraciones y por establecer enlaces referenciales entre ellas. Las segundas se distinguen por estar asentadas en el conocimiento del lector, ser controladas y por buscar dar coherencia al texto en su globalidad. De esta manera, se concibe a las inferencias como un enlace entre el conocimiento previo que se tenga sobre lo que trata el texto y el texto mismo, generando juicios no del todo manifiesto en la información que se lee.

Otro proceso de relevancia es el monitoreo en la comprensión. Éste permite que el lector supervise si está comprendiendo lo que lee, evaluando lo que ha comprendido detectando y solucionando problemas, dificultades e inconsistencias al leer (Solano, González-Pineda, González-Pumariega & Núñez, 2004; Perfetti, Landi & Oakhill,



2005). Dentro de este monitoreo, se debe inhibir información irrelevante o inapropiada, tanto del texto como del conocimiento previo del lector, esto a través de la actualización constante de la información ocupada mantenida en la memoria de trabajo (Roldán, 2016).

Expuesto lo anterior, es necesario resaltar el papel activo del lector dentro de la comprensión de un texto. No es un proceso pasivo de absorción de información, sino que es un proceso interactivo de construcción del significado del texto (Kintsch & Rawson, 2008).

Neuropsicología y lectura

En la psicología, se ha abordado el tema de la CL desde diversas perspectivas, incluyendo la neuropsicológica. La neuropsicología es la disciplina que se encarga de estudiar la relación entre cualquier actividad psíquica y la actividad cerebral (Quintanar, Lázaro & Solovieva, 2009).

Desde la neuropsicología fundada por Alexander R. Luria, mejor conocida en México y otros países como neuropsicología histórico cultural, se asume que toda función psicológica es un sistema funcional complejo, entendido como la actividad conjunta, secuenciada y simultánea de zonas cerebrales, cada una de éstas participando con un papel especializado para la realización de dicho sistema (Luria, 1979, 1986, 1989). Desde esta aproximación y como una característica principal, todo proceso psicológico, por lo tanto, todo sistema funcional, es producto del desarrollo sociohistórico; no aparecen terminados cuando una persona nace, sino que se forman mediante el proceso de comunicación y la actividad objetiva (Luria, 1986). En otras palabras, se desarrollan a partir del intercambio y apropiación de contenidos y experiencias culturales. Esto implica que la organización cerebral de los procesos psicológicos no posee una estructura estable, sino que esta cambia durante el desarrollo ontogénico y funcional, así como en los periodos de aprendizaje (Luria, Simernitskay & Tubylevich, 1970; Luria, 1989). Como lo deja ver Vigotski (2009), los procesos psicológicos se desarrollan y reconstruyen culturalmente.

Solovieva y Quintanar (2008), retomando este principio de la formación histórica y social de los sistemas funcionales, mencionan que más allá de un sustrato anatómico de los procesos psicológicos, es necesaria la actividad externa y formal la cual garantice un desarrollo funcional de cada parte o factor de estos sistemas, por lo que la educación y el aprendizaje son parte de esta actividad externa y formal.

En este sentido, la neuropsicología histórico-cultural no sólo considera el principio de los sistemas funcionales como la base material de la actividad psíquica, sino que también reflexiona y parte de la génesis histórica y social de la misma.

Considerando que más que un centro cerebral específico, o toda la masa cerebral en conjunto, son constelaciones de zonas cerebrales actuando coordinadamente, Luria (1979) introduce la noción de factor, entendiendo a éste como el aporte que realiza cada zona en la construcción de un sistema. Por lo tanto, cada factor o eslabón apoyará con un aporte funcional específico y diferenciado dentro de una actividad o función psíquica. Es así como se llega a una manera distinta de localizar las funciones psicológicas superiores del hombre: una noción sistémica y dinámica. También conocida como localizacionismo dinámico.

Desde esta perspectiva, la valoración va más allá de la cuantificación y calificación de evaluaciones basadas en diversas tareas, sino que enfatiza en analizar la estructura de los errores o defectos identificados en la realización de las tareas (Luria, 1979, 1986, 1989; Akhutina & Tsvetkova, 1983; Strambook, 1983; Ardila, 1992; Glozman, 2002). En otras palabras, se debe analizar cualitativamente las acciones, errores y formas de compensación durante la realización de la tarea.

Es claro que una función o sistema funcional complejo puede verse afectado en diversas formas, dependiendo de qué eslabón o eslabones se hayan alterado, provocando la desorganización del sistema en cuestión. Por ello, debe hacerse un análisis exhaustivo en las alteraciones de una determinada función, cualificando el síntoma o las dificultades, para así poder describir el o los factores subyacentes en la alteración (Luria, 1973).

Quintanar, Lázaro y Solovieva (2009), a través de la revisión de literatura en el tema, mencionan que se han identificado 10 factores que participan en la configuración de los sistemas funcionales (véase Cuadro 1. Factores neuropsicológicos).

Cuadro 1. Factores neuropsicológicos.

Factor	Aporte	Zona cerebral
Programación y control	Garantiza el proceso de ejecución de una tarea de acuerdo al objetivo (instrucción o regla) establecido	Sectores prefrontales
Organización secuencial de movimientos y acciones	Garantiza el paso fluente de un movimiento a otro, inhibe el eslabón motor anterior para el paso flexible al eslabón motor posterior	Zonas premotoras
Oído fonemático	Garantiza la diferenciación de sonidos verbales del idioma dado de acuerdo a las oposiciones fonemáticas	Zonas temporales del hemisferio izquierdo (o derecho para algunos idiomas)
Análisis y síntesis cinestésica	Garantiza la sensibilidad táctil fina, así como la precisión de posturas y poses; en la articulación del lenguaje garantiza la diferenciación de los sonidos verbales de acuerdo al punto y modo de su producción motora	Zonas parietales del hemisferio izquierdo
Retención audio-verbal	Garantiza la estabilidad de las huellas mnésicas (volumen de percepción) en la modalidad audio-verbal en condiciones de interferencia homo y heterogénea	Zonas temporales medias del hemisferio izquierdo
Retención visual	Garantiza la estabilidad de las huellas mnésicas (volumen de percepción) en la modalidad visual en condiciones de interferencia homo y heterogénea	Zonas occipitales
Perceptivo analítico	Garantiza la percepción y producción adecuada de rasgos esenciales y su ubicación y las relaciones espaciales entre los elementos de la situación	Temporoparietooccipital (hemisferio izquierdo)
Perceptivo global	Garantiza la percepción y la producción adecuada de la forma general, de los aspectos métricos y las proporciones de objetos	Temporoparietooccipital (hemisferio derecho)
Fondo general de activación inespecífico (tono cortical)	Garantiza el fondo y la estabilidad de la ejecución de la acción	Estructuras subcorticales amplias, formación reticular
Fondo general emocional inespecífico	Garantiza el fondo y la estabilidad emocional	Estructuras mediobasales

Fuente: Quintanar, Lázaro y Solovieva, 2009.



A partir de lo anteriormente expuesto sobre neuropsicología, es válido concebir a la lectura como una actividad psicológica compleja que no puede limitarse al aporte de una sola y limitada zona del cerebro. Esta actividad se basará en el aporte funcional de una constelación de zonas cerebrales.

Solovieva y Quintanar (2008) ofrecen un análisis de la formación de la lectura desde la neuropsicología histórico cultural, identificando el aporte de ciertos factores neuropsicológicos que participan en esta actividad y sus zonas cerebrales correspondientes, las cuales forman un sistema funcional. El factor Perceptivo Analítico permite el análisis de elementos en la identificación visual de la letra, el factor Espacial contribuye a la diferenciación de letras similares, el factor Cinestésico aporta el esquema de movimientos del aparato articulatorio, el factor Cinético permite el paso y unión fluida de un sonido a otro, el factor Fonemático participa en la diferenciación de fonemas, el factor Retención Visual interviene en la evocación de elementos gráficos del texto, el factor Retención Audioverbal asiste en la evocación de elementos verbales del texto, y el factor Regulación y Control aporta para la comprensión del sentido del texto y el control de la ejecución de la lectura.

La neurociencia también ha aportado información de suma relevancia respecto a la actividad de sectores del cerebro durante la lectura. En estudios de neuroimagen o estudios neurofisiológicos se ha identificado que, según el momento de la lectura, trabajan zonas particulares del cerebro. De esta manera, se ha observado que el procesamiento visual y reconocimiento de los signos gráficos de la lectura se relaciona con el funcionamiento de sectores posteriores de la corteza cerebral, específicamente la corteza occipitotemporal o giro fusiforme. Por otra parte, relacionar funcionalmente las palabras identificadas mediante una estructura gramatical/sintáctica u oraciones, se vincula con el trabajo de zonas anteriores, como la corteza frontal dorsomedial inferior. A su vez, operar con representaciones proposicionales de las oraciones del texto y su significado, se relacionan estas acciones con las regiones más anteriores del lóbulo temporal y su convergencia con las partes inferiores del lóbulo frontal. Por otro lado, generar procesos de integración total del texto y de construcción de un modelo situacional de lo leído, se vincula con el funcionamiento de áreas frontales mediales y parietales laterales. Por último, producir inferencias se vincula con la corteza prefrontal dorsomedial (Perfetti & Friskoff, 2008; Buchweitz et al., 2009; Hruby & Goswami, 2011; Kweldju, 2015; Martin et al., 2015; Dehghani et al., 2017).

Es innegable que para la lectura y su comprensión se necesita de un óptimo estado funcional de áreas concretas del cerebro y su acción en conjunto. En este sentido, si se tiene alguna lesión en las zonas cerebrales ya descritas, es muy probable que la comprensión de textos se altere debido a que el aporte funcional de dichas zonas no será el óptimo. No obstante, como se ha venido abordando, el funcionamiento del cerebro también depende de la actividad y experiencia externa, histórico-cultural, que de cierta manera determine su desarrollo funcional.

En este caso, que existan problemas al comprender un texto y no se tenga sospechas de daño cerebral, puede deberse a la presencia de un retraso en el desarrollo funcional de alguno de los factores o elementos del sistema funcional que representa, conduciendo a dificultades para realizar acciones de esta tarea.

Por esta razón se decidió evaluar un grupo de estudiantes universitarios, y revisar el desempeño de su comprensión lectora (CL) e identificar el estado funcional de los factores neuropsicológicos y posibles diferencias en la ejecución de las tareas correspondientes a cada factor neuropsicológico.

MÉTODO

Estudio descriptivo

Tipo de investigación muestreo no probabilístico intencional.

Sujetos y obtención de la muestra: Se seleccionó a un total de 22 participantes pertenecientes a la carrera de Psicología de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z). De acuerdo con los criterios de inclusión planteados, sólo se consideró a alumnos regulares, con un promedio mayor a 8.5, sin antecedentes psiquiátricos ni con consumo de drogas menor a 3 meses.

Instrumentos

Para evaluar la CL se utilizó:

- El **Instrumento para medir Comprensión Lectora en Alumnos Universitarios (ICLAU) (Guerra & Guevara, 2013)**. Consta de un texto de tipo expositivo-argumentativo con 965 palabras cuyo contenido explica la evolución biológica. Además, el instrumento contiene una serie de siete reactivos para evaluar los cinco niveles de comprensión descritos por Pérez (2005). Su aplicación fue individual. A partir del desempeño en esta prueba, se dividió a los participantes en dos grupos: 1) estudiantes con alto desempeño lector y 2) estudiantes con bajo desempeño lector.

Para evaluar el estado funcional de los factores neuropsicológicos,

- **Instrumento de Evaluación Neuropsicológica Breve para Adultos** (Quintanar & Solovieva, 2009), permite conocer el estado funcional de los factores neuropsicológicos a través de la ejecución de tareas correspondientes a cada factor. Los factores que evalúa son 1) integración cinestésica, 2) organización secuencial de movimientos y acciones, 3) integración fonemática, 4) retención de la información en distintas modalidades, 5) integración espacial, 6) estabilidad de las imágenes. Éstos son una integración y síntesis de los 10 factores neuropsicológicos señalados por los autores de esta evaluación.

Para evaluar el factor de regulación y control

- **La tarea de resolución de problemas aritméticos**, tal y como lo proponen Luria y Tsvetkova (1981) y Luria (1986).

Para categorizar la ejecución de los participantes en la evaluación neuropsicológica:

- **Se siguió lo propuesto por Glzman (2002) y la lógica de reportes de evaluaciones similares** (Quintanar, Solovieva & Lázaro, 2008; Quintanar, Solovieva & León-Carrillo, 2011; Solovieva, Loredó, Quintanar & Lázaro, 2013; Solovieva, Schneider, Quintanar & García, 2017), identificando ejecuciones correctas o con error y su gravedad: ejecuciones con error leve, ejecuciones con error moderado y ejecuciones con error severo. Se considera ejecución correcta cuando no se cometió ningún error en la tarea. Se considera ejecución con error leve cuando hubo algún(os) error(es) corregido(s) o cuando hubo sólo un error en todas las series correspondientes a la tarea, este último sin corregir. Se considera ejecución con error moderado cuando de varios errores en las series de la tarea, unos se corrigen y otros no. Por último, se considera ejecución con error severo cuando hay error en todas las series que componen la tarea.



PROCEDIMIENTO

Una vez seleccionada la muestra, de manera individual se aplicó el ICLAU y evaluación neuropsicológica. Donde se solicitó a los participantes, contestar una serie de cuestionarios. Posteriormente se analizaron los resultados por medio de la prueba Ji cuadrada, utilizando el software SPSS versión 23.

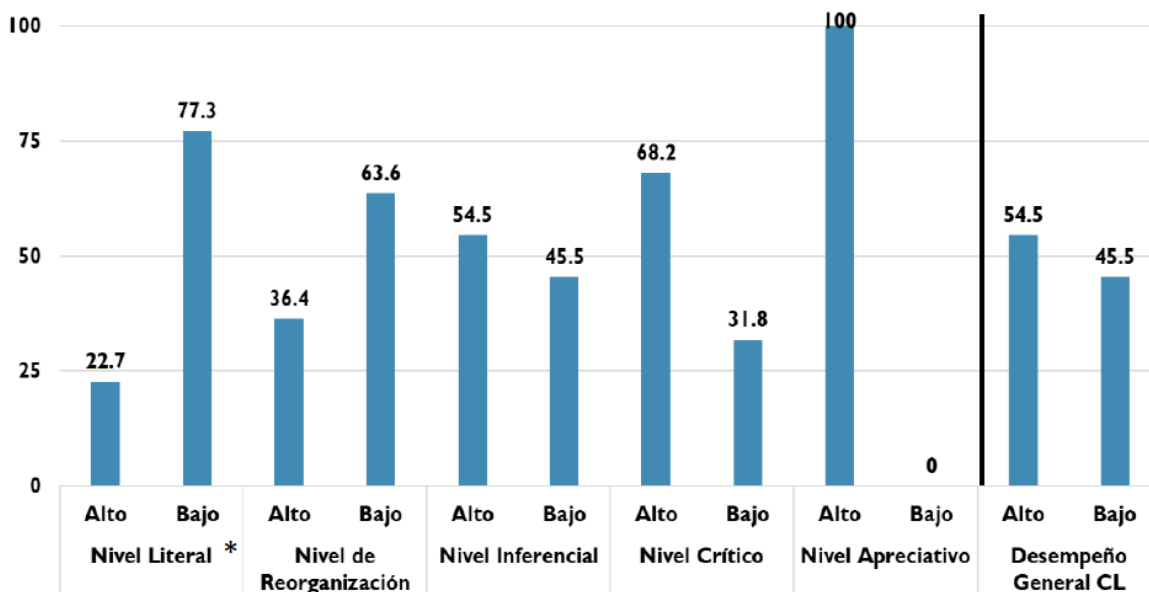
La aplicación se realizó en una sesión de 45 minutos.

RESULTADOS

La edad promedio de los sujetos fue de 20.09 años (DE=1.92), encontrándose en un rango de 18 a 23 años. El 68.2% eran mujeres, el 31.8% hombres.

Comprensión Lectora.

Respecto a los resultados obtenidos en el ICLAU, se identificaron las proporciones en que los participantes se desempeñaron por cada nivel de comprensión lectora y, teniendo en cuenta esto, también se identificó el desempeño global en la prueba. Los niveles en los que se concentró el mayor número de participantes con bajo desempeño fueron el literal y el de reorganización de la información (ver tabla 2, Niveles de CL), en cambio, los niveles en los que se concentró el mayor número de participantes con alto desempeño fueron el apreciativo, crítico e inferencial (véase Gráfica 1. Distribución de los participantes en los niveles de CL y desempeño general).



* Único nivel donde la diferencia fue estadísticamente significativa.

Figura 1. Distribución de los participantes por desempeño en los niveles de CL y desempeño general.

Como se puede observar en la Figura 1, la mayoría tuvo un buen desempeño para elaborar comentarios emotivos y emitir juicios sobre el estilo literario del texto, para utilizar juicios valorativos sobre lo que dice el texto a partir del conocimiento que tienen, y puedan agregar elementos que no están en el texto. Destaca que los participantes, sobre todo, muestran dificultades para reconocer y recordar directamente información del texto y para ordenar las ideas mediante procesos de clasificación y síntesis.

A partir del desempeño general en el ICLAU, se dividió a los participantes en dos grupos: los de alto desempeño en lectura y los de bajo desempeño en lectura. El primer grupo se caracterizó por tener al 54.5% de la muestra total, por tener más hombres (58.5%) que mujeres (41.7%) y por concentrar un poco más de la mitad de sus miembros (58.3%) en edades entre los 21 y 23 años. El grupo de bajo desempeño en lectura se caracterizó por concentrar al 45.5% de la muestra total, por tener sólo a mujeres (100%) y por concentrar a la mayoría de sus miembros (80%) en edades entre los 18 y 20 años.

Concentrándonos en ambos grupos, se identificó la proporción en que los evaluados se desempeñaron por cada nivel de comprensión. Ante las diferencias encontradas, se realizó una prueba Ji cuadrada (X^2) para evaluar si dichas diferencias eran estadísticamente significativas (ver Tabla 1. Contingencias de la distribución porcentual de los participantes, por desempeño general ICLAU y desempeño en los niveles de CL)

Tabla 1. Contingencias de la distribución porcentual de los participantes, por desempeño general ICLAU y desempeño en los niveles de CL.

Niveles de CL <i>Alto</i>		Desempeño general ICLAU (%)		X^2
		<i>Bajo</i>		
Nivel Literal	Alto	41.7	0	5.39*
	Bajo	58.3	100	
Nivel Reorganización	Alto	66.7	0	10.47**
	Bajo	33.3	100	
Nivel Inferencial	Alto	83.3	20	8.82**
	Bajo	16.7	80	
Nivel Crítico	Alto	83.3	50	2.79
	Bajo	16.7	50	
Nivel Apreciativo	Alto	100	100	-
	Bajo	0	0	

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Como se muestra en la tabla 1, se puede apreciar que existen diferencias evidentes entre los grupos. El de bajo desempeño en comprensión lectora se caracteriza por tener mayor número de participantes con respuestas incorrectas en ítems relacionados a los niveles literal, reorganización de la información e inferencial.

Considerando los grupos formados a partir del desempeño en comprensión lectora, se identificaron las proporciones en que sus miembros se desempeñaron por cada tarea en cada factor considerado en la evaluación neuropsicológica. De igual forma, ante las diferencias encontradas, se realizó una prueba Ji cuadrada (X^2) para evaluar si dichas diferencias son estadísticamente significativas.



Evaluación de los Factores Neuropsicológicos

De cinco tareas en el factor *Integración cinestésica*, el grupo con desempeño alto en CL presentó mayoría de ejecuciones correctas en dos tareas: *Reproducción de posiciones de los dedos* (100%) e *Identificación de sonidos en palabras* (25%), mientras que el grupo de bajo desempeño en CL presentó mayoría de ejecuciones correctas en otras dos tareas: *Reconocimiento de objetos* (90%) y *Repetición de sílabas con sonidos cercanos por su punto y modo de articulación y de sonidos vocales que requieren de aferentización precisa* (70%). En la tarea restante, *Reproducción de posiciones del aparato fonoarticulatorio*, ambos grupos tuvieron el mismo porcentaje de participantes con ejecución correcta (100%), sin embargo, las diferencias entre estos datos no son estadísticamente significativas.

De las tres tareas del factor *Organización secuencial de movimientos y acciones*, el grupo de alto desempeño en CL tuvo predominantemente ejecuciones correctas en dos de ellas: *Secuencia de movimientos* (41.7%) y *Coordinación recíproca de los dedos* (100%). En el grupo de bajo desempeño en lectura sólo predominaron las ejecuciones correctas en la tarea *Copia y continuación de una secuencia* (40%); sin embargo, las diferencias encontradas no fueron estadísticamente significativas.

En las tareas del factor *Integración fonemática*, predominaron las ejecuciones correctas en el grupo de bajo desempeño en CL: *Repetición de series de sílabas* (70%), *Identificación de fonemas* (60%) y *Determinación del primer y segundo sonidos de la palabra* (60%), mientras que el grupo de alto desempeño en CL sólo mostró ejecuciones correctas en la tarea *Repetición de pares de palabras* (83%). La única diferencia estadísticamente significativa se observó en la tarea *Identificación de fonemas*, en la cual hubo un notable porcentaje de ejecuciones con error en el grupo de alto desempeño en CL, comparado con el observado en el grupo de bajo desempeño.

De las cinco tareas del factor *Retención de información en diferentes modalidades*, en el grupo de bajo desempeño en CL sobresalieron las ejecuciones correctas en dos tareas: *Retención cinestésico-táctil* (60%) y *Retención visuo-motora-espacial* (41.7%), mientras que el grupo de alto desempeño tuvo mayormente ejecuciones correctas en las tareas restantes: *Retención audio-verbal involuntaria* (8.3%), *Retención audio-verbal voluntaria* (66.7%) y *Retención audio-verbal con interferencia heterogénea* (33.3%). Las únicas diferencias estadísticamente significativas se encontraron en las tareas *Retención audio-verbal involuntaria*, *Retención audio-verbal voluntaria* y *Retención visuo-motora-espacial*; en las primeras dos las ejecuciones correctas favorecen al grupo de alto desempeño en CL, en la tercera las ejecuciones correctas favorecen al grupo de bajo desempeño en CL. No obstante, este fue el factor con mayores porcentajes de errores en sus tareas.

De las cinco tareas del factor *Integración espacial*, el grupo de alto desempeño en CL tuvo mayoría de ejecuciones correctas en tres tareas: *Órdenes para el esquema corporal* (100%), *Comprensión de oraciones* (41.7) y *Copia de una casa* (58.3), mientras que el grupo de bajo desempeño en CL tuvo mayoría de ejecuciones correctas en las tareas restantes: *Comprensión de órdenes* (70%) y *Copia y percepción de letras y números* (100%). Tales diferencias no fueron estadísticamente significativas.

En la única tarea del factor *Estabilidad de las imágenes objetales*, el grupo de alto desempeño en CL mostró más ejecuciones correctas (75%), comparado con el de bajo desempeño. Cabe señalarse que el grupo de alto desempeño sólo tuvo errores de tipo leve, mientras que el de bajo desempeño tuvo errores de tipo moderado. Dichas diferencias fueron estadísticamente significativas.

En la única tarea del factor *Regulación y control*, ambos grupos mostraron únicamente ejecuciones con error. El grupo de alto desempeño en CL tuvo más ejecuciones con error leve (58.3%). En contraste, el grupo de bajo desempeño en CL presentó más ejecuciones con error moderado (60%). Estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

También, en ambos grupos se calculó el promedio de errores, promedio de tareas con error, y promedio de tipos de error que tuvieron sus integrantes en la evaluación neuropsicológica. El grupo que mayor promedio de errores durante toda la evaluación neuropsicológica fue el de bajo desempeño en CL (16 errores). Específicamente, el grupo de bajo desempeño presentó más errores moderados (5) que el grupo de alto desempeño (3.16), mientras este último mostró con errores leves (7.08).

En las tareas donde existen diferencias estadísticamente significativas en las distribuciones porcentuales calculadas, se contabilizó el promedio de errores, el promedio de participantes con error en la tarea y el promedio de tipos de error que se tuvieron en la tarea, esto para ambos grupos del desempeño en CL.

En la tarea *Identificación de fonemas*, el grupo de alto desempeño en CL tuvo más errores y más participantes con error, comparado con el grupo de bajo desempeño, al cual duplica.

En la tarea Retención audio-verbal involuntaria, ambos grupos tuvieron el mismo número de errores. Sin embargo, el grupo de bajo desempeño en CL tuvo más participantes con error, presentando más del moderado, comparado con el otro grupo, al cual triplica. Por su parte, el grupo de alto desempeño tuvo más ejecuciones con errores leves.

En la tarea Retención audio-verbal voluntaria, el grupo de bajo desempeño en CL tuvo más errores, más participantes con error y más ejecuciones con errores leves y moderados, en la mayoría de estos casos más que duplicando estos datos, en comparación con el grupo de alto desempeño.

En la tarea Retención visuo-motora-espacial, el grupo de bajo desempeño en CL tuvo mayor número de errores, más participantes con error y más ejecuciones con errores moderados. En contraste, el grupo de alto desempeño en CL tuvo mayor número de ejecuciones con errores leves.

En la tarea Dibujos de objetos con características objetales el grupo de bajo desempeño en CL tuvo mayor número de errores en la tarea, mayor número de participantes con error y más errores moderados. En cambio, el grupo de alto desempeño en CL sólo tuvo mayor número de errores de tipo leve.

Adicionalmente, en las mismas tareas de la ENBA donde hubo diferencias estadísticamente significativas, se analizaron cualitativamente las ejecuciones con error de los participantes, logrando identificar de qué naturaleza es el error y las diferencias que existen en esto entre los grupos.

En la tarea *Identificación de Fonemas*, que consta de escuchar 5 series de sonidos de letras (fonemas) y levantar y bajar la mano cada que se escuche un fonema previamente acordado para cada serie ("p", "t", "f", "g"), el grupo de alto desempeño en CL cometió dos tipos de error en esta tarea, ya sea confundir sonidos cercanos por punto y modo de articulación, levantando y bajando la mano cuando se le decía un sonido similar por estas características, o mostrando dificultades a la hora de regular el movimiento de levantar y bajar la mano, no controlando la inhibición del mismo en ciertas ocasiones cuando no debía hacerlo. Por su parte, el grupo de bajo desempeño sólo tuvo un tipo de error, confundir sonidos cercanos por punto y modo de articulación.



En la tarea *Retención Audio-Verbal Involuntaria*, que consiste, en un primer momento, en escuchar y repetir por separado 2 series de 3 palabras cada una (específicamente “foco-duna piel”; “bruma-gasa-luz”), para después evocar, por separado, ambas series, respetando el orden en que se presentaron las palabras de cada serie, el grupo de alto desempeño en CL tuvo tres tipos de errores en esta tarea, ya sea omitiendo palabras y disminuyendo el volumen de la huella de memoria, cambiando sonidos de letras en las palabras (parafasias fonemáticas), o cambiando de orden las palabras dentro de una serie. Por otro lado, el grupo de bajo desempeño en CL tuvo cuatro tipos de errores, incluyendo los tres ya descritos en el otro grupo, y uno más de incluir palabras de una serie en otra que no correspondía, provocando una contaminación de elementos entre series. Estos errores, para ambos grupos, fueron presentados en casi todos los casos sólo en la evocación de las series de palabras.

En la tarea *Retención Audio-Verbal Involuntaria*, que es muy parecida a la anterior (en lo único que difieren es que en ésta se le anticipa al evaluado que deberá repetir y evocar series de palabras, mientras que en la anterior no es así), el grupo de alto desempeño en CL tuvo tres tipos de errores en esta tarea, ya sea omitiendo palabras y disminuyendo el volumen de la huella de memoria, cambiando sonidos de letras en las palabras (parafasias fonemáticas), o cambiando de orden las palabras dentro de una serie (inversión de elementos). A su vez, el grupo de bajo desempeño en CL tuvo cuatro tipos de errores, incluyendo los tres ya descritos en el otro grupo, y uno más de incluir palabras de una serie en otra que no correspondía, provocando una contaminación de elementos entre series. De igual forma, estos errores, para ambos grupos, fueron presentados en casi todos los casos sólo en la evocación de las series de palabras.

En la tarea *Retención Visuo-Motora-Espacial*, que involucra copiar y evocar por separado dos series de 3 figuras cada una, respetando el orden en que se presentaron las figuras de cada serie, el grupo de alto desempeño presentó tres tipos de errores en esta tarea, ya sea omitiendo figuras y disminuyendo el volumen de la huella de memoria, cambiando de orden las figuras dentro de una serie (inversión entre elementos), o girando las figuras sobre su propio eje (rotación de elementos). Por su parte, el grupo de bajo desempeño en CL tuvo estos mismos tres errores más otros dos, que incluyen modificar el trazo y cambiar su orientación/dirección, e incluir figuras de una serie en otra que no correspondía (contaminación de elementos entre series).

Por último, en la tarea *Dibujos de Objetos con Características Esenciales*, que consta de dibujar por separado primero un animal cualquiera, luego un gato y por último un ratón, el grupo de alto desempeño en CL tuvo dos tipos de errores, ya sea simplificar el dibujo, omitiendo ciertos detalles, o modificando lo que se pidió dibujar (dibujar un humano en lugar de un animal). El grupo de bajo desempeño en CL tuvo la misma cantidad de tipos de errores, compartiendo la simplificación del dibujo, pero teniendo un segundo tipo de error distinto al primer grupo, añadiendo elementos que no corresponden a lo que se pidió dibujar.

DISCUSIÓN

Partiendo de la generalidad, este estudio es un intento de vincular la CL con métodos de evaluación de la neuropsicología. Parte de una visión interactiva de la lectura y considera el desarrollo de todo sistema funcional complejo dependiente de la experiencia histórica y cultural que posean las personas.

Se encontró que el 45% de los participantes en este estudio presentan dificultades para comprender un texto argumentativo. Estos resultados corroboran lo encontrado en otros estudios en estudiantes universitarios mexicanos (Guevara, Guerra, Delgado & Flores, 2014; Guerra & Guevara, 2017).

Respecto a los grupos formados según el desempeño general en CL, se encontró que aquellos que tuvieron un desempeño alto fueron en su mayoría hombres y de mayores edades, mientras que quienes tuvieron un desempeño bajo fueron sólo mujeres y de menores edades. Estos datos difieren a lo reportado por diversas evaluaciones internacionales y nacionales (Lynn & Mikk, 2009; Stoet & Geary, 2013; Gutiérrez, Aguiar & Díaz, 2015; INEE, s/f (b)) donde se ha identificado que las mujeres obtienen mejor desempeño en tareas de lectura a comparación de los hombres. En parte, dicha divergencia puede deberse a cuestiones metodológicas, ya que en el presente estudio elementos como la muestra y la forma de evaluación son distintos.

Si bien los errores al evocar información en ambas evaluaciones son de naturaleza distinta (en la ENBA son de información audioverbal, en el ICLAU son de información leída), pareciera que las operaciones ligadas al recuerdo de información son un punto clave en las dificultades presentes en la lectura. Resulta indispensable ahondar en la evaluación neuropsicológica detallada de la retención y evocación de información verbal e inclusive de otros tipos de información, para así discernir qué elementos de estas operaciones presentan conflictos.

Haber considerado solamente el estado funcional de los factores neuropsicológicos no quiere decir que sea la única variable presente que actúe sobre el desempeño en CL. Algunos estudios describen la presencia de otras variables que pueden influir en la CL, tales como la edad, motivación y variables académicas (Guerra & Guevara, 2017; McGeown, Norgate & Warhurst, 2012)

Como último punto a destacar sobre la evaluación neuropsicológica, el análisis cualitativo de los errores en las ejecuciones de las tareas de esta evaluación brinda datos que en otro tipo de evaluaciones se pierden. Este ha sido un intento de incorporar este análisis en la investigación con sujetos normales, ampliando su uso que comúnmente es en la clínica neuropsicológica.

CONCLUSIONES

De manera más puntual, se encontró que los participantes, en algunos casos, presentan dificultades para utilizar juicios valorativos sobre lo que dice el texto a partir del conocimiento que tienen o para agregar elementos que no están en el texto. Con mayor frecuencia, los participantes muestran dificultades para reconocer y recordar directamente información del texto y para ordenar las ideas mediante procesos de clasificación y síntesis.

Aunque en ambos grupos existen deficiencias en la evaluación de Comprensión Lecto (CL), se observó que el grupo con bajo desempeño en CL tuvo en su totalidad participantes con dificultades para evocar información proveniente del texto y para estructurar las ideas principales del mismo a través de su catalogación y condensación. También se observó que en el mismo grupo hay más participantes con dificultades para generar nuevos argumentos a partir de lo leído. El que existan problemas para comprender un texto puede implicar que no se acceda de la mejor forma al conocimiento.

Recordemos que es a través de la lectura con la que nos ponemos en contacto con la información académica y durante la misma, no sólo se debe reproducir esta información, sino que se debe transformarla como conocimiento y poder darle un cauce o utilidad; porque mediante la lectura se puede acceder al conocimiento de otros e incrementar y transformar el propio.

Que no se cumpla con el papel transformador de la lectura permite catalogarla como una lectura de uso técnico, el cual se caracteriza por emplearla de manera mecánica, que regularmente se debe a una práctica repetida,



vinculándose con operaciones automáticas realizadas al margen del control voluntario de la persona. En este sentido, **debe buscarse un uso estratégico de la lectura, considerado como la utilización deliberada y consciente de operaciones** que permitan que la lectura esté en función de un objetivo particular planteado a partir de una situación concreta. De esta manera, pareciera ser **más probable transformar la información del texto, comprenderla, y acceder a los conocimientos esperados.**

De los datos más interesantes que cabe resaltar que, en general existe una gran proporción de participantes con ejecuciones erróneas en tareas relacionadas a evocar información de naturaleza audioverbal, concentrándose más participantes con estas ejecuciones en el grupo de bajo desempeño en CL. Este dato puede tener alguna relación con que el grupo con bajo desempeño en CL presenta más dificultades para evocar información proveniente del texto.

Al respecto, para comprender en su totalidad un texto, **es indispensable mantener y evocar ideas relevantes provenientes del texto para poder establecer relaciones entre éstas**, al igual que vincularlas con información que ya posee el lector, logrando establecer nuevas ideas o argumentos respecto a lo tratado en el texto.

En general existe una gran proporción de participantes con **ejecuciones erróneas** en tareas relacionadas a la resolución de problemas aritméticos concentrándose más participantes con errores más graves en el grupo de bajo desempeño en CL. Estos errores identificados en las ejecuciones de los participantes indican ciertos problemas en la orientación de operaciones lógico-verbales, manifestados mediante **la pérdida del objetivo ante la resolución del problema**, la elección de estrategias de solución no acertadas y/o la **ausencia de confrontación del resultado obtenido con el objetivo planteado.**

En relación con este resultado, se espera que quienes presenten estos errores sean quienes tienen bajo desempeño en CL. **La comprensión se caracteriza** por ser un *proceso activo*, en el cual *se va orientando, dirigiendo y supervisando lo que se lee*, valorando esta información a través de la identificación y solución de las dificultades y problemas que se tengan al leer. Precisamente aquí radica el *papel interactivo entre lector-texto, en leer con objetivos, intencional y voluntariamente*. No hacer uso de estos recursos implicaría hacer una lectura de tipo técnica y no estratégica, como se esperaría. En virtud de ello, es menester evaluar minuciosamente elementos específicos vinculados a la orientación, regulación y control de la comprensión de textos.

Que existan dificultades para comprender textos académicos no es un problema irremediable, la lectura y su comprensión no son procesos innatos, sino que se adquieren a través del tiempo, a lo largo de la vida como consecuencia de la experiencia humana; es decir, se desarrollan.

En términos generales, el aprendizaje y lo que conlleva, al igual que toda función psicológica superior, es mediado por la actividad social (Baltazar, Escotto & Sánchez, 2014); se organiza, conserva y produce con medios culturales fuera del organismo (Solovieva & Quintanar, 2017). En este caso, *si se presentan dificultades para comprender textos en condiciones neurológicas al parecer normales, puede ser debido a que esta mediación social, manifestada a lo largo de todo el proceso educativo, no se ha dado de forma óptima. Pero toda actividad psíquica puede desarrollarse más en la medida en que otras personas orientan la actividad del sujeto, variando la mediación social, logrando dirigir y regular el desarrollo.* Resulta viable que, si esta mediación con variaciones se sistematiza, pueda lograrse remediar los aspectos con dificultades en la lectura y su comprensión.

En este sentido, es **indispensable generar vías de evaluación precisas** y flexibles, como **lo es la evaluación cualitativa**, para identificar puntualmente los problemas existentes en la CL y poder generar pautas de desarrollo en estos rubros. Sólo mediante esta evaluación podrán considerarse aspectos fundamentales, como lo son la identificación de la naturaleza de los errores y la mediación de la actividad en cuestión.

REFERENCIAS

- Alexander, A. (2012). Reading into the future: competence for the 21st century. *Educational Psychologist*, 47(4), 259-280.
- 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.
- Buchweitz, A., Mason, R., Leda, T. & Just, M. (2009). Brain activation for reading and listening comprehension. *Psychology & Neuroscience*, 2(2), 111 – 123.
- CENEVAL. (s/f). *PLANEA MS 2016. Manual para usuarios*. México: CENEVAL.
- Cuetos, F. (2012). *Neurociencia del lenguaje. Bases neurológicas e implicaciones clínicas*. Madrid: Médica Panamericana.
- Dehghani, M., Boghrati, R., Man, K., Hoover, J., Gimbel, S., Vaswani, A., Zevin, J., Immordino-Yang, M., Gordon, A., Damasio, A. & Kaplan, J. (2017). Decoding the Neural Representation of Story Meanings across Languages. *Human Brain Mapping*, 38 (12), 1-11.
- Escotto, E. Sánchez, J. & Baltazar, A (2014). El método de Galperin de la formación de las imágenes mentales y su importancia para la enseñanza de las matemáticas. En E. Escotto & J. Sánchez (Comp). *Estrategias de intervención-rehabilitación en las dificultades con el aprendizaje de las matemáticas*. México: UNAM.
- Espino, S. (2017). Leer y escribir para aprender en los contextos de educación formal. En S. Espino & C. Barrón. (Comp). *La lectura y la escritura en la educación en México. Aproximaciones teóricas, experiencias aplicadas y perspectivas de futuro*. México: UNAM.
- García, E. (1993). La comprensión de textos, Modelo de procesamiento y estrategias de mejora. *Didáctica*, 5, 87-113.
- Glozman, J. (2002). La valoración cuantitativa de los datos de la evaluación neuropsicológica de Luria. *Revista Española de Neuropsicología*, 4(2-3), 179-196.
- González, R (2014). *Habilidades lingüísticas de los estudiantes de primer ingreso a las instituciones de educación superior del área metropolitana de la ciudad de México*. México: ANUIES.
- Guerra, J. & Guevara, Y. (2013). Validación de un instrumento para medir comprensión lectora en alumnos universitarios. *Enseñanza e investigación en psicología*, 18(2), 277-271.
- Guerra, J. & Guevara, C. Y. (2017). Variables académicas, comprensión lectora, estrategias y motivación en estudiantes universitarios. *Revista Electrónica de Investigación Educativa*, 19(2), 78-90.



- Guevara, Y., Guerra, J., Delgado, U. & Flores, C. (2014). Evaluación de distintos niveles de comprensión lectora en estudiantes mexicanos de psicología. *Acta Colombiana de Psicología*, 17(2), 113-121.
- Gutierrez, H., Aguiar, M. & Díaz, L. (2015). Contexto escolar y comprensión lectora en la prueba ENLACE en bachilleratos de Jalisco. *CPU-e, Revista de Investigación Educativa*, 20, 1-13.
- Herrada-Valverde, G. & Herrada, R. (2017). Análisis del proceso de comprensión lectora de los estudiantes desde el modelo construcción-integración. *Perfiles Educativos*, 39(157), 181-197.
- Hruby, G. & Goswami, U. (2011). Neuroscience and Reading: A Review for Reading Education Researchers. *Reading Research Quarterly*, 46(2), 156-172.
- INEE. (s/f)a. *Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes. Resultados nacionales 2015. 6to de primaria y 3ro de secundaria*. México: INEE.
- INEE. (s/f)b. *Planea. Resultados nacionales 2017. Educación media superior*. México: INEE.
- INEE. (2016). *México en PISA 2015*. México: INEE.
- Kintsch, W. & Van Dijk, T. (1978). Toward a model of text comprehension and production. *Psychological Review*, 85(5), 363-394.
- Kintsch, W. & Rawson, K. (2008). Comprehension. En M. Snowling & C. Hulme. (Eds). *The science of reading: a handbook*. Reino Unido: Blackwell Publishing.
- Kweldju (2015). Neurobiology Research Findings: How the Brain Works During Reading. *PASAA*, 50, 125-142.
- Luria, A. (1973). Neuropsychological Studies in the USSR. A Review (Part I). *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 70(3), 959-964.
- Luria, A. (1979). *El cerebro humano y los procesos psíquicos*. Barcelona: Fontamara.
- Luria, A. (1986). *Las funciones corticales superiores del hombre*. México: Fontamara.
- Luria, A. (1989). *El cerebro en acción*. Roca: México.
- Luria, A., Simernitskay, E. & Tubylevich. (1970). The structure of psychological processes in relation to cerebral organization. *Neuropsychologia*, 8, 13-19
- Lynn, R. & Mikk, J. (2009). Sex differences in reading achievement. *TRAMES*, 13(1), 3-13.
- Martin, A., Schurz, M., Kronbichler, C. & Richlan, F. (2015). Reading in the Brain of Children and Adults: A Meta-Analysis of 40 Functional Magnetic Resonance Imaging Studies. *Human Brain Mapping*, 36(5), 1963-1981.
- McGeown, S., Norgate, R. & Warhurst, A. (2012). Exploring intrinsic and extrinsic reading motivation among very good and very poor readers. *Educational Research*, 54(3), 309-322.

- Pérez, J. (2005). Evaluación de la comprensión lectora: dificultades y limitaciones. *Revista de Educación*, número extraordinario, 121-138.
- Perfetti & Friskoff (2008). The neural bases of text and discourse processing. En B. Stemmer & H. Whitaker. (Eds). *Handbook of the Neuroscience of Language*. Estados Unidos: Elsevier.
- Perfetti, C., Landi, N. & Oakhill, J. (2005). The acquisition of Reading comprehension skill. En M. Snowling & C. Hulme. (Eds). *The science of reading: a handbook*. Reino Unido: Blackwell Publishing.
- Quintanar, L., Lázaro, E. & Solovieva, Y. (2009). La rehabilitación neuropsicológica a través de los sistemas funcionales. En: A. Escotto, M. Pérez, M. Villa. (Eds). *Desarrollo y alteraciones del lenguaje, neuropsicología y genética de la inteligencia*. México: UNAM.
- Quintanar, L. & Solovieva, Y. (2009). *Evaluación neuropsicológica breve para adultos*. México: BUAP.
- Quintanar, L., Solovieva, Y. & León-Carrillo. (2011). *Evaluación clínico neuropsicológica de la afasia Puebla-Sevilla*. México: Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.
- Quintanar, L., Solovieva, Y. & Lázaro, E. (2008). Evaluación neuropsicológica infantil breve para población hispano-parlante. *Acta Neurológica Colombiana*, 24,31-44.
- Roldán, L. (2016). Inhibición y actualización en comprensión de textos. *Universitas Psychologica*, 15(2) 87-96.
- SEMS. (s/f). *Estrategias para incrementar y fortalecer la capacidad lectora*. México: SEP.
- SEP. (2017). *Plan Nacional para la Evaluación de los Aprendizajes PLANEA 2017 Educación Básica 3^{er} grado de Secundaria. Lineamientos generales para la aplicación*. México: SEP.
- Solano, P., González-Pienda, J., González-Pumariega, S. & Núñez, J. (2004). Autorregulación del aprendizaje a partir de textos. *Revista Galego-Portuguesa de Psicología e Educación*, 9(11), 111-128.
- Solé, I. (2013). Competencia lectora y aprendizaje. *Revista Iberoamericana de Educación*, 59, 43-61.
- Solovieva, Y., Loredó, D., Quintanar, L. & Lázaro, E. (2013). Caracterización neuropsicológica de una población infantil urbana a través de la Evaluación Neuropsicológica Infantil Puebla-Sevilla. *Pensamiento Psicológico*, 1, 83-98.
- Solovieva, Y., Schneider, L., Quintanar, L. & García, G. (2017). Caracterización neuropsicológica de niños escolares paraguayos. *European Journal of Education Studies*, 3(6), 242-259.
- Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2008) *Enseñanza de la lectura: método práctico para la formación lectora*. México: Trillas.
- Solovieva, Y. & Quintanar, L. (2017). Propuesta innovadora para la introducción de la lectura en la escuela primaria. *Educación y Ciudad*, 32, 83-92.



- Strambook, M. (1983). The Luria-Nebraska neuropsychological battery: a promise that may be partly fulfilled. *Journal of Clinical Neuropsychology*, 5(3), 247-269.
- Stoet, G. & Geary, D. (2013). Sex Differences in Mathematics and Reading Achievement Are Inversely Related: Within- and Across-Nation Assessment of 10 Years of PISA Data. *PLOS ONE*, 8(3), 1-10.
- UNESCO (2016). *Aportes para la enseñanza de la lectura*. Chile: UNESCO.
- Vega, M. (1990). *Lectura y comprensión. Una perspectiva cognitiva*. Madrid: Alianza Editorial.
- Vieiro, P. & Gómez, I. (2004). *Psicología de la lectura: Procesos, teorías y aplicaciones instruccionales*. Madrid: Pearson Educación.
- Vigotsky, L. (2009). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Barcelona: Crítica.

Capítulo 10



Influencias Ambientales en la Salud Mental

Rigoberto Fernández Lima

“...el conocimiento es un proceso de interacción entre el sujeto y el medio, pero el medio entendido como algo social y cultural, no solamente físico”
Lev Vygotsky

RESUMEN

El presente capítulo aborda las principales influencias ambientales que afectan la salud mental de las personas, en un primer momento se menciona la relación entre la salud y la salud mental, es decir, entre el plano físico y el emocional en un individuo, debido a que las dos principales causas de muerte, a nivel mundial, están asociadas a fallas cardíacas, mismas que se relacionan con el estrés y los factores que lo desencadenan. Así mismo **se analizan, bajo el enfoque Socio histórico cultural**, los principales trastornos mentales y la correlación con el ambiente social y familiar. De igual manera, se describen los principales trastornos en México (Consumo perjudicial de drogas y consumo perjudicial de alcohol), la poca atención que reciben y las repercusiones sociales que esto genera como lo es el ausentismo laboral y la violencia. También **se examinan** las determinantes sociales resaltando en los primeros a la influencia de la familia, la pareja, los vecinos, el trabajo, la economía y la cultura, como los principales detonantes de la inestabilidad emocional de las personas y en los otros. Por último, se mencionan los factores de riesgo y protección, siendo los embarazos tempranos, el fracaso académico y las enfermedades algunos de los factores de riesgo; la autoestima alta y la buena crianza, factores de protección.

INTRODUCCIÓN

Concebir al ser humano como un ente único, con una forma muy particular de pensar, sentir y actuar, es incuestionable, pues la combinación de la historia de vida, el ciclo vital, la herencia genética, el componente emocional y la influencia de la cultura genera a un individuo irrepetible con diferencias individuales propias. Bajo dicho supuesto, no se puede negar el influjo que tiene el ambiente sobre el individuo y éste sobre la percepción, construcción e interpretación de su realidad y claro con su salud mental, mientras a alguien la separación con su pareja puede significarle una oportunidad para conocer nuevas personas o viajar a un lugar que nunca soñado, a otra le puede representar un luto interminable con una dolorosa pena que lo lleve a desarrollar un cuadro depresivo y perder interés por lo que antes le generaba placer.

Los paradigmas teóricos que tratan de explicar al ser humano en sus manifestaciones emocionales y conductuales son resultado de los procesos históricos y del contexto en el que están inmersos, así el psicoanálisis planteaba la existencia de fuerzas y deseos internos inconscientes como causa de las perturbaciones mentales (fijaciones o complejos sobre todo), tuvo tanta aceptación que se considera la corriente teórica precursora de la psiquiatría, además, consideró, por primera ocasión la influencia de la infancia en la personalidad adulta.

En su momento cuando los modelos conductistas tuvieron aprobación en la comunidad científica se le dio valor a lo directamente observable, medible y cuantificable, planteando que toda conducta es el resultado de estímulos externos los cuales provocan que suceda, así el organismo da respuestas adaptativas a las demandas del medio, por consiguiente, las alteraciones mentales y del comportamiento son el resultado de la influencia de factores externos al propio sujeto.

El cognoscitivismo postula que los procesos psicológicos (memoria, pensamiento, atención, lenguaje, etcétera) trabajan tanto de manera individual como coordinada en la realización de la actividad mental o social, cuando se presenta un desequilibrio en dichos procesos se presenta una alteración en el comportamiento y en la salud, por ejemplo, un trastorno en la memoria puede ocasionar una alteración en el lenguaje y éste a su vez una dificultad en las relaciones sociales por la incapacidad de comunicarse verbalmente y esto repercutir en la salud mental.

El paradigma sistémico le da el mayor peso a los trastornos mentales, a la relación que se gesta entre el individuo con su medio, principalmente con los miembros más cercanos a él, es decir su familia nuclear y extensa, siendo así las patologías el reflejo de las estructuras sociales y su reciprocidad con ellas, en su momento se llegó a considerar que la esquizofrenia del hijo era el resultado de un problema mental severo en la madre, pero dado que el sistema familiar es disfuncional todos los miembros se ven afectados, (Ochoa de Alda, 2008).

Todos los enfoques, en menor o mayor medida, le dan importancia a los aspectos biológicos, ninguno se cierra al poder de la herencia genética de los progenitores sobre sus descendientes y a la posibilidad de desarrollar un trastorno, alteración, enfermedad y disfunción mental, así mismo ninguno niega la influencia del contexto en la manifestación y prevalencia de afectaciones mentales y del comportamiento, así mismo toda expresión humana puede entenderse como una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales, influidos por la cultura y los valores vigentes en ella.

Entonces si los factores biológicos, psicológicos y sociales inciden en el pensamiento y comportamiento del ser humano también influyen en su calidad de vida, es decir en su salud; estar sano no puede entenderse como la simple ausencia de malestar o enfermedad, para un dentista una caries en cualquier pieza dental es considerada como enfermedad, para un psicólogo cualquier dificultad en el manejo emocional, es considerada también alteración, en pocas palabras, la salud debe ser entendida de manera integral, no como aspectos aislados, sin interacción entre sus componentes y esto también se aplica a la salud mental.

Todos los trastornos mentales se deben en mayor o menor medida a una combinación entre predisposición genética y detonadores ambientales y sociales derivados de las experiencias y el estilo de vida. INCyTU (2018).

Salud y salud mental

La salud en el ser humano es concebida como el equilibrio entre el hombre y su ambiente, son el producto de una interacción continua entre el mundo interno del individuo y el exterior. La OMS (2008), define la salud como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, no como la ausencia de enfermedad o de invalidez”.



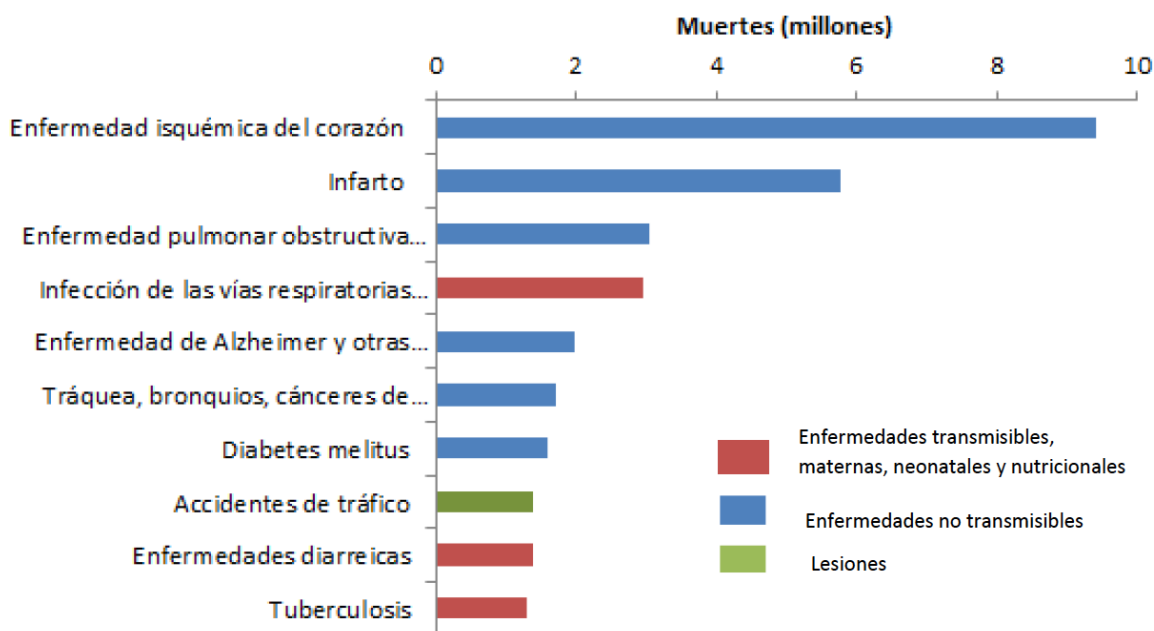
La relación entre el ambiente externo y nuestro organismo se realiza a través del ambiente interno o fisiológico, el cual está constituido por todos los líquidos orgánicos que bañan nuestras células y por intrincado mecanismo de tejidos, órganos y conexiones vasculares y nerviosas (Rózales, 2008) y un mundo exterior compuesto por la sociedad, la cultura y el ambiente. Así el mundo exterior influye en el interior, por ejemplo, si una persona descuida el aseo personal puede enfermarse y alterar el equilibrio del funcionamiento del organismo para que esté sano.

Para Tapia (2006), el estado de salud implica ideas de balance y adaptación. Un individuo “sano” es aquel que física y mentalmente funciona con armonía y al mismo tiempo este bien adaptado al ambiente físico, biológico y social en tal forma que pueda contribuir al bienestar de la sociedad de acuerdo con su capacidad.

El funcionamiento integral del ser humano tiene que ser visto como la relación entre lo físico y lo emocional, de tal manera que si una persona tiene una enfermedad, como hepatitis, la afectación, se puede decir que, se encuentra en la actividad del hígado y su dependencia con otros órganos, sin embargo el estado de ánimo de quien lo padece puede ser perturbador sin deseos de hacer nada, por otro lado, si una persona presenta un estado emocional de enojo, corporalmente se puede sentir ansiosa y presentar una sintomatología gástrica, es decir, lo físico impacta lo emocional y viceversa.

En la figura 1, se observan las principales causas de muerte en el mundo, reportadas en el 2016, se aprecia que la enfermedad isquémica del corazón y los infartos son las principales causas de muerte, causas que están relacionadas con la depresión y con el estrés. El estrés es considerado el gatillo o disparador de numerosas enfermedades cardiovasculares en individuos susceptibles: isquemia cerebral (ictus) y sobre todo miocárdica (angina de pecho, infarto sintomático o asintomático) (Fernández, 2008).

Figura 1. 10 principales causas de muerte en el mundo en 2016.



Fuente: Estimaciones de Salud Global 2016. Muertes por causa, sexo, por país y por región, 2000-2016. Ginebra, OMS.

La comprensión del ser humano como un ser biopsicosocial implica la existencia de una relación de dependencia e influencia mutua entre las distintas partes o componentes de la persona, de tal forma que el estatus de cada uno de esos elementos depende de los restantes. De lo anterior se deduce la importancia, no sólo de los aspectos físicos y biológicos, sino también de los aspectos psicosociales en el funcionamiento de la persona (De la Fuente, 2012).

Es así como se puede concebir al ser humano como un ser individual que piensa, siente y actúa de una manera particular, pero también como un ser social, que se relaciona e interactúa en todo momento con los demás, condicionado a un marco referencial de conductas, valores y principios regidos por la sociedad y la cultura en la cual está inmerso, así como por las estructuras políticas y económicas vigentes en su contexto.

Para la OMS¹¹, la salud mental incluye el bienestar emocional, psíquico y social. Afecta la forma en cómo se piensa, se siente y se actúa cuando se lidia con la vida. También ayuda a determinar cómo se maneja el estrés, la manera de relacionarse con otras personas y la toma de decisiones. La salud mental es importante en todas las etapas de la vida, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta.

De la misma forma el INCyTU (2018), menciona que el concepto de salud mental implica bienestar personal, independencia, competencia, dependencia intergeneracional y aceptación de la capacidad de crecimiento y realización a nivel emocional e intelectual.

Fernández (1994), hace referencia a las características de la salud mental positiva, las cuales son consideradas al tomar en cuenta la capacidad del individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social, de contribuir a él de modo constructivo, además de la capacidad de obtener una satisfacción armónica y equilibrada de sus propios impulsos instintivos potenciales en conflicto:

1. Logro y aspiraciones. Es decir, la capacidad de establecer metas realistas y efectuar esfuerzos activos para conseguir tales logros y aspiraciones.
2. Funciones cognitivas: la percepción realista del mundo.
3. Balance emocional, funcionamiento integrado, bienestar afectivo: se trata de reaccionar de forma “adecuada” a los estímulos y sentirse bien ya sea a nivel general o específico.
4. Ajuste social: competencia, autonomía. Se trata de un contexto sociocultural concreto de una forma autónoma, competente y “adecuada”.
5. Autoestima: el individuo se percibe a sí mismo como una persona físicamente saludable, atractivo, inteligente, etc.
6. Utilidad: la capacidad para cuidar de otros y preocuparse por ellos, lo cual conlleva un sentido de lo que se hace y el sentirse útil para algo.
7. Diseñar y alcanzar metas en un ambiente desafiante: habilidad para desarrollar y conseguir metas en un contexto estresante.

¹¹ https://www.who.int/topics/mental_health/es/



En otras palabras, una persona con una salud mental sana o positiva es aquella capaz de ser socialmente aceptada y productiva en los ámbitos en los que se desenvuelva (familia, amigos, trabajo, escuela, vecinos), adaptada a las demandas y condiciones de su mundo externo, afectivo consigo mismo y con los seres que lo rodean, propositiva en sus aspiraciones y metas personales y sobre, todo inteligente emocionalmente hablando, esto es, que se acepta tal cual es, que toma decisiones y asume sus consecuencias.

Salud mental en el mundo

La Organización Mundial de la Salud en el año 2008 realizó una investigación a nivel mundial en la que estimó que cerca de 450 millones de personas padecen algún trastorno mental o del comportamiento. Se calcula que los trastornos mentales o del comportamiento representan el 12% de la carga de morbilidad en el mundo y afectan en un momento dado al 10% de la población adulta.

Recientemente el Instituto Nacional de Salud Mental estadounidense y la Alianza Global para las Enfermedades Crónicas, con sede en Londres, lanzaron una iniciativa conocida como **“Los grandes retos de la salud mental global”** cuyo objetivo es identificar prioridades para avanzar e impactar favorablemente la vida de aquellos que viven con un trastorno mental, neurológico o relacionado con el uso de sustancias (De la Fuente, 2012).

En la tabla 1 se muestran los principales trastornos que afectan a la humanidad, las características de cada uno de ellos, así como la prevalencia estimada a nivel mundial. Los trastornos de ansiedad, la depresión y el abuso de sustancias son los que presentan mayor prevalencia 28%, 17% y entre el 5 y 20% respectivamente.

En general, los trastornos que se presentan y que afectan a las personas tienen un origen genético, sin embargo, el ambiente familiar y social juegan un papel importante para su manifestación, agudeza y prevalencia debido a la combinación de variables que se han venido mencionando a lo largo del capítulo, sería interesante identificar la relación que existe entre las mismas y determinar cómo las redes de apoyo y la intervención psicológica pueden ser fuentes de prevención en ellas.

Tabla 1. Características de los trastornos mentales.

Trastorno de ansiedad (incluye fobias)	Miedo y ansiedad anormales. En las fobias están asociadas a un detonante específico.	~ 28%
Depresión	Profunda falta de energía y motivación, incapacidad de experimentar placer, humor depresivo, pesimismo, sentimientos de culpabilidad y pensamiento lento	~ 17%
Abuso de sustancias	Abuso o dependencia de sustancias, acompañado de episodios de ansiedad durante periodos de abstinencia.	~ 5-20%
Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad	Niveles de actividad y desatención excesivos. La hiperactividad, añade inquietud física.	~ 8%
Trastorno bipolar	Fluctuaciones notorias en el humor, el pensamiento, el comportamiento, la energía y la capacidad de realizar actividades de la vida diaria. Tiene dos fases: una eufórica y alegre y otra triste y depresiva.	~ 2%
Trastorno obsesivo compulsivo	Pensamientos recurrentes e intrusivos; comportamientos repetitivos intencionales sobre los que el individuo no tiene control y que él mismo reconoce como excesivos o irrazonables.	~ 1.6%

Tabla 1. Características de los trastornos mentales.

Esquizofrenia	Tiene diferentes formas. Se caracteriza por alucinaciones, delirios e irregularidades en el pensamiento; además hay apatía, ausencia de motivación y aislamiento social.	~ 1 %
Trastornos alimenticios	La anorexia se caracteriza por un rechazo a la comida y un miedo obsesivo a engordar; en la bulimia, los pacientes comen compulsivamente para después emplear conductas compensatorias (uso de laxantes, vómito provocado, etc.).	~ 1 %
Autismo	Comunicación e interacción social deficiente; presencia de patrones de conducta o actividad repetitivos y estereotipados; puede ser de leve a severamente limitante.	~ .8%

Fuente: INCyTU (2018).

Por otro lado, el peso global de las enfermedades mentales y neurológicas, según los datos publicados por los autores de la iniciativa, los grandes retos de la salud mental global demuestran como las enfermedades quitan años de vida productiva en las personas.

Si bien la mayor parte de las enfermedades mentales que se presentan son de carácter orgánico, *la depresión, el consumo de alcohol y de drogas, el trastorno obsesivo-compulsivo y el estrés postraumático* (tabla 2), tienen un origen psicosocial, determinados en todo momento por la cultura, es decir, la influencia del medio ambiente, el tipo de relaciones que se generan entre los individuos y la forma de vida de la persona se ve reflejada en dichos padecimientos.

Tabla 2. Peso global de las enfermedades neuropsiquiátricas medidas en años de vida perdidos saludables.

ENFERMEDADES MENTALES O NEUROLÓGICAS	DALYs ¹² (millones)
1.- Depresión unipolar	65.5
2.- Consumo de alcohol	23.7
3.- Esquizofrenia	16.8
4.- Trastorno afectivo bipolar	14.4
5.- Alzheimer u otras demencias	11.2
6.- Consumo de drogas	8.4
7.- Epilepsia	7.9
8.- Migraña	7.8
9.- Crisis de angustia (pánico)	7.0
10.- Trastorno obsesivo-compulsivo	5.1
11.- Insomnio primario	3.6
12.- Estrés postraumático	3.5
13.- Enfermedad de Parkinson	1.7
14.- Esclerosis múltiple	1.5

Fuente: De la Fuente, J.R. (2012).

¹² DALYs (Disability Adjusted Life Years) mide la pérdida de años saludables, ya sea por enfermedad o lesión, se estima en función de las muertes prematuras o la discapacidad que una enfermedad determinada genera en un año.



Algunos datos dignos de ser analizados, que se presentan a nivel mundial respecto a la salud mental, son presentados por Ojeda, Navarro y Alvarado (2010), entre los que destacan:

- La depresión es la causa principal de discapacidad a nivel mundial y la cuarta de diez en morbilidad.
- Se estima que en el mundo hay 70 millones de personas dependientes al alcohol y es la causa responsable directa del 1.5% de las muertes en el mundo.
- 50 millones de personas padecen epilepsia y 24 millones esquizofrenia.
- Cada año un millón de personas se suicidan y entre 10 y 20 millones intentan hacerlo (datos registrados).
- Más de 40% de los países no disponen de una política de salud mental y en más del 30% no existe un programa dedicado a ella.
- Más del 90% de los países carecen de una política de salud mental que incluya a niños y adolescentes.

Salud mental en México

Los trastornos mentales, las alteraciones en el comportamiento o el desequilibrio emocional no son exclusivas de una región del mundo, se sabe que hay prevalencia de ciertos padecimientos en lugares determinados, por ejemplo el estrés y la esquizofrenia en las grandes urbes industrializadas; en Europa se ha llegado a registrar hasta un 12% de la población adulta con algún tipo de ansiedad, en menor o mayor grado, mientras que en China en comunidades rurales son menos del 5% los que lo llegan a presentar, Murray y López (2004).

También se sabe que existe una relación directa entre las regiones marginadas donde la pobreza abunda con padecimientos peculiares como el consumo de alcohol o de droga; por lo tanto, el ambiente, la cultura y las relaciones sociales que se gestan entre sus individuos son una causa de la prevalencia e incidencia de muchos padecimientos mentales.

En nuestro país, México, el 17% de las personas presenta al menos un trastorno mental y una de cada cuatro lo padecerá como mínimo una vez en su vida. Actualmente, de las personas afectadas, sólo una de cada cinco recibe tratamiento INCyTU (2018).

El primer hospital de salud mental en México fue el Manicomio General de La Castañeda, creado dentro de la época del Porfiriato, inaugurado en el año de 1910, cuando estalla la Revolución mexicana. El enfoque visionario del presidente era europeizar México y más la capital, el Distrito Federal; en su época dicho hospital, era de primer nivel (Becerra-Partida, 2014).

Después de 103 años, se promulgó una reforma en el ámbito psiquiátrico, así en el programa sectorial de salud 2013-2018 (Secretaría de Salud, 2015) se constituyó la Reforma Psiquiátrica la cual se construyó siguiendo tres principios:

1. El fortalecimiento de las acciones que aumentan la promoción de la salud mental, así como de la atención comunitaria, potenciando los servicios a nivel ambulatorio y reduciendo al máximo posible la necesidad de hospitalización

2. La hospitalización, cuando es requerida debe ser de estancia corta, en unidades psiquiátricas incorporadas a hospitales generales idealmente
3. La existencia de servicios de rehabilitación psicosocial y reinserción social que integren a la persona con enfermedad mental a su comunidad.

Es necesario poner en práctica los principios citados, debido a la incidencia de las enfermedades mentales y la repercusión que tienen a nivel social, al respecto, Medina-Mora y colaboradores (2003), realizaron un estudio para determinar la prevalencia de las enfermedades mentales más comunes, encontraron que el 28.6% de la población presentó algunos de los 23 padecimientos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) alguna vez en su vida, el 13.9% lo reportó en los últimos 12 meses y el 5.8% en los últimos 30 días. Los hombres presentan prevalencia más alta en cualquier trastorno en comparación con las mujeres (30.4% y 27.1%), alguna vez en su vida, sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales más elevadas para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (14.8% y 12.9%).

Los tres principales trastornos para las mujeres fueron las fobias (específicas y sociales), seguidas del episodio depresivo mayor. Para los hombres, la dependencia al alcohol, los trastornos de conducta y el abuso del alcohol (sin dependencia).

La región centro-oeste es la que presenta la prevalencia más elevada de trastornos en la vida (36.7%) explicada por el elevado índice de uso de sustancias. También su índice es el más elevado en trastornos afectivos, en los últimos 30 días (2.5%); por su parte, la región conformada por las tres regiones metropolitanas muestra la prevalencia más elevada de los trastornos de ansiedad (3.4%) y la región norte presenta mayores trastornos por uso de sustancias (1.7%). Sin embargo, solamente uno de cada 10 sujetos con un trastorno mental recibió atención; mientras que uno de cada cinco con dos o más trastornos también la recibió, y sólo uno de cada diez con tres o más trastornos fueron atendidos (Medina-Mora, 2003).

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud Mental, un 18% de la población urbana en edad productiva (15- 64 años de edad) sufre algún trastorno del estado de ánimo como ansiedad, depresión o fobia.

Al mismo tiempo, 3 millones de personas son adictas al alcohol, 13 millones son fumadores y hay más de 400 mil adictos a psicotrópicos.

Se ha documentado que entre el 1 y 2% de la población adulta ha intentado suicidarse y la tasa de suicidios consumados tiene una tendencia al alza. De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), entre 2000 y 2013, la tasa de suicidios en el país pasó de 3.5 a 4.9 casos por cada 100 mil habitantes. Los trastornos mentales son el principal factor de riesgo para suicidio y otro tipo de lesiones auto infligidas como cortaduras, quemaduras, heridas e intoxicaciones.

La información más actualizada al respecto es presentada por el INCyTU (2018), en la tabla 3 se aprecia el trastorno mental, la prevalencia a nivel nacional y la edad promedio de inicio del padecimiento, se observa, por ejemplo, que el consumo perjudicial de alcohol y drogas sobrepasan a la depresión en seis o cuatro décimas respectivamente, además las fobias específicas y el trastorno negativista desafiante tienen su origen en la infancia.



Tabla 3. Trastornos Mentales más comunes en México

Trastorno mental	Prevalencia	Edad promedio de inicio
Consumo perjudicial de drogas	7.8%	20
Consumo perjudicial de alcohol	7.6%	28
Depresión	7.2%	45
Fobia específica	7%	9
Trastorno de ansiedad de separación en la infancia	4.5%	17
Dependencia al alcohol	3.4%	19
Fobia social	2.9%	15
Trastorno negativista desafiante	2.7%	11

Fuente: INCYTU (2018).

Con los datos de la tabla 3, se observa nuevamente como la influencia del entorno es determinante en la aparición, prevalencia y mantenimiento de padecimientos mentales. Si bien, tanto en hombres como en mujeres se presentan dichas alteraciones, hay algunas más frecuentes, dependiendo del género, tales como las fobias sociales en las mujeres y el abuso en el alcohol en los hombres, ambos trastornos con un origen social, así mismo se puede notar cómo existen regiones con mayor prevalencia en algún tipo de trastorno, lo cual reafirma la teoría de la influencia de medio ambiente en la salud mental de las personas.

Es necesario resaltar que, en muchas ocasiones los padecimientos mentales incapacitan a las personas para realizar actividades cotidianas, las fobias sociales, por ejemplo, impiden socializar, a que quién la padece, como antes lo hacía, o que quién abusa de sustancias adictivas como alcohol o drogas deje de trabajar para enfocar su vida a conseguir sus estimulantes. De igual forma, puede inhabilitar a la persona a ser productiva lo que impacta en su calidad de vida y la de las personas cercanas a él.

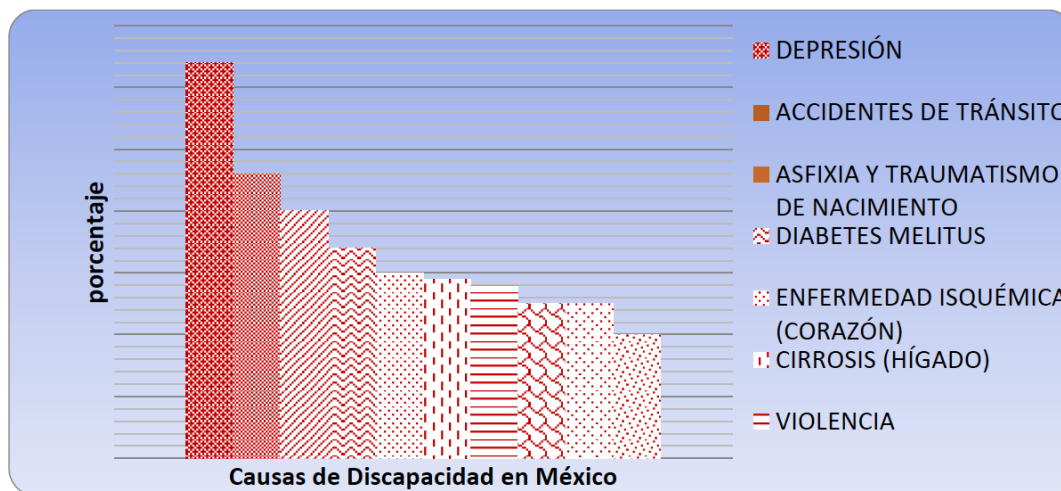
El INCyTU (2018) identifica al menos tres repercusiones de impacto social de los problemas de salud mental en México:

- Ausentismo laboral. En muchos países desarrollados, del 35 al 45% del ausentismo laboral se debe a los problemas de salud mental.
- Desmotivación y desapego. La depresión puede provocar una mayor propensión a enfermedades físicas y desapego en las responsabilidades familiares y personales.
- Violencia y riesgos. El alcoholismo y drogadicción están presentes en la mayoría de las acciones violentas (homicidios, suicidios y violencia intrafamiliar y social, pandillerismo y delitos en general, así como contagio por VIH-sida).

Al respecto, De la Fuente (2012) presenta información donde se aprecian las principales causas de discapacidad en nuestro país, argumentando que trastornos mentales, en la actualidad constituye un problema de salud pública que le cuesta a los mexicanos varios de miles de millones de pesos, que son utilizados para la atención de los padecimientos y no para la prevención.

En la figura 2 se observan tres de los padecimientos psiquiátricos asociados a la discapacidad, el principal de ellos es nuevamente la depresión; la cual puede ser originada multifactorialmente, ya sea por predisposición genética, por la influencia de la interacción con personas depresivas (la familia, sobre todo), por un evento impactante inesperado (como la muerte de un familiar o desastres natural). La depresión constituye un severo problema de salud pública que hoy por hoy, afecta entre 12 y 20% a personas adultas, es decir, entre 18 y 65 años. Autoestima baja, estrés crónico, problemas económicos, salario menor, falta de una pareja o un trabajo insatisfactorio son algunas de las razones de la larga lista en la que impera la ansiedad y tristeza extrema.

Figura 2. Principales causas de discapacidad en nuestro país.



Fuente: De la Fuente (2012).

La Secretaría de Salud (2012) enfatiza que, según el estudio “Costo Social de los Trastornos Mentales” de Pro-Voz Salud Mental, (un grupo de asociaciones no gubernamentales) realizado a 4,048 trabajadores del sector salud durante dos años, arrojó que las mujeres sufren, casi el doble, de depresión (14.4%), en comparación con los hombres (8.9%). También, las personas que han sufrido depresión mayor, alguna vez en su vida, la presentan por periodos mayores a dos semanas, en una edad aproximada de 24 años, con síntomas con estado de ánimo triste o irritable, sin interés alguno, aumento o disminución de apetito, insomnio o hipersomnio, sensación de debilidad física, sentimiento de inutilidad o culpable y pensamientos de suicidio, entre otros.

Además, se observa que la segunda causa de muerte son los accidentes de tránsito, en un gran porcentaje interviene el conducir bajo los efectos del alcohol, lo que tiene que ver con salud mental; la sexta causa, es la cirrosis hepática causada en muchos de los casos por el consumo de alcohol y la violencia están relacionados directa e indirectamente con factores de estabilidad emocional y seguramente, con futuros trastornos mentales sin no se interviene a tiempo. Es otras palabras, sin salud mental no hay salud física ni social.

En noveno lugar se encuentran los trastornos relacionados con el uso de alcohol, el consumo diario de alcohol es poco frecuente entre la población mexicana, sólo ocho de cada mil personas consumen todos los días, este tipo de consumo es más frecuente entre los hombres en una proporción de 7.5 hombres por cada tres mujeres y se incrementa con la edad (SS, CONADIC, INPRFM e INSP, 2008). La CONADIC (2008), reporta que la forma de consumo de alcohol típica en la población mexicana es de grandes cantidades (cinco copas o más para hombres



y cuatro o más para mujeres) por ocasión de consumo. Casi 27 millones (26 millones 828 mil 893) de personas de entre 12 y 65 años beben con este patrón, entre una vez al mes y diario; indicando que, aunque no beben con regularidad, cuando lo hacen, ingieren grandes cantidades lo que evidentemente genera inmediatos riesgos para su salud, su seguridad y la de otros. Por otro lado, 3 millones 986 mil 461 de personas beben grandes cantidades de alcohol una vez a la semana o con mayor regularidad (usuarios consuetudinarios).

Murray y López (2004), cambiaron el concepto de medir los costos y la carga de la enfermedad al dejar de medir mortalidad y medir discapacidad, entonces, quedó claro que el 12% de la discapacidad mundial está relacionada con trastornos mentales y del comportamiento, desafortunadamente, hoy en día aún no se le da la importancia, sino peor aún, se disminuyen los escasos recursos para tratar tan importante tarea. Desafortunadamente, falta mucho por hacer, tanto en la detección como en la atención temprana de estos trastornos, y, sobre todo, en la accesibilidad de la población a los servicios de salud mental.

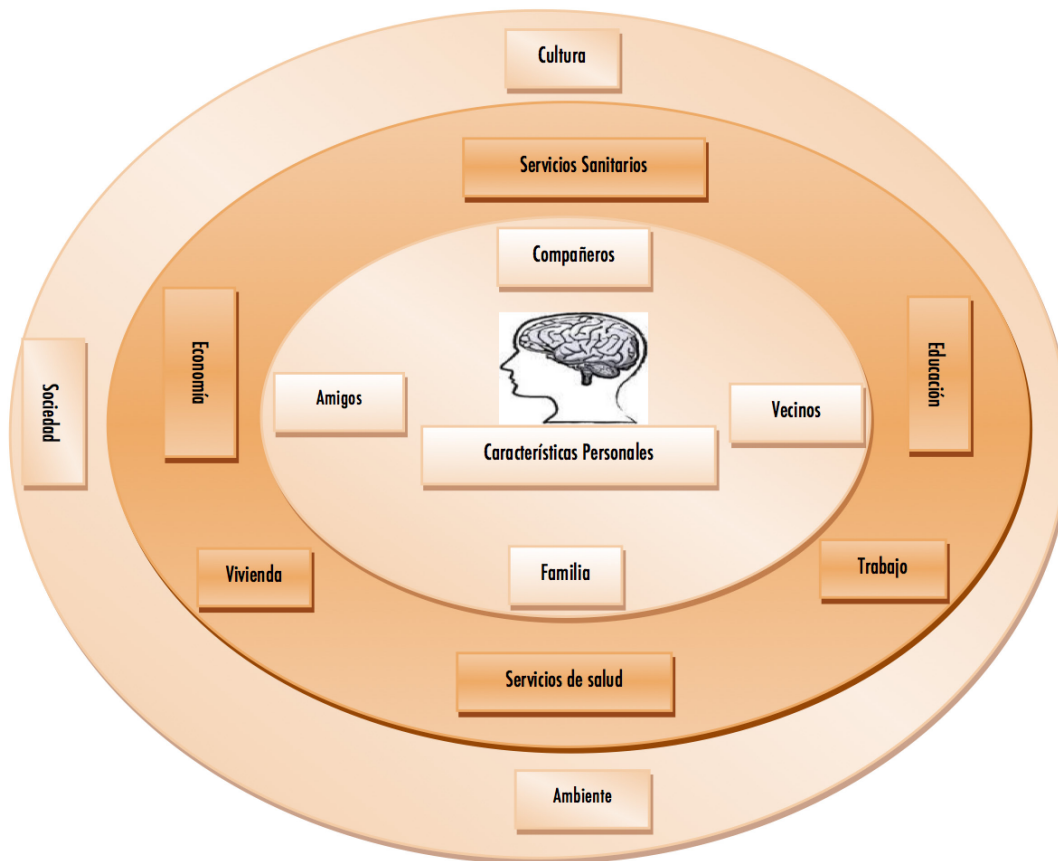
Determinantes sociales de la salud mental

¿Cuál es el origen de los trastornos mentales? ¿Qué o quién los determinan? El INCyTU (2018), identifica cuatro determinantes sociales y ambientales relacionados con la salud mental, dichos determinantes son los que teóricamente se ha identificado que influyen en la estabilidad o inestabilidad de la salud mental, se tiene que tomar en cuenta, que todos los trastornos mentales, se deben en mayor o menor medida, a una combinación entre predisposición genética, detonadores ambientales y sociales, derivados de las experiencias y el estilo de vida. Rodríguez-Yunta (2016) los define como los como aquellas circunstancias en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen.

- Familiares. Madre adolescente, padre o madre solteros, familia numerosa, modelos con rol antisocial, violencia familiar, familia disfuncional, divorcio o separación, negligencia con el cuidado del niño, experiencias de rechazo; padres en situación de desempleo prolongado, abuso de sustancias y/o con problemas mentales.
- Escolares. Peleas/riñas, carencia de vínculos afectivos en la escuela (amigos y maestros), manejo inadecuado de la conducta, fracaso o deserción escolar, cambios de escuela, relaciones insatisfactorias, falta de expectativas, expectativas falsas.
- Sociales. Desventaja socioeconómica, discriminación social y cultural, violencia y criminalidad en la zona de vivienda, condiciones inadecuadas de la vivienda, falta de servicios de apoyo como transporte y lugares de recreo, aislamiento social.
- Eventos. Abuso físico, sexual y emocional, muerte de un familiar, enfermedad, desempleo, falta de hogar, encarcelamiento, pobreza, accidentes de trabajo, responsabilidad en el cuidado de un enfermo o discapacitado, guerra, violencia o desastres naturales.

De la misma forma, De la Fuente (2012), esquematiza los componentes sociales en la salud mental los cuales se pueden observar en la figura 3, además, se puede apreciar la cercanía que cada componente tiene con el individuo, es necesario resaltar que el esquema que se presenta no se hace de manera jerárquica, es decir, la cercanía de las determinantes con el sujeto pueden impactar de manera distinta, depende principalmente del individuo, de su historia vital evolutiva, de las características individuales y sobre todo de su esquema de valores.

Figura 3. Componentes sociales de la salud mental.



Fuente: De la Fuente (2012).

Como se puede apreciar que el individuo es considerado con una persona única con características propias que lo distinguen de las demás personas, dicha propuesta sugiere que si bien existe una predisposición genética en el individuo será la interacción de ésta con los aspectos ambientales la que determine la conducta final.

En la segunda esfera se observa a la familia: El primer contacto social que el individuo tiene al nacer es directamente con la familia, la cual es definida por la OMS (2014)¹⁴, como “los miembros del hogar emparentados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio”, la familia es indispensable para el aprendizaje social de la persona pues estas deben de cumplir con demandas de satisfacción de necesidades biológicas y psicológicas de los hijos, socialización, bienestar económico y mediadora con otras estructuras sociales.

En psicología se usa de manera recurrente la prueba denominada “El test de la familia” hay dos autores que la implementaron con aceptación en la comunidad científica de la disciplina, Louis Corman (1961) y Lluís Font (1978). La prueba del dibujo es una de las técnicas exploratoria de la afectividad infantil¹⁵ que goza de mayor popularidad,

¹⁴ https://www.who.int/social_determinants/es/

¹⁵ La prueba también se aplica en adultos, tiene gran aceptación como test proyectivo dada la influencia de la familia en la construcción de la identidad del individuo en los primeros años de vida.



en la cual se enfatiza el aspecto proyectivo emocional. Esta prueba evalúa clínicamente como el individuo percibe subjetivamente las relaciones entre los miembros de la familia y como se incluye él en este sistema. De igual forma, permite investigar sobre aspectos de la comunicación del sujeto con otros miembros de la familia y de los miembros restantes entre sí, partiendo del supuesto que en dicho ámbito se establecen las bases de la estabilidad o del desequilibrio emocional del infante, aspecto que se mantendrá durante la edad adulta.

Los amigos, vecinos y compañeros también se encuentran en la segunda esfera, ellos son personas significativas para el sujeto, son las personas con las cuales se socializa de manera cotidiana, son los directamente influyentes en las ideas, esquemas mentales y pensamientos del individuo, además son las personas con los cuales la persona pasa tiempo, dedica espacio y convive periódicamente.

El tercer ámbito en el que se encuentran inmersos los componentes sociales de la salud mental está relacionado con los servicios y oportunidades de crecimiento y estabilidad de la persona:

- **Vivienda:** tener un lugar donde habitar con condiciones ideales para hacerlo es fundamental para la salud mental, no es lo mismo vivir en una colonia popular del oriente en la ciudad de México, donde la escasez de agua es permanente, con calles sin pavimentar y en una construcción improvisada de materiales frágiles, que hacerlo en una zona residencial, donde el agua se usa hasta para regar el césped, con calles empedradas y mansiones ostentosas.
- **Empleo:** Contar con un empleo remunerado con oportunidades de crecimiento y permanencia es considerado esencia en la vida del ser humano, esta actividad es de suma importancia ya que no solo satisface necesidades económicas, sino que posee un significado psicológico como la motivación positiva y el desempeñar un rol dentro de la sociedad que son necesidades psicosocioculturales del ser humano. En definitiva, en trabajo es uno de los vínculos principales entre las metas individuales y los objetivos colectivos. Herrera (2011).
- **Educación: Proceso de socialización** de los individuos. Donde al educarse, una persona asimila y aprende conocimientos. La educación también implica una **concienciación cultural y conductual**, en que las nuevas generaciones, adquieren los modos de ser de generaciones anteriores, además de ser vista como una oportunidad de adquirir conocimiento y aplicarlo de manera productiva, por ello es otro factor fundamental para el sujeto.
- **Economía:** Tener estabilidad económica, contar con los recursos monetarios para enfrentarse a las vicisitudes del consumismo voraz es un factor que interviene en la salud de las personas, en un estudio clásico realizado en Estados Unidos, Brenner, (citado en Revista Panamericana de la salud, 2004), señaló que el sentimiento de fracaso producido por vicisitudes como el desempleo pueden desencadenar actitudes y procesos que lleven a la hospitalización. Esto significa que las decisiones que afectan la economía nacional o de una región tienen repercusiones profundas en el estado mental de los individuos.
- **Los servicios de salud y los servicios sanitarios:** Repercuten en la salud mental, por el aspecto vital que de ellos depende, en México se habla de avanzar en la construcción de un programa de salud universal para que el 100% de la población cuente con servicios de salud, aun así, la salud mental no figura como prioridad, el programa está enfocado a la salud física y a la prevención de esta (Gobierno de la República 2013).

En la última esfera se encuentran las construcciones sociales que influyen directamente sobre el individuo por su peso ancestral, pues tanto la cultura, el ambiente y la sociedad están previamente establecidas al nacimiento de la persona.

Por medio del proceso de socialización e individuo es enseñado a comportarse mediante patrones culturales repetitivos, siendo moldeado por los contextos donde esas culturas se desarrollan. La cultura, la sociedad y el ambiente interactúan de manera indisoluble para determinar cuál de los muchos caminos de la conducta cotidiana se ejecuta, hasta convertirse en pautas de comportamientos aceptados en las rutinas sociales.

Sociedad

México ha tenido avances económicos en ciertos sectores de la población, también es cierto que se han provocado desequilibrios en otras regiones y sectores de la población, mientras algunos microempresarios han visto un crecimiento económico aceptable, campesinos, obreros y desempleados siguen sumergidos en el olvido de las políticas públicas. La crisis económica, la sobreexplotación de los recursos naturales, el crecimiento acelerado de la población, el flujo migratorio campo-ciudad, el paso de migrantes de otros países por el nuestro, la falta de servicios básicos de sanidad y salud son algunos ejemplos de factores que influyen en la polarización social de ciertas regiones lo cual causa un efecto importante en la calidad de vida, en el bienestar de las familias y en la sociedad en general.

Cultura

La salud mental es una construcción conceptual que tiene un origen social y cultural ya que existen variaciones al respecto que están en función de cada sociedad, así se pueden encontrar culturas que ven a las personas con delirios y alucinaciones como deidades encarnadas y con poderes curativos, y en otras como enfermos mentales.

La cultura se mantiene y reproduce de generación en generación, gracias a los roles que desempeñan las personas en los círculos sociales, a las expectativas que se plantean sobre el individuo, al conjunto de valores, creencias, además de las normas de conducta y la percepción de la realidad de los miembros que la componen. Ojeda, Navarro y Alvarado (2010) plantean que la cultura surge de una dinámica compleja o una red de retroalimentación a través de los cuáles, valores, creencias, y normas de conducta se modifican y se sostienen constantemente. Los valores y creencias de una cultura afectan a su cuerpo de conocimientos y contribuye a la interpretación de experiencias de sus propios miembros y deciden cuando una clase de conocimientos es significativa o no. El sistema de valores y creencias compartidos crea una identidad y la identidad el sentido de pertenencia. El comportamiento de las personas está moldeado y regido por su identidad cultural, refuerza su sentido de pertenencia y así su cultura está inmersa en el modo de vida de las personas, por lo que la identidad cultural refuerza las defensas al crear un significado. Los procesos culturales caracterizados por relaciones de poder, sumisión, demasiado compensatorios o coercitivos originan inadecuados procesos de culturización en las personas. El poder se une a la explotación, carece de autoridad. Para muchas personas el ejercicio del poder conlleva elevadas recompensas emocionales y materiales, dando origen a alteraciones como, por ejemplo, el estrés.

Ambiente

La problemática ambiental a la que se enfrenta la gente no solo se refiere a los temas de contaminación, sino también aquellos que afectan la salud física y mental, el ser humano por excelencia vive y se desenvuelve en un ambiente en particular, que a la vez va a ser considerado como un factor determinante de su salud y de su



calidad de vida, tanto en lo positivo como en lo negativo. El entorno social donde la gente se relaciona es un factor fundamental en la alteración prevalencia, mantenimiento de la salud mental, actualmente en nuestro país la gente vive la delincuencia en la mayor parte de sus ámbitos sociales, el Centro de Investigación para el Desarrollo presentó información recaba sólo en el año 2012 (CICAED, 2013), en la que se puede apreciar el impacto que la inseguridad ha generado en la dinámica social en nuestro país, así en la Tabla 4 se observa los delitos más comunes y el orden de impacto que genera en la sociedad:

Tabla 4. Impacto social en función de los delitos.

Orden de impacto	Delito
1	Secuestro
2	Homicidios dolosos
3	Lesión dolosa con arma blanca
4	Extorsión
5	Robo sin violencia a transeúnte
6	Robo con violencia a transeúnte
7	Robo con violencia a vehículo
8	Robo sin violencia a vehículo

Fuente: CIDAC (2013).

A partir de la ola de violencia en México, el 44% de los ciudadanos dejó de salir de noche, el 25% de tomar un taxi, y el 21% de ir a comer o a cenar (INEGI 2013). Las empresas elevaron sus costos de seguridad a más de 11 %, mientras que el gasto público en seguridad de 2010 del Gobierno Federal representó seis veces aquel de 2005. Puede ser que los índices delictivos, en general, no se elevaran lo suficiente para justificar ese incremento de recursos. Sin embargo, cuando se analiza el efecto de los delitos, es posible observar que sólo unos cuantos son capaces de alterar toda la dinámica social (CIDAC, 2013).

Factores de riesgo y prevención

La promoción de la salud mental tiene como objetivos proteger, promover y mantener el bienestar emocional y social y crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicológico y psicofisiológico óptimo, así como potenciar la salud mental respetando la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad de las personas.

La Organización Mundial de Salud en colaboración con las universidades de Nijmegen y Maastricht (2004) elaboraron un documento sobre la prevención de las enfermedades mentales con la finalidad de informar a los ciudadanos sobre los principales riesgos que afectan a la población para desarrollar algún padecimiento relacionados a la salud mental, en dicho documento se plantea que los factores de riesgo y de protección individuales y relacionados con la familia pueden ser biológicos, emocionales, cognitivos, conductuales, interpersonales o relacionados con el contexto familiar.

Pueden tener su mayor impacto en la salud mental durante períodos sensitivos a lo largo de la vida e incluso pueden tener impacto a través de generaciones. Por ejemplo, el abuso de menores y la enfermedad mental de los padres durante la infancia y niñez temprana pueden conducir a depresión y ansiedad en períodos posteriores en la vida adulta, así como también en las siguientes generaciones, aunque la seguridad del afecto y el apoyo social de la familia pueden reducir dichos riesgos.

En dicho documento se plantean los factores de riesgo y de protección para los trastornos mentales, los cuales se aprecian, ver tabla 5.

Tabla 5. Factores de riesgo y protección de los trastornos mentales.

Factores de riesgo	Factores de protección
Fracaso académico y desmoralización estudiantil	Capacidad para afrontar el estrés
Déficits de atención	Capacidad para enfrentar la adversidad
Cuidar a pacientes crónicamente enfermos o dementes	Adaptabilidad
Abuso y abandono de menores	Autonomía
Comunicación anormal	Estimulación cognitiva temprana
Embarazos tempranos	Ejercicio
Abuso a ancianos	Sentimientos de seguridad
Inmadurez y descontrol emocional	Sentimientos de dominio y control
Uso excesivo de sustancias	Buena crianza
Exposición a la agresión, violencia y trauma	Alfabetización
Conflicto familiar o desorganización familiar	Apego positivo y lazos afectivos tempranos
Soledad	Interacción positiva entre padres e hijos
Bajo peso al nacer	Habilidades de resolución de problemas
Clase social baja	Conducta prosocial
Enfermedad médica	Autoestima
Desbalance neuroquímico	Destrezas vitales
Enfermedad mental de los padres	Destrezas sociales y de manejo de conflictos
Abuso de sustancias por parte de los padres	Crecimiento socioemocional
Complicaciones perinatales	Manejo del estrés
Pérdida personal — duelo	Apoyo social de la familia y amigos
Incompetencia social	
Eventos de mucha tensión	
Consumo de sustancias durante el embarazo	

Fuente: OMS (2014).

La prevención de los trastornos mentales se enfoca en aquellos determinantes que ejercen una influencia causal, predisponiendo la aparición de los trastornos mentales, por lo tanto, se debe entender que los factores de riesgo están asociados con una mayor probabilidad de aparición de la enfermedad, mayor gravedad y mayor duración de los principales problemas de salud. Los factores de protección se refieren a las condiciones que mejoran la resistencia de las personas a los factores de riesgo y trastornos. Por lo tanto, no puede haber prevención sin promoción, una promoción dirigida a la población en su conjunto identificando en cada comunidad tanto los factores de riesgo como de protección.

El objetivo de dicho documento es concientizar a la población para la prevención en el desarrollo de los padecimientos mentales, así como comprometer a los países a generar políticas públicas capaces de difundir con acciones capaces de llegar a una prevención de los trastornos mentales, con intervenciones efectivas y opciones de programas y políticas internacionales basadas en evidencia para prevenir los trastornos mentales y de conducta, para la promoción y prevención.

Como se observa, son muchos los factores que determinan la salud mental en la persona, pero también existen grupos vulnerables en México propensos a desarrollar trastornos, patologías o simplemente a padecer una condición que influya en la estabilidad mental, los principales mencionados por el INCyTU (2018) son:



- Familias en situación de pobreza. Mayor riesgo de depresión, trastornos de ansiedad, estrés.
- Individuos desempleados. Mayor riesgo de depresión.
- Adultos en plenitud. La edad avanzada está asociada con el riesgo de demencias; además, suelen ser víctimas de maltrato, abandono e indiferencia.
- Víctimas de violencia y abuso. Desarrollo de depresión, estrés post-traumático, drogadicción y trastorno de ansiedad.
- Población rural. Debido a una mayor prevalencia del abuso en el consumo de alcohol, embarazos adolescentes, depresión y limitaciones en el desarrollo de las funciones cerebrales superiores.
- Niños y niñas en situación de calle. Uso de drogas, violencia social, abuso sexual, prostitución y explotación. Ocasiona retraimiento emocional, ansiedad, depresión y problemas para relacionarse.
- Personas con discapacidad. Mayor riesgo de desarrollar desajustes psicosociales o experimentar desintegración familiar.
- Madres adolescentes. Falta de información sobre educación sexual y reproductiva, familias disfuncionales, consumo de drogas, etc.
- Población migrante. Víctima de discriminación, pérdida de apego familiar, estrés, pérdida de identidad, autodevaluación.

Ante ello, el panorama no parece favorable para la población, sin embargo, así como hay acciones de atención, también la hay de prevención, por ejemplo, las actividades de promoción de salud mental implican la creación de condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico buscando lograr una salud mental positiva, mejorar la calidad de vida y reducir la diferencia en expectativa de salud entre países y grupos. Es un proceso habilitador que se realiza con y para las personas.

Considerar la prevención de los trastornos mentales como una simple acción es un error, debe ser contemplada como una visión indispensable de los derechos humanos ya que es un problema de salud pública que afecta no sólo al propio individuo, sino a terceras personas, como la familia y la propia sociedad en general (World Health Organization, 2005).

Para la OMS (2014), la prevención de los trastornos mentales debe ser vista en tres ejes para impactar en la sociedad y para tener evidencias de dicho impacto:

Prevención universal: son aquellas intervenciones que están dirigidas al público en general o a un grupo completo de la población que no ha sido identificado sobre la base de mayor riesgo.

Prevención selectiva: se dirige a individuos o subgrupos de la población cuyo riesgo de desarrollar un trastorno mental es significativamente más alto que el promedio, según evidencia comprobada por los factores de riesgo psicológico o social.

Prevención indicada: se dirige a las personas en alto riesgo que son identificadas como personas con signos o síntomas mínimos, pero detectables, que pronostican el inicio de un trastorno mental, o marcadores biológicos que indican la predisposición para desarrollar trastornos mentales, pero que, en ese momento no cumplen con el criterio para trastorno mental.

La salud mental es indispensable y no sólo para la persona sino para la sociedad en su conjunto, como se observó, existen un sin fin de variables que al conjugarse propician el ambiente indicado para alterar la estabilidad mental, en el presente escrito, se pretendió abordar dichas variables, así como la descripción las de repercusiones a nivel personal y social, también se presentaron los factores de riesgo y los factores de protección de los trastornos mentales, por último se hizo mención de los grupos vulnerables en México y de las condiciones que favorecen el desarrollo de padecimientos mentales, al final se mencionó algunas forma de prevención, aspectos que no son parte del sistema de salud de nuestro país.

CONCLUSIONES

En la sociedad actual, acelerada y consumista al extremo donde las conductas aparentemente cotidianas como las compras, el trabajo, el sexo, los videojuegos, las apuestas pueden llegar a presentarse como adicciones debido a que dichas conductas son susceptibles a ser adictivas ya que generan un estado de gratificación inmediata. El problema radica en la relación que pueda llegar a establecerse entre el individuo, esa conducta gratificante reiterada y el medio ambiente como reforzador de la conducta.

El humano, debido a la dinámica de vida que lleva, el contexto en el que se desenvuelve y las demandas culturales que la sociedad espera de él, lo vuelve vulnerable a padecer y mantener constantes alteraciones en su salud, muchas de las cuales se gestan en el plano mental.

Las condiciones de vida de las personas son otro factor a considerar, pues no es lo mismo vivir en una demarcación donde la delincuencia está presente en la mayor parte de los espacios públicos y haber sufrido asaltos o presenciar balaceras, que vivir en un lugar donde la gente se siente segura, por ejemplo en Baja California Sur el 96.7% de su población se siente segura ante la delincuencia organizada, mientras que, en Guerrero sólo el 16.3% se siente de la misma forma ante tal situación (CIDAC, 2012).

Así mismo la posición que se tiene en relación con los hermanos, o ser hijo único es una determinante que también influye en la salud mental de la persona, tener un empleo que satisfaga las necesidades básicas de alimentación, techo y diversión. Son muchos los factores ambientales que determinan en cierta medida la estabilidad física, mental y social del individuo, de igual forma las características individuales juegan un papel relevante en dichos padecimientos pues mientras a una persona la separación con su pareja puede darle estabilidad y hacerlo sentir bien, a otra lo puede sumergir en una fuerte depresión o llevarlo al suicidio.

Lo importante es saber que existen modelos teóricos enfocados a la prevención de dichos padecimientos, sobre todos aquellos que tienen un origen social, es decir, influenciados por el ambiente, si bien algunos de ellos pueden deberse a la interacción de fuerzas genéticas, como la depresión, también es necesario un entorno favorable para que se manifieste, de tal forma que si hay condiciones favorables en la familia y el entorno del individuo puede no desencadenarse dicho padecimiento.



Llevar a cabo programas de prevención en relación a la salud mental en las sociedades no es fácil, no es una receta que se aplique con pasos sistemáticos, más bien depende de las personas involucradas, de las condiciones de vida de las mismas y sobre todo de un esfuerzo coordinado entre la sociedad, los programas de salud, la educación, las comunidades y en todos los espacios públicos, pero sobre todo un cambio en la visión social sobre los padecimientos mentales, es decir, no estigmatizarlos como exclusivos de una parte de la población que debe estar encerrados en psiquiátricos.

La OMS en conjunto con las universidades de Nijmegen y Maastricht (2008) proponen una serie de pasos a seguir para poder como prioridad en los programas de políticas preventivas para su efectividad e impacto en la sociedad:

1. La prevención de los trastornos mentales es una prioridad de salud pública.
2. Los trastornos mentales tienen múltiples determinantes; la prevención necesita ser un esfuerzo de muchas ramificaciones.
3. La prevención efectiva puede reducir el riesgo de desarrollar trastornos mentales.
4. La implementación debe guiarse sobre la base de evidencia disponible.
5. Los programas y políticas exitosos deben estar ampliamente disponibles.
6. El entendimiento de la evidencia para lograr efectividad necesita mayor expansión.
7. La prevención necesita ser sensitiva a la cultura y a los recursos disponibles en los países.
8. Los resultados basados en la población requieren inversiones de recursos humanos y financieros.
9. La prevención efectiva requiere vínculos intersectoriales.
10. La protección de los derechos humanos es una estrategia esencial para prevenir los trastornos mentales.

Los trastornos mentales y de conducta no son propios de un grupo especial: se encuentran en personas de todas las regiones, todos los países y todas las sociedades. Los trastornos mentales y de conducta están presentes en cualquier momento del tiempo en aproximadamente el 10% de la población adulta a nivel mundial. Una quinta parte de los adolescentes menores de 18 años padecerá de algún problema de desarrollo, emocional o de conducta, uno de cada ocho tiene un trastorno mental en menor o mayor medida, es así como se justifica la implementación de programas oportunos para difundir y prevenir desde la infancia hasta la vida adulta.

Para reducir la carga a la salud y la carga social y económica de los trastornos mentales, resulta esencial que los países y regiones presten mayor atención a la prevención y promoción de la salud mental al nivel de formulación de políticas, legislación, toma de decisiones y asignación de recursos dentro del sistema general de atención de salud.

Sin bien, no podemos tener el control absoluto de las variables ambientales para evitar las enfermedades relacionadas con el funcionamiento cognitivo, el autocontrol de impulsos o el manejo de las emociones, si podemos promover condiciones más justas para la población, una distribución más equitativa de la riqueza mundial, mejores

condiciones de vida para las personas con empleos remunerados acordes a sus necesidades, una educación de calidad que promueva la convivencia pacífica en todos los sentidos, el uso de las tecnologías de la información y la comunicación como promotores de la salud mental y no como distractor social ni como manipulador mental, la promoción de relaciones interpersonales sanas, sin un sentido de pertenencia de unos sobre otros, pero sobre todo la construcción paulatina de una sociedad que valore a las personas por el aporte a la social en sus comunidades, por lo que en esencia es como persona y no una sociedad que valora al individuo por lo que tiene.

REFERENCIAS

- Becerra-Partida OF. (2014). La salud mental en México, una perspectiva, histórica, jurídica y bioética. *Pers.bioét.*; 18(2). 238-253.
- Centro de investigación para el Desarrollo A.C. (2013). 8 delitos primero. Índice delictivo. México: CIDAC
- CONADIC (2008). Quinta Encuesta Nacional de Adicciones 2008. Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Corman, L. (1961). *El test del dibujo de la familia*. Buenos Aires: Centro Editor Argentino.
- Comisión Nacional contra las Adicciones. (2011). *Programa contra el alcoholismo y el abuso de bebidas alcohólicas: 2011-2012*. México: Gobierno Federal, Salud.
- De la Fuente, J.R. (2012). *Salud mental y medicina psicológica*. México: McGraw Hill.
- Fernández, L. (1994). *Manual de psicología preventiva. Teoría y práctica*. México: Siglo XXI.
- Fernández, C. (2008). *El estrés en las enfermedades cardiovasculares. Libro de salud cardiovascular*. Madrid España.
- Gobierno De La República. (2013). Plan Nacional de Desarrollo 2013-2018. México: Poder Ejecutivo Federal.
- Herrera, Y. A. (2011). *Salud mental en una muestra de empleados y desempleados*. Tesis para obtener el grado de licenciado en psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- INCyTU (2018). Salud mental en México. *FCCyT 7*, 1-6.
- Medina-Mora, M. (2003). *Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios*. Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Revista de Salud Mental*, (26), 2-4
- Murray C, J,& López A,D (2004). *La mortalidad por distintas causas en ocho regiones del mundo: la carga global de Estudio de Enfermedades*. Escuela de Harvard de Salud Pública de Boston, Massachusetts, EE.UU..
- Ochoa de Alda, I. (2008). *Enfoques en terapia familiar sistémica*. España: Gedisa.



- Ojeda, M, Navarro, M, & Alvarado, D. (2010). *Diversidad cultural y salud*. Biblioteca Virtual de derecho, economía y ciencias sociales
- OMS (2016). *Estimaciones de Salud Global. Muertes por causa, sexo, por país y por región, 2000-2016*. Ginebra.
- OMS (2014). *Prevención de los Trastornos Mentales. Intervenciones Efectivas y Opciones de Políticas*. Ginebra
- OMS (2008). 51ª Asamblea Mundial de la Salud es necesario sustituir el texto que aparece en las páginas 1-18 de la 45ª edición de Documentos básicos.
- Rodríguez-Yunta, E. (2016). Determinantes sociales de la salud mental. *Rol de la religiosidad. Pers.bioét.*; 20, (2), 192-204.
- Rózales, S. (2008). *Importancia del papel del psicólogo en el equipo multidisciplinario de salud mental en México*. Tesis de licenciatura en psicología. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Secretaria De Salud (2015). Programa sectorial de salud 2013-2018. Programa de acción específico. México: gob.mx
- Tapia, R. (2006). *El manual de la salud pública*. México: InterSistemas Editores.
- World Health Organization (2005). *Prevention of Mental Disorders Effective Interventions and Policy Options* Geneva: Summary report.

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 ConTLA, Santa Cruz Tlaxcala.

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



9786073030151