

LOS SÍNTOMAS DE NUESTRA ÉPOCA

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA SOBRE SALUD MENTAL

Coordinadores

Andrea Carolina Ortega Núñez

Anahí Citlalli Barraza Cárdenas

Autores

Mildred del Carmen De la Cruz Valenzuela, Eunice Rebeca Aké Canché, Laura Beatriz Bello García, Liliana América Ortiz Guevara, Karla Guadalupe Torres Góngora, Wilbert Francisco Pren Valdéz, Josefina Ku Cumi, Margely Haydee Ochoa González, Lizbeth Melissa Culebro Gallegos, Silvia del Socorro Cambranis Cutz, Ruth Baledón Rodríguez, Rita María Puga Azcorra, Nayeli Guadalupe Blancas Cruz, Mariana Echeverría Zavala, Jeffrey Alexis Basurto Aceves, Itzael Iván Reyes Cruz, Carolina del Rocío Trejo Torres, Azalea del Carmen Pech Balam, José de los Reyes Herrera Vázquez

ISBN: 978-607-99329-0-9



9 786079 932909

LOS SÍNTOMAS DE NUESTRA ÉPOCA

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA SOBRE SALUD MENTAL

Coordinadores

Andrea Carolina Ortega Núñez
Anahí Citlalli Barraza Cárdenas

Autores

*Mildred del Carmen De la Cruz Valenzuela
Eunice Rebeca Aké Canché
Laura Beatriz Bello García
Liliana América Ortiz Guevara
Karla Guadalupe Torres Góngora
Wilbert Francisco Pren Valdéz
Josefina Ku Cumi
Margely Haydee Ochoa González
Lizbeth Melissa Culebro Gallegos
Silvia del Socorro Cambranis Cutz
Ruth Baledón Rodríguez
Rita María Puga Azcorra
Nayeli Guadalupe Blancas Cruz
Mariana Echeverría Zavala
Jeffrey Alexis Basurto Aceves
Itzael Iván Reyes Cruz
Carolina del Rocío Trejo Torres
Azalea del Carmen Pech Balam
José de los Reyes Herrera Vázquez*

2

LOS SÍNTOMAS DE NUESTRA ÉPOCA
INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA SOBRE SALUD MENTAL

Primera edición Mayo 2021

Editorial
Centro de Estudios
Clínica e Investigación Psicológica
CÉCIP

Edición digital.
No se permite la reproducción
total o parcial de esta obra,
ni su incorporación a un sistema digital
978-607-99329-0-9 sin autorización previa
y por escrito de los titulares de Copyright.
La infracción de dichos derechos puede
constituir un delito
contra la propiedad intelectual.

ISBN: 978-607-99329-0-9

Hecho en México
Made in México

ÍNDICE

	Página
<u>Trastorno del Espectro Autista y Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</u>	
La importancia de los Pre-Comunicadores del Lenguaje Verbal en niños con Trastorno del Espectro del Autismo en etapa de Preescolar. <i>Mildred del Carmen De la Cruz Valenzuela</i>	Pág. 9
Pruebas de apoyo para el diagnóstico del trastorno del espectro autista en la edad temprana. <i>Eunice Rebeca Aké Canché</i>	Pág. 26
El Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y la Ley del Padre <i>Laura Beatriz Bello García</i>	Pág. 41
<u>Depresión, ansiedad y estados emocionales</u>	
Estado de ansiedad en niños y niñas en condición de confinamiento por COVID-19. <i>Liliana América Ortiz Guevara y Karla Guadalupe Torres Góngora</i>	Pág. 53
La ansiedad y el aprovechamiento académico de los universitarios en tiempos de confinamiento por covid-19. <i>Wilbert Francisco Pren Valdéz, Josefina Ku Cumi y Margely Haydee Ochoa González</i>	Pág. 63
Estado emocional de pacientes recuperados post COVID-19 <i>Lizbeth Melissa Culebro Gallegos y Silvia del Socorro Cambranis Cutz</i>	Pág. 71
Trastorno Depresivo Persistente, en mujer adulta mexicana <i>Ruth Baledón Rodríguez, Rita María Puga Azcorra y Nayeli Guadalupe Blancas Cruz</i>	Pág. 76
<u>Estrategias de intervención, rehabilitación y alteraciones neuropsicológicas</u>	
Perfil y propuesta de rehabilitación neuropsicológica de una pre-adolescente con trastorno de las funciones ejecutivas <i>Mariana Echeverría Zavala</i>	Pág. 87
Estrategias de intervención neuropsicológicas aplicadas a una paciente de 5 años con problemas de impulsividad y ansiedad. <i>Jeffrey Alexis Basurto Aceves e Itzael Iván Reyes Cruz</i>	Pág. 112

<u>Educación y Metacognición</u>	
La experiencia de vida y desarrollo de la sexualidad entre adolescentes con y sin educación religiosa. <i>Carolina del Rocío Trejo Torres y Azalea del Carmen Pech Balam</i>	Pág. 123
Procesos metacognitivos y comprensión lectora en estudiantes universitarios de México y Colombia. <i>José de los Reyes Herrera Vázquez</i>	Pág. 136

PRESENTACIÓN

Una mirada integradora

En un momento histórico de cambios rápidos e incertidumbre constante, la salud mental hoy más que nunca es una latente necesidad de cuidado y atención en todos los seres humanos. Ante la constante de la impermanencia de los últimos años, este libro se propone ofrecer una recopilación desde diferentes visiones de múltiples y experimentados investigadores, las vivencias sintomáticas de nuestra época.

Pasando por dos de los diagnósticos más comunes en los infantes hoy en día que son los Trastornos del Espectro Autista y los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad, ofreciendo desde la visión psicoanalítica una luz profunda y diferente a cada uno de estos, haciendo un análisis de los pre comunicadores del lenguaje y las pruebas de diagnóstico como herramientas que faciliten el tratamiento psicológico en los infantes.

Considerando el aumento de diagnósticos de este tipo, la autora Eunice Aké, ofrece una forma de diagnóstico del espectro autista de importancia inigualable ante la confusión muchas veces constante de especialistas sobre diagnósticos certeros de este tipo de trastornos.

Algo similar que ocurre con los diagnósticos de Déficit de Atención e Hiperactividad que estadísticamente son muy altos pero que en la mayoría de los casos el único tratamiento administrado para estos infantes es el farmacológico, por lo cual la autora Laura Bello realiza una propuesta terapéutica que de contrapeso al tratamiento farmacológico como única opción.

Transitando posteriormente por temáticas de relevancia actual como la depresión, la ansiedad y la relación de estos padecimientos con la pandemia reciente de COVID-19 que ha llegado a exacerbar las psicopatologías cotidianas de la sociedad, así como las afectaciones en mujeres y niños a raíz del confinamiento.

La exposición continua a múltiples estresores puede ocasionar alteraciones emocionales, sin importar la edad o el sexo, siendo la depresión y ansiedad las que mayores impactos tienen en los estados emocionales sobre todo en esta época. Desde una perspectiva científica los autores de estos textos abordan el complejo entramado de consecuencias emocionales que atraviesa la humanidad actualmente.

A esto se suman las interesantes investigaciones sobre alteraciones neuropsicológicas con adolescentes, exponiendo múltiples estrategias de intervención para una mejor rehabilitación que genere progreso en las funciones ejecutivas y emocionales de adolescentes; entre ellas la propuesta para el trabajo de la impulsividad y la ansiedad relacionada con el consumo de cannabis.

Finalizando con las investigaciones educativas que abordan puntualmente la incógnita que existe sobre la sexualidad y la educación religiosa y la comprensión lectora en estudiantes universitarios. Contemplando en el caso de la comprensión lectora que es una de las críticas más comúnmente hechas por los docentes en la actualidad, ya que la invasión tecnológica que tienen los educandos continuamente ha cambiado la forma de aprender.

Una buena educación desde la temprana edad ayudará a impedir posteriores problemas meta-cognitivos y de comprensión lectora durante toda la vida, ya que el ser humano nunca deja de aprender y suele mantener aquello que ha asimilado.

Podemos observar con esta presentación la variedad de investigaciones que representan temas de actualidad alrededor de síntomas, trastornos y propuestas de intervención que tienen la finalidad de aportar al lector desde la investigación científica herramientas de apoyo a la salud mental para los profesionistas de la salud que sobre todo en momentos de incertidumbre como los que se viven ahora, puedan obtener de estos textos conocimiento objetivo para su praxis.

Agradecemos al Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica por albergar en su editorial este texto y a cada uno de los autores que aportan su conocimiento en apoyo a la salud mental.

Andrea Carolina Ortega Núñez

Anahí Citlalli Barraza Cárdenas

LA IMPORTANCIA DE LOS PRE-COMUNICADORES
DEL LENGUAJE VERBAL EN NIÑOS
CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DEL AUTISMO
EN ETAPA DE PREESCOLAR.

Mildred del Carmen
De la Cruz Valenzuela

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)
mil.cook18@gmail.com

La presente investigación tiene como objetivo, exponer la relevancia de los pre-comunicadores que anteceden al lenguaje verbal como el señalado, en el Trastorno del Espectro del Autismo (TEA). Pretende observar y mostrar que existen componentes previos que conducen al lenguaje y a la comunicación efectiva. La ausencia de estos a temprana edad, suelen repercutir en la efectividad de terapias y/o tratamientos que los padres de familia y/o cuidadores acuden para el desarrollo del lenguaje hablado en sus hijos.

De la encuesta realizada a los padres de familia y/o cuidadores de niños en edad escolarizada en el nivel Preescolar; se logró encuestar cuatro sujetos en edad de 3 a 5 años, de los cuales dos pertenecen a la población TEA, mientras que los otros dos se encuentran en desarrollo normotípico.

Palabras clave: TEA, lenguaje, señalado, protoimperativo, protodeclarativo

Introducción

El inicio de la señalización se ha considerado tradicionalmente como un predictor de la aparición de las primeras palabras y la cantidad de señales apuntadas con el dedo a los 12 meses, esto permite predecir las tasas de producción del habla a los 24 meses (Bates et al., 1979; Pizzuto & Capobianco, 2005; Camaioni et al., 1991). El gesto comunicativo como lo es el señalar, puede transmitir diversos significados que se entiende “Si miras por ahí, sabrás lo que quiero decir” y esto se desarrolla al final del primer año de vida del ser humano, (Carpenter y Tomasello, 1998; Lenung y Rheingold, 1981). Sin embargo, existen pocos estudios sobre la importancia de este gesto como un antecedente al lenguaje verbal, al ausentarse más tarde aparecen complicaciones para discernir y compartir información subjetiva como los pensamientos, creencias, emociones, interpretaciones e inferencias. Estas habilidades al no ser desarrolladas se presentan como consecuencia complicaciones para comprender y producir vocabulario adecuado al contexto, como les ocurre a quienes presentan deterioros o déficits en la comunicación y lenguaje; el principal cuadro clínico es el Autismo. El estudio de caso único de dos niños diagnosticados con TEA pertenecientes al Centro de Autismo CRIAT realizado en la ciudad de Villahermosa, Tabasco se han obtenido resultados de origen verdadero en este contexto. En el que presentan dificultades en el señalado subtipo protodeclarativo que antecede al lenguaje verbal.

Autismo: Concepto y Manual Diagnóstico

Kanner (1943), a partir de un estudio realizado con 11 pacientes propuso una serie de criterios para definir a partir de síntomas el autismo. Dichos síntomas eran: bajo contacto social, conductas obsesivas y perseverantes, relación profunda con los objetos y alteraciones en la comunicación (mutismo y/o baja o nula intención comunicativa). Dichos pacientes tenían en común: 1) dificultad para relacionarse; 2) alteraciones en el lenguaje; 3) inflexibilidad ante los cambios; 4) desarrollo en ocasiones de habilidades especiales; 5) habilidades cognitivas bien desarrolladas con base en sus temas de interés; 6) sin rasgos físicos evidentes de alteración, y 7) primeros síntomas desde el nacimiento.

Un año después se identificaron en pacientes patrones de conductas poco empáticos, ingenuos, bajas relaciones sociales, lenguaje oral muy estructurado (lenguaje pedante), baja comprensión

verbal, intereses hiperfocalizados y problemas motores y de coordinación (Asperger, 1943). Años posteriores el concepto y caracterización del autismo ha sido construido desde distintas posiciones teóricas. Sin embargo, recaen en el trabajo de estos dos autores (Leo Kanner y Hans Asperger) quienes fueron los precursores en identificar y categorizar de manera inicial las manifestaciones sintomatológicas (conductas) propias del autismo y, fueron la base para los distintos documentos diagnósticos.

DSM V

El manual más reciente, el DSM V expuesta en mayo del 2013, establece que el Trastorno del Espectro del Autismo en esta versión, dicho cuadro se caracteriza por deficiencias que perseveran en distintos contextos, la comunicación e interacción social. Expone que para el diagnóstico del trastorno del espectro autista es necesario diferenciar los niveles de gravedad. Dichos niveles no enfatizan la severidad del trastorno, más bien se enfocan en el nivel de apoyo que la persona diagnosticada requiere en la comunicación social y comportamientos restringidos y repetitivos.

Se identifican como ejes fundamentales en el cuadro clínico las “conductas e intereses y actividades restringidas y repetitivas, así como dificultades en la comunicación y en el lenguaje. Esto permite identificar que una de las alteraciones nucleares de dicho diagnóstico son las alteraciones en el lenguaje. Este último, dividido en cuatro componentes (fonología, sintaxis, semántica y pragmática) con características y funciones específicas. Uno de estos componentes es el fonológico, es el más protagónico en tratamientos de lenguaje para autismo, sin embargo, las demás forman parte importante del mismo.

Autismo y Lenguaje

Tuchman, Rappin y Shinnar (1991), mencionan que la mayoría de los padres de los niños con autismo les preocupa la ausencia del lenguaje, este entendido de como habla, por ello, buscan el apoyo de un profesional especializado exclusivamente al componente fonológico. Dicha decisión pudiera tener base en las alteraciones que se identifican al momento de producir sonidos por parte de los niños con TEA. En un estudio realizado por Bartolucci (1997), llegó a la conclusión de que el nivel fonológico de las personas con TEA se relaciona de manera estrecha con el desarrollo lingüístico mental, similar al de los niños con algún retardo del desarrollo. Lo anteriormente expuesto, no difiere significativamente en la participación de ambos. De igual manera, los errores obtenidos en la percepción y producción de la primera se originan como consecuencia de una sobre la otra, es decir, entre menos desarrollo se obtenga de la primera, menor desarrollo será de la segunda.

Además de haber llevado a cabo el estudio fonológico en niños con autismo, Bartolucci, (1976; 1977 y; 1978), también consensó que no sólo en estas partes del lenguaje (fonología y sintaxis) se tienen dificultades; sino también existen un mayor déficit en la pragmática del uso del lenguaje en las expresiones del sujeto y sus configuraciones en el discurso para comunicarse. Menciona que se necesitan conocimientos que sirvan de herramientas para saber adecuar lo que se dice con base en

la exigencia del contexto. No obstante, es importante remarcar que el uso del lenguaje de la mejor forma posible requiere no sólo expresarse gramaticalmente, sino hacerlo de acuerdo al contexto.

Por otro lado, en las investigaciones psicolingüísticas han mencionado que los niños adquieren el lenguaje simple en el hogar, en la interacción entre madre e hijo. Los niños con autismo son más verbales y utilizan el lenguaje avanzado con alguien conocido perteneciente a la familia (Bernard-Opitz, 1982). Es por ello que el primer círculo social de un neonato son aquellas personas que lo rodean. La cual siendo el entorno familiar produce el primer y mayor contacto con el lenguaje verbal y corporal. Los padres de niños con TEA previo al diagnóstico, comienzan a detectar irregularidades mediante las respuestas esperadas del lenguaje por parte de sus descendientes.

En la actualidad, se conoce que los pilares diagnósticos generales del autismo son las conductas e intereses restrictivos y repetitivos, y las alteraciones en la comunicación y en el lenguaje. El desarrollo de este último, es la principal preocupación de los padres de niños con este diagnóstico. No obstante, dicha preocupación está enfocada principalmente en el desarrollo del habla, lo que ha propiciado que éstos busquen a profesionales que se enfoquen en el área fonológica del lenguaje una vez que obtienen el diagnóstico. Sin embargo, este tiene precursores necesarios (no verbales) para su aparición.

Precomunicador del lenguaje fonológico: Señalado

Señalado

Tomasello, Carpenter y Lizzkowski, (2007), postulan una teoría enriquecida de evidencia acerca de una investigación minuciosa en la comunicación prelingüística en infantes de 12 meses, que involucra al adulto y las diversas variedades de las intencionalidades propias y compartidas del gesto comunicativo como es el señalado. En dicho estudio se analiza a profundidad desde una visión altamente social, las distintas formas y niveles de las habilidades comunicativas prelingüísticas previamente desarrolladas en bebés.

El señalado es uno de los gestos de comunicación principales que el ser humano por naturaleza muestra a través de la interacción social. Este gesto en las diversas culturas conlleva diferentes significados con distintas intencionalidades, la más universal es “atraer la atención de alguien hacia algo” (Tomasello, et al. 2007). Las intenciones o motivos que provienen del comunicador (señalador), pueden ser infinitas, para entenderlo se puede distinguir al menos dos niveles de intencionalidad involucrados en cada acto de comunicación: en este caso, el acto de señalar. El primer nivel descubierto, la intención referencial, se refiere dirigir al sujeto hacia el objeto; el segundo nivel el sentido de lo que se desea obtener o hacer. En otras palabras, el qué con qué cosa y el para qué. Las intenciones son la base o el porqué de lo que produce la acción, el sentido a lo que se hace. Sin el primero no ocurre lo segundo.

Señalado: Intenciones

- Grice (1975) señala que las motivaciones de las personas para comunicarse, son cooperativas. De la Ley del Discurso de Searle (1999) los tres más básicos se caracterizan por ayudar y compartir:
- El informativo (asertivo): el comunicador quiere que el destinatario se entere que el pensamiento que tiene, le resultará útil o interesante saber que este puede ayudarle al informarle.
- El demandante (solicitar): el comunicador pretende que el receptor haga algo que le ayude de alguna forma mediante un acto que informe lo necesitado (como las preguntas).
- El expresivo: el comunicador quiere que el destinatario sienta alguna actitud o emoción que el primero ya siente, pretende compartir ese sentir.

Para inferir la intención social del comunicador, es decir, el por qué o para qué, depende crucialmente del terreno común entre ambos participantes. Es importante que la información compartida sea suficiente y la falta de expresión no interrumpa el mensaje transmitido. Más allá de cualquier motivo personal, se debe reconocer la intención social (lo que hace/sabe/siente); la intención comunicativa (la información compartida, lo que sabe que quiero de usted) y la intención referencial (la forma de saber qué quiero). Estas habilidades de compartir y cooperar, son bases de la comunicación humana (Tomasello, et al. 2007).

En el caso de los niños con TEA de acuerdo al nivel de apoyo que necesitan, presentan dificultades en informar sus motivos o intenciones, solicitar al otro lo que desea que haga con lo que informa y expresar y/o compartir las emociones que le producen estas intenciones. Otra especificación detallada de uno de los criterios como lo enmarca el DSM-V (2013) es la alteración en la comunicación y lenguaje. Para ello, interpretar o comprender estas intenciones por la otra parte, siendo el receptor, ahora comunicador, les resulta una tarea imposible de ejecutar.

Señalado: Interpretación

Liebal, Behne, Carpenter y Tomasello (2007) se centraron en la comprensión de los infantes en señalar, en la falta de reconocimiento al referente y la comprensión del motivo del señalado. En este estudio realizaron una observación en bebés de 18 meses, al levantar juguetes colocándolos en una canasta, de la cual el adulto sin mencionar, señaló algunos juguetes en el que los niños respondieron tomando aquellos señalados y colocándolos en donde debían. En otro contexto diferente en el que implicó apilar anillos en un poste, al ser señalado el juguete por el adulto, el infante lo llevó al punto de apilar, ignorando la canasta. Esto sugirió que el sujeto le dio otro significado distinto al señalado del mismo objeto. La comparación de estas condiciones en el experimento, demuestra que el infante interpreta el gesto de señalar de acuerdo a una experiencia compartida (atención conjunta) con anterioridad con la misma persona, ignorando el referente u objeto que en este caso es el juguete.

Esta interpretación lograda del señalado se debe al contacto que se presenta, se desenvuelve

entre el comunicador-destinatario y compartir en algún contexto en común, todo lo anterior son fragmentos de la atención conjunta. Demuestra que los bebés entre los 12 – 18 meses construyen en cooperación con otras personas y objetos en sus actividades, los tipos de estructura de la atención conjunta que son indispensables para la comunicación colaborativa entre seres humanos (Baken y Adamson, 1984).

Señalado: Comunicación

Señalar para comunicarse, por lo regular implica una invitación al destinatario a atender a algún referente. Siendo este la función principal del dedo indicador (Brinck, 2004). Lo que refuerza el comportamiento de este, es la reacción positiva que se obtiene del adulto, para sí mismo, esto lo señala Moore y Corkum, (1994) y Moore y D'Entremont (2001). Por lo tanto, el dedo indicador cumple con dos funciones para lograr una comunicación efectiva, el informar para cumplir con la intención y el compartir lo que el referente le produce emocionalmente al comunicador.

Señalado: Referente

Los actos de referencia según Tomasello, et al (2007) son aquellos que tienen como intención inducir u obtener un entendimiento externo en particular del adulto. Estos actos como el tomar el objeto señalado o tomar otro externo que no sea el señalado, permite que se reafirme la intención del comunicador. Al ser logrado con éxito, esto confirma que su motivación fue comprendida. Este proceso implica más que el hecho de sólo mirar a seguir, señalar a seguir u obtener la atención de alguien (del adulto), precisa en la aceptación de asimilación de la idea, intención o motivo del que señala (el niño). También se le conoce como inferencia. Otra función del acto comunicativo perteneciente a la atención conjunta, de la cual, la inferencia, es una de las disrupciones que se encuentran en el autismo.

El señalar es una función comunicativa a través de conductas que no sólo se reduce a apuntar con el dedo, sin antes realizar un procedimiento mental, también ejecuta acciones como el observar directamente al referente, para después comunicarlo con la mirada a otro ser humano que puede colaborar para conseguir el objetivo. Una vez logrado, a través de ello, se activa otro comunicador físico o gestual como puede ser la sonrisa correspondida, signo de comprensión de la emoción que el referente causa en el señalador.

Señalado Protoimperativo y Protodeclarativo

Bates, Camaioni y Volterra (1975), identificaron dos formas distintas de señalado: protoimperativo y protodeclarativo. El primero se refiere a la obtención de un objeto mediante otra persona como una herramienta de alcance; el segundo se utiliza con el fin de informar la opinión personal de lo que se ve, se piensa o siente o se quiere, el compartirlo hacia otra persona. Este último se sitúa cuando el bebé señala a un referente a la distancia, expresa emociones, y

alterna la mirada hacia el adulto. El comunicador está interesado o emocionado con el objeto, y desea compartir ese sentir con el receptor, lo lleva a verlo juntos para compartir una reacción esperando que sea la misma que él siente (Liebal, et al 2007).

En el señalado protoimperativo, existen estudios que este subtipo expresado a través de la puntuación con el dedo llega a ser simple. Camaioni (1993) afirma que emerge en primer lugar durante el desarrollo, con la finalidad de entender que el bebé observe al adulto como un agente causal y no mental, es decir, el objeto que provoca que sucedan las cosas. Por ejemplo: señalar hacia la ventana para que sea abierta; señalar la puerta cuando se desea salir; señalar la jarra de agua en señal de ser servida; etc. Son acciones que implican una causalidad mediante una herramienta de producción, es decir, el adulto.

Por otro lado, los gestos protodeclarativos aparecen más tarde, con el objetivo de comprender al adulto como agente mental, cuya atención puede ser dirigida a objetos externos (Baron-Cohen, 1989; Mundy y Sigman, 1989). La señalización declarativa se produce cuando el bebé apunta con el dedo a un animal interesante en la distancia, expresa sus emociones y alterna la mirada hacia el adulto. El interés o emoción que le produce el animal, el infante desea compartir su entusiasmo al llevar al adulto a verlo y esperar una reacción similar por parte de este último. Se observan dos acciones con su propio propósito. El primero expresar un sentir, el segundo proporcionar información nueva, que el niño cree que el adulto desconoce de aquel referente (Tomasello, et al 2007).

A estos dos actos anteriores se les conoce como señalado declarativo expresivo y señalado declarativo informativo. Cuando se señala declarativamente, los bebés a veces quieren hacer algo más que compartir su entusiasmo sobre un referente con un adulto, en ocasiones sólo desean ayudar al adulto a proporcionarle información necesaria para él y estas son las dos intenciones diferentes. Para entender la funcionalidad de la señalización infantil se analiza las habilidades y motivaciones propias del ser humano o en este caso, el infante y el adulto para cooperar y compartir la intención. Esto permite intenciones conjuntas y atención conjunta en interacciones que se ejecutan por ambas partes (Bratman, 1992; Searle, 1995).

Precomunicadores del Señalado en el Autismo

Uno de los primeros estudios que Wing y Wing (1971) realizaron a cuatro tipos de cuadros clínicos (afasia, parcialmente ciego o sordo, síndrome de Down y desarrollo típico) a niños de entre 2 y 5 años, en el que utilizaron cuestionarios para padres de familia en los que compararon el comportamiento de sus hijos, encontraron que los niños con autismo presentaban daños en la comprensión y uso de la señalización. Años más tarde, Ricks y Wing (1975) demostraron que estos últimos produjeron acciones muy concretas para obtener sus objetivos como empujar la mano del adulto sobre la tapa cuando deseaban beber agua, tiempo después evidenciaron “evolución lenta e imperfecta del gesto simbólico de señalar”. Según Webster et al (1973) podrían mejorarse mediante la intervención terapéutica.

Curcio (1978) analizó la producción y comprensión del señalado en un grupo de niños con autismo entre 4 a 12 años en particular el señalado protoimperativo y protodeclarativo. Encontró que de manera inusual el segundo subtipo aparece en cinco de cada doce niños con este cuadro clínico y el imperativo sí se desarrolla.

Esta falta del señalado protodeclarativo según Mundy, Sigman y Kasari (1993) se debe a tres posibles razones, la habilidad de la comprensión y función del gesto, características propias del déficit en la atención conjunta de este diagnóstico; el diálogo y teoría de la mente y el uso del símbolo (Bruner 1975, 1983, Bates, Benigni, Bretherton, Camaioni y Volterra 1979, Lock 1978). Como conclusión del estudio, el señalado protodeclarativo es un precursor necesario para el desarrollo de las habilidades mencionadas, permitiendo la necesidad de realizar una diferencia de los tres tipos de señalado, protoimperativo, protodeclarativo y de referencia que forma parte del segundo tipo.

Entre 1984 y 1990 surgieron estos enfoques teóricos formales para señalar que mencionan los autores anteriores. La atención conjunta (AC) y teoría de la mente (ToM). El primero se centraba en explicar los déficits del lenguaje más complejos como consecuencia de los fracasos en el desarrollo de las habilidades de éstas (Sparaci, 2013), como la comprensión entre el comunicador y receptor. El enfoque del ToM explica el deterioro de las habilidades mentales en lugar de los déficits de la cognición social presente en el autismo (2013). Dentro de ésta visión, el deterioro de las interacciones sociales se originan por la privación de habilidades meta-cognitivas que niños con desarrollo típico se implementan en módulos mentales, que ceden la asignación a otros estados mentales como las intenciones, creencias y deseos para entender sus comportamientos (Baron-Cohen, Leslie, y Frith, 1985; Leslie 1987).

Goodhart y Baron-Cohen (1993) evaluaron la diferenciación del tipo de señalado en 20 bebés con TEA junto con otros 20 en desarrollo normal. Con la condición de tener vocabulario aprendido de al menos una palabra, el rango mínimo fue de 1 año de edad hasta el máximo de 2 años 6 meses cumplidos. En dicho estudio midieron el nivel de la comprensión y producción del lenguaje mediante la Escala de Desarrollo del Lenguaje de Reynell (1967). Encontraron una disociación entre la producción del señalado referencial y el señalado protodeclarativo, siendo este último inexistente en los niños con TEA en comparación con el grupo de niños en desarrollo típico (1993).

Lo anterior confirma que los niños con TEA sí pueden expresar una intención por medio de un gesto demostrativo, el ser levantados, este gesto proveniente de los padres o cuidadores fue adquirido previo a su detección. Conforme a su desarrollo, el déficit o deterioro en la atención conjunta que estos presentan comienza a ser visibles. Esta afirmación se basa en el hecho de que los niños con autismo apuntan de manera imperativa pero no declarativa, en similitud con simios cuando interactúan con humanos (Leavens y Hopkins, 1998; Tomasello y Camioni, 1997).

Es por ello que con esta investigación se pretende comparar y analizar la presencia o ausencia de dichos precursores entre dos poblaciones distintas, niños con TEA, y niños normotípicos en edad de 36 y 60 meses, edad escolarizada en educación inicial (preescolar); y así poder evidenciar

la importancia de su abordaje como primera instancia o en colaboración con la producción fonológica del lenguaje.

Justificación

Las intenciones de la presente investigación tiene como propósito, exponer la relevancia de los precomunicadores que anteceden al lenguaje verbal en la enseñanza del mismo en el Trastorno del Espectro Autista (TEA). Pretende observar y mostrar que existen componentes que conducen al lenguaje y a la comunicación efectiva. La ausencia de estos, como el señalado declarativo a temprana edad, suelen repercutir en la efectividad de terapias y/o tratamientos que los padres de familia y/o cuidadores acuden para el desarrollo del lenguaje hablado en sus hijos.

Por medio de este estudio se podrá observar que el TEA dejará de ser visto como el único impedimento para el desarrollo del lenguaje hablado y generar frustraciones o dificultades persistentes en la comunicación efectiva desde temprana edad a pesar de recibir un tratamiento y educación escolarizada que probablemente no tomen en cuenta estos comportamientos que podrían ser benéficos para las tres partes.

Dicha comprobación de la presencia y/o ausencia de estos precursores del lenguaje verbal especialmente el señalado protodeclarativo, podrá ser informado a los familiares con diagnóstico en TEA, con el propósito de contrarrestar la preocupación de éstos al desconocer de dichos componentes que generan la comunicación adaptada al contexto. La falta de conocimiento en lo anterior, propician la elección de tratamientos que no cumplen con la disminución de su principal interés que es el mutismo o falta de comprensión en la comunicación. La finalidad del proyecto se interesa en mejorar la calidad de vida de ambas partes.

Objetivo General

Identificar la presencia de las conductas protoimperativas y protodeclarativas en dos grupos de niños, con diagnóstico en TEA y normotípicos en edad de 3 años (36 meses) a 5 años (60 meses) cumplidos; y en un segundo momento analizar y comparar la presencia o ausencia de dichas conductas.

Objetivos específicos

- Detectar la presencia o ausencia de los precomunicadores protoimperativas en niños con TEA y normotípicos por medio de una encuesta de detección a través de la observación directa de sus padres y/o cuidadores.
- Detectar la presencia o ausencia de precomunicadores protodeclarativas en niños con TEA y normotípicos por medio de una encuesta de detección a través de la reflexión en experiencia de sus padres y/o cuidadores.
- Comparar los datos obtenidos de los precomunicadores protodeclarativos y pre-comunicadores protodeclarativos entre los dos grupos de población.
- Analizar e interpretar los resultados de la comparación de los precomunicadores en

ambas poblaciones y remarcar la importancia de su desarrollo.

Método

Diseño de Investigación

El tipo de diseño es cuantitativo, exploratorio transversal no experimental del tipo estudio de caso único en la recolección de datos en un único momento.

Sujetos

Se aplicó el instrumento de evaluación a cuatro diadas madre/padre o cuidador primario. Dos con hijos diagnosticados con Trastorno del Espectro del Autismo (TEA) bajo tratamiento en una dependencia pública o privada y dos con hijo normotípico (NT). Los niños cumplen con el rango de edad de entre 3 años (36 meses) y 5 años (60 meses) cumplidos en escolarización preescolar. Ambos grupos de muestra residentes en la ciudad de Villahermosa, Tabasco.

Instrumento

Se utilizó el Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009), es una herramienta de detección que responden los padres para evaluar el riesgo de trastorno del espectro autista (TEA). Consta de 20 ítems en total, la cual puede ser aplicada por especialistas en el área de la salud mental y por profesionales con fines de investigación.

Se tomaron 15 ítems para evaluar la presencia de los precomunicadores del lenguaje que se refieren al señalado protoimperativo y al señalado protodeclarativos. Se evaluaron las respuestas mediante SÍ y NO; la primera valora la existencia del precomunicador y la segunda la ausencia de éste. En la encuesta se indica la valoración de la frecuencia del comportamiento, sí se ha observado sólo una o dos veces, este no lo manifiesta, marcará la opción de No.

Criterios

Presenta Precomunicador Protoimperativo: Cuando cumple con los seis comportamientos que se refieren al señalado para solicitar o demandar un referente.

Presenta Precomunicador Protodeclarativo: Cuando cumple con los nueve comportamientos que se refieren al señalado para expresar o compartir una emoción o información de un referente.

Procedimiento de la recolección de información

Para la obtención de los datos, se realizó a través de la Encuesta basada en el M-CHAT-R/F; Robins, Fein, y Barton, 2009, elaborada por Mildred Del Carmen de la Cruz Valenzuela y realizada mediante Google Surveys, octubre del 2020. Por medio de esta herramienta se crea un enlace que puede ser enviado a través de un mensaje de WhatsApp y por medio de la red social Facebook, en el que se localizaron a dos diadas padres/cuidadores con hijos diagnosticados con TEA, los cuales asisten al Centro de Autismo CRIAT ubicado en Villahermosa, Tabasco y dos diadas

padres/cuidadores de hijos normotípicos del mismo lugar. Se les pidió autorización para realizarles una encuesta con fines de investigación a nivel maestría en el que le tomaría aproximadamente de dos a cinco minutos de su tiempo.

Análisis de la información

<i>Tabla 1 Promedio Señalado Protoimperativo</i>				
		Diagnóstico		Total
		TEA	Normotípico	
Promedio_Protoimperativo (agrupado)	No Presenta	0	0	0
	Presenta	2	2	4
Total		2	2	4

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de SPSS Versión 22.0

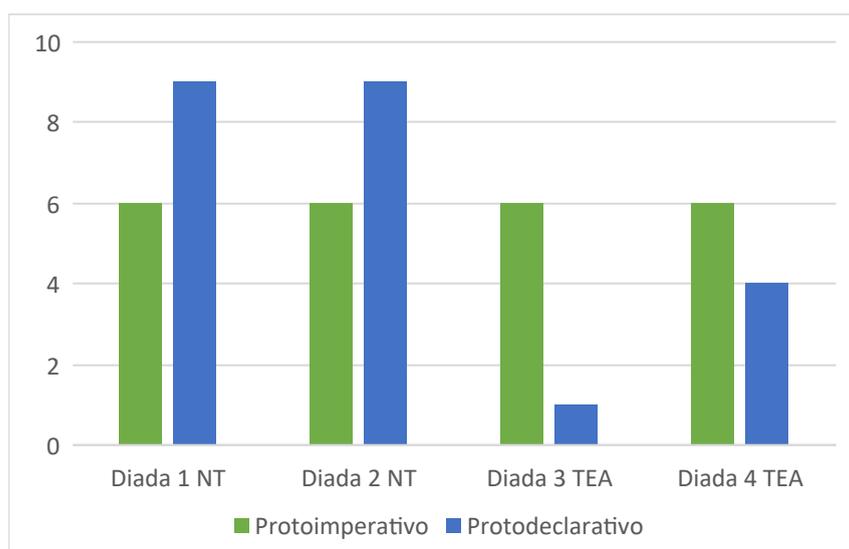
En la Tabla 1 denominada, Promedio Señalado Protoimperativo, agrupado por Diagnóstico, de los cuatro encuestados, en su totalidad presentan las conductas o comportamientos protoimperativos.

<i>Tabla 2 Promedio Señalado Protodeclarativo</i>				
		Diagnóstico		Total
		TEA	Normotípico	
Promedio_Protodeclarativo (agrupado)	No Presenta	2	0	2
	Presenta	0	2	2
Total		2	2	4

Fuente: Elaboración propia a partir de resultados de SPSS Versión 22.0

En la Tabla 2 denominada, Promedio Señalado Protodeclarativo, agrupado por Diagnóstico del total de las cuatro diadas, dos de ellas no presentan los comportamientos de señalado protodeclarativos, los cuales son aquellos por diagnóstico en TEA; quienes sí presentan las conductas desarrolladas son las dos diadas de padres/cuidadores de hijos normotípicos.

Figura 1: Precomunicadores Protoimperativo y Protodeclarativo del Señalado



Fuente: Elaboración propia

En la Figura 1 que lleva por nombre Precomunicadores Protoimperativo y Protodeclarativo del Señalado, se observa que las diadas 1 y 2 de NT alcanzaron el puntaje de ambos precomunicadores. En las diadas 3 y 4 de hijos con diagnóstico en TEA se muestran puntajes alcanzados en el precomunicador protoimperativo, mientras que en el protodeclarativo en la diada 3 sólo presenta 1 de 9 y la diada 4 sólo presenta 4 de 9.

Resultados

De la encuesta realizada a las diadas de padres de familia y/o cuidadores de niños que presentan Trastorno del Espectro del Autismo y niños normotípicos en edad escolarizada en el nivel preescolar; se logró encuestar cuatro muestras en edad de 3 a 5 años. Aquellas diadas en TEA se encuentran actualmente recibiendo atención virtual por parte del Centro de Autismo CRIAT en la capital de Tabasco debido a la contingencia presentada del SARS-CoV-2 (COVID-19).

En el análisis anterior, se hallaron datos registrados en la Tabla 1 *Promedio Señalado Protoimperativo*, que tanto los niños NT y en TEA han desarrollado pre-comunicadores del subtipo protoimperativo, los cuales significan que señalan para pedir un objeto que esté fuera de su alcance como un juguete o para solicitar ayuda y responder a actos que pueden o no implicar gestos físicos para su comprensión.

Los resultados mostrados en la Tabla 2 que lleva por nombre *Promedio Señalado Protodeclarativo*, se agrupan los resultados por diagnóstico para conocer la existencia de los comportamientos declarativos. Se encontraron que los infantes con TEA no presentan estas conductas necesarias para comunicarse e interactuar socialmente como el mirar al adulto, en este caso al padre/madre/cuidador al momento de señalar algún referente; así mismo no realiza la misma acción de dirigirse al progenitor mediante la mirada o señalado con el dedo para mostrarle alguna cosa y lo conozca, así como el desear relacionarse con otros niños mediante el acercamiento o sonreírles en señal de querer jugar juntos.

Mientras que por el contrario en niños NT sí presentan estos comportamientos desarrollados, la cual durante el preescolar la convivencia comienza a hacerse presente al platicarle a su mamá/papá o cuidador sobre los amigos y/o actividades que hicieron durante la merienda o actividades en equipos.

Para mostrar con más detalle los resultados de las cuatro diadas se presenta en la Figura 1 denominada *Precomunicadores Protoimperativo y Protodeclarativo del Señalado*. En la primera barra que corresponde al señalado protoimperativo, las cuatro muestras tienen desarrolladas estas habilidades comunicativas no verbales. Lo cual significa que ambas diadas padres de familia/cuidadores TEA y NT, pueden mencionar que sus hijos expresan, mediante el señalado a través de apuntar con el dedo, deseos de obtener un referente, el cual puede ser un vaso, una fruta, una manta, un juguete o incluso cuando deseen dormir pueden señalar o llevar de la mano al dormitorio o al baño en caso de querer ir a hacer sus necesidades básicas. Además de comprender indicaciones sin tener que hacer gestos, estos pueden ser llevar una manta, poner un libro en la mesa, entre otras instrucciones.

La segunda barra pertenece al precomunicador protodeclarativo, en el que se observa que las diadas de padres de familia/cuidadores de niños NT se comunican con sus hijos efectivamente al tener respuestas por parte de éstos en el momento que se le está hablando o dirigiendo la mirada para informarle de algún objeto o suceso cotidiano. Los actos iniciales para tener hábitos como el ayudar a ordenar la habitación sin la necesidad de mencionarles la instrucción y con sólo observar al adulto a acomodar los zapatos, cepillarse los dientes, o imitar a papá rasurarse o utilizar ropa o maquillaje de mamá. Entre otras como intercambiar sonrisas, mirar los gestos ante algo nuevo como la sorpresa o el entusiasmo sobre algo.

A diferencia de las diadas de padres/cuidadores de hijos con TEA que persisten dificultades en comprender lo que sus hijos sienten ante cosas nuevas o situaciones que impliquen sentir sorpresa, alegría tristeza o miedo y recurrir a ellos en señal de protección. No disfrutan de estos momentos o situaciones que para ellos son emotivos, de cotidianidad que producen y desarrollan la comunicación y vínculo emocional entre padre e hijo. Aquello mencionado con anterioridad les produce preocupación o desánimo al no ser correspondidos por sus niños.

En resumen, los comunicadores protodeclarativos en TEA persiste la ausencia en el caso de la diada 3 casi todas y en la diada 4 uno menos de la mitad, a pesar de ser escolarizados en el nivel preescolar y de recibir tratamiento diferenciado de acuerdo al cuadro clínico; estos comportamientos en el señalado, impiden la comunicación e interacción social en uno o más ámbitos como el hogar, el parque, o la misma escuela. Estos comportamientos varían desde imitar a otro sujeto o figura, hasta responder ante la sonrisa y expresar emociones ante estímulos producidos por una segunda y tercera persona. Estas conductas comunican una emoción, o pueden inferir sobre lo que sucede o sucederá ante una situación sin la necesidad de producir el lenguaje verbal y sólo señalar con el dedo o con la mirada.

Conclusiones

A pesar de que el número de muestra estudiada es reducida debido a circunstancias externas como la obtención del permiso para compartir información personal, por la ausencia de interacción frente a frente ante los padres de familia y/o cuidadores; entre otros factores como el impedimento para salir por la pandemia para acudir al Centro de Autismo CRIAT, se puede concluir lo siguiente:

Los resultados obtenidos son de carácter verdadero en este contexto estudiado en las dos diadas de familias de niños con TEA. Presentan déficits en el señalado protodeclarativo que se entiende por tener dificultades para comprender las intenciones de sus hijos como lo son sus emociones y sentimientos ante algún referente o situación al interactuar con ellos. El entender su sentir o interpretar sus emociones y que sea recíproco, como en el momento de querer jugar con ellos a imitar caras graciosas o también responder ante el lenguaje no verbal del “qué es esto”, y “por qué es así” al escuchar el sonido del avión y mirar juntos el cielo o el ruido de los animales. Para ellos estos actos que no se producen suelen ser interpretados y asumidos como problemas de conducta o padecimientos del mismo TEA y sólo limitarse a que éstos aprendan a hablar y entablar conversaciones que puedan ayudarlo a llevar una vida dentro de lo “normal”.

Estas conductas inexistentes suelen ser desconocidas por su nombre o característica correcta. Los precomunicadores protodeclarativos en el señalado, son la base para el desarrollo de las habilidades en la atención conjunta como comprensión de la información recibida, percibida, emitida y asimilada de que se entendió él/los motivos del señalador, lo que implica el proceso secuencial de la comunicación efectiva. Los protodeclarativos son estos gestos que permiten que la información sea, con reciprocidad, sin ellos el método de enseñanza de lectura y escritura en la educación formal, como las escuelas de las cuales deben ser inclusivas, encontrarán grandes dificultades para aprender otras habilidades comunicativas como la interacción con el docente del grupo y con otros mismos de su edad.

Los padres/cuidadores no deben desconocer que los precomunicadores protodeclarativos pueden ser desarrollados a temprana edad, mediante el mismo tratamiento al que están acudiendo actualmente, o buscar uno diferente que se enfoque en desarrollar estas conductas que bien ejecutadas por parte de los especialistas como de ellos resultan ser efectivos. Para emitir lenguaje verbal (producción de palabras y no repeticiones mecanizadas) debe existir previamente la habilidad de comprender el lenguaje no verbal que se transmite mediante gestos comunicativos como lo es el señalado. Sin estos precursores del lenguaje, durante el crecimiento de estos niños y adquisición del lenguaje verbal directo, persistirá esa tendencia mecanizada de responder preguntas y realizar actos que a simple vista se interpretan como frívolos o carentes de sentido. Al llegar a las siguientes etapas de desarrollo (adolescencia, juventud y adultez), otras personas con distintas intenciones podrían aprovecharse de su cuadro clínico por no saber inferir, reconocer y diferenciar estas intenciones de terceros.

Existen estudios previos que comprueban la ausencia del precomunicador protodeclarativo que, sin éste, la comprensión y producción del lenguaje verbal no se ejecuta correctamente. Por ende, en estudios más recientes se espera que este déficit sea incluido en la siguiente versión actualizada del Manual de Diagnósticos Estadísticos de los Trastornos Mentales, por sus siglas en inglés, DSM. La cual este estudio invita a continuar demostrando lo anterior, permite la posibilidad de profundizar en el tema principal, en las conjeturas elaboradas, y en aquellos puntos que podrían no quedar del todo resuelto. Para ello se recomienda principalmente extender la población en TEA dentro del rango establecido en edad, en la misma o distinta región donde ha sido elaborada esta investigación, así como aunar otro cuadro clínico como el caso de niños con Síndrome de Down.

Referencias

American Psychiatric Association (APA). *Diagnóstico and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th Edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.

Artigas, P. y Paula, I. (2011). El autismo 70 años después de Leo Kanner y Hans Asperger. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 32 (115), 567-587.

Bakeman, R., y Adamson, L. (1984). Coordinating attention to people and objects in mother – infant and peer – infant interactions. *Child Development*, 55, 1278 – 1289.

Baron-Cohen, S. (1989). Perceptual role taking and protodeclarative pointing in autism. *British Journal of Developmental Psychology*, 7, 113 – 127.

Baron-Cohen, S., Leslie, A., & Frith, U. (1985). Does the Autistic Child Have a ‘Theory of Mind’? *Cognition*, vol(21), 37–46.

Bartolucci, B. y Pierce, S.J. (1977) A Preliminary Comparison of Phonological Development in Autistic, Normal, and Mentally Retarded Subjects, *British Journal of Disorders of Communication*, 12:2, 137-147

Bates, E., Camaioni, L., y Volterra, V. (1975). The acquisition of performatives prior to speech. *Merrill-Palmer Quarterly*, 21, 205 – 224.

Bates, E., Benigni, L., Bretherton, I., Camaioni, L., & Volterra, V. (1979). *The Emergence of Symbols: Cognition and Communication in Infancy*. New York: Academic Press.

Bernard-Opitz, V. (1982). Pragmatic analysis of the communicative behavior of an autistic child. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 99-109.

Bratman, M. (1992). Shared co-operative activity. *Philosophical Review*, 101, 327 – 341.

Brinck, I. (2004). The pragmatics of imperative and declarative pointing. *Cognitive Science Quarterly*, 3, 4.

Bruner, J. (1975). The ontogenesis of speech acts. *Journal of Child Language*, 2, 1-19. U mdash;

(1976). From communication to language: a psychological perspective. *Cognition*, 3, 255-287.
 —; (1983). *Child's Talk: Learning to Use Language* (Oxford: Oxford University Press).

Camaioni, L. (1993). The development of intentional communication: A re-analysis. In J. Nadel & L. Camaioni (Eds.), *New perspectives in early communicative development* (pp. 82 – 96). New York: Routledge.

Clements, C., y Chawarska, K. (2015) *Beyond Pointing: Development of the “Showing” Gesture in Children with Autism Spectrum Disorder*. Yale University. 46- 63.

Cunningham, M. A. *A five-year study of the language of an autistic child*. Great Britain. 1966.

Curcio, F. (1978). Sensorimotor Functioning and Communication in Mute Autistic Children, *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* , 8(3), 281–292.

Goodhart, F. y Baron-Cohen, S. (1993) How many ways can the point be made? Evidence from children with and without autism. *First Language (Número 13)*, 225-233.

Grice, P. (1975). Logic and conversation. In P. Cole & J. Morgan (Eds.), *Syntax and semantics*. Vol. 3: Speech acts (pp. 43 – 58). New York: Academic Press.

IBM Corp. Released 2013. *IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0*. Armonk, NY: IBM Corp.

Kanner L. (1943) ¿Hasta qué punto el autismo infantil temprano está determinado por deficiencias constitucionales? *Res. Publi. Assoc. Res. Nerv. Men. Dis.* 1954; 33: 378-385.

Leavens, D. A., & Hopkins, W. D. (1998). Intentional communication by chimpanzees: A cross-sectional study of the use of referential gestures. *Developmental Psychology*, 34, 813 – 822.

Leslie, A. (1987). Pretence and Representation. The Origins of “Theory of Mind”. *Psychological Review*, 94, 412–426.

Liebal, K., Behne, T., Carpenter, M., y Tomasello, M. (2007). Infants use shared experience to interpret pointing gestures. Manuscript submitted for publication.

Moore, C., y Corkum, V. (1994). Social understanding at the end of the first year of life. *Developmental Review*, 14, 349 – 372.

Moore, C., y D’Entremont, B. (2001). Developmental changes in pointing as a function of parent’s attentional focus. *Journal of Cognition and Development*, 2, 109 – 129.

Mundy, P., y Sigman, M. (1989). The theoretical implications of joint attention deficits in autism. *Development and Psychopathology*, 1, 173 – 183.

Mundy, P., Sigman, M. y Kasari, C. (1993). Theory of mind and joint attention deficits in autism. In S. Baron-Cohen & D. J. Cohen (eds), *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism* (Oxford: Oxford University Press).

- Reynell, J. (1967). Reynell Developmental Language Scales (Windsor: NFER).
- Ricks, D.M., y Wing L. (1975). Language, Communication and the Use of Symbols in Normal and Autistic Children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia* , 5(3), 191–221.
- Robins, Fein, y Barton M-CHAT-R/F. Cuestionario Modificado Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento. 2009.
- Tomasello, M., & Camaioni, L. (1997). A comparison of the gestural communication of apes and human infants. *Human Development*, 40, 7 – 24.
- Tomasello, M., Carpenter, M., y Liszkowski, U. (2007) A New Look at Infant Pointing. *Child Development*, *Volumen 78 (Número 3)*, 705-722.
- Tuchman RF, Rapin I, Shinnar S. Autistic and dysphasic children. *Pediatrics*; 88:1219-1225. 1991
- Searle, J. (1995). *The construction of social reality*. New York: Free Press.
- Searle, J. R. (1999). *Mind, language and society. Philosophy in the real world*. New York: Basic Books.
- Sparaci, L. (2013). Beyond the Point: A Basic Guide to Literature on Pointing Abilities in Children with Autism. *Humana.Mente Journal of Philosophical Studies*, 2013, Vol. 24, 177–202
- Webster, C. D., McPherson, H., Sloman, L., Evans, M.A., & Kuchar, E. (1973). Communicating with an Autistic Boy by Gestures. *Journal of Autism and Developmental Disorder*, 3(4), 337–346.
- Wing, L., y Wing, J. K. (1971). Multiple Impairments in Early Childhood Autism. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 256–266.

PRUEBAS DE APOYO PARA EL DIAGNÓSTICO
DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA
EN LA EDAD TEMPRANA.

Eunice Rebeca Aké Canché

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)
uni1014@hotmail.com

El trastorno del espectro autista (TEA) actualmente está considerado un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por afectaciones en la comunicación, la interacción social y la conducta. La detección temprana del trastorno se ha puesto en el foco de interés puesto que la edad de diagnóstico está alrededor de los 4 a 5 años, pero se considera que los síntomas pueden observarse en edades más tempranas, incluso antes del año de edad. El uso de pruebas validadas para niños pequeños puede ayudar al profesional en la detección y diagnóstico oportuno, por lo que este estudio busca indagar aquellas con mayor efectividad.

Objetivos de estudio: El objetivo general de la investigación es identificar, analizar y señalar las pruebas de detección y diagnóstico del trastorno del espectro autista para la edad temprana, del nacimiento a los tres años. Los objetivos específicos son identificar las pruebas actuales que favorecen el proceso diagnóstico y las más recomendadas de acuerdo a su especificidad y sensibilidad según diversos estudios.

Método: Se realiza una investigación cualitativa documental analítico-sintética. Para ello se efectúa una búsqueda en línea utilizando dos bases de datos (PubMed y Google Académico) para identificar publicaciones gratuitas relacionadas con la detección y diagnóstico del trastorno del espectro autista. Para documentar el proceso de investigación se elabora una matriz bibliográfica, una matriz de análisis y una bitácora bibliográfica de contenido.

Resultados: Las 20 publicaciones de la muestra refieren 39 pruebas para la detección y diagnóstico del TEA. Los autores sugieren el uso de 18 de ellas con base en su especificidad y sensibilidad, destacando entre ellas 8: las M-CHAT, ADOS y ADIR como las mejores y más ampliamente utilizadas seguidas por STAT, ADEC Y CARS.

Conclusiones: El tamaño de la muestra no permite determinar que las pruebas señaladas para la detección y diagnóstico de TEA sean las más eficaces y midan lo que deben medir. Se requiere profundizar en el estudio de la ROC de las pruebas (sensibilidad, especificidad, valores predictivos, positivos y negativos) y analizarlas bajo los estándares del DSM-5.

Palabras clave: trastorno del espectro autista (TEA), edad temprana, pruebas de detección, pruebas diagnósticas.

Introducción

Entre los trastornos del neurodesarrollo se encuentra el trastorno del espectro autista (TEA), una condición en la que se encuentran, según la OMS (2019), uno de cada 160 niños. Esta cifra varía de acuerdo a diferentes estudios e incluso se señala que en países de bajos y medianos ingresos es una cifra hasta ahora desconocida. La prevalencia del trastorno nos lleva a señalar que la edad de diagnóstico, de acuerdo a varios estudios, se encuentra entre los 4 y los 6 años. Sin embargo, de acuerdo a García, P., Posada, M., Martín, M., et al (2015) es posible detectar casos de TEA con cierta fiabilidad a los 24 meses de edad e incluso detectarlo hacia los 18 meses, 12 meses o antes.

La presente investigación busca indagar cuáles son las pruebas con mayor efectividad para la detección y diagnóstico del TEA. Se considera que el uso de pruebas validadas ayuda al profesional en la detección, diagnóstico y caracterización oportuna en la edad temprana. Al respecto, Klin, A., Klaiman, Ch., y Jones, W. (2015) refieren que cuando antes se confirme el diagnóstico, mejor será el resultado a la larga, por tanto, la detección y tratamiento precoz son pilares fundamentales para la mejora.

La detección temprana del TEA es una disciplina muy reciente que sigue el proceso clínico sin un patrón definido para la detección ni pruebas biológicas para el diagnóstico (Sánchez-Raya,

Martínez Gual, Moriana, Luque y Alisa, 2014). Por lo tanto, la detección del TEA en edades tempranas requiere instrumentos de evaluación validados que apoyen al profesional en el proceso de diagnóstico oportuno.

Revisión de la literatura

Generalidades sobre el trastorno del espectro autista.

El trastorno del espectro autista (TEA) es una alteración del desarrollo que afecta la interacción social, la comunicación verbal y no verbal y el comportamiento, con patrones de conducta repetitivos y estereotipados y repertorio de intereses y actividades restringido. El National Institute of Mental Health (2018) refiere que sus síntomas aparecen durante los dos primeros años de edad y durante toda la vida. Cala, O., Licourt, D. y Cabrera, N. (2015) explican que es un espectro porque diferentes personas con autismo pueden tener características o síntomas marcadamente distintos los cuales pueden ser leves o más graves.

Su prevalencia es mayor en varones, considerándose en EE: UU: 23,6 por 1.000 y en mujeres 5,3 por 1.000, entre infantes de ocho años (Zúñiga, Balmaña y Salgado, 2017). Rojas, Rivera y Nilo (2019) exponen que en la última medición realizada en ese país en el 2018 es de 1/59 en escolares de 8 años. Por su parte, en México, la Organización Teletón refiere que en México no existen datos actuales sobre la incidencia de autismo, pero se estima que cada año habrá 6 mil nuevos casos.

Se considera que puede tener una etiología heterogénea. De acuerdo con Bravo Medina, J. y Hernández Expósito, S. (2010) los estudios con gemelos han mostrado una alta concordancia para una base genética, pero también se consideran resultado de alteraciones del sistema inmune, enfermedades metabólicas, factores prenatales y alteraciones médicas asociadas, entre otros. Por su parte, Bonilla y Chaskel (2016) señalan que otros estudios han dado evidencia de conectividad neuronal atípica y alteraciones neuroquímicas. El trastorno puede cursar con comorbilidades como TDAH, Discapacidad intelectual y alteraciones cognitivas.

Criterios diagnósticos de acuerdo al DSM-5.

Dentro de los trastornos del neurodesarrollo el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), herramienta taxonómica y de diagnóstico publicada por la Asociación Americana de Psiquiatría (2014), señala los criterios de diagnóstico del TEA:

- Deficiencias persistentes en la comunicación social y en la interacción social en diversos contextos.
- Patrones restrictivos y repetitivos de comportamiento, intereses o actividades.
- Síntomas presentes desde las primeras fases del desarrollo.
- Deterioro clínicamente significativo en lo social, laboral o funcionamiento habitual.
- Las alteraciones no se explican por discapacidad intelectual o retraso global del

desarrollo.

El DSM-V hace la precisión sobre los niveles gravedad del trastorno: Grado 1 (necesita ayuda muy notable), Grado 2 (necesita ayuda notable) y Grado 3: (Necesita ayuda)

De acuerdo a Quijada (2008) el criterio del DSM-IV para TEA fue establecido para niños de tres años o más y no es claro si era aplicable para niños menores. Desde entonces, ya había un énfasis creciente en el diagnóstico precoz por la evidencia de alteraciones en el desarrollo antes de los tres años en niños que posterior a esa edad serían diagnosticados y debido al mejor pronóstico en el tratamiento de inicio antes de dicha edad. Por su parte, el DSM-V especifica que los síntomas deben estar presentes en las primeras fases del período del desarrollo, lo que permite abrir las posibilidades de la detección y diagnóstico más temprano.

Primeros signos de sospecha en la edad temprana.

Los bebés y niños pequeños manifiestan una atención preferente hacia las personas y tienden a realizar gestos faciales observados de manera espontánea. Esto indica la predisposición a interactuar con los aspectos sociales del mundo que le rodea (Klin et al, 2015). Agregan que, por el contrario, en los bebés con TEA no es así. Por ello los indicadores más fiables para el diagnóstico temprano se centran en las alteraciones de la interacción típica con el mundo social.

Tabla 1 Signos de sospecha de TEA en niños de 6 a 24 meses

EDAD	TÍPICO	ATÍPICO
6 m	INTERACCIÓN DIADICA MADRE-HIJO	
	-Imita, pone atención y sonríe (sonidos, palabras o frases)	-Alteración de la imitación de gestos o actos de valor social para la interacción.
	-Levanta las manos cuando la madre lo va a tomar	-No se observan movimientos anticipatorios antes de ser tomado en brazos.
	-Participa de rutinas habituales a corto plazo y reconoce a las personas que participan en dichas rutinas (apego a figuras de crianza)	-Formación de vínculos de apego alterada, con formación más lenta.
12 m	INTERACCIÓN SOCIAL	
	-Patrones de atención conjunto. Se incorpora a intercambio madre-hijo interés por los objetos o sucesos que se desencadenan alrededor de ellos (intersubjetividad secundaria)	- "Pasividad", ausencia de comunicación, falta de respuesta expresiva a intentos de interacción.
		-No comparte focos de atención con la mirada (alternar mirada entre un objeto y otra persona).
		-Miran a los adultos vinculares para comprender situaciones que le interesan o extrañan (actos de referencia social).
		-Dificultad para compartir acciones y no suelen iniciar interacciones con adultos.
-Tienden a ignorar a sus iguales o no		

		juegan con ellos.
24 m	APARECE LA COMUNICACIÓN INTENCIONAL A TRAVÉS DE GESTOS	
	-Protoimperativos Acto comunicativo prelingüístico que tiene como objetivo la <i>petición de algo</i> que se desea con mucha fuerza señalándolo.	-Cogen al adulto de la mano y le dirigen hacia el lugar donde se encuentra lo que desean en vez de señalar con el dedo.
	-Protodeclarativos Acto comunicativo prelingüístico mediante el cual el niño señala algo con el único fin de <i>compartir información</i> con otra persona.	-No señala objetos a los demás ni señala con el dedo con la finalidad de mostrar algo.
	ÁREA COGNITIVA: JUEGO SIMBÓLICO	
	Este tipo de juego junto con el lenguaje es la manifestación más evidente de las habilidades simbólicas de representación en niños con desarrollo normal.	-Carecen de juego de ficción. Las dificultades de los autistas en este tipo de juego denotan problemas cognitivos y falta de sintonía con la conducta e intereses de los demás.
	VERTIENTE RECEPTIVA DEL LENGUAJE	
		-Falta de respuesta a llamadas e indicaciones. Es necesario comunicarse con ellos cara a cara, producir gestos claros y directivos. -Comprensión escasa y en ocasiones selectiva.

Fuente: Sanz López Yolanda, Guijarro Granados, T. y Sánchez Vázquez, V. (2007).

Instrumentos diagnósticos del TEA en la edad temprana.

En la práctica psicológica y neuropsicológica se utilizan herramientas en las cuales se apoya el proceso de evaluación diagnóstica. Entre ellas se encuentra la entrevista clínica, la observación directa y las baterías de pruebas. La aplicación e interpretación de estas últimas ayudan a direccionar hacia el diagnóstico y orientan el tratamiento individualizado. Ardila y Ostrosky (2012) citando a Luria (1996); Lezak, Howieson, Loming, Hannay, Fischer (2004); Spreen y Strauss (2006), refieren que hay variabilidad en los instrumentos utilizados en la evaluación diagnóstica cuyo objetivo es analizar el estado cognitivo-emocional-conductual y la presencia de posibles síndromes clínicos. Por su parte, el Consejo General de la Psicología de España (2015) refieren que las pruebas o instrumentos estandarizados son uno de los tres ejes metodológicos para una buena evaluación psicológica y herramientas necesarias para una evaluación de calidad, que deben ser usadas e interpretadas correctamente para establecer los resultados

La detección del TEA a edad temprana puede estar sujeta a dificultades para la diferenciación de otros trastornos o incluso del desarrollo típico. Por ejemplo, conductas repetitivas pueden estar presentes en el desarrollo típico de niños pequeños, en tanto que, las habilidades de atención

conjunta se desarrollan gradualmente entre los 9 y 18 meses. Estos son signos clínicos claros cuando no han aparecido después de los 18 meses de edad (García Primo et al 2015).

Barrio (2009) explica que el niño está en continuo cambio, por lo que la evaluación se debe plantear teniendo en cuenta su desarrollo, puesto que los tres primeros años de vida probablemente son los más acelerados en su repertorio de actuación. De ahí la importancia de constatar la veracidad y objetividad de la información proporcionada por los padres u otra fuente utilizando alguna prueba estandarizada. Por otra parte, señala que se pueden utilizar los criterios de manuales de clasificación para el diagnóstico infantil, estando en vigencia el DSM-5. Las pruebas a través de distintos ítems deben cubrir los criterios de cada categoría diagnóstica para TEA.

Las pruebas que se pueden utilizar en los primeros tres años para la detección y el diagnóstico oportuno de TEA se desglosan en la tabla 4.

Tabla 2 Pruebas para la detección y diagnóstico de TEA en los primeros tres años de vida

PRUEBA		EDAD
ESAT	Cuestionario de detección temprana de rasgos autistas	0 a 36 meses
CESDD	Lista de verificación de los primeros signos de trastornos del desarrollo	9 a 24 meses
CHAT	Lista de verificación para el autismo en niños pequeños	18 meses
M-CHAT	Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños	18 meses a 5 años
MCHAT-R/F	Lista de verificación modificada para el autismo en niños pequeños revisada con seguimiento	16 a 30 meses
SCQ	Cuestionario de comunicación social	15 a 20 meses
CSBS-DP	Lista de verificación de la comunicación y comportamiento social para bebés y niños pequeños	16 a 30 meses
ADOS	Esquema de observación del diagnóstico del autismo	12 meses a adultos
ADI-R	Entrevista de diagnóstico de autismo revisada	>2 años
STAT	Herramienta de detección del autismo en niños pequeños	24 a 35 meses
FYI	Inventario del primer año	12 meses
PDDST-II	Prueba de detección de trastornos generalizados del desarrollo segunda edición	Nacimiento a 36 meses
POEMS	Escala de observación de los primeros marcadores por parte de los padres	6 a 36 meses
ADEC	Detección del autismo en la primera infancia	12 a 36 meses
AOSI	Escala de observación del autismo para bebés	6 a 18 meses
EDAP		
CARS	Escala de valoración del autismo infantil	>24 meses
ADBB	Alarme Détresse Bébé	2 a 24 meses
BISCUITS	Prueba de detección para bebés y niños con rasgos de autismo	17 a 37 meses
DBC-ES	Lista de verificación del comportamiento del	18 a 48 meses

	desarrollo: detección temprana	
JA-OBS	Observación de atención conjunta	20 a 48 meses
Q-CHAT	Lista de verificación cuantitativa para el autismo en niños pequeños basada en cuestionarios	18 meses a 3 años
SEEK	Pruebas de detección para bebés con déficit del desarrollo y/o autismo	8 meses
ICT	Lista de verificación para bebés y niños pequeños	6 a 24 meses
CSBS-DP	Perfil de desarrollo de las escalas de comunicación y comportamiento simbólico	16 a 30 meses
ASRS-SF	Escala de calificación del espectro autista en formato corto	2 a 5 años
BITSEA	Escala socioemocional breve de infantes y niños	12 a 36 meses
CASD	Lista de verificación para el trastorno del espectro autista	1 a 16 años
POSI	Observación de la interacciones sociales por parte de los padres	16 a 30 meses
RITA-T	Test de cribado rápido interactivo para autismo en niños pequeños	18 a 36 meses
SORF	Observación sistemática de banderas rojas	12 a 24 meses
SACS	El estudio de la atención social y la comunicación	8, 12, 18, 24 meses
PAAS	Programa de evaluación pictórica del autismo	18-48 meses
TIDOS	Pantalla de observación directa de tres elementos para el TEA	18 a 60 meses

Algoritmo para el diagnóstico del TEA

Un algoritmo es una serie de pasos que se deben realizar en el debido orden y que permite llegar a un resultado confiable. Es por ello que en el proceso de detección del TEA se establecen distintos niveles de atención para distinguir a los niños en riesgo y discernir quienes tienen un desarrollo normal. En relación a los trastornos del neurodesarrollo el primer nivel corresponde a la vigilancia del desarrollo, el segundo nivel a la detección específica del trastorno y el tercer nivel a la valoración diagnóstica específica de un servicio especializado (Zúñiga, H., Balmaña, N. y Salgado M., 2017).

La Academia Americana de Pediatría (AAP) ha orientado a realizar pruebas de detección del TEA a todos los niños de 18 y 24 meses en el contexto pediátrico. Ello ha encaminado a la investigación científica a crear evaluaciones tempranas precisas y clínicamente funcionales. Esto gracias a la creciente evidencia sobre la aparición de los signos de TEA al final del primer año de vida (Rojas et al 2019).

Por su parte, la Academia y Sociedad Americana de Neurología (ASN) recomiendan que en relación a la identificación y diagnóstico de TEA se realice en primer lugar la vigilancia estricta del desarrollo desde el nacimiento. Y, en segundo lugar, definir las características clínicas de los niños en riesgo con base en tres fases (tabla 2).

Tabla 3 Fases del algoritmo para el diagnóstico del TEA de acuerdo a la ASN

FASES	DESCRIPCIÓN
Fase 1 Identificación de posibles casos	Reconocer las manifestaciones o constatar lo observado por los padres en relación a la comunicación, interacción y conducta del niño.
Fase 2 Evaluación global	Determinar la consistencia y significado de las manifestaciones neurológica y de comportamiento del niño para confirmar las observaciones y preocupaciones de los padres o médicos que han referido al niño al especialista
Fase 3 Diagnóstico específico	Establecimiento del diagnóstico definitivo de TEA y definición del tipo. Se contrasta la información proporcionada por los padres y especialista que han visto al niño y se aplican las pruebas necesarias para correlacionar los datos con los criterios del manual de diagnóstico DSM-5

Fuente: Vázquez-Villagrán, L., Moo-Rivas, C., Meléndez-Bautista, E. et al (2017).

Pruebas para la detección y diagnóstico del TEA

Cuando un menor de edad muestra signos de alarma en el desarrollo entonces requiere determinar si realmente hay un problema y requiere un diagnóstico posterior. Petrochi, S., Levante, A. y Lecciso, F. (2020) explican que la detección de signos del TEA y el diagnóstico posterior se realiza a través del juicio clínico en combinación con la aplicación de medidas estándar de oro confiables. Al respecto, existen medidas de detección que son adecuadas para su uso en niños pequeños, menores de 24 meses. Estas pueden ser de nivel 1 o nivel 2.

Tabla 4 Clasificación de los instrumentos de detección del TEA

NIVEL	DESCRIPCIÓN
Nivel 1	Son medidas de detección para población general y permite identificar a los niños en riesgo de trastornos del desarrollo, incluido el TEA
Nivel 2	Permite identificar a los niños en riesgo de TEA, por estar en observación por problemas del desarrollo o porque no superaron la prueba de detección de nivel 1.
Nivel 3	Aplicación de métodos clínicos para el diagnóstico formal de TEA y que permitirán la planificación del tratamiento.

Fuente: Petrochi, S. et al (2020).

Las herramientas de detección y diagnóstico deben ser validadas para que sean confiables en

sus resultados. Al respecto, Marlow, M., Servili, Ch. y Tomlinson, M (2019) dice que las herramientas deben responder a las diferencias locales, incluidas las percepciones culturales en el significado de la discapacidad.

Método

La investigación se realiza bajo el enfoque cualitativo, por lo se utiliza la recolección documental de los datos para clarificar cuáles son las pruebas con mayor efectividad para la detección y diagnóstico del TEA en la edad temprana. Los datos recabados se interpretan bajo el método analítico-sintético, que permite indagar en nuestro objeto de estudio con base en la investigación de diversos autores para analizar sus aportaciones y posteriormente integrarlas para llegar a una conclusión.

Se realiza la búsqueda en línea, utilizando la base de datos de PubMed y Google Académico, para identificar publicaciones de artículos relacionados con la detección y diagnóstico de TEA. Los términos de búsqueda fueron TEA, diagnóstico temprano, detección precoz, pruebas para TEA, autismo, diagnóstico de autismo. El año de publicación seleccionado fue a partir del 2000 en adelante. Se recopilaron 84 publicaciones.

En una segunda fase, entre las publicaciones anteriormente identificadas se seleccionan 20, que corresponden a publicaciones gratuitas del año 2015 al 2020, y que cumplan con los criterios de contenido de pruebas para TEA aplicables hasta los tres años.

Las 20 publicaciones seleccionadas fueron analizadas y los datos bibliográfico-metodológicos se recabaron en una Matriz bibliográfica. Posteriormente se realizó un análisis del contenido para cada documento a fin de identificar las pruebas que utilizaron en sus respectivos estudios y sus resultados, la información se adjuntó en una Matriz de análisis de contenido. También en PowerPoint se realiza una Bitácora bibliográfica para contener los puntos más importantes mencionados en el artículo. Con base en el despliegue metodológico antes descrito finalmente se extrajeron las conclusiones.

Resultados

Después de la revisión y análisis de las 20 publicaciones seleccionadas como muestra del estudio se encuentra que, en su conjunto, son 39 las pruebas referidas para la detección y diagnóstico del TEA en la edad temprana. Entre ellas, los autores sugieren 18 para su aplicación con base en su especificidad y sensibilidad. De los 18 instrumentos de evaluación sugeridos 11 corresponden al nivel 1, cinco corresponden al nivel 2 y dos corresponden al nivel 3. Las M-CHAT, M-CHAT-F Y M-CHAT-R/F en conjunto tienen 16 menciones a favor de su uso (nivel 1), STAT tiene 3 menciones y CARS y ADEC tienen 2 (nivel 2), en tanto que ADOS y ADI-R tienen 8 y 5 menciones respectivamente (nivel 3).

Cada una de estas pruebas estuvo sometida a un proceso de escrutinio en los estudios de investigación o fueron objeto de revisión documental por parte de los autores de las publicaciones

que forman parte de la muestra de estudio.

Tabla 5 Pruebas para detección y diagnóstico de TEA en edades tempranas de acuerdo al análisis bibliográfico

39 pruebas referidas para detección y diagnóstico del TEA		
Nivel 1: 28 pruebas	Nivel 2: 9 pruebas	Nivel 3: 2 pruebas
18 pruebas más eficaces para la evaluación del TEA		
Nivel 1: 11 pruebas	Nivel 2: 5 pruebas	Nivel 3: 2 pruebas
M-CHAT, M-CHAT-R, M-CHAT-R/F, ESAT, ITC, FYI, EDAP, AOSI, Q-CHAT, PAAS, TIDOS	STAT, POEMS, ADEC, PDDST, CARS	ADOS, ADI-R
Mejores pruebas para la evaluación del TEA		
Nivel 1 3 pruebas	NIVEL 2 3 pruebas	NIVEL 3 2 pruebas
M-CHAT, M-CHAT-R, M-CHAT R-/F	STAT, ADEC y CARS	ADOS y ADI-R (estándar de oro)

Discusión

Los signos tempranos de TEA hacen sonar las alarmas en relación a una alteración en el desarrollo que necesita especificarse. Es por ello que, el proceso de evaluación requiere de pruebas de detección para identificar si el menor necesita una evaluación más a fondo. Marlow, M., et al (2019) refieren que aun cuando hay una gran variedad de instrumentos de detección para TEA existe una falta de consenso sobre qué herramientas de detección son las más efectivas, especialmente cuando se utilizan en culturas distintas de aquellas en las que se crearon. Al respecto, en nuestra investigación encontramos que las 39 pruebas referidas en las publicaciones en su mayoría han sido creadas en países occidentales, generalmente de habla inglesa. De ahí se han tomado y adaptado a otros contextos o se usan tal cual se publicaron originalmente.

Se ha identificado que las M-CHAT son las herramientas de primer nivel más usadas en diversos contextos y países. Sin embargo, entra a discusión entre los autores como Galbe, J., Pallás, C., Rando, A., Sánchez, F., Colomer, J., Cortés et al (2018) y Klin, A. (2015), su uso para el cribado universal puesto que unos están a favor de su aplicación a toda la población infantil y otros consideran que solo debe realizarse en menores de alto riesgo. Cabe señalar que las diferentes versiones en distintos países pueden presentar variaciones a la original en relación a la sensibilidad y especificidad. Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Hernández-Fabián, A., Magan-Maganto, M., Sánchez, A. y Posada de la Paz, M. (2015) consideran importante la detección temprana y hacen referencia a la afirmación de que el cribado produce muchos falsos positivos para TEA y argumentan que estos resultados se dan porque si bien el niño no tiene TEA son niños

con dificultades en el desarrollo.

Otro aspecto relevante en la investigación es en relación a las pruebas y el manejo inadecuado, por lo que la capacitación y actualización de los profesionales es muy importante a fin de llevar un rigor metodológico en la aplicación y análisis de los resultados. Las pruebas específicas para el diagnóstico, ADOS y ADI-R, cuentan con un consenso general de excelente valor estadístico por lo que son las únicas con estándar de oro, demostrando mayor sensibilidad y especificidad para TEA y discriminando de otros problemas del desarrollo. Estas son pruebas para las que se necesita capacitación específica para su uso.

Towle, P. y Patrick, P (2016) señalan que el desarrollo de instrumentos está en fases iniciales. La mayoría de los instrumentos que se usan actualmente son revisiones de herramientas elaboradas ya años atrás y pueden no cumplir a cabalidad con los criterios diagnósticos actuales. Otras herramientas han sido modificadas y adaptadas de edades mayores de tres años a criterios de edades por debajo de la edad antes señalada.

Conclusiones

El propósito de este trabajo de investigación ha sido identificar, analizar y señalar las pruebas de detección y diagnóstico del trastorno del espectro autista para la edad temprana, del nacimiento hasta los tres años; identificando las pruebas actuales que favorecen el proceso diagnóstico y las más recomendadas de acuerdo a su especificidad y sensibilidad, según la información proporcionada por los diversos estudios de la muestra.

Entonces, de acuerdo al resultado del proceso de investigación, tenemos pruebas que pueden servirnos de apoyo para detectar los signos tempranos y realizar la evaluación diagnóstica correspondiente. La muestra estudiada ha sido pequeña para que con base en ella podemos determinar que las pruebas señaladas como más efectivas sean realmente las mejores, sin embargo, se observa una constante en relación a las pruebas M-CHAT, ADOS y ADI-R.

Es importante señalar que, de las 20 publicaciones de la muestra bajo estudio, 12 están hechas bajo la metodología de revisión documental y 8 son estudios de investigación. Eso implica que probablemente se necesita realizar más investigación, aportar nuevos conocimientos y su aplicación al objeto de estudio. A esto se agrega que estamos en los inicios de la evaluación temprana en los trastornos del neurodesarrollo del cual el TEA forma parte y es importante que los instrumentos se vayan actualizando al DSM-5, puesto que se encontraron estudios publicados entre 2015 y 2020 que aún usan terminología y características diagnósticas del DSM-IV.

Es importante que el profesional que participa en el proceso de detección y diagnóstico del TEA esté actualizado, cuente con herramientas validadas y actualizadas y realice al algoritmo de diagnóstico que permita la detección y diagnóstico oportuno, lo cual derivará en mejores resultados en la intervención. Las neurociencias aportan un gran bagaje de información que puede

llevar a crear nuevos instrumentos acordes a las edades tempranas y con los nuevos criterios diagnósticos establecidos.

Referencias

Aguilera, M., Castaño, C., Martín, P., Burgos de, R., Guijarro, T., Romero, A., & et al. (2016). Detección y diagnóstico precoz de los trastornos del espectro autista. *Revista de psiquiatría infanto-juvenil*, 378-384.

Alvarez-López, E. M., Barragán-Espinoza, J. A., Calderón-Vazquez, I. A., Torres-Córdoba, E. J., Beltran-Parrazal, L., Lopez-Meraz, L., . . . Morgado-Valle, C. (2014). Autismo: Mitos y realidades científicas. *Rev. Méd. UV*.

American Psychiatric Association. (2014). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Acceso libre en internet.

Barbaro, J., & Yaari, M. (2020). Study protocol for an evaluation of ASDetect a Mobile application for the early detection of autism. *BMC Pediatrics*.

Bonilla, M., & Chaskel, R. (2016). Trastorno del espectro autista. *Revista CCAPI*, 19-29.

Bravo Medina, J., & Hernández Expósito, S. (2010). Neurobiología del autismo. *Revista de Psiquiatría Infanto Juvenil*, 302-311.

Busquets, L., Mirabell, J., Muñoz, P., Muriel, N., Español, N., Viloca, L., & et al. (2018). Detección precoz del trastorno del espectro autista durante el primer año de vida en la consulta pediátrica. *Pediatr Integral*, 105-105.e6.

Cala Hernández, O., Licourt Otero, D., & Cabrera Rodríguez, N. (2015). Autismo: un acercamiento hacia el diagnóstico y la genética. *Revista de Ciencias Médicas*, 157-178.

Canal-Bedia, R., García-Primo, P., Hernández Fabián, A., Magan-Maganto, M., Sánchez, A., & Posada de la Paz, M. (2015). De la detección precoz a la atención temprana: estrategias de intervención a través del cribado prospectivo. *Rev Neurol*, 525-529.

Carbone, P., Campbell, K., Wilkes, J., Stoddard, G., Huynh, K., Young, P., & et al. (2020). Primary care autism screening and later autism diagnosis. *Pediatrics*.

Coelho-Medeiros, M., Bronstein, J., Aedo, K., Pereira, J., Arraño, V., Pérez, C., & et al. (2019). Validación del M.CHAT-R/F como instrumento de tamizaje para detección precoz en niños con

trastorno del espectro autista. *Revista chilena de pediatría*, 492-499.

Consejo General de la Psicología de España. (2015). La importancia de tener herramientas de evaluación psicológica de calidad. *Infocop Online*.

Fundación Teletón. (07 de septiembre de 2020). *Fundación Teletón*. Obtenido de Centro Autismo Teletón.

Galbe Sánchez-Ventura, J., Pallás Alonso, C., Rando Diego, A., Sánchez Ruiz-Cabello, F., Colomer Revuelta, J., Cortez Rico, O., & et al. (2018). Detección precoz de los trastornos del desarrollo (parte 2) trastornos del espectro autista. *Rev Pediatr Aten Primaria*, 277-285.

García Primo, P., Posada de la Paz, M., Martín Cilleros, M., Santos Borbujo, J., Bueno Carrera, G., & Bedia Canal, R. (2015). La detección e intervención temprana en menores con trastorno del espectro autista. *Siglo Cero*, 31-35.

Gonzalez, D. H. (2020). Aspectos centrales de los aportes del neurodesarrollo. *PSYCIENCIA*.

Gutierrez-Ruiz, K. (2016). Identificación temprana del trastorno del espectro autista. *Acta Neurol Colomb*, 238-247.

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. México D.F.: McGraw-Hill/Interamericana editores, S.A. de C.V.

Klin, A., Klaiman, C., & Jones, W. (2015). Rebajar la edad de diagnóstico de autismo: la neurociencia del desarrollo social afronta un importante problema de salud pública. *Rev Neurol*, S3-S11.

Lam Díaz, R. (2016). La redacción de un artículo científico. *Revista cubana de Hematología, Inmunol y Hemoterapia*, 57-69.

Lappé, M., Lau, L., Dodivitz, R. N., Nelson, B. B., Karp, E. A., & Kuo, A. A. (2018). The Diagnostic Odyssey of Autism Spectrum Disorder [La odisea diagnóstica del trastorno del espectro autista]. *Pediatrics*, S272-S279.

Marlow, M., Srivili, C., & Tomlinson, M. (2019). Una revisión de las herramientas de detección para la identificación de trastornos del espectro autista y retraso en el desarrollo en bebés y niños pequeños: recomendaciones para su uso en países de ingresos bajos y medios. *Autism Research*, 176-199.

National Institute of Mental Health. (2018). *Trastorno del espectro autista*. Bethesda MD: NIH.

Organización Mundial de la Salud. (07 de noviembre de 2019). *Trastornos del espectro autista*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/autism-spectrum-disorders#:~:text=Se>

%20calcula%20que%20uno%20de,han%20registrado%20cifras%20notablemente%20mayores.

Petrocchi, S., Levante, A., & Lecciso, F. (2020). Systematic review of level 1 and level 2 screening tools for autism spectrum disorders in toddlers. *Brain Sciences*.

Primo, P., Posada, M., Martín, M., Santos, J., Bueno, G., & Canal, P. (2015). La detección e intervención temprana en menores con trastornos del espectro autista. *Ediciones Universidad de Salamanca Siglo Cero*, 31-55.

Quijada, C. (2008). Espectro autista. *Rev Chil Pediatr*, 86-91.

Rojas, V., Rivera, A., & Nilo, N. (2019). Actualización en diagnóstico e intervención temprana del Trastorno del Espectro Autista. *Revista Chilena de Pediatría*, 478-484.

Sánchez-Raya, M. A., Martínez-Gual, E., Moriana Elvira, J. A., Luque Salas, B., & Alos Cívico, F. (2015). La atención temprana en los trastornos del espectro autista (TEA). *Psicología Educativa*, 55-63.

Sanz López, Y., Guijarro Granados, T., & Sánchez Vázquez, T. (2007). Inventario de desarrollo Batelle como instrumento de ayuda en el autismo. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 303-317.

Thabtah, F., & Peebles, D. (2019). early autism screening: A comprehensive review. *International journal of enviromental research and public health*.

Towle, P., & Patrick, P. (2016). Instrumentos de detección del trastorno del espectro autista para niños muy pequeños: una revisión sistemática. *Autism research and treatment*.

Vázquez-Villagrán, L., Moo-Rivas, C., Meléndez-Bautista, E., Magriñá-Lizama, J., & Méndez-Domínguez, N. (2017). Revisión del trastorno del espectro autista: actualización del diagnóstico y tratamiento. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 31-45.

Wallis, K., Guthrie, W., Bennett, A., Gerdes, M., Levy, S., Mandell, D., & et al. (2020). adherence to screening and referral guidelines for autism spectrum disorder in pediatric primary care. *PLOS ONE*.

Zulimak Esquer, H., & Belmont Sánchez, D. (2015). Validez de una escala para detectar autismo en la educación inicial. *Enseñanza e investigación en psicología*, 66-74.

Zúñiga, H. A., Balmaña, N., & Salgado, M. (2017). Los trastornos del espectro autista (TEA). *Pediatría Integral*, 92-108.

Tablas

Tabla 1 Signos de sospecha de TEA en niños de 6 a 24 meses

Tabla 2 Pruebas para la detección y diagnóstico de TEA en los primeros tres años de vida

Tabla 3 Fases del algoritmo para el diagnóstico del TEA de acuerdo al ASN

Tabla 3 Clasificación de los instrumentos de detección del TEA

Tabla 5 Pruebas para detección y diagnóstico de TEA en edades tempranas de acuerdo al análisis bibliográfico

EL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD
Y LA LEY DEL PADRE

Psic. Laura Beatriz Bello García

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)
betybello79@gmail.com

La prevalencia del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad TDAH infantil, ha ido en aumento en los últimos años, se habla de que hasta un 12% de la población infantil presenta criterios diagnósticos del trastorno. Es un porcentaje muy alto lo que implica diversas comorbilidades y complicaciones a nivel de la Salud, de Educación y Economía en la atención para los niños. Cada día es común observar en las aulas escolares de 3 a 4 niños con indicadores claros del trastorno. Sin embargo, para los profesores y padres el TDAH no está claro, existen diversas vertientes que desmienten o mitifican al TDAH tratándolo solo como un asunto de “mala conducta o acreedor a un don “especial”, restándole la importancia de ser un trastorno en neurodesarrollo, que afecta casi todas las áreas de la vida del niño y posteriormente del adulto (social, emocional, conductual, cognitiva y motriz). La realidad es que el desconocimiento del trastorno está trayendo muchas dificultades en todos niveles.

Convirtiéndose en un problema de Salud Pública, donde la única atención que tienen estos niños es la farmacológica, siendo más fácil controlarlos a través del medicamento como única vía. Dejando de lado en la atención terapéutica, la subjetividad, la constitución psíquica, el discurso que marca y etiqueta, la mirada paterna y materna con respecto al hijo, los deseos inconscientes de los padres depositados en estos niños, los procesos madurativos y sensoriales derivados del vínculo, el movimiento como medio de aprendizaje, experiencia y regulador del niño. La mayoría de las estrategias de trabajo van encaminadas a “componer o arreglar” la conducta como si el niño fuera un robot que hay que reparar. De tal modo, que los avances que se presentan son efímeros, porque no se visualiza en la terapia a un sujeto producto del deseo e identificación familiar, además de no estar atravesado por la ley paterna, es decir, no hay discurso e introyección de las reglas. En esta investigación se aborda un caso de un niño de 8 años con diagnóstico de TDAH comórbido a trastorno explosivo intermitente, desde una visión e intervención analítica.

Palabras clave: TDAH, psicoanálisis, Ley del Padre, farmacológico.

Introducción

En la actualidad es muy común hablar de niños con Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad TDAH. En los últimos años la incidencia del TDAH se ha incrementado notablemente presentando una alta prevalencia. “La población infantil en México se estima en aproximadamente en 33 millones de niños de los que 15% tienen algún problema de Salud Mental. El TDAH afecta entre el 4 y el 12% de la población escolar y se calcula que en México existen alrededor de 1 500 000 niños con TDAH” (Pozas Díaz, M. Del P., et al., (s.a.). Guía clínica: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México, Secretaría de Salud).

El Trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDAH, es un trastorno en neurodesarrollo que afecta la corteza prefrontal y por lo tanto las funciones ejecutivas. “Es un trastorno de neurodesarrollo frecuente entre las edades que van desde la niñez (4 a 13 años) hasta la adolescencia (14 a 18 años principalmente). El TDAH también está presente en los adultos que no fueron atendidos cuando eran niños. Es una combinación de síntomas de inatención y/o hiperactividad –impulsividad que se presenta en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente en actividades sociales, académicas, afectivas y laborales” (Quiroga, J. 2009).

Sin embargo, en esta investigación me centraré en las dificultades a nivel emocional del niño, pero principalmente de los padres, cómo visualizan o imaginan a su hijo con TDAH. De este modo,

emerge la necesidad de una propuesta desde la perspectiva del psicoanálisis donde se busca la escucha del sujeto (niño), reconstruir y resignificar la historia familiar cargada de significantes que “marcan o etiquetan” al niño y que estas etiquetas lo pueden acompañar por el resto de su vida (el travieso, el mal educado, el tonto que no aprende, el error de la familia, el bebé, etc.). Esta propuesta no se trata de sentarse y enseñarle a leer o escribir, se trata de que el niño pueda visualizarse a través de lo que sí puede hacer, reconstruyendo su imagen e identidad corporal, a través del manejo de su propio cuerpo, con juegos, canciones, movimientos y ejercicios, se trata de que el niño pueda introyectar los aprendizajes desde su cuerpo “*los niños aprenden primero con su cuerpo antes de con su mente*” (Ayres, J. 1998), y a partir de esta lógica, se espera que el niño encuentre su deseo en un mundo lleno de exigencias competitivas y estandarizadas. Por lo tanto, esta propuesta se justifica en un modelo de atención pensada en el sujeto, que lo lleve a la deriva de su deseo.

Por lo que, me interesa pensar desde otro lugar y otra perspectiva al TDAH de este modo surge una pregunta de investigación, que he venido planteándome en la práctica clínica, ¿Existe relación entre el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad y el vínculo parental? ¿Qué pasa o dónde queda lo simbólico, la introyección de las reglas, La Ley del Padre desde la teoría del psicoanálisis?, para el psicoanálisis, el niño utiliza su cuerpo como una herramienta para hacer notar que no está bien, es a través del síntoma (enfermedad) que el niño manifiesta los deseos de los padres, las angustias o los temores, el cuerpo del niño es un instrumento “*Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta*” (Dolto, en Nasio, D. 1992).

Desde esta perspectiva, ¿se puede pensar e intervenir el TDAH desde el psicoanálisis, resignificando el lugar del niño frente a los deseos y la historia de los padres? ¿simbolizar el cuerpo del niño con la palabra, el movimiento y el juego?, ¿Introyectar las reglas, límites y prohibiciones desde el discurso y la Ley del Padre? ¿Se puede generar un saber entre psicoanálisis y las teorías pedagógicas activas, para crear un espacio donde el niño pueda integrar su cuerpo como un todo? A partir de estas interrogantes surge el objetivo de la investigación “Indagar a profundidad la dinámica que se genera entre la madre y el hijo con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”.

Los objetivos específicos son conocer el tipo de vínculos afectivos que se desarrollan dentro de la dinámica familiar con respecto al hijo con diagnóstico de TDAH. Conocer las implicaciones biológicas del TDAH y su relación con los procesos afectivos y anímicos.

Constitución psíquica.

Es importante hablar a grosso modo sobre la constitución psíquica y el complejo de Edipo como estructurantes del psiquismo. El psicoanálisis muestra un acceso a la palabra del sujeto, dando oportunidad de entrar en escenas que implican espacios de reflexión diferentes. A partir de esta lógica, Freud le otorgaba mucho sentido a los primeros años de vida del sujeto, tomándose como fundantes del psiquismo. Su obra orientó la dirección hasta entonces inexplorada de la palabra, se

caracterizó por darle importancia al deseo, la constitución psíquica del objeto y su relación con lo inconsciente.

Es interesante pensar, reflexionar y cuestionar lo transmitido de generación en generación y no solo a los genes, a lo biológico, sino a toda la carga significante inconsciente que son indispensables para la constitución subjetiva y psíquica. Ese lugar que se va gestando a partir de la mirada del otro, en especial de la madre o de quién haga la función materna, es interesante pensar en este sujeto, un sujeto constituido a partir del lenguaje y sin él cual no se podría existir. Otro que estructura, que regula, restringe y que sólo a partir de él adviene lo subjetivo, es decir, dar entrada a lo cultural para dar paso a la humanización, siendo el deseo el motor para la construcción subjetiva. Pero, ¿qué es el deseo? El deseo para Chemama (1968), *“tiene que ver con el Otro que aporta el código, donde este lo excita a existir psíquicamente, lo constituye. La separación del Otro con el sujeto se genera a partir de una falta en el Otro, articulada en la palabra y el lenguaje, inscribiendo en él la falta, por tanto, lo hace un ser deseante”*. Por lo anterior, me parece relevante reflexionar en torno al sujeto, en este caso a los niños con TDAH, pensar más allá del mal comportamiento, la excesiva inquietud motora o las dificultades en el aprendizaje, ¿qué hay en ese mito familiar, en los discursos inconscientes, deseos y expectativas de los padres?

Para Lacan, el nacimiento de un pequeño cacho de carne, trae consigo una serie de significantes. Lacan aborda esto planteándose como un hecho de estructura, entra a un orden simbólico ya establecido, el del lenguaje. Pensando desde esta lógica donde el niño se identifica por necesidad y supervivencia con el cuerpo de la madre, el niño absorbe lo inscrito inconscientemente de ese cuerpo, si la madre no ha podido resolver su propia historia, el hijo repetirá y con mucha más fuerza todo aquello que no se puso en palabra, utilizando su cuerpo (hijo), como una herramienta de proyección y malestar.

El TDAH es el síntoma del malestar familiar depositado en el cuerpo del niño como lo dice Dolto *“Donde el lenguaje se detiene, lo que sigue hablando es la conducta”* (Dolto, en Nasio, D. 1992). Y en los niños con dicho trastorno el cuerpo es el que se expresa, grita el dolor y sufrimiento de la historia familiar. La psiquiatría y el psicoanálisis hablan de la psicósomática como una herramienta que utiliza la psique para expresar todo lo que no se puede hablar y utiliza el cuerpo a través de la enfermedad para mostrar su malestar psíquico. Las emociones que no se hablan se van al cuerpo y se presentan a través de enfermedades, síntomas o problemas de conducta. La psicoanalista francesa Piera Aulagnier habla de la psicósomática y la define con en el término portavoz a la función del discurso de la madre en la estructuración de la psique *“portavoz en el sentido literal del término puesto que desde su llegada al mundo el infans (niño), a través de su voz, es llevado por un discurso que, en forma sucesiva, comenta, predice, acuna al conjunto de sus manifestaciones; portavoz también en el sentido de delegado, de representante de un orden exterior cuyas leyes y exigencias ese discurso enuncia”* (Aulagnier, P., 1975). Pensar el sujeto como un sistema abierto a lo intersubjetivo nos lleva a reflexionar acerca de las tramas relacionales entre los padres y el niño, y

sus efectos constitutivos de la subjetividad. De tal forma que el TDAH desde el psicoanálisis es una representación de significantes del discurso materno-paterno.

“De este modo, cuando el niño es atrapado en un delirio parental, al ser confrontado con este discurso, se ven afectadas su actividad fantasmática, el juicio y la pulsión de investigación, dado que estas tres operaciones mentales pueden quedar condensadas, inhibidas en cuanto a su fin creador. A partir de observaciones clínicas en las que queda claro cómo el destino de la pulsión de investigación del niño, enlazada a la pulsión de dominio pero también a la actividad del pensamiento, se ven afectadas porque estos niños quedan atrapados, confrontados con los efectos destructivos del encuentro con el sinsentido y con los agujeros creados en la vida psíquica” (Piera, A., 1975).

La psique altera la biología y aparece la enfermedad, el síntoma o la patología, en este caso el TDAH. Es una realidad que el trastorno existe para la ciencia y que está representado en el sistema nervioso central. El niño con TDAH muestra indicadores claros de inmadurez neurológica, su desarrollo mental va más despacio o no concuerda con respecto a su edad cronológica. El desfase madurativo puede ir entre 1 a 2 o hasta 3 años, por lo que los procesos de aprendizaje van más despacio y con dificultades. Parecería que es un movimiento inconsciente de la madre para mantener al hijo como un niño pequeño del cual no quiere separarse. Quedarse atrapados en esos primeros momentos de relación simbiótica madre-hijo, en un momento de completud y satisfacción. Ignorando la entrada de un tercer elemento que los separe por lo cual el niño se comportará desafiante ante las reglas y la autoridad porque la única autoridad es su madre.

Complejo de Edipo

Para retomar la teoría del Complejo de Edipo, me remito a los textos de Freud, “El sepultamiento del Complejo de Edipo (1924)”, “Sobre sexualidad femenina (1931)”. El Edipo es algo estructurado a partir de la organización familiar madre, padre e hijo. *“El complejo de Edipo en Freud se refiere al deseo amoroso del progenitor del sexo opuesto y deseo hostil frente al progenitor del mismo sexo, deseo hostil que culmina en el de muerte”* (Bleichmar, 1984). Sin embargo, la teoría no solo se refiere al deseo amoroso, es la triangulación entre la madre, el padre y el hijo. Es decir, cuando la madre ya no ve como único objeto de amor al hijo, ahora voltea a ver al padre.

Dentro de la teoría del Complejo de Edipo se espera que la madre haga esa triangulación edípica con el padre y separarse del hijo, sin embargo, en los niños con TDAH, la madre en la mayoría de los casos se queda atorada con el hijo, negando la posibilidad de entrada al padre y por la tanto la entrada de la ley.

La función esencial cumplida por la metáfora del Nombre del Padre es la prohibición del incesto, que resulta de la imagen castradora del padre. Es decir, dar paso al padre simbólico para

identificarse con él e introyectar su ley, las reglas, normas y la prohibición, “*El Complejo de Edipo, produce la creación del superyó y así introduce todos los procesos que tienen por meta la inserción del individuo en la comunidad de cultura*” (Freud, 1931).

Lo anterior sería lo esperado en cuestión de estructuración psíquica e identificación, sin embargo, los niños con trastorno por déficit de atención se encuentran “amarrados”, al deseo de amor incondicional de las madres, que harán todo por ellos, siendo las madres que llevan a todas las terapias, las que “buscan ayuda”, con tal de que su hijo esté bien. Pero en esta búsqueda incansable o negación de las conductas de su hijo, la madre elegirá siempre quedarse en esta díada simbiótica, aunque haya sufrimiento, la entrada a un tercero no está permitido.

Metodología

La metodología para esta investigación es un enfoque cualitativo, transversal, no experimental, tipo estudio de caso clínico mediante entrevistas a profundidad e historia de casos.

Desde la perspectiva del psicoanálisis me parece importante pensar que a través del juego simbólico el niño podrá construir su propia historia familiar, con juegos, relatos, dibujos y cuentos, que le permitirá resignificar el lugar que tiene frente a la familia y podrá descubrir el lugar que tiene dentro de esta.

Descripción del paciente

Varón de 8 años diagnosticado con TDAH por médico especialista en Paidopsiquiatría. Expulsado de 3 escuelas primarias privadas por mal comportamiento acompañado de episodios de agresión, poca tolerancia a la frustración y bajo desempeño académico. Vive con su madre quien es soltera, la abuela materna es quien establece las reglas y se encarga de la educación del menor.

Instrumentos

Para la recopilación de información, historia de vida y rastreo psicopedagógico se utilizaron los siguientes instrumentos:

- Entrevista a profundidad
- Dibujo de la Figura Humana DFH
- Test de Familia de Koppitz
- Test de Apercepción Infantil CAT
- HTP Casa, árbol, persona
- Raven Matrices Progresivas para niños a color
- Signos Neurológicos de ENI-2
- Subpruebas de memoria y atención de ENI-

- Procedimiento para su análisis

Los instrumentos se calificaron y se interpretaron de acuerdo a los criterios de validez y confiabilidad de cada uno de los instrumentos.

Esbozo de caso clínico

Antecedentes

Los padres de Pedrito se conocen a los 18 años de edad, se hacen novios, pero la abuela materna nunca estuvo de acuerdo con el noviazgo por ser de origen mestizo (indio) el novio. María decide salirse de su casa e irse a vivir con su novio, la abuela los rechaza y evita todo tipo de comunicación con la madre de Pedrito. José le propone casarse, pero ella no acepta, porque no cree en el matrimonio, (la abuela materna dejó a su esposo cuando María tenía 10 años). María y José van a vivir juntos 5 años donde viven tranquilos, hasta que María se embaraza y aparece la abuela. La abuela le exige a María dejar a José porque un “indio”, no es lo mejor para educar a su nieto. Por lo que María hace caso a la abuela y abandona a José con 5 meses de embarazo y se va a vivir a casa de la abuela. En la familia solo hay mujeres, la abuela, María, y 3 hijas que a su vez son solteras y tienen solo hijas, por lo que Pedrito es el único varón de la familia, es el tesoro preciado de esta. A pesar de las insistencias y diversas llamadas de José, María lo rechaza y le niega todo contacto con ella y posteriormente con su hijo. Pedrito nace sin ninguna complicación médica. Bebé sano con hitos de desarrollo de acuerdo con su edad. Actualmente Pedrito tiene 8 años 3 meses y cursa 3ro de primaria en escuela privada.

La relación entre la abuela y la madre María es simbiótica, ya que cualquier decisión tiene que pasar por la autorización de la abuela, ella es la encargada de hacer la comida, hacer el súper, pagar las vacaciones, pagar la colegiatura de Pedrito, recogerlo de la escuela, llevarlo al trabajo de María para que coman juntos y después llevarlos a su casa para que los 3 vean la tv y posteriormente la abuela se va a su casa a dormir y en ocasiones ella se queda a dormir con ellos. Pedrito es educado por la abuela, y la madre se abstiene o no se mete si la abuela lo regaña. Si María considera que está bien el regaño de la abuela se queda callada, en ocasiones la abuela le ha llegado a pegar a Pedrito por su comportamiento y regañar a María frente al niño, restándole la poca autoridad que tiene. Está estrictamente prohibido hablar del padre, le han dicho a Pedrito que ha muerto.

Pedrito inicia con dificultades en 1ro de primaria lo reportan las maestras *“Pedrito es un alumno que le cuesta trabajo relacionarse con pares de su edad, se frustra con facilidad y presenta mucha angustia a los cambios y situaciones de estrés (como exámenes, copiar la tarea, hablar frente a sus compañeros, etc.)*, sus compañeros le hacen burla por su peso. Ante esta situación se molesta y responde con golpes, además que parece no comprender lo que tiene que hacer, todo lo contesta mal”. Lo expulsan de la escuela y cursa el 2do grado en otra primaria, la conducta de Pedrito se va desorganizando conforme va creciendo, se le dificulta seguir las

indicaciones de las maestras, le molesta que lo toquen, no realiza las tareas y les grita a las maestras e intentó pegarles. Lo expulsan de la escuela al terminar el ciclo escolar, por conducta y bajo desempeño escolar ya que no cumple con los estándares académicos de la escuela.

El 3er año de primaria lo cursa en otro colegio, referenciado por la escuela por las múltiples quejas en su comportamiento y su bajo desempeño escolar “*parece que no entiende, está en la luna, se distrae por todo, nunca acaba las actividades*”, se muestra desafiante ante maestros (principalmente varones) ha intentado soltar golpes cuando los docentes le llaman la atención, golpea a sus compañeros sin distinción entre niñas o niños, muestra poca tolerancia a la frustración, cuando se le llama la atención llora, grita y llegando a golpear a quien tenga cerca, lo hizo con una compañera con el puño cerrado en la boca, por sentarse en su silla. La dirección de la escuela le comentó a la madre que el menor no podrá asistir a eventos públicos como salidas, bailables o eventos escolares (festival de navidad, día de la amistad pascua, etc.), tiene estrictamente prohibido asistir a estos eventos.

Evaluación

Sesiones de juego diagnóstico, juego libre, entrevista a la madre y abuela. También se aplicaron pruebas proyectivas como DFH, Test de la familia de Koppitz y HTP. Se aplicó Test de Raven Matrices Progresivas para niños a color, Signos Neurológicos Blandos de ENI y algunas subpruebas de ENI con el objetivo de evaluar su proceso madurativo de las funciones ejecutivas.

Diagnóstico

Pedrito cuenta con indicadores claros del TDAH diagnosticado por médico especialista en paidopsiquiatría. El diagnóstico de acuerdo al DSM-V es Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad comórbido a Trastorno Explosivo Intermitente.

Pronóstico

Reservado, es importante seguir trabajando con la madre, abuela y Pedro para dar palabra y apoyarlo en la instauración, asimilación de reglas y límites claros. Romper con la diada abuela-madre para hacer una triangulación y permitirle a Pedro encontrar, reconocer y aceptar la Ley.

Intervención

Se integra a taller grupal con 2 niños de su edad, donde se llevan a cabo actividades de juegos libres semidirigidos, arte, expresión corporal, lectura de cuentos a través de la metáfora y lo más importante dar cabida a la palabra y escucha. Cuando Pedrito llega a terapia grupal se le observa violento con los compañeros, es burlón, irónico, desafiante, no sigue reglas no hay límites con respecto al material, toca, avienta, rompe, se aburre con facilidad, se acuesta y se duerme en plena sesión.

Una actividad que se realiza al iniciar la sesión es escribir en un pizarrón “yo soy ____ nombre del niño, hijo de (mamá y papá nombres), y quiero ser...”. A Pedro esta actividad le molestaba mucho, era imposible que él escribiera su nombre, rayaba el pizarrón, se reía, tachaba el nombre de sus compañeros.

Esta actividad se realiza ya que para Françoise Dolto es importante que el niño vaya tomando un lugar en la historia familiar, es decir, reconocerse entre este mito familiar y poder unificarse “YO SOY” e ir conformando su propia identidad. Después de varias sesiones el niño pudo escribir su nombre y escribir que era hijo de María, y cuando era momento de escribir el nombre de su padre, del cual desconocía ya que era prohibido hablar del “indio”, Pedro decía me duele el estómago y se iba al baño, regresaba y decía soy hijo de la mierda. “Yo Soy Pedrito hijo de María y de mierda”, causándole mucha risa y burlándose. Pedro no conocía a su padre ni en foto, ya que la madre abandona al padre cuando ella estaba embarazada a petición de la abuela ya que un “indio” no podría educar a su nieto

Las intervenciones para la meta terapéutica van enfocados a romper la dinámica y el discurso de la abuela, instauración de reglas y límites claros a través del juego, para posteriormente aplicarlo a diferentes ambientes, manejo de la tolerancia a la frustración, habilidades cognitivas y estrategias de autorregulación emocional.

Seguimiento

Antes de la contingencia las sesiones eran cada semana, al finalizar el taller con los niños, pasaba la mamá de Pedro y la abuela para hablar sobre lo trabajado en sesión, hacer pequeños cortes en el discurso de la abuela y darle el lugar de madre a María. Se trabajó mucho sobre la identidad de “Pedrito”, para ser Pedro, lanzando interrogantes que los lleven a la reflexión, la abuela está en su propia casa respeta las decisiones de María.

Resultados

El objetivo general fue indagar a profundidad la dinámica que se genera entre la madre y el hijo con diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad”. Como ya se expuso en el caso, la dinámica que se gestaba entre el hijo y la madre-abuela era de completud y total dependencia, una negación a reconocer al padre real como posibilidad de abrir un camino hacia la identificación masculina que le permitiera a Pedrito identificarse como hombre y no como una extensión de la madre.

Conocer las implicaciones biológicas del TDAH y su relación con los procesos afectivos y anímicos. Para dar respuesta a dichos objetivos se agrega lo siguiente: los datos arrojados en Raven Matrices Progresivas para Niños muestran que Pedro tiene un CI de 120 colocándolo por encima de la media promedio para su edad. Tiene capacidad de razonamiento, deducción, solución de problemas, nivel de pensamiento abstracto. No cuenta con indicadores de importancia

a nivel neurológico que deterioren su aprendizaje, sin embargo, la dinámica familiar simbiótica, anulando la figura paterna y descalificación de la madre, los estilos de crianza asfixiantes han llevado a Pedro a no respetar la autoridad, transgredir las leyes, presentar conductas disruptivas.

La valoración con subpruebas de ENI nos arroja que los dispositivos básicos de atención, memoria, concentración, razonamiento, están presentes y sin ninguna alteración. No hay lesión a nivel neurológico o madurativo.

Con respecto al otro objetivo específico conocer los tipos de vínculos afectivos que se desarrollan dentro de la dinámica familiar con respecto al hijo con diagnóstico de TDAH. La dificultad en Pedro va encaminada hacia lo psíquico-emocional, el no encontrar respuestas de su origen, de su historia familiar lo mantiene muy molesto, por lo que, transgrede la ley representada en los docentes. Eso que no puede decir lo actúa a través de su cuerpo. El trabajo que se ha realizado va encaminado hacia el reconocimiento de un tercero, simbolización de la ley, a través de la prohibición con el elemento agua como lo dicta Françoise Dolto y la instauración de la ley. Se han llevado 12 meses de trabajo terapéutico con Pedro y con la madre para dar entrada al padre real (biológico). Pedro pasó de ser hijo de la mierda a reconocer a José como su padre biológico.

La abuela vivió la entrada de la ley como un divorcio doloroso y se alejó de ellos, para posteriormente regresar y aceptar la entrada del padre.

En Pedro ha disminuido la agresividad y el enojo, se instauró en él la ley externa a través de juegos de reglas, canciones, límites y reglas claras a través de materiales sensoriales. Es capaz de reconocer un comportamiento agresivo y parar, puede emplear estrategias de respiración y contención.

El pidió conocer a su padre por fotografía y posteriormente conocerlo físicamente, el enojo ha desaparecido y las conductas disruptivas han disminuido notablemente. Su desempeño académico en el último trimestre mejoró considerablemente, aumentando sus periodos de atención, en la elaboración, participación y entrega de tareas.

Conclusiones

Desde esta perspectiva e intervención, es muy claro que, en este caso, el complejo de Edipo gira en torno al discurso de la abuela materna, donde ella es el único objeto de amor, la que provee, cuida y da estructura familiar. Anulando la entrada al padre. Entonces, no existía una triangulación edípica ya que para la abuela y madre no había cabida para la ley paterna, solo existían dos en esta simbiosis materna, abuela e hija-nieto.

Atrapados en este discurso materno que enferma y patologiza, María atravesó por cáncer de garganta, parecería que todo eso que se quedó atorado y no pudo salir en palabra se quedó ahí para enfermarla.

Si no hay cabida para mirar hacia un tercero y dar entrada a la Ley paterna, Pedro se encontraba atrapado en esta lógica narcisista de completud, por lo que la ley externa no existía representada por la escuela, mostrándose desafiante ante figuras de autoridad masculina, ya que en su imaginario no existía dicha ley, por lo tanto, la transgrede y se burlaba. Sin embargo, corría el riesgo de quedarse atrapado en el discurso materno y tomar un camino de estructuración patológico. Pedro se identificaba con los gustos de la madre, de ropa, de música y hasta de programa de televisión.

El trabajo que se realizó fue encaminado hacia el reconocimiento de un tercero, simbolización de la ley, a través de la prohibición y la instauración de la Ley. Fue un año de trabajo, con Pedro y con la madre para dar entrada al padre real y poner en palabra este lugar como constitución de un sujeto atravesado por la palabra. Pedro pasó de ser hijo de la mierda a reconocer a José como su padre biológico. Se instauró la ley externa en Pedro. Reconoce que se parece a su papá y que él es el primogénito, ya que el papá se casó después y tiene 2 hijas. Pedro quiere estudiar lo mismo que su papá médico cirujano, reconoce a las niñas como sus hermanas, pero aún no las conoce. En este caso la Ley paterna entró a separar la simbiosis entre madre e hijo, para darle un lugar a Pedro como un sujeto y no como una extensión de la madre-abuela. Su cuerpo se convirtió en un espacio donde se le permitió desarrollarse con libertad, conociendo y acatando las reglas sociales para crear límites simbólicos para vivir en sociedad.

Referencias

- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5)*, 5ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Aulagnier, P. (1975) *“La violencia de la interpretación”*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Ayres, J. (1998). *La Integración Sensorial y el Niño*. México : Trillas
- Bello, L (2004) *“La otra mirada de la anormalidad, un caso clínico en educación inicial”*. Tesis empírica de licenciatura. México Facultad de Estudios Superiores de Iztacala UNAM.
- Freud, S. (1924) *El sepultamiento del Complejo de Edipo*. Buenos Aires: Amorrortu
- Freud, S. (1931) *Sobre Sexualidad Femenina*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hernández, S. (2014) *“Metodología de la Investigación”* México: Mc Graw Hill 6ta edición.
- Mannoni, M (1987) *El niño, su “enfermedad” y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Nasio, J (1992) *“El niño del Espejo. El trabajo psicoterapéutico”*. Barcelona: Gedisa.
- Quiroga, J (2009) *“TDAH en adultos: Factores Genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico”*. Tesis Doctoral para obtener el grado en Psiquiatría y Psicología Clínica.

Barcelona, España. Universidad Autónoma de Barcelona.

Pozas Díaz, M. Del P., et al., (s.a.). *Guía clínica: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. México, Secretaría de Salud.

Ruiz, P. (). *Elaboración de tu tesis con Microsoft Word 2013*. México.

Artículos

Claro Tagle, Sebastián, Luche-Mundo: Una metodología para el abordaje responsable y dialógico del TDAH. *Estudios Pedagógicos* [en línea] 2015, XLI Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=173544961003>

ESTADO DE ANSIEDAD EN NIÑOS Y NIÑAS
EN CONDICIÓN DE CONFINAMIENTO POR COVID-19.

Liliana América Ortiz Guevara
Karla Guadalupe Torres Góngora

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)

liliortizg5@gmail.com

Karla_tg8@hotmail.com

El presente ensayo, tiene como finalidad describir los niveles de ansiedad que se puedan presentar en los niños y niñas que se encuentran en confinamiento por la pandemia que se vive a nivel mundial por COVID-19, en el Estado de Yucatán.

Palabras clave: COVID-19, ansiedad, confinamiento,

Introducción

El SARS-CoV-2 es una nueva variación del coronavirus que se detectó en diciembre de 2019 en Wuhan, China. Este virus ocasiona la enfermedad infecciosa denominada COVID-19. La enfermedad puede manifestarse de forma leve y en otros casos grave. Entre los síntomas característicos de esta enfermedad se encuentra dificultad respiratoria, neumonía, fracaso renal y puede ocasionar incluso la muerte. Y dentro de los grupos vulnerables más afectados se encuentran las personas mayores de 60 años, personas con padecimientos previos y las mujeres embarazadas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró el COVID-19 como pandemia el 11 de marzo de 2020. Por lo anterior en Yucatán se decretó el confinamiento en el domicilio teniendo un posible impacto en el bienestar psicológico, generando una posible ansiedad en la población infantil.

En el presente documento se han descrito los niveles de ansiedad durante el confinamiento a la llegada del virus, considerando las variables demográficas y el test CMASR-2. Se ha recogido una muestra de 31 niños y niñas y realizado la variable de ansiedad.

Justificación

El presente estudio tiene como finalidad describir los niveles de ansiedad en los niños y niñas, que se encuentran en condición de confinamiento a causa del virus Covid-19. Lo anterior proporcionará información que permita diseñar y proveer programas de asistencia psicológica con la intención de minimizar dichas afectaciones psicológicas.

Objetivo general

Describir los efectos emocionales en niños y niñas relacionados con el confinamiento por Covid-19.

Objetivos específicos

Describir los grados de ansiedad en niños y niñas relacionados al confinamiento por Covid-19.

Método

El diseño aplicado fue de tipo exploratorio transversal, descriptivo y no experimental, tipo de sondeo de opinión.

Sujetos

La muestra no probabilística, conformada por 31 sujetos, en un rango de edad de 7 y 8 años, quienes cursan el 2° grado de primaria en una escuela particular ubicada en el norte de la ciudad, todos del Estado de Yucatán, con acceso a internet.

Instrumento

El instrumento que se utilizó para hacer la investigación es el CMASR-R y para el cálculo de los datos se utilizó el software SPSS y Google Forms.

La escala descrita elaborada en Google Forms está conformada por dos dimensiones: la primera dimensión está conformada por 3 reactivos correspondientes a datos generales relativos a información demográfica.

La segunda dimensión, constó de 49 reactivos que corresponde al test CMASR-2 para determinar ansiedad en niños y adolescentes.

La escala CMASR-2 fue elaborada por Reynolds y Richmond, 1985, uno de los cuestionarios más utilizados en la investigación de tratamientos para la ansiedad infantil.

Procedimiento de la recolección de la información

Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario elaborado en Google Forms y enviados por la aplicación de WhatsApp a los padres de familia, a quienes se les invitó a realizar el cuestionario con la finalidad de obtener resultados del nivel de ansiedad de sus hijos por el confinamiento durante el covid-19, el tiempo estimado para resolver la encuesta fue de 5 minutos.

Análisis de la información

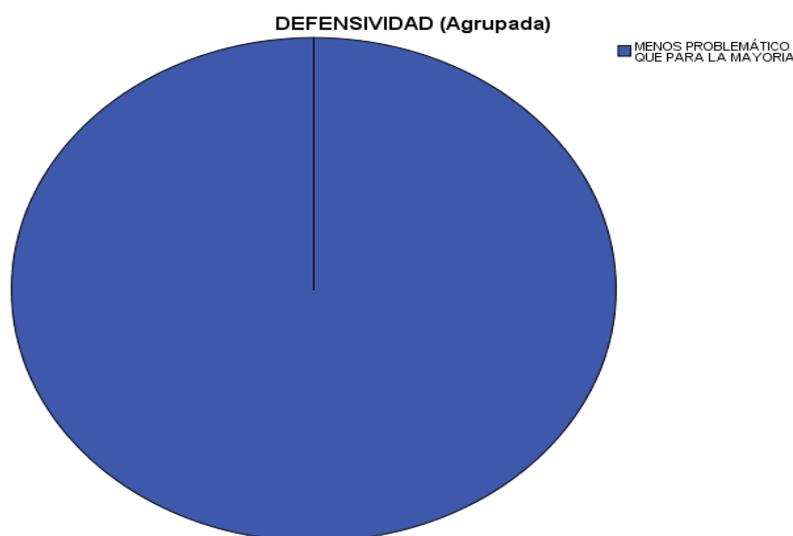
Tabla 1. Distribución de frecuencias promedio ansiedad

Estadísticos descriptivos	
	PROME DIO ANSIE

		DAD
N	Válid o	31
	Perdi dos	0
Media		.4009
Mediana		.3469
Moda		.33
Desv. Desviación		.17568
Rango		.76
Mínimo		.14
Máximo		.90

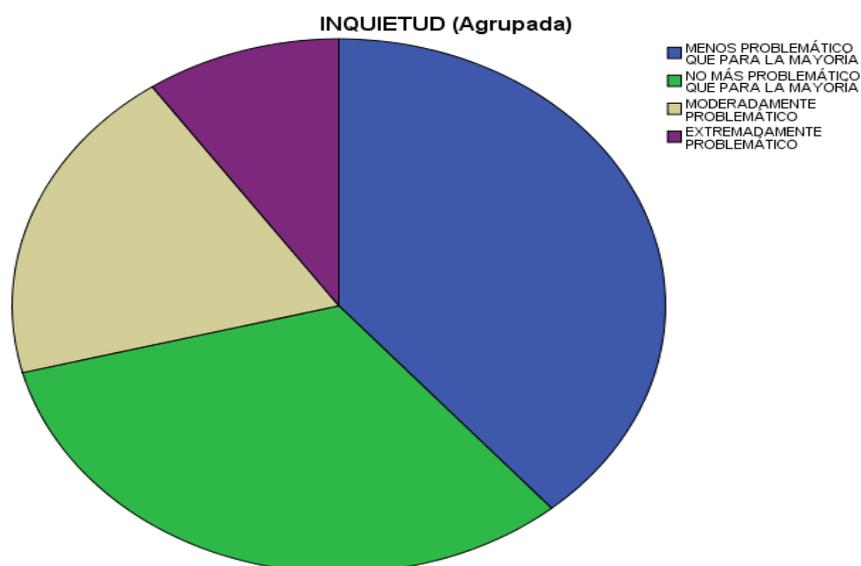
El análisis de distribución de frecuencias respecto al promedio de ansiedad arrojó como resultado una media de .40, lo cual nos indica que la muestra evaluada refirió haber tenido ocasionalmente síntomas de ansiedad durante el confinamiento. También se obtuvo una mediana de .34, que nos indica que el 50% de los sujetos está por encima de dicho valor y el otro 50% por debajo de este. El valor que más se repitió (moda) fue .33, asimismo tiene una desviación estándar de .17568, lo que nos indica que existe homogeneidad entre las respuestas obtenidas. El rango resultante para esta muestra fue de .76, obteniendo como valor mínimo de .14 y el valor máximo .90. Por los datos obtenidos se puede afirmar que las puntuaciones convergen, es decir; que los sujetos de la muestra presentaron rasgos menos problemáticos que la mayoría en cuanto a la ansiedad durante el confinamiento por covid-19.

Gráfica 2.- Defensividad



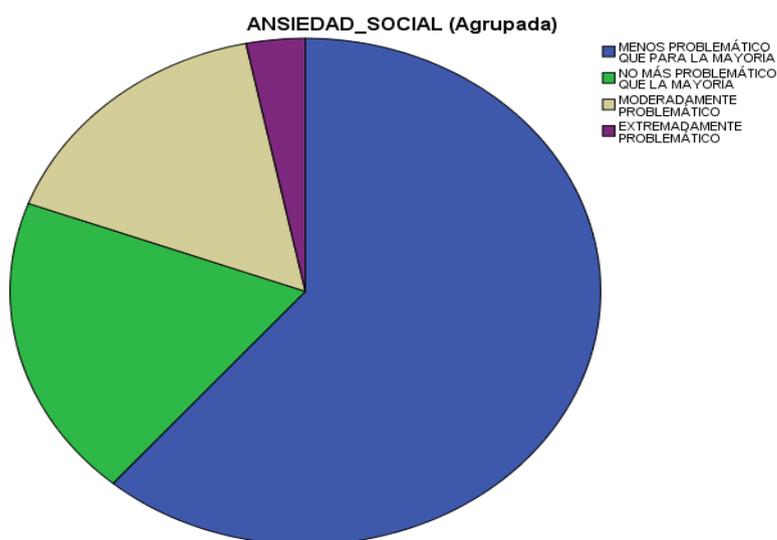
Del análisis de la defensividad agrupada el 100 % de la muestra pertenece al rango menos problemático que para la mayoría.

Gráfico 3. Inquietud



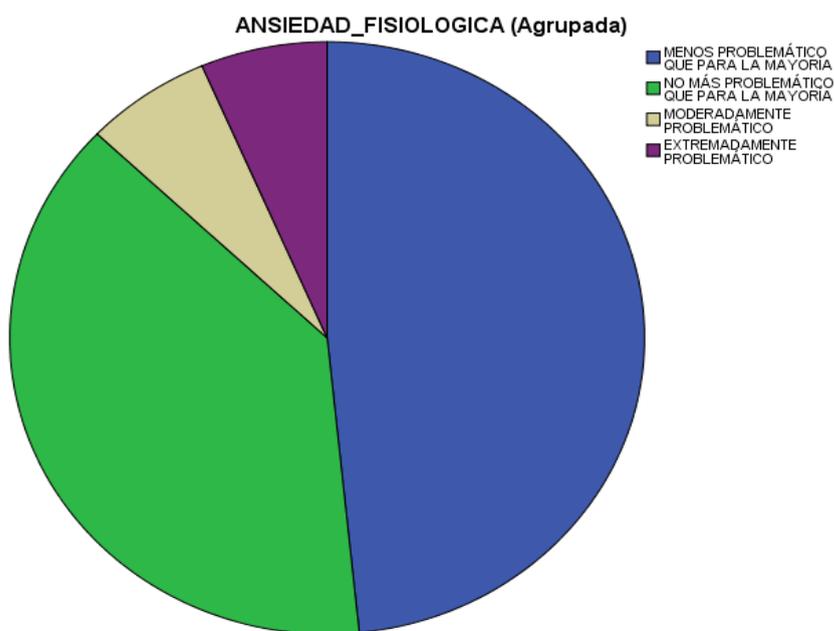
Del análisis de la inquietud agrupada el 38.7 % de la muestra cae en el rango menos problemático que para la mayoría, el 32.3 % no más problemático que para la mayoría, 19.4 % moderadamente problemático y sólo el 9.7% se encuentra en el nivel de extremadamente problemático.

Gráfico 2. Ansiedad Social



Del análisis de la ansiedad social agrupada el 61.3 % de la muestra cae en el rango menos problemático que para la mayoría, el 19.4 % no más problemático que para la mayoría, el 16.1 % moderadamente problemático y sólo el 3.2% se encuentra en el nivel de extremadamente problemático

Gráfico 4. Ansiedad fisiológica



Resultados

Del análisis de la ansiedad fisiológica agrupada el 48.4 % de la muestra cae en el rango menos problemático que para la mayoría, el 38.7 % no más problemático que para la mayoría, el 6.5 % moderadamente problemático y sólo el 6.5 % se encuentra en el nivel de extremadamente problemático.

Tabla 5. Tabla cruzada ansiedad y tiempo en pantalla

¿Cuánto tiempo ha dedicado durante el confinamiento estricto en casa el/la niño/a a las pantallas? (Sin contar actividades relacionadas con escuela online)*ANSIEDAD SOCIAL (Agrupada) tabulación cruzada		
		ANSIEDAD SOCIAL (Agrupada)
MO	EX	
DE	TR	
RA	EM	
DA	AD	

			ME NT E PR OB LE MÁ TIC O	AM EN TE PR OB LE MÁ TIC O	
¿Cuánto tiempo ha dedicado durante el confinamiento estricto en casa el/la niño/a a las pantallas? (Sin contar actividades relacionadas con escuela online)	No las usan habitualmente	Recuento	0	1	2
		% dentro de ¿Cuánto tiempo ha dedicado durante el confinamiento estricto en casa el/la niño/a a las pantallas? (Sin contar actividades relacionadas con escuela online)	0.0 %	50.0 %	100.0 %
	Menos de 1 hora al	Recuento	0	0	5
	%	0.0	0.0	1	

	día	dentro de ¿Cuánto tiempo ha dedicado durante el confinamiento estricto en casa el/la niño/a a las pantallas? (Sin contar actividades relacionadas con escuela online)	%	%	0 0. 0 %
	Entre 1 y 3 horas al día	Recuento	4	0	14
		% dentro de ¿Cuánto tiempo ha dedicado durante el confinamiento estricto	28. 6%	0.0 %	1 0 0. 0 %

	en casa el/la niño/a a las pantalla s? (Sin contar activida des relacion adas con escuela online)			
Entre 3 y 5 horas al día	Recuent o	1	0	1 0

Resultados

Los niños y niñas que se encuentran en confinamiento por COVID-19, manifestaron un nivel de defensividad del 100% en la categoría de menos problemático que para la mayoría.

Los niños y niñas que se encuentran en confinamiento por COVID-19, manifestaron un nivel de inquietud de 9.7 % en la categoría de extremadamente problemático.

Los niños y niñas que se encuentran en confinamiento por COVID-19, manifestaron un nivel de ansiedad social de 3.2 % en la categoría de extremadamente problemático.

Los niños y niñas que se encuentran en confinamiento por COVID-19, manifestaron un nivel de ansiedad fisiológica de 6.5 % en la categoría de extremadamente problemático.

El 10 % de los niños que estuvieron en una pantalla entre 3 y 5 horas al día se encuentran en el grupo de extremadamente problemático, por lo contrario, el 70% de la muestra se encuentra en el grupo de menos problemático que la mayoría.

Conclusiones

Según los datos obtenidos de la población evaluada cuyo rango oscila en la edad de 7 y 8 años se puede concluir que no existe relación significativa entre la ansiedad de dichos sujetos y el confinamiento por covid-19, toda vez que la mayoría de los sujetos encuestados no manifestó

sintomatología significativa (extremadamente problemático) de defensividad, ansiedad social, ansiedad fisiológica e inquietud, ya que sus respuestas los situaron en el rango de menos problemáticos que la mayoría.

Referencias

Lasa, N. B., et al. (2020) Las Consecuencias Psicológicas de la COVID-19 y el Confinamiento. España: Servicio de Publicaciones de la Universidad del País Vasco Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua.

Naiara Ozamiz, N. et al. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. Scielo. Saúde Pública vol.36 no.4 Rio de Janeiro. doi: 10.1590/0102-311X00054020.

Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (2020). Enfermedad por coronavirus COVID-19 <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/ITCoronavirus.pdf>

Dirección General de Epidemiología de la Secretaría de Salud Federal. (2020). Estudio epidemiológico de caso sospechoso de enfermedad respiratoria viral_20.05.20. Recuperado el 10 de julio de 2020, de <https://www.gob.mx/salud/documentos/lineamiento-estandarizado-para-la-vigilancia-epidemiologica-y-por-laboratorio-de-la-enfermedad-respiratoria-viral>.

LA ANSIEDAD Y EL APROVECHAMIENTO ACADÉMICO
DE LOS UNIVERSITARIOS
EN TIEMPOS DE CONFINAMIENTO POR COVID-19.

Wilbert Francisco Pren Valdéz
Josefina Ku Cumi
Margely Haydee Ochoa González

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)

lprenvaldez@gmail.com.com

josefinaku85@hotmail.com

margelyochoa@gmail.com

El presente trabajo de investigación, pretende analizar a los jóvenes universitarios seleccionados intencionalmente con características particulares (de estar en confinamiento por COVID-19, en la modalidad de clases virtuales, con entrega de tareas a través de medios y plataformas electrónicas) si al estar expuestos ante esta nueva normalidad, experimentan ansiedad y si ésta afecta en su desempeño académico.

Palabras clave: ansiedad, confinamiento, desempeño académico, estrategias de afrontamiento.

Introducción

Las consecuencias que ha traído la pandemia por covid-19, no solo han sido los riesgos por contagio, la cantidad de fallecimientos y el confinamiento, también en los distintos efectos a nivel psicológico, que se experimentan en particular entre el alumnado, tiene particular relevancia entre los jóvenes universitarios de la carrera de Psicología Social y Comunitaria.

Es por ello el interés de evaluar la existencia de efectos psicológicos, como la ansiedad, el estrés, etc., en los jóvenes universitarios de la carrera de Psicología social y Comunitaria de la escuela Felipe Carrillo Puerto, así como también la relación que podría tener en el aprovechamiento académico entre estas variables. Analizaremos, si la ansiedad entonces, es una consecuencia del estrés entre los jóvenes universitarios debido a la modalidad de las clases en línea, ya que revisando la literatura, entendemos que, el uso de la tecnología en la actualidad en los jóvenes es una herramienta a la que se adaptan de manera vertiginosa, entran a la universidad con el conocimiento de saber utilizar diversos aparatos y medios electrónicos con habilidades de aprendizaje y pensamiento para la elaboración de sus tareas a través de las plataformas electrónicas, de una manera natural. Muchos de ellos forman parte de una generación que ha crecido inmersa en las nuevas tecnologías, convirtiendo el internet y otros recursos tecnológicos en parte integral de sus vidas y en su realidad tecnológica (Dominguez & López, 2015).

Sin embargo, para otros estudiantes, el uso de las tecnologías representa una preocupación menor, a lo que el confinamiento por COVID-19 podría provocar, es decir, los jóvenes tienen un interés más enfocado a las restricciones de reuniones sociales, así como, a la falta de actividades de recreación como: ir al cine, a las plazas comerciales, reuniones entre amigos o con familiares, etc. Al pertenecer a una población con menor vulnerabilidad, tienden a preocuparse menor por contagiarse de COVID-19, y en cambio, experimentan la deseabilidad de terminar con el confinamiento, y en otras ocasiones pasan por alto las medidas de prevención interpuestas por el Gobierno.

Justificación

En el interconectado mundo moderno, la incertidumbre y sorpresa por lo rápido que se ha alterado la vida de prácticamente en todos los habitantes del planeta ha creado una situación inédita para todas las organizaciones, incluyendo las instituciones de educación superior (Sanz,

2002). Esto refiriéndose a los cambios que tienen relación con la forma en cómo nos enfrentamos a ellos, deriva de cambios no solo en el exterior de las sociedades, sino desde un punto de vista más personal, desde el cambio en la conducta en el individuo a través de la psicología. El cambio psicológico que presentan los alumnos y docentes implica una adaptación de la cual, les llevará tiempo poder lograr, sin embargo, se han marcado significativamente los efectos de estas nuevas adaptaciones que han implicado en el caso de algunos estudiantes un estrés y ansiedad en el estado psicológico.

Otro aspecto importante para destacar es la problemática emocional- conductual en el estudio que causa la ansiedad en los jóvenes, es la no actualización de los docentes, tanto en conocimientos científicos como tecnológicos, tal situación se acrecienta con la escasez de aprendizajes significativos causadas por la manera en la que son impartidas las clases. Existe una asimetría en cuanto al manejo de la tecnología, muchos de ellos incluso han tenido que explicarles a sus profesores las técnicas del manejo de las plataformas.

Es importante que se tome en cuenta, que es el momento para explorar, tomar riesgos y enfrentar los desafíos tecnológicos, pedagógicos, didácticos, afectivos. Eso ayudará a que los universitarios puedan tener aspiraciones, dentro de sus estrategias de estudio, crear proyectos, desarrollar métodos de estudio, realizar trabajos escolares profesionalmente etc. El resultado de un equilibrio entre las demandas del entorno y la capacidad del individuo para satisfacerlas tendrá como solución estrategias de afrontamiento asertivas, para el estudiante.

Objetivo

El objetivo de la presente investigación es conocer cómo influye la ansiedad y el rendimiento académico, de los jóvenes universitarios ante la contingencia por COVID-19. Así mismo, establecer la relación entre ambas variables y describir los niveles y síntomas de ansiedad que presentan los jóvenes universitarios durante el aislamiento e identificar el resultado de su desempeño escolar.

Método

Este estudio está basado en un enfoque cualitativo, entre sus características está que es exploratorio, transversal, no experimental y que mediante instrumentos electrónicos y trabajo de gabinete, se recabó la información de cada uno de los participantes, para la interpretación de los resultados.

Sujetos

En la realización de esta investigación, se contó con la participación voluntaria de 21 jóvenes (hombres y mujeres) estudiantes del segundo semestre de la licenciatura en Psicología Social y Comunitaria del Centro Universitario Felipe Carrillo Puerto, con un rango de edad entre los 18 y 21 años, se solicita el permiso a la coordinadora académica Mtra. Yenni Crisanti dando el permiso de

poder realizar la investigación y se nos asigna el grupo de estudiantes ya mencionado; se les contactó por medio de sus correos electrónicos donde se les explica el motivo de la investigación, los instrumentos a utilizar así como las instrucciones para contestar cada instrumento. El cuestionario AMAS-C se realiza en formato Excel y el de situaciones por COVID a través de Google Forms.

Instrumento

Para este estudio fue necesaria la aplicación de dos instrumentos. El primero llamado Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos, protocolo AMAS-C para estudiantes universitarios. El cuestionario se encuentra conformado por 49 reactivos, cuatro escalas de ansiedad y una de validez y una sub-escala IHS que consta de 12 reactivos.

Del mismo modo se utilizó, el cuestionario electrónico de: Situaciones que producen ansiedad en tiempos de contingencia por COVID-19, el cual estuvo integrado de 20 reactivos divididos en cuatro escalas, conformadas por: salud ante el COVID-19, por contingencia, mis hábitos de estudio en tiempos de covid-19 y las dificultades para estudiar en línea (mediante plataformas electrónicas).

Procedimiento de la recolección de la información

Los datos se sistematizaron y analizaron cualitativamente de acuerdo con el tipo de respuesta y su frecuencia cuantitativa, a partir de los indicadores identificados en las respuestas.

La forma en cómo se obtuvieron los datos para el Instrumento de la Escala de Ansiedad Manifiesta en Adultos, protocolo AMAS-C para estudiantes universitarios y el Cuestionario de situaciones COVID-19, fue mediante el envío por correo electrónico a cada uno de los participantes, teniendo un día para su contestación, una vez teniendo las respuestas se procedió a calificar por medio del manual AMAS-C, interpretando tanto las puntuaciones altas, como bajas, considerando en qué escalas puntuaron más alto. De la misma manera se calificó el cuestionario de situaciones ante el COVID-19, y posteriormente se vaciaron dichos datos al programa SPSS para poder analizar a detalles los resultados siguientes.

Resultados

Tabla 1 CORRELACIONES ENTRE AMBAS PRUEBAS

		PERCENTIL _TOT	total_ins 2
PERCENTIL_TO T	Correlación de Pearson	1	.044
	Sig. (bilateral)		.868
	N	20	17
total_inst2	Correlación de Pearson	.044	1
	Sig. (bilateral)	.868	

	N	17	18
--	---	----	----

En la tabla generada por el SPSS no muestra que exista correlación lineal entre las variables percentil final y la variable de puntaje total en la prueba ante el COVID-19, lo que significa que un gran porcentaje de los alumnos ha mostrado buena salud y que en cuanto a sus hábitos de estudio, existe una adecuada adaptación a la modalidad de las clases en línea, no presentan mayor dificultad en el manejo de las plataformas, esto podría deberse a que la gran mayoría de la generación, tiene conocimiento del uso de las nuevas tecnologías y se les facilita el manejo de los medios tecnológicos sin ningún problema.

Tabla 2 ANOVA

CALIF_2DO_PERIODO					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Entre grupos	4482.250	9	498.028	.960	.520
Dentro de grupos	5189.550	10	518.955		
Total	9671.800	19			

En esta tabla se puede observar que cuando, la significación de F es menor de 0.05 es que las dos variables están relacionadas, en este caso el p-valor es de $0.520 > 0.05$ por lo que las variables calificación del 2 periodo no está relacionada con la puntuación obtenida en el instrumento AMAS-C para estudiantes universitarios. Lo que significa que los alumnos, sobre todo los de 18 años de edad obtuvieron puntuaciones altas en inquietud e hipersensibilidad, la mayoría de los que puntuaron alto en esta escala son del género femenino, lo que nos indica que son más las universitarias las que podrían estar internalizando la ansiedad y que consumen un exceso de energía emocional al enfrascarse en ideas improductivas, además de que podrán sentirse con exceso de nerviosismo ante eventos que les generan estrés.

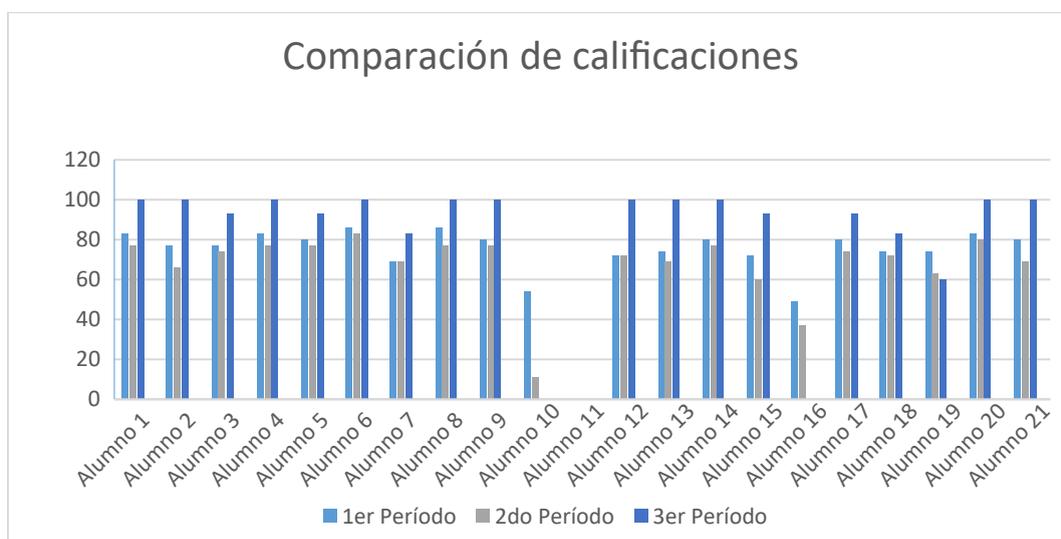
Se observa que la mayoría de los universitarios que puntuaron niveles bajos en la escala de ansiedad fisiológica, se encuentran en un proceso de adaptación hacia los nuevos cambios, desarrollando mecanismos de afrontamiento y una adecuada canalización del nerviosismo, en esta escala en donde las puntuaciones altas predominaron en el género masculino, se explica que podrían estar experimentando a diferencia de las mujeres predisposición a enfermedades psicosomáticas y problemas de atención.

En la escala de preocupaciones sociales y estrés, ambos géneros consideran que los amigos y la familia podrían representar una fuente de estrés en lugar de un refugio, esto, por el nivel de exigencia para su persona. En un momento dado, podrían llegar a pensar que no cuentan con un sistema de apoyo, o bien no eligen aprovecharla.

En la escala de ansiedad ante los exámenes, sólo tres alumnos de 18 años obtuvieron puntuaciones altas. Tres de 14 años fueron mujeres. Eso significa que, es más frecuente que exista ansiedad relacionada con las evaluaciones o valoraciones de cualquier tipo, entre el género femenino y posiblemente éstas podrían ser perjudiciales para el desempeño y preocupación repetitiva acerca de las calificaciones generales y de una prueba. Así mismo, los altos niveles de ansiedad ante los exámenes puedan dar como resultado el desempeño deficiente a pesar de tener un conocimiento adecuado o incluso elevado del tema que abarca el examen. Preocupación por los exámenes. Los niveles de estrés van vinculados con la resolución a las pruebas y los desgastante improductivos que con tanta frecuencia perturban a aquellos que sufren de ansiedad al enfrentar evaluaciones. Por otro lado, con respecto a la mayoría de los alumnos que puntuaron niveles bajos, nos habla de una ansiedad leve al ser evaluado y podría mejorar el desempeño si motiva una mejor preparación y concentración que lo complementará.

En la escala de la Mentira, sólo una mujer de 19 años puntuó alto. Los demás respondieron con veracidad, el instrumento.

En cuanto a la escala de ansiedad total, en esta escala dos de cinco alumnos de 18 años puntuaron alto, uno de 19 años y dos de 20 años puntuaron alto. Dos de seis eran hombres y tres de 14 fueron mujeres.



En los resultados de la investigación podemos observar que en algunos universitarios influye la ansiedad y el rendimiento académico de una manera mínima, ya que si observamos la tabla de calificaciones, del primer periodo en donde la mayoría de los alumnos tenían calificaciones promedio, observamos que en el segundo periodo el 100% de los alumnos baja su calificaciones de manera mínima, posteriormente en el tercer periodo la mayoría de los jóvenes universitarios mejoran nuevamente su promedio, por lo que podemos, entender que probablemente en el proceso de la pandemia la mayoría de alumnos, se encontraban en un proceso de adaptación hacia la nueva normalidad de las clases virtuales ante la contingencia por COVID-19. También, se pudo

comprobar el objetivo general de la investigación que consistía en describir, los niveles y síntomas de ansiedad que presentan algunos jóvenes universitarios durante el aislamiento por COVID-19, lo cual se describieron en los párrafos anteriores.

En cuanto los objetivos específicos se pudieron identificar a través de la tabla de calificaciones de los alumnos, el desempeño escolar que presentaron los jóvenes universitarios durante el aislamiento refleja los tres periodos de calificación, en que en el segundo periodo es donde se puede observar calificaciones más bajas de entre los tres periodos.

En relación con el objetivo de, si existe relación entre la ansiedad y el aprovechamiento académico durante el aislamiento por COVID-19, posteriormente a haber analizado los resultados, se observó que no se pudo identificar las causas que relacionan el bajo rendimiento de las calificaciones, sean propias de una situación de ansiedad y que éstas sean derivadas propiamente por el confinamiento. Sería importante, que en estudios posteriores se tomarán en cuenta, variables como la capacidad de adaptación de los jóvenes, los recursos personales de cada uno, así como, pruebas psicométricas que miden las variables mencionadas.

Conclusiones

Teniendo en cuenta que la ansiedad es adaptativa y no siempre es patológica, podemos concluir entonces que en el confinamiento por COVID-19 no se encuentra relacionado con el bajo rendimiento de las calificaciones de los alumnos, que la ansiedad no se presenta en la mayoría de los jóvenes del grupo evaluado, la minoría del grupo que sí presentaron signos de ansiedad, siendo estas en su mayoría mujeres, pudieron ser por diversas causas al confinamiento. Motivo por el cual, sería interesante que posteriormente se puedan evaluar, tomando en cuenta, los recursos y mecanismos de afrontamiento utilizados de manera personal en cada alumno para enfrentarse a los cambios.

Si bien, esto se puede ver reflejado en que los jóvenes se preocupan más por salir de este confinamiento y poder salir de sus casas para realizar actividades al aire libre, asistir a reuniones sociales y/o familiares o asistir a lugares para divertirse. Se aprecia en las noticias de cómo organizan fiestas coviteras sin respetar las medidas de seguridad como son la sana distancia, el uso de cubrebocas, el uso de gel anti bacterial y sanitizante, prefieren correr riesgo poniendo en juego su salud.

Los jóvenes son una generación que posee una carga viral baja, y es por eso que no se contagian tan rápido con el COVID, es decir no se ven amenazados de muerte, quizás es por eso que existe un desinterés por parte de ellos.

En función de los resultados obtenidos, surge la necesidad de implementar estrategias preventivas, de control y disminución de los efectos que podría provocar en un futuro el confinamiento debido a la pandemia por covid-19 con el objetivo de promover el bienestar y la

salud mental de los estudiantes universitarios. Así mismo, se recomienda hacerlos conscientes de cuidar a las personas con mayor vulnerabilidad de contraer dicho virus.

Bibliografía

Domínguez, F., & López, R. (03 de julio de 2015). Uso de las redes sociales digitales entre los jóvenes universitarios en México. Hacia la construcción de un estado del conocimiento (2004-20149). Obtenido de file:///C:/Users/Pedro%20L%C3%B3pez/Downloads/Dialnet-UsoDeLasRedesSocialesDigitalesEntreLosJovenesUnive-5223798.pdf

Figueroa, C. (2004). *Sistemas de Evaluación Académica* (Primera ed.). El Salvador: Universitaria.

G. Rivera, L. (10 de octubre de 2017). *Hablemos de ansiedad en el Día Mundial de la Salud Mental*. Recuperado el 28 de marzo de 2020, de Tec.Riview: <http://tecreview.tec.mx/hablemos-de-ansiedad-en-el-dia-mundial-de-la-salud-mental/>

MINED. (1997). *Lineamientos Para La Evaluación* (Primera ed.). El Salvador: Algier.

Prospero, G. O. (19 de abril de 2020). *El salar*. Recuperado el 04 de abril de 2020, de la salud.mx: <https://elsalar.com.bo/2020/04/el-insomnio-y-su-tratamiento-en-los-tiempos-del-covid-19/>

R. Reynolds, C., B.O, R., & P.A., L. (2007). *AMAS Escala de ansiedad manifiesta en adultos* (3 ed.). México: Manual moderno. Obtenido de file:///H:/MAESTRIA/MAESTRIA%204º%20SEMESTRE/MOD%203/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACIÓN/AMAS-Escala-de-Ansiedad-Manifiesta-en-Adultos-pdf.pdf

Tortella Feliu, M. (2014). *Dialnet*. Recuperado el 13 de abril de 2020, de Los trastornos de ansiedad:

file:///C:/josefina.ku/Downloads/DialnetLosTrastornosDeAnsiedadEnEIDSM5-4803018.PDF

ESTADO EMOCIONAL
DE PACIENTES RECUPERADOS POST COVID-19

Psic. Culebro Gallegos
Lizbeth Melissa

Medica. Cambranis Cutz
Silvia del Socorro

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)

meliculebro@hotmail.com

silviacambranis@hotmail.com

Este artículo nos presenta dos estados emocionales que se presentan en las personas recuperadas del COVID-19. Estamos viviendo una situación de pandemia en el mundo que nos ha generado puntos tan inciertos que no veíamos venir. La parte más negativa de no salir de casa por un virus que ha invadido a muchas personas, y que lamentablemente ha provocado muertes, una situación económica muy baja. En la que la mayoría de las personas se irritan, se enojan y caen en ansiedad, miedos y depresión.

Palabras clave: Depresión, ansiedad, covid-19, salud mental, psicoterapia.

Introducción

La salud mental en nuestra vida diaria es de gran importancia, sabemos que cuando nos sentimos bien física y mentalmente, sobre todo mantenemos un equilibrio, nuestro día a día se vuelve en cierto modo de bienestar.

Esta investigación busca encontrar, o bien generar, una metodología práctica y estructurada para darnos cuenta que el COVID-19 o cualquier otra enfermedad puede dejar secuelas en la cuestión física y emocional.

Se describirán los puntos principales que originaron el interés del presente trabajo de investigación, así como las preguntas de investigación, objetivo general y específico, justificación y beneficios del estudio, el marco teórico que es de gran importancia. Los temas que veremos son los antecedentes científicos, la importancia de la salud mental, síntomas emocionales después del COVID-19,

Se explica el tipo de investigación, diseño, muestra y población. Se encuentra el método utilizado y el escenario donde se lleva a cabo el trabajo, así como los instrumentos utilizados y el procedimiento implementado.

En los resultados podemos encontrar que existen entre los pacientes la ansiedad y la depresión, siendo ambos importantes.

Justificación

Se pretende realizar el estudio, debido a los trastornos emocionales que el COVID-19 está ocasionando en la población que estuvo hospitalizada, para tratar de manera adecuada dicha población.

Objetivo general

Identificar el estado emocional de las personas que han presentado recientemente COVID-19.

Objetivos específicos

- Determinar la condición emocional de los pacientes recientemente recuperados.
- Identificar el trastorno emocional con mayor frecuencia.
- Identificar la magnitud de los trastornos presentados.

Método

Sujeto

El estudio se realizó a 20 pacientes recuperados por COVID-19, entre los cuales 13 son hombres y 7 mujeres, se seleccionó así ya que lo que se buscaba era saber lo que sucede después de haber padecido la enfermedad mencionada, que en este caso es depresión y ansiedad.

Instrumento

El inventario de depresión de Beck (BDI-2) es un autoinforme que proporciona una medida de la presencia y de la gravedad de la depresión en adultos y adolescentes de 13 años o más. Se compone de 21 ítems indicativos de síntomas tales como tristeza, llanto, pérdida de placer, sentimientos de fracaso y de culpa, pensamientos o deseos de suicidio, pesimismo, etc. Estos síntomas corresponden con los criterios para el diagnóstico de los trastornos depresivos recogidos en el DSM-IV. Cada ítem responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3, excepto los ítems 16 (cambios en el patrón de sueño) y 18 (cambios en el apetito) que contienen 7 categorías. Si una persona ha elegido varias categorías de respuesta en un ítem, se toma la categoría a la que corresponde la puntuación más alta. Las puntuaciones mínima y máxima en el test son 0 y 63. Se han establecido puntos de corte que permiten clasificar a los evaluados en uno de los siguientes cuatro grupos: 0-13, mínima depresión; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

El Inventario de ansiedad de Beck (BAI) se trata de un cuestionario de opción múltiple de 21 ítems que mide la gravedad de la ansiedad actual en adultos y adolescentes.

Describe los síntomas emocionales, fisiológicos y cognitivos de la ansiedad, siendo una prueba muy adecuada para discriminar la ansiedad de la depresión.

Se le pide al sujeto objeto de la evaluación que informe sobre la medida en que se ha visto afectado por cada uno de los 21 síntomas a lo largo de la semana anterior.

Cada elemento tiene cuatro posibles opciones de respuesta: Nada en absoluto; Levemente (No me molesta mucho); Moderadamente (Fue muy desagradable, pero podía soportarlo), y Severamente (Apenas podía soportarlo).

El clínico asigna valores de 0 a 3 a cada uno de los ítems. Los valores de cada elemento se suman obteniéndose una puntuación total que puede ir de 0 a 63 puntos. Una puntuación total entre 0 y 7 se interpreta como un nivel mínimo de ansiedad, de 8 a 15 como leve, de 16 a 25 como moderado y

de 26 a 63 como grave.

Procedimiento de la recolección de la información

El proceso para la recolección de información se llevó a cabo en el Hospital General de Zona 1 de la Ciudad de Campeche de manera directa. Sin límite de tiempo, ya que son pacientes recuperados.

Se les realizaron los Inventarios de Depresión y Ansiedad de Beck, a todas las personas que permanecieron hospitalizadas de abril a julio del 2020; y todos los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión.

Análisis de la información

Del total de encuestas aplicadas a pacientes que fueron hospitalizados por complicaciones de COVID-19 en el Hospital General de Zona 1 de la Ciudad de Campeche, con respecto al sexo; 13 fueron del sexo masculino (65%) y 7 del sexo femenino (35%) se observa que la mayor frecuencia de complicaciones se presenta en el sexo masculino, lo que coincide con las investigaciones nacionales e internacionales que especifican mayor frecuencia de complicaciones en el sexo masculino,

Con respecto a la depresión, aplicando la encuesta de Beck se observa mayor frecuencia de depresión moderada con un total de 12 pacientes que corresponde al 60% del total de los pacientes, observando que la frecuencia de depresión en pacientes que fueron hospitalizados es elevada.

Sobre la ansiedad, posterior a la aplicación de la encuesta de Beck, la frecuencia es mayor de tipo leve con un total de 11 pacientes que corresponde al 55%.

Resultados

Del total de encuestas aplicadas a pacientes que fueron hospitalizados por complicaciones de COVID-19 en el Hospital General de Zona 1 de la Ciudad de Campeche, con respecto al sexo; 13 fueron del sexo masculino (65%) y 7 del sexo femenino (35%) se observa que la mayor frecuencia de complicaciones se presenta en el sexo masculino, lo que coincide con las investigaciones nacionales e internacionales que especifican mayor frecuencia de complicaciones en el sexo masculino,

Con respecto a la depresión, aplicando la encuesta de Beck se observa mayor frecuencia de depresión moderada con un total de 12 pacientes que corresponde al 60% del total de los pacientes, observando que la frecuencia de depresión en pacientes que fueron hospitalizados es elevada.

Sobre la ansiedad, posterior a la aplicación de la encuesta de Beck, la frecuencia es mayor de tipo leve con un total de 11 pacientes que corresponde al 55%.

Conclusiones

La enfermedad por COVID-19 (SARS COV2), es una enfermedad multisistémica, que afecta desde la parte pulmonar, cardiaca, trombótica, intestinal, y psicológica.

En base a la literatura internacional y nacional la cual concuerda con los resultados obtenidos en nuestro estudio, la frecuencia de depresión en pacientes que fueron hospitalizados es elevada, los factores que influyen en la misma van desde aislamiento hasta la misma hospitalización del paciente, nuestros resultados presentan con mayor frecuencia en base a la encuesta de Beck depresión y ansiedad, lo que concluye que se requiere para el tratamiento integral del paciente con COVID-19 de terapia psicológica que coadyuve a que el paciente se reintegre a sus actividades familiares y laborales de la mejor forma posible.

Bibliografía

Apuntes Universitarios. (2017). Preservando la Salud Mental. *Revista de Investigación.*, 1-6.

Boston public healt commission. (1 de julio de 2020). Obtenido de <http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov>

Cahill, C. R. (2020). Reto 3: El impacto psicológico del confinamiento. En J. o. Results, *inco retos psicológicos de la crisis del COVID-19.* (págs. 585-586). España: Research and Science S.L.

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. (2016). Depresion Información Básica. *National Institute of Mental Health*, 2-3.

García, A. A. (2014). *Cirugía 1. Educación Quirúrgica, 5e.* México: McGRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES, S. A. de C. V.

Manual diagnóstico y estadística de los Trastornos mentales. (1997). Barcelona : American Psychiatric Association.

Organización Mundial de la Salud. (7 de Abril de 1948). *Sitio web Mundial* . Obtenido de Sitio Web Mundial : <https://www.who.int/es/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-for-public/q-a-coronaviruses>

Organización mundial de la salud. (2004). *Invertir en salud mental.* Ginebra Suiza: Departamento de Salud Mental y abusos de Sustancias, Organización Mundial de la Salud, Ginebra.

TRASTORNO DEPRESIVO PERSISTENTE, EN MUJER
ADULTA MEXICANA

Ruth Baledón Rodríguez
Rita María Puga Azcorra
Nayeli Guadalupe
Blancas Cruz

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)

baledon.94@gmail.com

kikiazcorra15@hotmail.com

nbc_5793@outlook.com

El presente estudio de caso trata sobre una mujer adulta mexicana, diagnosticada con depresión persistente (distimia). Al respecto, se realizó un estudio exploratorio mediante una entrevista semiestructurada, la exploración de su historia de vida y la administración de pruebas psicométricas y proyectivas con el objetivo de evaluar a fondo los rasgos psicológicos, mecanismos de defensa, sentimientos y actitudes del sujeto. Los resultados obtenidos ilustran que el proceso terapéutico Breve Focal de orientación Psicoanalítica le aportó las herramientas para transformar su realidad psíquica. La finalidad fue analizar su sintomatología y reorganizar parcialmente el estado emocional de la paciente. Se puede concluir que se logró trabajar en la validación y aceptación de sus propias experiencias personales para el fortalecimiento de su identidad yoica.

Palabras Clave: Depresión, Depresión Persistente (Distimia), Terapia Breve Focal, Psicoanálisis.

Introducción

La organización mundial de la salud, (OMS, 2020) define la depresión como un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración. El registro de datos y cifras de la organización, calcula que llega a afectar a más de 300 millones de personas en el mundo, siendo la principal causa mundial de discapacidad y contribuye de forma muy importante a la carga que genera la morbilidad. Puede llegar a convertirse en un problema de salud serio, especialmente en los casos de depresión moderada o grave y causar gran sufrimiento alterando la funcionalidad del sujeto. En el peor de los casos puede llevar al suicidio. Al respecto, cada año cerca de 800 000 personas, se quitan la vida. Este factor, es la segunda causa de muerte en el grupo de sujetos entre 15 a 29 años de edad. Se desconoce la causa exacta del trastorno, pero probablemente tiene que ver con ciertos factores genéticos, cambios en las concentraciones de neurotransmisores, una alteración en la función neuroendocrina y factores psicosociales.

Las mujeres llegan a padecer depresión con mayor frecuencia. Esto se debe a los diferentes estilos de vida que practican a diferencia de los hombres. Entre éstos se incluyen: la inestabilidad en la pareja, los acontecimientos estresantes, el nacimiento de los hijos, el abuso de drogas, la presencia de una enfermedad crónica, entre otros. De igual manera, los médicos le atribuyen un gran peso a los factores hormonales ya que constituyen una de las principales causas por las que la depresión se da mayormente en las mujeres que en los hombres. Hablando específicamente de los trastornos que padecen por el ciclo menstrual, el embarazo, el parto y el periodo postparto, la menopausia, entre otros. (Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Mayo-Agosto 2008)

El Trastorno depresivo persistente (distimia) en el contexto clínico se caracteriza por el estado anímico depresivo durante dos años como mínimo, junto con al menos otros dos síntomas de depresión. Los criterios diagnósticos son los siguientes (American Psychiatric Association, 2018):

- A. Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día presentado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. En los niños y adolescentes la duración puede ser de al menos un año.
- B. Presencia, de dos o más de los siguientes síntomas: pérdida o aumento de apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, baja autoestima, dificultades para concentrarse o para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza,
- C. Durante el período de 2 años de la alteración, el sujeto no ha estado sin síntomas de los Criterios A y B durante más de 2 meses seguidos.
- D. No ha habido ningún episodio depresivo mayor durante los primeros 2 años de la alteración (1 año para niños y adolescentes).
- E. Nunca ha habido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
- F. La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de un trastorno psicótico crónico, como son la esquizofrenia o el trastorno delirante.
- G. Los síntomas no son debidos a los efectos fisiológicos directos de una sustancia.
- H. Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

En el presente trabajo se habla de G. A. quien es una mujer de 42 años de edad que decide participar en una evaluación psicológica ya que está interesada en saber más acerca de ella. En la entrevista que se le realizó, se quejó de presentar tristeza, soledad, irritabilidad y alta sensibilidad, así como también sentimientos de fracaso, desánimo y desesperanza. Afirma sentirse así desde hace mucho tiempo y que, al perder a su pareja, los síntomas aumentaron por lo que, después del período de evaluación, decidió someterse a un proceso terapéutico.

Por lo anterior, la paciente inicia con una terapia Breve Focal de orientación psicoanalítica, ya que debido a las características de su problemática, el motivo de consulta y su situación económica, la terapeuta determinó que esa sería la opción más adecuada.

Según Pérez (2013), el fin terapéutico se va a centrar en la superación de los síntomas, episodios agudos o situaciones perturbadoras actuales que se presentan como prioritarias por su urgencia y/o importancia.

Justificación

La pérdida de un ser querido puede resultar atormentador para el sujeto doliente, a quien la realidad lo sumerge en un proceso de readaptación, acompañado de una serie de sintomatologías

que va desde la pérdida del interés del mundo exterior, miedo, culpa, confusión, negación, tristeza, etc. Ésta experiencia emocional de enfrentarse a la pérdida es lo que corresponde a lo que llamamos el duelo el cual, es catalogado como un afecto normal en donde el sujeto sabe qué es lo que realmente perdió, pero, ¿qué sucede cuando el doliente desconoce lo que ha perdido y lo lleva a travesar similares estados de tristeza como sucede en el proceso del duelo?

Ante esta situación se analiza el estudio de la melancolía (Sigmund, 1993). Freud aborda la temática de la melancolía comparándola y diferenciándola con el duelo; en su estudio señala que el éste, es la pérdida real del objeto amado o una abstracción de éste, como por ejemplo la pérdida de una persona, la libertad, la patria o un ideal; en cambio, la melancolía está caracterizada por un sentimiento generalizado de pena, tristeza, dolor, retraimiento sobre sí mismo, pérdida de interés sobre el mundo exterior y una reducción o inhibición casi total de la productividad, éstas características son compartidas con las personas que están atravesando un proceso de duelo, pero hay una que diferencia a las personas melancólicas; ésta consiste en una marcada reducción del sentimiento de sí, como por ejemplo, los auto reproches, críticas severas, baja autoestima y sentimientos de culpa.

Para determinar aquello por lo cual sufre el melancólico y analizar lo que ha perdido, se puede observar que lo que se da en la melancolía es éste empobrecimiento yoico; es decir, en el proceso del duelo, el sujeto doliente siente que su mundo es gris, pobre y vacío porque no puede depositar su libido en el mundo, pero la inhibición y el desinterés se relaciona con el vacío que dejó la pérdida real, sin embargo durante el proceso irá depositando su libido en el mundo externo o hacia otros objetos sin la necesidad de sentir culpa por la pérdida; es decir, el trabajo del duelo absorbe al yo, pero el sí mismo no se empobrece, mientras que, el yo de la persona que sufre melancolía se siente dañado, y sobre todo considera sentirse culpable por la pérdida del objeto; ante esto se castiga, se humilla y concibe una exagerada tristeza pero hacia sí mismo. Por lo cual considera el autor que pareciera que no estamos frente a una pérdida del objeto, sino más bien frente a una pérdida del yo, y pareciera que las duras críticas que el yo se hace hacia sí mismo, son en realidad reproches que él le haría al objeto perdido.

Entonces, ¿qué es lo que sucedió en este proceso? Básicamente el sujeto ha depositado su libido en un objeto, pero éste lo ha desilusionado, traicionado o abandonado y en lugar de que la libido sea mutada a otro objeto, ésta se ha volcado sobre el yo del cual había emanado en un primer momento. El objeto o la sombra ha caído sobre el yo (Sigmund, 1993), y por lo tanto la libido que lo investía ahora se ha volcado sobre una parte del yo por identificación, convirtiéndolo así en el objeto amado y perdido. De ésta forma se conserva la investidura libidinal, pero a un gran coste porque éste puede ser juzgado; por lo cual ahora esta parte del yo representa la parte crítica o conciencia moral del yo; el cual se ensaña con él, se enfurece, le castiga, se queja y le hace sufrir. (pulsión de muerte); En esto se expresa la ambivalencia de los vínculos amorosos que siempre tienden entre el amor y el odio.

¿Este proceso de melancolía se da con todos los objetos?, no realmente, en un principio para que esto suceda tiene que haber una ligazón muy fuerte para que se de este proceso de vuelta de la libido objetal y recaiga sobre el yo, sin embargo, ésta puede llegar a ser tan grave y recaer en el suicidio. Es frecuente que la depresión no sea tratada adecuadamente de paso a problemas emocionales e incluso a trastornos psicopatológicos al cabo de meses o incluso años, por lo que tratar a un sujeto con depresión recae en una gran responsabilidad para el clínico. Es importante señalar que no cualquier tratamiento puede resultar positivo para trabajar la depresión, ya que muchas veces se trata de eliminar el síntoma o vender una felicidad instantánea dejando a un lado la raíz del problema.

Objetivo general

De acuerdo con la demanda de la paciente y el diagnóstico que presenta, se eligió trabajar con la Terapia Breve Focal de orientación psicoanalítica ya que la labor terapéutica está centrada en una determinada problemática que adquiere prioridad dada su urgencia y/o importancia, en tanto se dejan de lado otras áreas de conflicto. En este proceso focalizar es uno de los elementos más característicos de la psicoterapia breve. Es concentrar la labor terapéutica en determinado síntoma, problemática o sector de la psicopatología del paciente, de acuerdo a las metas seleccionadas. (Braier, 1999). De ahí, varios autores denominan a este tipo de intervención como psicoterapia focal en reemplazo de breve.

Todo foco tiene un eje central que generalmente está dado por el motivo de consulta (síntomas, situación de crisis) (Bellak, 1993). Al comenzar una terapia focal debe contarse por lo menos con un esbozo de foco terapéutico inicial, conformado a partir de los hallazgos obtenidos en las entrevistas clínicas y psicodiagnósticas. Subyacente igual al motivo de consulta, hay un conflicto nuclear, el que se inserta en una situación grupal específica.

Al priorizar una centralización en la terapia, la focalización contribuye a hacer más efectiva la actividad terapéutica en función de las metas seleccionadas y en una terapia de duración específica donde, no sólo la justifica una limitación temporal ya que también la técnica focal es adecuada en aquellos pacientes que pueden realizar psicoterapias sin plazo fijo de terminación e incluso prolongadas, en las cuales, por diversos motivos, el tratamiento psicoanalítico está contraindicado.

Cuanto más temprano y claro enmarcablemente sea el foco en una terapia breve, mejor será el pronóstico del tratamiento pues permitirá una labor más efectiva. En el proceso terapéutico hay una evolución de ese mismo foco, ya que se va delimitando mejor, en la medida en que el terapeuta logra una profundización en la comprensión de los psicodinamismos del paciente.

Metodología

En la fase inicial del estudio se llevó a cabo una entrevista semiestructurada para conocer el caso clínico. Posteriormente se administraron las pruebas psicométricas y proyectivas para evaluar a fondo los rasgos psicológicos, mecanismos, sentimientos y actitudes del sujeto. Los instrumentos de evaluación fueron los siguientes: Test Proyectivo de Karen Machover (La Figura Humana), Técnica de Dibujo Proyectivo: Árbol, Casa, Persona (HTP), Test de la Familia (Louis Corman), Test Gestáltico Visomotor Bender, Test de la Persona Bajo la Lluvia y el Inventario Multifásico de la Personalidad. Minnesota-2. MMPI. Se analizaron los resultados de las pruebas y se reintegraron los datos en el informe clínico obteniendo el diagnóstico y el pronóstico. Con base a dichos aspectos, se implementó como técnica la terapia psicoanalítica breve focal, con la finalidad de analizar la sintomatología y reorganizar parcialmente el estado emocional de la paciente.

Para el encuadre, se estableció una duración de 12 meses, en la cual G. asistiría a una sesión por semana de 50 minutos aproximadamente. Con el paso de las sesiones, se llegaría a establecer si es necesario, que se extienda la duración de la terapia. De igual manera, si la paciente mostraba avances favorables, se podrían llegar a reducir las sesiones asistiendo una vez a la quincena, con la finalidad de ir facilitando la separación y el posible término de la terapia.

Como herramientas técnicas de la psicoterapia psicoanalítica breve focal, se tomaron en consideración los siguientes:

- *El insight*: el sujeto no tiene una estabilidad emocional ni fuerza suficiente en su identidad yoica, para poder sobrellevar los estímulos externos que la rodean. Es posible que si se derriban las defensas que la mantienen, esto le afecte en gran medida y pueda generarle un quiebre en su psique. Es por eso que esta técnica fue utilizada lo menos posible, y se alternó con otros tipos de intervenciones que lograron estabilizarla y así se trabajó superficialmente en el foco de la problemática.
- *Interpretaciones transferenciales*: Estuvieron dirigidas preferencialmente a sus relaciones con representantes maternas (terapeuta, jefa, pareja) y con la misma madre. Este fue un instrumento importante para su terapia debido a que la paciente busca en todas sus relaciones objetales el amor y aceptación de su propia madre.
- *Interpretaciones*: Se incluyó durante el proceso la tarea de ayudar a la paciente a aceptar la separación de su pareja, con el objetivo de que pudiesen aflorar aspectos de la transferencia materna. Para ello fue beneficioso utilizar de forma flexible y selectiva la asociación libre.
- *Atención selectiva*: Se orientó constantemente a la paciente para que no se salga del enfoque, centrándola particularmente en los objetivos a tratar.

En cuanto a las metas terapéuticas, se determinaron las siguientes:

1. Analizar el estado de ánimo depresivo, de tal manera que disminuya la sintomatología de fatiga, ansiedad, tristeza, desesperanza, frustración y confusión que ha ocasionado la ruptura amorosa.
2. Transformar la percepción de la realidad psíquica para permitir que el sujeto explore sus sentimientos, pensamientos y fantasías, de modo que obtenga un entendimiento más profundo de cómo relacionarse con ella misma y con los otros.
3. Reforzar la autonomía para poder establecer una mejor adaptación en sus relaciones interpersonales.
4. Trabajar con el miedo al abandono y con la sintomatología de ansiedad que le ocasiona el futuro.
5. Fortalecer las funciones yoicas para neutralizar las ansiedades que presenta ante su miedo a la soledad.
6. Proporcionarle herramientas que fomenten un adecuado desarrollo de la comunicación y de las relaciones sociales, como por ejemplo implementar la asertividad esperando que deje de ser menos pasiva ante el otro.

Resultados

De acuerdo con la entrevista, historia de vida y pruebas realizadas, se observa que el sujeto es una persona sensible, tímida, reservada, depresiva con poca tolerancia a la frustración. Los rasgos característicos de su personalidad, podrían deberse a una infancia complicada debido a la ausencia por parte de la madre, con la cual nunca logró establecer un adecuado vínculo afectivo.

Según el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (2008), la distimia es considerada un tipo de depresión menos grave, sin embargo, este trastorno incluye síntomas crónicos, que pueden estar presentes a lo largo de la vida del paciente y su intensidad, puede variar. Cabe aclarar que aunque este padecimiento sea crónico, los síntomas por lo general no llegan a interferir o a incapacitar a la persona para realizar sus actividades ordinarias. G.A. presenta síntomas significativos reflejados en pérdida y aumento de apetito, falta de sueño, disminución de energía, dificultades para concentrarse y tomar decisiones, así como escaso interés en sus actividades, por lo que interfiere en el grado de dominio tanto en su mundo interno como externo.

Dentro de los criterios de Kernberg, se ubica en una estructura de personalidad neurótica con rasgos obsesivos compulsivos. Cuenta con una identidad del yo presente, debido a que posee un concepto integrado (aspectos positivos y negativos) de sí misma a través del tiempo y en distintas

situaciones, y realiza una descripción coherente de las personas importantes o significativas en su vida. El juicio de realidad es mantenido ya que no presenta alucinaciones ni ideas delirantes (Villa Guzmán, 2006).

Cabe aclarar que refleja una adecuada identidad yoica como ya se mencionó pero, débilmente integrada pues, se logra identificar frente a las dificultades para superar las amenazas externas e internas, sin embargo, percibe el presente y el futuro de forma amenazante. Predominan los mecanismos de defensa avanzados centrados en la represión, negación e intelectualización, así como también trastornos de personalidad depresiva masoquista, reflejado en los sentimientos de culpa inconscientes para amar y en la inhibición sexual. En cuanto al súper yo, interiorizó la ley del padre a pesar de que la madre, siempre desvalorizó a la figura paterna y presentó indiferencia hacia su hija, de tal manera que el sujeto, introyectó a su madre de forma hostil y ante esto, se generó una rivalidad edípica patológica dirigida y reprimida hacia la figura materna quien es percibida como aquella que censura, crítica y castiga.

La depresión es la sombra del objeto perdido en el Yo donde, hay una destrucción del psiquismo al nivel imaginario; es la energía que se retira al interés, se caracteriza por una pérdida de la identidad yoica de la persona; es decir, las ideas de desvalorización, es una de las características de un depresivo. El conflicto intrapsíquico, es una lucha constante entre los sentimientos de amor y de agresión. Estos sentimientos ambivalentes, tales como el del amor van a ir ligados a un deseo continuo de unión entre la libido y el objeto ideal mientras que los sentimientos de odio, van a ir enlazados a la pérdida de este objeto ideal. La Libido no va a ser desplazada sobre el objeto, sino retraída al Yo. De igual manera, existe cierta hostilidad inconsciente en donde la paciente expresa cierto sadismo superyoico, castigándose a ella misma. Este odio recae sobre el objeto que sustituyó al Yo, por ende, se va a enfocar principalmente en el goce de vengarse de ese objeto amado. La depresión que siente será un refugio en donde no se exteriorizará de forma tan impulsiva toda esta hostilidad. Los mecanismos de defensa pierden su omnipotencia debido a sentimientos amorosos, el yo controla sus impulsos agresivos. Al respecto, la agresividad que siente, al estar bloqueada, no la externó y al dirigirse hacia adentro, en el aspecto psíquico, fue uno de los factores que la llevaron a la depresión. En sus autorreproches, no los hace sobre ella, sino que se identifica con lo perdido por lo que la intolerancia, la lleva a que quiera vengarse de eso que le ha fallado y se establece una guerra en sí misma, el enemigo no está afuera, sino que se encuentra dentro.

Es necesario considerar que se trabajó con un tipo de terapia que brinda una revelación incompleta de la problemática a diferencia de un análisis, debido a que, el fin terapéutico no alcanza para operar en grado suficiente, y no resulta posible indicar otra alternativa dada las condiciones del encuadre. Estratégicamente se implementaron algunas intervenciones verbales e interpretaciones las cuales, aportaron resultados positivos ya que se fortalecieron las funciones yoicas. Esto se observa en sus comentarios diciendo que le va mejor en el trabajo pues ha logrado cumplir con toda su documentación en tiempo y forma. En cuanto a las relaciones sociales, participó en la cena de navidad de su centro laboral, algo que no había hecho hace mucho tiempo.

Al respecto, refiere sentirse más tranquila, sin embargo, aún le vienen pensamientos de temor, pero con menor frecuencia.

Para concluir, uno de los puntos determinantes para realizar cualquier tipo de terapia psicoanalítica, es la experiencia del analista en su propio análisis. De tal forma, el terapeuta no debe imponer sus valores a la persona que se está tratando; esto es una parte clave de la técnica, así como tampoco las ideas políticas, gustos, etc. Se debe entender que los valores son relativos y no absolutos. La neutralidad es fundamental por parte del terapeuta quien debe ser acrítico y amoral.

Discusión

En el presente caso se puede observar que la terapia Breve Focal de orientación psicoanalítica, ha funcionado positivamente en la paciente G.A. ya que ha mostrado avances significativos en el fortalecimiento de su Yo, lo que se refleja en los cambios de patrones de vida como la mayor satisfacción social, laboral y emocional.

Las interpretaciones propiciaron que tome conciencia acerca de los patrones que suele repetir en sus relaciones interpersonales. Fue necesario trabajar en el tema para que pueda ir resolviendo la compulsión de buscar en el otro esa figura materna que le pueda dar amor y protección. Por los constantes intentos de encontrar esta figura para llenar ese vacío que le generó la falta de atención y de amor por parte de su madre, se trabajó en la paciente para que concientice que lo que realmente busca es esta figura dominante que la convierta en una persona sumisa. En este aspecto tan fundamental, tuvo la capacidad para internalizar lo inconsciente, y de forma eventual, logró entender el comportamiento que estaba reflejando en sus relaciones interpersonales.

Se presentaron resistencias hasta cierto punto normales, pues todo ser humano se resiste a cambiar, para ello se hizo una elaboración más profunda sobre su inconsciente donde al llegar al insight, produjo cierto alivio percibiendo la realidad de otra manera. La labor terapéutica se centró en las dificultades que había presentado. También fue importante tratar el patrón derivado del conflicto con la imagen materna. Se le mostró que uno de los aspectos que se encuentran más presentes en sus síntomas, se evidencian ante personas que representan a su madre (parejas, jefas) y con ello, entendió el por qué se siente desvalorizada por ellas. Esta interpretación le expuso a la paciente la repetición de los mismos patrones en diferentes áreas de sus relaciones interpersonales y en los distintos contextos que estaban siendo afectados.

Se consideró que, si se lograba mejorar la manera de relacionarse con las demás personas, podría ser un factor que contribuiría a elevar su autoestima, ya que se sentiría capaz de entablar una relación, sin miedo a ser rechazada. Como objetivo final, se persiguió el alivio de sus síntomas procurando que la paciente pueda ir disminuyendo paulatinamente sus estados de ánimo deprimidos que están presentes la mayor parte del tiempo. Cabe aclarar que no se abordó el tema de identificar su propia sexualidad debido a que en ningún momento comentó en el motivo de consulta que esto le generará un malestar. Se espera que en cierta medida la situación problema

vaya relacionada con este aspecto el cual, se considera un tema crucial para poder tratar muchos de los padecimientos emocionales.

Roth & Fonagy (1996) nos hablan sobre el curso probable de la depresión y cómo puede variar de acuerdo al subtipo de trastorno del que se esté hablando, ya sea depresión mayor, distimia o depresión doble. Al hablar de ello, existe una alta probabilidad de recaída. El 75% de los pacientes que padecen algún tipo de depresión, en un lapso de 10 años, habrán sufrido un nuevo episodio de depresión mayor, y un 10% presentaron depresión persistente (distimia). Es probable que el 80% de los pacientes que presenten un desorden distímico, desarrollen eventualmente una depresión mayor lo que sugiere que la distimia y la depresión aguda, son variantes de una misma condición. Es por eso que la probabilidad de una recaída, es mucho mayor en pacientes que han sido diagnosticados de distimia más de tres episodios previos de depresión mayor, pueden aumentar la probabilidad de tener una nueva recaída. Sin embargo, estos pacientes muestran un ciclo mucho más rápido de recuperación y de recaída, a comparación de los pacientes que padecen depresión mayor (Jiménez, 2003).

De igual manera, en la mayoría de los pacientes, la depresión se convierte en un trastorno crónico donde, la probabilidad de recuperación completa es baja. Sin embargo, la Terapia Breve Focal ha mostrado un efecto relativamente importante en la paciente. Esta evaluación generalmente funciona a corto plazo, debido a que hay resultados positivos en el momento en el que el sujeto asiste a terapia. Así mismo, es recomendable dar seguimiento, para evitar recaídas. Si se llegara a dejar la terapia y/o hay lapsos de tiempo largos sin un tratamiento específico, la eficacia de las intervenciones breves se vuelve pobre.

Referencias

American Psychiatric Association. (2018). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Madrid: Médica Panamericana.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (2008). Género y Salud en cifras. (Vol. 6. No. 2.). Mayo- Agosto 2008. pp. 7. Recuperado de: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/MayAgo08.pdf>.

Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. (Mayo- Agosto 2008). Género y Salud en cifras. (Vol. 6. No. 2.). pp. 9. Recuperado de: <http://cnegrs.salud.gob.mx/contenidos/descargas/EquidadGenero/MayAgo08.pdf>.

Jiménez, J. P. (2003). El tratamiento psicoterapéutico de la depresión: una visión crítica integrada. *Revista Internacional de Psicoanálisis Aperturas*(013 2003), Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000228>.

OMS. (30 de enero de 2020). *Depresión*. Obtenido de Salud mental: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Pérez, C. (Julio de 2013). *Psicoterapia Breve de orientación psicoanalítica*. Obtenido de Psicoterapia Breve de orientación psiconalítica: <https://spm.mx/psicoterapia-breve-de-orientación-psicoanalítica/>

P., R. A. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York London: Guilford Press. Recuperado por:<http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000228>.

Villa Guzmán, E. (2006). CLASIFICACIÓN DE ESTRUCTURAS Y TRASTORNOS DE PERSONALIDAD” (Otto Kernberg). Obtenido de CENTRO DE ESTUDIOS DE LA SEXUALIDAD-CHILE. Diplomado en Sexualidad Humana: <https://cesch.cl/wp-content/uploads/2015/04/Estructuras-de-Personalidad.pdf>

PERFIL Y PROPUESTA
DE REHABILITACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
DE UNA PRE- ADOLESCENTE
CON TRASTORNO DE LAS FUNCIONES EJECUTIVAS

Mariana Echeverría Zavala

Centro de Estudios Clínica e Investigación Psicológica (CECIP)
mar.echeverria93@gmail.com

Se evalúa a una paciente de 11 años con trastorno por déficit de atención Mediante los resultados y las observaciones durante la aplicación de pruebas neuropsicológicas se pudo concluir que la paciente presenta además una comorbilidad de disfunción ejecutiva. Éste artículo presenta el perfil neuropsicológico de la paciente con evidencia para realizar una propuesta de intervención de rehabilitación neuropsicológica dando más carga al déficit de funciones ejecutivas y por tanto trabajar en nuevas estrategias para la paciente que favorezcan su desempeño académico y cotidiano.

Palabras clave: perfil neuropsicológico, funciones ejecutivas, trastorno por déficit de atención, disfunción ejecutiva, rehabilitación neuropsicológica

Introducción

El presente artículo presenta el perfil neuropsicológico de una paciente de 11 años, quien años atrás había recibido el diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención siendo la atención general la más afectada. Después de distintas intervenciones enfocadas en la atención, la paciente no presenta mejoras significativas. En el motivo de consulta se enlistan conductas como desorganización, cambios repentinos de humor e inatención. Como punto de partida, se aplica a la paciente la Evaluación Neuropsicológica Infantil [ENI] donde se muestra una deficiencia en las funciones ejecutivas, posteriormente se corrobora esta deficiencia con la Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales [BANFE] que confirma una alteración específica en las funciones; así mismo, se aplica una encuesta a padres y maestros para determinar la frecuencia de conductas disejecutivas. A través de los resultados de las pruebas, se elabora un perfil neuropsicológico que permite el diseño de estrategias centradas en la rehabilitación de las funciones ejecutivas basadas en propuestas de distintos autores. Al final, se espera que la propuesta cumpla el objetivo de darle a la paciente las funciones y técnicas pertinentes para poder cumplir con las demandas de la vida diaria y pueda desarrollarse eficientemente a lo largo de su vida. Éste artículo también presenta información sobre el desarrollo de las funciones ejecutivas y cómo éstas se encuentran relacionadas con el trastorno por déficit de atención.

Definiciones

Funciones Ejecutivas

Las funciones ejecutivas se han definido como los procesos que asocian ideas, movimientos y acciones simples, y los orientan a la resolución de conductas complejas (Shallice, 1986). Lezak (1982 en Tirapú, et.al.) utiliza por primera vez éste término define estas funciones como las capacidades mentales esenciales para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada.

También se han definido como un conjunto de habilidades que se hallan implicadas en la generación, la supervisión, la regulación, la ejecución y el reajuste de conductas adecuadas para alcanzar objetivos complejos, cuando los objetivos o las situaciones son novedosas precisan soluciones creativas para su resolución. Es por eso que las funciones ejecutivas emergen no sólo del encuentro del mundo externo sino también del interno (Tirapú, et.al. 2012).

En conclusión, dentro de éste repertorio de funciones se incluyen habilidades vinculadas a la capacidad de organizar y planificar una tarea, seleccionar apropiadamente los objetivos, iniciar un plan y sostenerlo en la mente mientras se ejecuta, inhibir las distracciones, cambiar de estrategias de modo flexible si el caso lo requiere, autorregular y controlar el curso de la acción para asegurarse que la meta propuesta esté en vías de lograrse. En síntesis, organización, anticipación, planificación, inhibición, memoria de trabajo, flexibilidad, autorregulación y control de la conducta constituyen requisitos importantes para resolver problemas de manera eficaz y eficiente y pueden ser considerados como las funciones ejecutivas (Soprano, 2003).

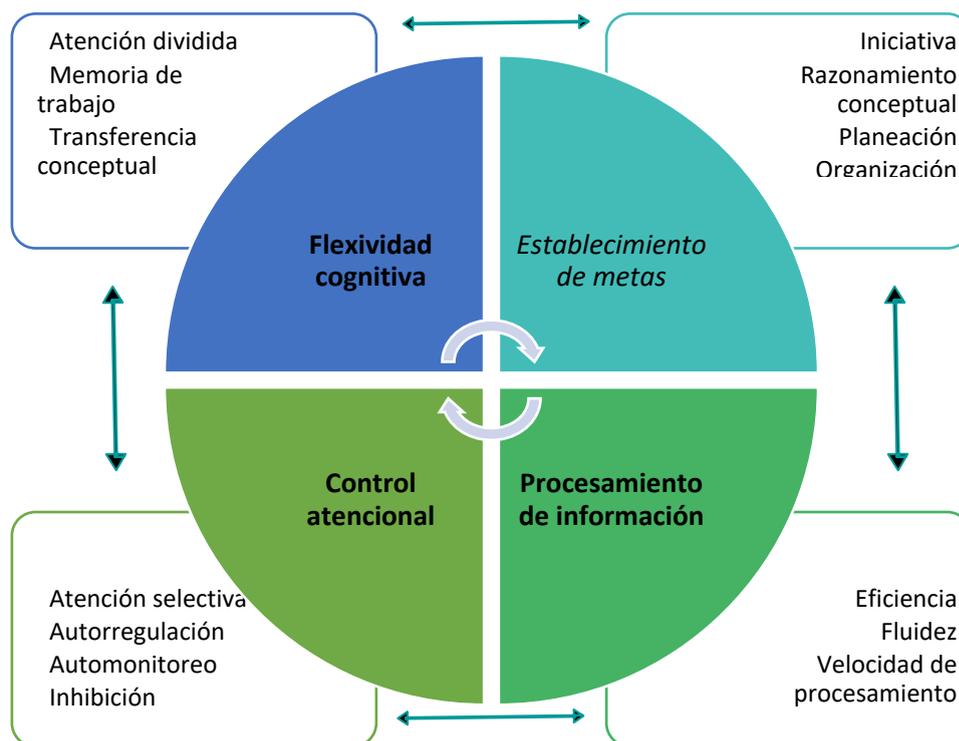


Figura 1 Modelo Neuropsicológico de Funciones Ejecutivas (Anderson, 2002).

Anderson (2002) propone un modelo del funcionamiento de las funciones ejecutivas basado en Alexander y Stuss (2000), este modelo las conceptualiza en 4 diferentes dominios: control atencional, procesamiento de información, flexibilidad cognitiva y establecimiento de metas. Estos dominios operan de manera integral para llevar a cabo ciertas tareas y en conjunto son consideradas como un sistema de control.

Al igual que otras funciones, las ejecutivas se van desarrollando a medida que el individuo crece, interactúa y se relaciona. Flores y Ostrosky (2012) realizan una división de las funciones ejecutivas establecidas en etapas de desarrollo: algunas funciones como la detección de selección de riesgo se da en un rango muy temprano, dentro del desarrollo temprano funciones como control inhibitorio, control motriz y memoria de trabajo visual se van fomentando, en el desarrollo intermedio pueden estimularse funciones como procesamiento riesgo-beneficio, memoria de trabajo visoespacial secuencial, memoria de trabajo verbal, flexibilidad mental, secuenciación inversa, planeación viso-espacial y planeación secuencial y de desarrollo más tardío se generan

algunas habilidades ejecutivas como la fluidez verbal y de generación de categorías abstractas.

Este desarrollo progresivo de las funciones se ha asociado con un progresivo desarrollo del proceso de mielinización de las regiones prefrontales del cerebro, es por ello que la maduración cerebral que se da desde el periodo fetal, también juega un papel relevante en el desarrollo de funciones ejecutivas (Rosselli, 2003).

Disfunción Ejecutiva o Síndrome Disejecutivo

Cuando se habla de un Síndrome Ejecutivo, se refiere a un espectro de alteraciones de índole cognitivo-conductual que se asocian a la alteración de las funciones cognitivas (Bausela-Herrerías, 2012). Específicamente en niños, éstos déficits se pueden observar en elementos como control de impulsos, monitoreo o supervisión conductual, regulación conductual, razonamiento, organización y planeación, utilización de estrategias para resolver problemas, retroalimentación, pensamiento crítico y memoria de trabajo (Anderson, 2002), mostrando dificultades para desempeñarse en las esferas sociales, académicas y de la vida diaria.

Se puede encontrar una dualidad de comportamientos en niños que presentan ésta disfunción, si bien unos pueden mostrarse apáticos, sin motivación y con poca respuesta otros se muestran desinhibidos, impulsivos y argumentativos (Anderson, 2002).

Pistoia, Abad y Etchepareborda (2004) especifican algunas características para el Síndrome Disejecutivo: 1) Dificultad para inhibir estímulos relevantes, 2) Dificultad para el reconocimiento de jerarquías, 3) Impedimentos para desarrollar estrategias adecuadas para solucionar un problema, 4) falta de análisis para establecer una secuenciación de una conducta para alcanzar un fin, 5) dificultades para la ejecución de un plan, no logrando monitorización ni adaptación ante una situación inesperada.

De igual forma, el síndrome puede clasificarse cuando hay evidencia de un fallo en alguna región prefrontal, donde también se describen conductas específicas que hacen posible una mayor precisión en caso de diagnóstico (Ardila y Rosselli, 2007).

Síndrome Orbitofrontal: se presentan conductas de desinhibición, impertinencia, irritabilidad, labilidad emocional, falta de tacto y dificultades para mantener la atención.

Síndrome Frontal-Mesial: los daños en estos circuitos pueden ocasionar apatía o abulia, el individuo puede estar despierto y consciente y no ejecuta ninguna acción o conducta.

Síndrome Dorsolateral: como característica primaria, se presenta una dificultad para organizar una respuesta comportamental al presentar estímulos nuevos o repentinos. Se presenta en los individuos latencias de respuestas largas.

Las causas de este síndrome o disfunción son diversas. Una investigación llevada a cabo por Junqué, Segura, Jurado, Freixenet, Albuéin y Munisa (2009) pudo determinar el perfil neuropsicológico en una muestra de 85 pacientes que incluía habilidades en memoria, funciones ejecutivas, viso-construcción y viso-perceptual. Encontraron diferencias significativas entre los

individuos considerando su influencia escolar y también un elemento como lo es el metabólico. Otros investigadores argumentan a través de sus estudios que el síndrome puede estar relacionado a lesiones cerebrales en áreas de córtex prefrontal, ganglios basales (Peña-Cassanova, 2007) y que puede estar relacionado con envejecimiento cerebral debido a demencias o enfermedades como el Alzheimer (Peña-Cassanova, 2007; Hanna-Pladdy, 2007; Pereira, Yassuda, Oliveira y Forlenza, (2008).

De igual forma, las afectaciones o variaciones en la utilización de funciones ejecutivas se han encontrado en niños de nacimiento prematuro en niños de muy bajo peso. Funciones como velocidad de procesamiento, atención, resolución de problemas y memoria de trabajo se pudieran ver afectadas por los factores mencionados anteriormente (Anderson, 2003; Narberhaus, et.al., 2007).

Por otra parte, Stuss (2000) plantea que una disfunción ejecutiva no siempre es resultado de una patología pre-frontal, pero pudiera estar relacionada a desconexiones neuronales producidas por daños en la materia blanca o por disfunciones de alguna otra parte del cerebro.

Trastorno por Déficit de Atención y Funciones Ejecutivas

Existen diferentes teorías acerca de la relación que existe entre la atención y las funciones ejecutivas. Autores como Berkeley (1999) consideraban la atención como parte del repertorio de las funciones ejecutivas y por tanto un déficit en la atención comprometía el resto de las funciones. La atención es un proceso que implica interacciones entre estructuras cerebrales como la corteza prefrontal, el tallo cerebral ventral y la corteza posterior. El daño de cualquiera de estas estructuras o entre las conexiones que se producen entre ellas puede interferir con la atención produciendo un déficit atencional. La corteza prefrontal modula al tallo basándose en la retroalimentación que recibe de las partes posteriores de la corteza (Lopera, 2008).

Otros autores como Rebollo y colaboradores (2006) argumentan que la atención es un sistema que interactúa con las funciones ejecutivas tal y como lo hace con otros sistemas como la memoria.

El Trastorno por Déficit de Atención es un síndrome de índole neuropsicológico en el cual se observan alteraciones en la atención, autorregulación y control de los impulsos; ha sido considerado como un trastorno de los lóbulos frontales (Berkeley en Bausela- Herreras, 2012).

Rebollo y sus colaboradores (2006) realizaron una investigación en un grupo con 75 que consultaron por déficit de atención, del total, 17 fueron diagnosticados con Déficit de Atención con Hiperactividad [TDAH] y 6 de ese grupo diagnosticado presentaron disfunción ejecutiva. Sin embargo, en el grupo inicial de 75 niños 7 presentaban alteraciones en las funciones ejecutivas sin cumplir con el diagnóstico de TDAH. En conclusión, los niños pueden presentar una disfunción ejecutiva pero no necesariamente tener un diagnóstico con TDAH, incluso cuando parecen presentarse algunos criterios diagnósticos en los participantes.

Por otra parte, el mismo trastorno puede alterar el funcionamiento ejecutivo, siendo ésta

alteración parte de los síntomas o conductas que presenta un niño diagnosticado con el trastorno de atención, el déficit atencional con hiperactividad ha sido interpretado como una propia disfunción ejecutiva, que incluye aspectos tanto cognitivos como comportamentales (Ardila y Rosselli, 2007). Rubiales y colaboradores (2016) realizaron un estudio donde evaluaron a grupos de niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad con y sin comorbilidades. En los resultados de ambos grupos encontraron déficits en las funciones ejecutivas específicamente: flexibilidad cognitiva, organización y planeación, inhibición motora e inhibición cognitiva.

Richaudeau (2017) argumenta que aquellos niños que tengan afectaciones cerebrales ya sean adquiridas o por dificultades en el neurodesarrollo tendrían una deficiencia de las funciones ejecutivas que no le permitirían resolver de manera asertiva situaciones problemáticas de su entorno por lo que existe una relación cercana entre los con los trastornos del neurodesarrollo y la deficiencia de funciones ejecutivas. En el Trastorno por Déficit de Atención se observa como síntoma nuclear dificultades en las funciones ejecutivas.

En la práctica clínica, las intervenciones realizadas a personas que presentan el TDA o TDAH tienen un curso en su mayoría basados en los criterios diagnósticos del DSM-V, la evaluación neuropsicológica aporta premisas importantes a la intervención, de igual forma puede ser coadyuvante para corroborar el diagnóstico según el DSM-V o incluso plantear otro posible diagnóstico; un buen diagnóstico debe por tanto basarse en una evaluación neuropsicológica profunda de las funciones cerebrales superiores (Castellanos y Acosta, 2002).

Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas

La rehabilitación de las funciones ejecutivas es un reto particularmente complejo. La alteración de estas funciones afecta a la capacidad del individuo para gobernar su vida y atender a las necesidades de los de su entorno (Muñoz-Céspedes y Tirapu-Ustárrroz, 2004 en Bruna, et.al. 2011). Es por ello que la rehabilitación de esta función cognitiva irá más allá de la recuperación, ya que se necesitan de estrategias compensatorias que ayuden a modificar el entorno y se apoye en elementos externos para favorecer la habilidad planificadora.

Los pacientes que presentan déficits en alguna función cognitiva presentan dificultades para guiar su conducta en diferentes situaciones, por una dificultad en responder adecuadamente a los estímulos, alteraciones en la atención o en la memoria operativa, o escasa capacidad de autoconciencia. Es por eso que sería positivo y de contribución ecológica entrenar al paciente en el aprendizaje de secuencias de conducta en ambientes que suela frecuentar y forman parte de su vida diaria, como pueden ser las que se precisan para asearse, vestirse, prepararse el desayuno, o preparar sus pertenencias para ir al colegio o a sus actividades vespertinas

De igual forma, las aproximaciones basadas en la restauración de funciones incluyen una variedad de ejercicios estructurados que propicien oportunidades para que el sujeto inicie, planifique y lleve a cabo actividades orientadas a la consecución de un objetivo concreto (Muñoz y Tirapú, 2004).

Una técnica utilizada en la rehabilitación de funciones ejecutivas es el entrenamiento de autoinstrucciones (Cicerone y Giacino, 1992; Cicerone y Wood, 1987; Hux, Reid y Lugert, 1994; Lawson y Rice, 1989 en Bruna, et.al. 2011), técnica que utiliza como marco teórico la hipótesis de Luria de la función reguladora del lenguaje la cual describe como la capacidad de que un niño pueda subordinarse al lenguaje del adulto y que en un futuro regule la propia conducta a través de un lenguaje autodirigido que fomentará asimismo la toma de conciencia sobre si la instrucción es estimuladora o inhibitoria (Luria, 1979).

Partiendo de esos supuestos, Meichenbaum y Goodman (1971, en Bruna, et.al. 2011) diseñan un programa de entrenamiento en autoinstrucciones que comprende cinco pasos:

Modelado cognitivo: a fin de resolver un determinado problema el terapeuta realiza la tarea proporcionándole a sí mismo instrucciones en voz alta.

Guía externa: el sujeto desarrolla la misma tarea siguiendo las instrucciones dadas por el terapeuta.

- Autoguía manifiesta: el sujeto realiza la tarea dándose instrucciones en voz alta.
- Autoguía manifiesta atenuada: el sujeto ejecuta la tarea susurrando las autoinstrucciones.
- Autoinstrucción encubierta: el sujeto utiliza el lenguaje interno para guiar su propia conducta.

Sohlberg y Mateer (2001, en Blázquez et. al. 2009) han desarrollado un modelo de rehabilitación de las funciones cognitivas, este modelo podría beneficiar en gran medida la función deficitaria de la paciente. Éste modelo se compone de tres áreas

Selección y ejecución de planes ejecutivos: Hace referencia al comportamiento que debe de ejecutar para completar una actividad y cumplir con su objetivo. Comprende el conocimiento de los pasos necesarios a seguir, el establecimiento de la secuencia de fases, el inicio de la actividad dirigida al objetivo, la revisión del plan e introducción de mecanismos correctores, y la velocidad de la ejecución. Se deben de establecer diferentes niveles de dificultad. En una primera etapa, el paciente debe nombrar los pasos para llevar a cabo una tarea sin importar el orden de ejecución para que posteriormente pueda ordenar estos pasos para luego enumerarlos. Posteriormente se realiza el mismo proceso, pero con listado de recados. Ya en la tercera fase se le solicita al paciente que planifique una actividad grupal y se introducen dificultades que obliguen al paciente a modificar el plan inicial y a buscar soluciones alternativas.

Control del tiempo: Se refiere a la habilidad para juzgar de forma adecuada el tiempo que lleva el realizar una determinada actividad y así regular la conducta teniendo en cuenta las restricciones temporales. Implica hacer cálculos del tiempo que te lleve ejecutar una actividad, crear horarios, ejecutar el plan conforme al tiempo establecido y revisar continuamente el tiempo que se va invirtiendo en la ejecución.

Autorregulación de la conducta: De acuerdo con el programa de estas autoras, la

autorregulación de la conducta tiene como componentes el conocimiento de la propia conducta y la de los demás, la capacidad de control de los impulsos aumentando la capacidad reflexiva, la eliminación de conductas inapropiadas y repetitivas y la habilidad para exhibir conductas consistentes, apropiadas y autónomas con respecto al ambiente.

Objetivo general

Presentar un perfil neuropsicológico a través de los resultados de pruebas estandarizadas, observaciones y encuestas con la finalidad de realizar una propuesta de rehabilitación que propicie la mejora en la calidad de vida de una paciente.

Objetivos específicos

- Aplicación de pruebas neuropsicológicas a la paciente
- Análisis e interpretación de pruebas aplicadas
- Redacción de perfil neuropsicológico
- Presentar propuesta y modelos de intervención para mejora del rendimiento

Método

Para finalidades de este artículo se realizará una investigación se realizará un estudio de caso lo cual se clasifica como una investigación cualitativa exploratoria, transversal, no experimental, con instrumentos psicométricos y neuropsicológicos.

Participantes

Para la selección de la participante se tomó en cuenta los resultados de una aplicación neuropsicológica anterior a este estudio, los cuáles daban indicios de una posible disfunción ejecutiva.

Caso Clínico

Para mantener a la paciente en anonimato, nos referiremos a ella por su inicial: I. Femenina de 11 años nacida el 12 de agosto de 2009 que cursa el 6to grado de primaria. Comenzando con antecedentes prenatales durante el desarrollo fetal de I, ocurre en la madre un desprendimiento de placenta lo que generó sangrados en el en la mayor parte de la gestación. A los 6 meses de embarazo presenta una amenaza de aborto importante con fuertes contracciones, se observa una interrupción de crecimiento fetal debido a una descalcificación del cordón umbilical. El nacimiento de "I" ocurre a las 35 semanas de embarazo por cesárea inducida. Nace con peso y talla bajo debido al nacimiento prematuro y a la falta de crecimiento intrauterino. Presentó un APGAR de 7.8-8.0

Debido a lo anterior, el hueso craneal que cubre el encéfalo demora en completarse, aunado a

que la niña presenta dificultades para la succión y por tanto para alimentarse.

A lo largo de su desarrollo “I” comienza a presentar conductas como desorganización, inatención, tareas inconclusas y tareas escolares con poco detalle. “I” es diagnosticada a los 6 años con un Trastorno de Déficit de Atención.

Sin embargo, a pesar de la implementación de estrategias para incrementar la atención, “I” sigue presentando conductas como la falta de planeación y organización, inatención a su propia imagen e higiene personal y comienza a presentar mayores dificultades en el cálculo y en el resto de tareas escolares. También reporta cambios abruptos de estados de ánimo, falta de juicio para accionar y dificultades para seguir instrucciones lo que ocasiona un déficit en su desempeño académico y personal.

Instrumentos

Para poder determinar su perfil neuropsicológico se hizo uso de 3 instrumentos:

Encuestas basadas en el inventario para padres y maestros de la Evaluación Conductual de la Función Ejecutiva: BRIEF-2 (Gioia, Espy, Isquitch, 2017): Se diseñó un cuestionario presentando diferentes conductas que se establecen en un rango de nunca a frecuentemente que se puntúan de 1 a 3 respectivamente. Estas conductas estaban relacionadas con la inhibición, flexibilidad, control emocional, iniciativa, memoria de trabajo, planificación y organización, supervisión de la tarea, organización de materiales. Mientras más alto el puntaje obtenido se podría observar mayor deficiencia en la función.

Evaluación Neuropsicológica Infantil [ENI] (Matute, Rosselli, Ardila, Ostrosky, 2013): Prueba psicométrica que evalúa en diferentes tareas 12 procesos neuropsicológicos: habilidades construccionales, memoria (codificada), habilidades perceptuales, lenguaje, habilidades metalingüísticas, lectura, escritura, aritmética, habilidades espaciales, atención, habilidades conceptuales y funciones ejecutivas. tiene como objetivo determinar la presencia de cambios cognoscitivos y comportamentales en individuos donde se sospecha algún tipo de alteración o disfunción cerebral, contribuir a un diagnóstico diferencial, analizar síntomas, signos y síndromes fundamentales y sugerir o determinar procedimientos terapéuticos y de rehabilitación.

Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales [BANFE] (Flores, Ostrosky, Lozano, 2014): Tiene como objetivo evaluar el desarrollo de las funciones ejecutivas mediante 15 procesos los cuales se agrupan en tres áreas específicas: orbito-medial, prefrontal anterior y dorsolateral. A su vez, permite obtener un índice de desempeño global.

Procedimiento de la recolección de la información

Para la obtención de los datos pertinentes para la elaboración del perfil se evaluó a la paciente con la Evaluación Neuropsicológica Infantil la cual muestra índices de desempeño en las habilidades cognitivas, académicas y funciones ejecutivas. Se cuenta también con una observación cualitativa durante la prueba que pudo constatar conductas que favorecen al diagnóstico y a la elaboración del

perfil.

Posteriormente a la paciente se evalúa y se analizan los resultados después de la aplicación de la Batería de Funciones Ejecutivas [BANFE], de la cual se obtiene un diagnóstico relacionado al funcionamiento ejecutivo global.

De igual forma a través de los resultados de las encuestas basadas en el BRIEF contestadas por la madre, dos profesores de la paciente, así como la psicóloga escolar. A través de los resultados se pudieron obtener la frecuencia de las conductas presentadas las cuales contribuyen a la elaboración de este perfil.

Análisis de la información

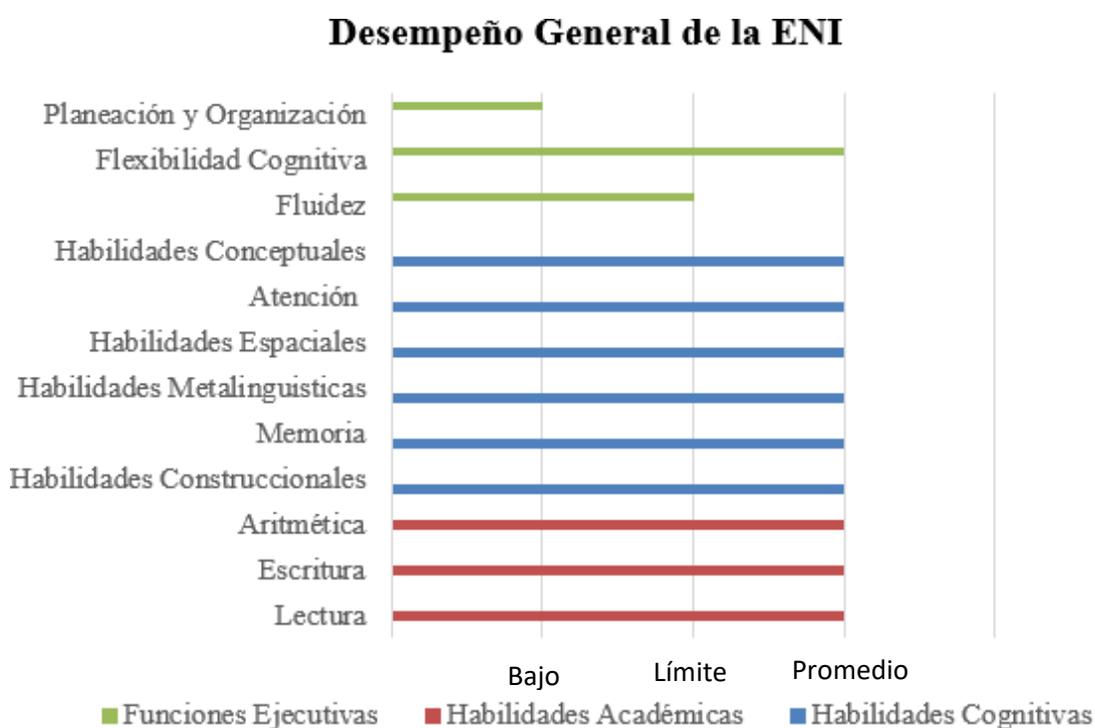


Figura 2 Resultados de desempeño global de la prueba ENI

La gráfica anterior presenta los resultados globales del desempeño de la paciente durante la prueba ENI. Se puede observar que generalmente las habilidades cognitivas y académicas se ubican dentro de un rango promedio. Es imperativo señalar que las observaciones durante la aplicación también resultan relevantes, dado a que las conductas que la paciente presentó en las tareas de dichas habilidades se acompañaban de dificultad para su iniciación y se llevaron a cabo en un tiempo prolongado. Por otra parte, puede observarse que las funciones ejecutivas en un rango general se encuentran limitadas, esto puede suponer una deficiencia en el funcionamiento ejecutivo sobre todo en la planeación y organización.

Tabla 1**Análisis de resultados de la prueba BANFE y diagnóstico otorgando por la misma**

Áreas	Puntuación Natural	Puntuación Normalizada	Diagnóstico
Orbitomedial	186	87	Normal
Prefrontal Anterior	17	92	Normal
Dorsolateral (Memoria de Trabajo y Funciones Ejecutivas)	179	86	Alteración moderada
Total de Batería de Funciones Ejecutivas	358	70	Alteración moderada

Fuente: Flores, Ostrosky, Lozano, 2014

A través de los resultados del BANFE se pudo determinar un diagnóstico para el funcionamiento ejecutivo global el cual aparece como moderadamente alterado. Sin embargo, es importante mencionar que los rangos que aparecen como normales se encontraban límites a los que corresponden a alteración moderada, por lo cual no únicamente se toman como certeros las referencias numéricas sino también las observaciones realizadas durante la aplicación de las pruebas.

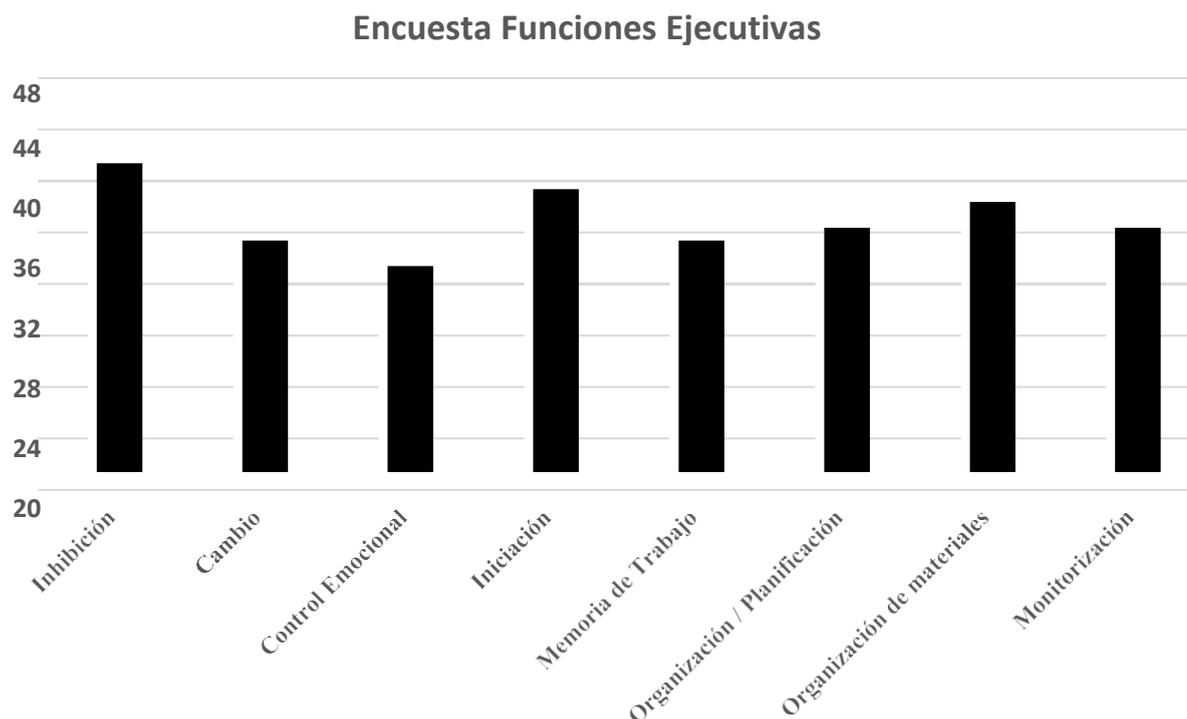


Figura 3 Resultados de la encuesta conductual de funciones ejecutivas

En la gráfica superior, se muestran los resultados de la encuesta conductual de funciones ejecutivas, donde se puede observar desde la percepción de padres y maestros que las conductas de la paciente demuestran una falta principalmente de funciones como inhibición, iniciación y organización siendo éstas las que se presentan con más frecuencia.

Resultados

A continuación, se exponen los hallazgos a través de las pruebas aplicadas anteriormente conformando así el perfil neuropsicológico de la paciente en cuestión.

Funciones Cognitivas

“I” muestra capacidad para focalizar la atención al ignorar los estímulos distractores que puedan presentarse en el ambiente sobre todo al momento de iniciar una tarea que resulta de su agrado. Sin embargo, muestra dificultades para mantener la atención sostenida para poder terminarla sobre todo cuando las tareas no resultan atractivas para ella, experimenta incluso algunas ausencias que le hacen perder la secuencia de lo que se encontraba realizando. La motivación parece ser un elemento fundamental que determina la capacidad atencional. En ciertos episodios, la atención de “I” suele ser alternante al pasar de un estímulo a otro o de un tema a otro completamente diferente, por lo que muestra deficiencias en el control para que la tarea o el tema en el que se centró sean sostenidos hasta completarlos.

La vía sensorial que resulta eficaz para focalizar la atención es la auditiva, igualmente emplea como estrategia el habla externa para regular su atención sostenida.

En “I”, la memoria es empleada a través de diversas estrategias para recuperar información que ha sido almacenada a corto plazo, la estrategia que utiliza con mayor frecuencia es la categorización, siendo capaz de realizar agrupaciones semánticas o clasificando eventos para poder extraer información.

Es capaz de recordar detalles importantes sobre todo si ha obtenido la información por la vía auditiva. Utiliza el almacén semántico para información detallada como datos precisos y acontecimientos históricos. De igual manera muestra un adecuado uso de la memoria episódica al recordar detalles importantes de su infancia

Las vías sensoriales en la paciente demuestran ser parte importante para la conformación de las habilidades perceptuales ya que conforman el input para captar información del ambiente, denota una adecuada percepción de los objetos distinguiendo figura-fondo con facilidad. De igual forma, presenta un adecuado uso de las vías auditivas, siendo éstas las que “I” utiliza con mayor frecuencia para obtener información del ambiente. Su percepción táctil le ayuda a registrar información sensorial importante, por lo que está empleando esta vía constantemente al tocar algo que le resulte nuevo y atractivo. A pesar de esto, las habilidades construccionales se perciben afectadas dificultando así el llevar a cabo tareas que involucren habilidades gráficas como dibujar o representar figuras, esto posiblemente por la deficiencia de alguna otra función y no meramente por la incapacidad de realizarlo, ya que la percepción se encuentra en un rango favorable.

Por otro lado, “I” muestra capacidades para expresarse correctamente sobretodo de forma verbal, demuestra una buena dicción, prosodia, ritmo, conocimiento e identificación de fonemas del lenguaje hablado, por lo que denota una adecuada metalingüística para su edad. Aparentemente “I” demuestra un correcto entendimiento de las expresiones de comunicación verbal, sin embargo, demuestra dificultades en cuestión del lenguaje impresivo, es decir, dificultades para su comprensión en un nivel superior. Puede entender la expresión lingüística de una instrucción, pero muestra dificultades para llevarlas a cabo ejecutándose de manera rápida sin precisión, haciendo que la instrucción se tenga que repetir, inclusive cuando hay modelamiento de la tarea.

La paciente muestra dificultades para identificar la derecha de la izquierda, complicándose esta habilidad cuando observa en “espejo”, lo que en ocasiones puede provocar que sus movimientos corporales parecen desorganizados cuando no se da el tiempo para crear consciencia corporal. Muestra también complicaciones para orientarse en el espacio al momento de ejecutar tareas que impliquen el uso de lateralidad. Ha tenido que utilizar estrategias de compensación externas para llevar a cabo las actividades que se presenten en su vida cotidiana como en la escuela o en la academia de danza.

La paciente muestra entender conceptos desde lo funcional, concreto y abstracto de manera individual. Sin embargo, parece presentar dificultades cuando intenta relacionar los conceptos para llevarlos a un nivel superior probablemente debido a la disfunción de alguna otra habilidad que esté afectando colateralmente las habilidades conceptuales.

Habilidades Académicas

“I” muestra capacidades para reproducir de manera escrita los estímulos verbales, sin embargo, puede llegar a cometer errores que implican el uso de reglas gramaticales: la atención a los detalles o elementos espaciales tales como acentos, utilización de mayúsculas o dejar espacios entre palabras. Muestra grafías desorganizadas, con errores en la coherencia y mantenimiento, incluso llega a mezclar dos tipos diferentes de letras en una misma palabra.

En relación a la escritura la paciente es capaz de realizar una lectura con velocidad, sin embargo, esto parece contrarrestar a la comprensión ya que parece no registrar detalles importantes de una lectura perdiendo así la secuencia y por tanto el fondo de lo que se está leyendo, lo que conlleva a una dificultad para la comprensión de instrucciones estrictas al no poder realizar con éxito las tareas que se le presentan. Utiliza estrategias como la lectura en voz alta para incrementar la comprensión.

En cuestión de cálculo, I presenta dificultades para realizarlas tanto de manera mental como escrita, la misma paciente refiere que esta habilidad en ella se encuentra deficitaria complicando así cualquier cálculo que pueda surgir. Utiliza estrategias como dibujar números invisibles en la mesa o utilizando sus dedos a pesar de llevarle tiempo resultan eficaces para operaciones como sumar y restar, sin embargo, estas estrategias parecen no funcionar en cálculos donde no tiene claro el procedimiento para llevarla a cabo como las operaciones con fracciones o las multiplicaciones complejas. Para los problemas aritméticos y estrategias para resolverlos cuando está en disposición ya sea repitiendo el problema en habla externa o utilizando dibujos para estructurar el problema y así llegar a un resultado final ya sea correcto o incorrecto.

Funciones Ejecutivas

En el aspecto de flexibilidad cognitiva “I” ha podido crear estrategias para compensar dificultades que se le presenten, aunque no siempre esa selección sea la adecuada. Sin embargo, muestra dificultades para reconocer los errores y por tanto para cambiar de estrategia e intentar hacerlo correctamente. La memoria de trabajo opera con éxito cuando no existen estímulos distractores en el ambiente y cuando existe un componente motivacional, por el contrario, cuando se presentan factores como el cansancio o la presencia de diversos estímulos ésta puede variar y verse afectada. En ocasiones la atención suele estar concentrada en solo un tema o situación y presenta dificultades para enfocarse en otro nuevo. En diversas situaciones puede presentar resistencia al cambio o a alguna instrucción nueva, en su mayoría cuando comprende que es algo que para ella le resulta difícil, esto ocurre principalmente en el ambiente escolar.

Para el establecimiento de metas, la paciente muestra iniciativa para la elaboración de planes, con frecuencia los realiza pero muestra complicaciones al momento de la ejecución diaria; como se

menciona anteriormente, es capaz de emplear estrategias pero no de evaluar si éstas funcionan o no. Suele presentar desorganización en los procedimientos por lo que le resulta difícil llegar a una meta establecida y cumplir con éxito en las demandas o tareas que le surgen en la vida diaria, siendo ésta la función que afecta la mayor parte de las conductas de la paciente. Probablemente sea por esta función por la cual las habilidades conceptuales pueden verse deficitarias.

En ocasiones, “I” presenta dificultades para regular el procesamiento de la información y por tanto las tareas y demandas que se le presentan las realiza de manera rápida sin prestar mayor atención a los detalles y a la organización general. Por otra parte, presenta un descenso en la velocidad de procesamiento y de ejecución en tareas donde necesita de mayor control atencional, siendo la lentitud la estrategia compensatoria ante el déficit de la función atencional.

Finalmente, la paciente presenta dificultades importantes en el control atencional en específico en la inhibición, mostrándose impulsiva al ejecutar tareas, hablar y controlar su conducta a pesar del ambiente en el que se encuentra; de igual forma esto parece afectar en gran medida el control emocional, dado a que muestra tendencia a reaccionar bruscamente ante situaciones inesperadas o que no fueron de su agrado. En ocasiones, necesita de apoyo para darse cuenta de los errores que comete y de cómo su conducta puede estar afectando a otros e inclusive a ella misma. Muestra descuido en su higiene, imagen y espacio personal con falta de iniciativa para cuidar de ella misma y de su salud. De igual forma, demuestra complicaciones para seguir una secuencia y comete errores de procedimiento con frecuencia y que le impide llegar a una meta o tarea específica.

Discusión

A través del perfil neuropsicológico puede observarse que “I” es una joven que presenta tanto habilidades como dificultades en diferentes funciones, de las cuales, la paciente está consciente lo cual resulta positivo al momento de la intervención. Podría deducirse que la educación que se le ha fomentado en el plano familiar ha favorecido e incluso compensando las dificultades que la paciente podría llegar a presentar.

Las funciones que “I” presenta como deficitarias son las funciones ejecutivas y podrían ser la clave para comprender las deficiencias en otras funciones como las cognitivas o las académicas. Probablemente al encontrarse una dificultad en la organización, se presenten deficiencias en el lenguaje impreso o de seguimiento de instrucciones las cuales están compuestas de pasos a seguir, así como también en funciones que involucren el cálculo mental, el cual resulta de un complejo sistema de pasos a medida que aumenta la dificultad aritmética.

De igual forma la disfunción ejecutiva puede relacionarse con las deficiencias en la motricidad, siendo las dificultades en la inhibición las que impiden un control motriz, lo cual resultó en una falta de coordinación a largo plazo de la cual deriva la percepción y ubicación espacial. Ésta misma dificultad inhibitoria también podría ser relevante al momento de ejecutar la escritura, porque a pesar de que las pruebas dan resultados superiores, la caligrafía de la paciente denota por sus cualidades impulsividad y desorganización.

Desde una visión conductual, las deficiencias antes mencionadas pueden evidenciarse en la manera en que la paciente se comporta, siendo percibidas por aquellas personas que la rodean; siendo el rasgo desinhibitorio el más presente en su conducta y que repercute en las relaciones que “I” establece y que se relaciona con el desempeño escolar. Sin embargo, hay momentos donde “I” cobra consciencia de su accionar y se detiene, rasgo favorable al momento de trabajar.

Todo lo anterior, puede estar relacionado como se menciona en la literatura con el factor de que la paciente nació en términos prematuros, probablemente ésta pudo haber sido la causa de retardos de la maduración a nivel cerebral, sobre todo en las regiones más frontales, complicando así el desarrollo de las funciones correspondientes.

Es en este dato que radica la base de la intervención y la rehabilitación que pueda ejercerse en la paciente. La organización, planeación y la inhibición podrían ser los cimientos sobre los cuales trabajar y sobre los cuales tomar decisiones asertivas para buscar el rendimiento óptimo de la paciente para ejecutar con éxito las actividades y tareas que se le presentan en la vida diaria. El enfoque a trabajar sería desde la idea de rehabilitación de funciones ejecutivas propuesta por Sohlberg y Mateer (2001) para trabajar con la función de organización y planeación, en conjunto con la propuesta de autoinstrucciones de Meinchenbaum y Goodman (1971) las cuales favorecen procesos de inhibición y de automonitoreo, siendo éste última la función compensatoria, dado a que la paciente puede ser llegar a crear de sus acciones y cambiar el curso de ellas.

Conclusiones

El TDA es un diagnóstico que se encuentra en gran parte de la población infantil, ese diagnóstico se determina bajo criterios donde cualquier niño podría estar relacionado. En el perfil presentado anteriormente podemos determinar que la paciente presenta un Trastorno por Déficit de Atención según los criterios del DSM-V, sin embargo, podemos constatar que no se trata de un déficit de atención puro, si no que el déficit que presenta en las funciones ejecutivas juega un papel relevante en su conducta y en el accionar de su vida diaria. Éste déficit en funciones que muestra un patrón ascendente puede estar relacionado a la falta de tratamiento adecuado para la paciente, las personas diagnosticadas con el anterior trastorno son un grupo heterogéneo y no todos presentan los mismos déficits y comportamientos y tampoco coinciden en frecuencia y en relevancia (Miranda, 2011) es por eso que través de las pruebas neuropsicológicas se observan datos más concretos que los criterios del DSM-V (Abad, et.al, 2017). Por otro lado, el déficit en funciones también puede encontrarse relacionado con el bajo peso y los problemas prenatales que se presentaron en la paciente, en un estudio realizado por Labrada, Herrera, Cabanes y Vázquez (2011) se encontraron relaciones entre el factor del bajo peso y el desarrollo deficitario de funciones como flexibilidad cognitiva, planeación y organización y auto monitorización, también presentan dificultades para mantener la atención en un objetivo y para seleccionar estrategias. En un estudio comparativo desarrollado por Baron, Kerns, Müller, Ahronovich y Litman (2012) pudieron encontrarse diferencias en un grupo de niños nacidos en término con un grupo de niños de nacimiento prematuro, siendo en éste último donde se observaron deficiencias en memoria de

trabajo y la capacidad de inhibición.

Finalmente se puede concluir que el déficit ejecutivo forma parte de la sintomatología del trastorno por déficit de atención en la paciente, siendo la inhibición y la planeación las funciones más afectadas. Esto es comparable a los resultados encontrados por García et. Al. (2014) donde niños con el subtipo TDA (sin hiperactividad) presentaban dificultades importantes en la función inhibitoria. También se contrasta con los resultados obtenidos por Ramos-Loyo, et. Al. (2011) donde niños con TDAH presentaban mayor inflexibilidad cognitiva, dificultades para desarrollar un plan de acción y de llevarlo a cabo con la ayuda de la planificación.

El pronóstico de la paciente resultará favorable si se opta por realizar una intervención neuropsicológica desde un enfoque de rehabilitación y compensación con, siendo las funciones de planeación, organización e inhibición las de mayor enfoque bajo el supuesto de que al rehabilitarlas pueda establecerse un equilibrio en el repertorio ejecutivo. La propuesta de intervención debe de realizarse con validez ecológica, es decir, debe de considerarse el desempeño en todas las esferas sociales de la paciente, vinculando el desempeño en las evaluaciones neuropsicológicas con su desempeño en la vida diaria (Múñoz y Tirapú, 2004).

Referencias

Abad-Mas L, Caloca-Català O, Mulas F, Ruiz-Andrés R. (2017) Comparación entre el diagnóstico del trastorno por déficit de atención/hiperactividad con el DSM-5 y la valoración neuropsicológica de las funciones ejecutivas. *Rev Neurol* ; 64 (1):95- 100.

Anderson, P. (2002). Assessment and Development of Executive Function (EF) During Childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71–82

Anderson, P. (2002). Assessment and Development of Executive Function (EF) During Childhood. *Child Neuropsychology*, 8(2), 71–82.

Ardilla, A., Roselli, M. (2007) *Neuropsicología Clínica*. México: El Manual Moderno
Barkley, R.A. (1999) *Niños hiperactivos*. Barcelona: Paidós.

Baron, I. S., Kerns, K. A., Müller, U., Ahronovich, M. D., & Litman, F. R. (2012). *Executive functions in extremely low birth weight and late-preterm preschoolers: Effects on working memory and response inhibition*. *Child Neuropsychology*, 18(6), 586–599.

Blázquez Alisente J.L; Galparsoro Izagirre, N; González Rodríguez, B.; Lubrini G., Muñoz Marrón E., Periañez Morales J., Ríos Lago M., Sánchez-Cubillo I., Tirapu Ustárroz J., Zulaica Cardoso A. (2009) *Estimulación Cognitiva y Rehabilitación Neuropsicológica*. Barcelona, España: Editorial UOC

Bruna, O; Roig, T; Puyuelo, M; Junqué, C; y Ruano, A. (2011). *Rehabilitación neuropsicológica. Intervención y práctica clínica*. Barcelona, España: Elsevier Masson

Castellanos FX, Acosta MT. (2002) El síndrome de déficit de atención con hiperactividad como

expresión de un trastorno orgánico funcional. *Rev Neurol*, 35: 1-11

Flores, J. y Ostrosky-Shejet, F. (2012). *Desarrollo neuropsicológico de lóbulos frontales y funciones ejecutivas*. México: Editorial el Manual Moderno.

Flores, J., Ostrosky, F., Lozano, A. (2014) *BANFE: Batería Neuropsicológica de Funciones Ejecutivas y Lóbulos Frontales: Manual*. México: Editorial El Manual Moderno

Guerra, A. Herrera, L.F., Cabanes, L., Vázquez, R. (2011) Desarrollo de las Funciones Ejecutivas en escolares con muy bajo peso al nacer. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*. 14, (4).

Hanna-Pladdy, B (2007) Dysexecutive syndromes in neurologic disease. *Journal of Neurologic Physical Therapy*, 31(3), 119-127

Lopera, F. (2008) Funciones Ejecutivas: Aspectos Clínicos. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*. 8(1) 59-76

Luria, A.R (1984) *El cerebro en acción*. España: Ediciones Roca Luria, A.R. (1979) *Conciencia y Lenguaje*. España: Visor Libro.

Matute, E., Roselli, M., Ardila, F., Ostrosky, F. (2013) *Evaluación Neuropsicológica Infantil: ENI-2: manual*. México: Editorial El Manual Moderno

Miranda A, coord. Manual práctico de TDAH. Madrid: Síntesis; 2011.

Múñoz-Céspedes, J.M., Tirapu-Ustárrroz, J. (2004) Rehabilitación de las Funciones Ejecutivas. *Revista de Neurología*. 38 (7)

Narberhaus, A., Giménez Navarro, M., Caldú-Ferrús, X., Botet-Mussons, F., Bargalló, N y Segarra-Castells, M. D. (2003). Estudio neuropsicológico de trillizas con antecedentes de prematuridad. *REV NEUROL*, 37 (2), 118-121.

Peña-Casanova, J. (2007) *Neurología y Neuropsicología de la Conducta*. Madrid: Panamericana.

Pistoia M, Abad L, Etchepareborda MC. (2004) Abordaje psicopedagógico del trastorno de atención con hiperactividad con el modelo de entrenamiento de las funciones ejecutivas. *Revista Neurología*. 38 (1):49-55.

Richaudeau, A. (2017). Funciones Ejecutivas. En N. Fejerman y N. Grañana, *Neuropsicología Infantil* (pp. 369-398). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

Roselli, M. (2003) Maduración cerebral y desarrollo cognoscitivo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, (1)1

Rubiales, Josefina; Bakker, Liliana; Russo, Daiana; González, Rocío (2016) Desempeño en funciones ejecutivas y síntomas comórbidos asociados en niños con Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) *CES Psicología*, 9 (2) pp. 99- 113

Segura, B., Jurado, M.A., Freixenet, N., Albuin, C., Muniesa, J., Junqué, C. (2009) Mental

slowness and executive dysfunctions in patients with metabolic syndrome. *Neuroscience Letters*, 462(1), 49-53

Soprano, A.M (2003) Evaluación de las Funciones Ejecutivas en el niño. *Revista de Neurología*. 37 (1) 44-50

#	Función a estimular	Objetivo Específico	Materiales	Método	Descripción General de la Actividad
1	Planeación, Automonitoreo	Fomentar patrones de supervisión a través de la identificación de pasos específicos para completar una tarea	Láminas con imágenes de diferentes situaciones	Identificación de pasos (Sohlberg y Mateer) Modelado Cognitivo (Meichenbaum y Goodman)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le mostrará a la paciente 6 imágenes de diferentes actividades en desorden. 2. Se le pedirá que ordene cada una en el orden correcto a seguir. 3. Se le solicitará que indique verbalmente como piensa que deben de seguirse. 4. El terapeuta deberá dar el ejemplo de cómo se hace un sándwich 5. Deberá comentar cada uno de los pasos lo más preciso y específico posible
2	Supervisión, planeación, automonitoreo	Determinar intuitivamente los pasos a seguir en una tarea específica	Hoja a rayas, lápiz, color rojo, marca textos	Establecimiento de pasos (Sohlberg y Mateer)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Antes de empezar solicitarle a la paciente que piense en su hora de comida y a la hora de arreglar su cuarto. Preguntarle cuántos pasos cree que se necesitan para llevar a cabo esas tareas. Apuntar el número en la pizarra. 2. Explicarle que se realizará un manual de procedimientos para esas dos tareas en específico. 3. Pedirle que piense en los pasos que le llevan hacer esa tarea una por una. También deberá mencionar porque ese paso es importante. 4. Escribir los pasos en orden secuencial y escribir el número con rojo. 5. Es importante que si el evaluador cree que se salta un paso fundamental deberá hacérselo saber y reflexionar sobre el porqué de ese paso. 6. Así deberá hacerlo con las dos tareas propuestas. 7. Cuando termine de realizarlas, se corroborará si el número de pasos es similar, mayor o menos al que había propuesto al inicio. Si es menor, cuestionar que paso podría ser olvidado con frecuencia. Subrayarlo con un marca textos.

3	Supervisión, monitoreo, planeación y organización	Supervisar y determinar los pasos a seguir en una tarea específica para ejecutarla con éxito	Utensilios de mesa, manual de procedimientos realizados previamente.	Selección y ejecución de planes ejecutivos, control de tiempo, autorregulación de la conducta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Preguntarle qué pasos recuerda de la tarea de la hora de la comida. 2. Otorgarle a la paciente una caja con diversos utensilios que sirven para la hora del almuerzo. Deberá sacar cada uno y nombrarlo. 3. Con un imán poner el manual de procedimientos en el pizarrón.
---	---	--	--	---	--

				(Sohlberg y Mateer) Guía externa, Autoguía manifiesta (Meinchenbaum y Goodman)	<ol style="list-style-type: none"> 4. Pedirle a la paciente que siga los pasos que designó para la hora de la comida. 5. Deberá decir el paso en voz alta para luego ejecutarlo. 6. La terapeuta deberá poner una palomita cuando finalice cada paso, también deberá registrar el tiempo que le lleve ejecutar la tarea y señalar si tuvo alguna omisión o perseveración.
4	Supervisión, automonitoreo, planeación y organización, flexibilidad cognitiva, inhibición, memoria de trabajo	Supervisar y Monitorear procedimiento ante un evento inesperado y Distractor	Manual de Procedimiento	Selección y ejecución de planes ejecutivos, control de tiempo, autorregulación de la conducta (Sohlberg y Mateer) Guía externa, Autoguía manifiesta (Meinchenbaum y Goodman)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nuevamente se le pedirá a la paciente recrear la tarea de la hora del almuerzo 2. Se pondrá otra vez el orden de pasos del manual de procedimiento. Y deberá de realizar cada acción expresando verbalmente cada una 3. Ésta vez no se marcará las que ya haya realizado, intentará determinar las que ya haya acabado verbalizando "hecho" 4. Se le anticipará que sucederán 3 cosas que ella deberá resolver cuando se le indique. 5. Mientras realiza la ejecución en 3 momentos diferentes deberá: -Suena el timbre (sonido del celular), se cae el tenedor al piso (tirar el tenedor), ya no hay servilletas (dejar solo una servilleta). 6. Deberá resolverlos y volver al paso en el que se detuvo. 7. Registrar el tiempo que le tomó resolver los problemas y re direccionar su atención. 8. Anotar errores, omisiones o Perseveraciones
5	Supervisión, monitoreo, planeación y organización, inhibición.	Monitorear el tiempo que se utiliza para realizar una Actividad correctamente y con todos los	Paliacates, Pinceles sucios, vaso con agua, papel higiénico, cajas, hoja	Selección y ejecución de planes ejecutivos, control de tiempo, autorregul	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le explicará a la paciente que realizará dos tareas diferentes y que se llevará un control del tiempo. 2. Una tarea consistirá en doblar y guardar 10 paliacates y la otra lavar 10 pinceles sucios. Se le pregunta cuánto tiempo cree que le tomará

		Pasos	en blanco	a ción de la conducta (Sohlberg y Mateer) Guía externa, Autoguía manifiesta (Meinchen baum y Goodman)	realizar cada una de las actividades. Anotar sus respuestas en el pizarrón. 3. En una hoja en blanco se propondrá el orden para doblar el paliacate, desde cómo doblarlo hasta donde ponerlo. La terapeuta determina los pasos del doblado de Paliacates 4. Se le darán a la paciente los paliacates y deberá empezar a acomodarlos de acuerdo a la instrucción, deberá decirlo en voz alta mientras lo realiza. Se toma el
--	--	-------	-----------	--	---

					tiempo y se registra. Corregir omisiones o perseveraciones 5. Se realizará lo mismo con los pinceles. Ésta ocasión La paciente deberá determinar los pasos y seguirlos los pasos y decirlo en voz alta hasta terminar 6. Se registra el tiempo y se corrigen omisiones o perseveraciones 7. Al final anotar en el pizarrón el tiempo real que le llevo.
6	Supervisión, automonitoreo, planeación y organización	Incrementar los niveles de planificación y supervisión sobre una actividad a realizar	Espejo, plumón de cristales	Selección y ejecución de planes ejecutivos, autorregulación de la conducta (Sohlberg y Mateer) Autoguía manifiesta (Meinchen baum y Goodman)	1. Una sesión anterior se le debió de haber pedido a la paciente escoger una canción 2. Se le solicitará a la paciente montar una pequeña coreografía a ritmo de la canción escogida 3. Se le pedirá anotar cada paso en un espejo de cuerpo completo con un plumón. Esto lo deberá hacer después de pensar en el paso. Como se reportan problemas de derecha- izquierda, la terapeuta deberá marcar en el espejo las lateralizaciones correspondientes 4. La terapeuta deberá seguir también la coreografía. 5. Primero deberá marcar los pasos en voz alta y luego ejecutarlos con la música 6. Deberá pararse frente al espejo para observarse y seguir los pasos escritos.

7	Supervisión, planeación y organización	Supervisar el control y planeación al momento de ejecutar una tarea	Torre de Hanoi	Selección y ejecución de planes ejecutivos, autorregulación de la conducta (Sohlberg y Mateer) Guía externa, Autogüía manifiesta atenuada (Meinchenbaum y Goodman)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se le presentará la torre de Hanoi 2. Darle las instrucciones de manera lenta y enfatizadas 3. Asegurarse que las instrucciones fueron claras 4. Pedirle que se tome unos minutos para analizar cómo podría hacerlo. Incitarla a que piense en voz baja 5. Registrar el tiempo y el número de movimientos 6. Intervenir en caso de presentarse un error o de constantes fallos 7. Cuestionar sobre cómo se siente cuando algo no sale como planea. Llegar a acuerdos sobre cómo recuperar la ejecución, por ejemplo: ir un paso atrás
8	Supervisión, automonitoreo, planeación y organización, inhibición	Plantear estrategias para mantener una planificación y una supervisión de las actividades de la vida diaria.	Hojas en blanco, carpeta, lápices, stickers, y material de decoración	Selección y ejecución de planes ejecutivos, autorregulación de la conducta	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se continuará con la elaboración del manual de procedimientos. 2. Cuestionar que actividades o tareas presenta más dificultad a la hora de su ejecución. Escoger 2 3. Escribir los pasos numerando cada uno con rojo

				(Sohlberg y Mateer)	<p>4. Dejar un espacio en blanco en la parte superior de la hoja con una indicación que diga: tiempo.</p> <p>5. Pedirle que recree esos pasos en casa y con ayuda de mamá u otro familiar medir el tiempo que le lleva desempeñar esos pasos.</p> <p>6. Es importante reflexionar acerca de la importancia de seguir los pasos y sobre pensar en otras estrategias cuando existe un distractor o un acontecimiento inesperado</p>
9	Supervisión, automonitoreo, planeación y organización, memoria de trabajo, flexibilidad cognitiva, inhibición	Integración de funciones cognitivas para desempeñar con éxito una tarea o actividad	Área abierta, obstáculos, repisa con diferentes materiales.	Selección y ejecución de planes ejecutivos, autorregulación de la conducta y control de tiempo (Sohlberg y Mateer) Guía externa, Autoinstrucción encubierta (Meinchenbaum y Goodman)	<p>1. Se le explicará a la paciente que deberá de seguir las instrucciones que se le den de manera verbal</p> <p>2. Deberá pararse en un extremo del espacio porque del otro extremo habrá un mueble con diferentes objetos en diferentes niveles</p> <p>3. En el espacio entre ese extremo y la mesa de objetos la terapeuta colocará diferentes obstáculos</p> <p>4. Para cumplir con la instrucción deberá de hacerlo en un tiempo determinado. Deberá pensar que deberá tomar primero para acomodarlo en su cuerpo</p> <p>5. Anticiparle que las instrucciones pueden cambiar justo en el momento que esté haciendo la tarea</p> <p>6. Es importante que utilice el lenguaje interno para no olvidar que se pide</p> <p>7. Se le darán las siguientes instrucciones:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trae de la repisa dos lápices rojos sin tocar los aros (4 min) -Trae de la repisa 1 libro y dos borradores, saltando dentro de los aros (4 min) -Trae 4 lápices y deja 1 borrador sin tocar los conos (cuando llegue a la repisa añadir un cuaderno) (4 min) -Trae 3 borradores, un color azul y 2 plumones saltando encima de los conos (cuando este empezando cambiar la instrucción a sin tocar los conos) (3 min) -Trae 2 pelotas y un cuaderno saltando por encima de los conos (cuando esté tomando las cosas añadir un cuaderno más) (3 min) -Trae 2 peluches y 4 borradores pasando los conos en zigzag. (cuando esté tomando las cosas cambiar la instrucción a 3

					borradores y dos crayolas amarillas) (3 min)
--	--	--	--	--	---

					<p>- Trae 3 peluches 2 crayolas azules y una verde saltando dentro de los aros (3 min)</p> <p>-Trae 2 libros, 1 plumón verde, 1 plumón azul y una crayola naranja saltando (cuando vaya a la mitad del camino cambiar la instrucción a: caminando como pato) (4 min)</p>
10	Supervisión, planeación y organización, inhibición	Ejecutar planes cognitivos inhibiendo estímulos en el ambiente	Tableta	Selección y ejecución de planes ejecutivos, autorregulación de la conducta y control de tiempo (Sohlberg y Mateer) Guía externa, Autoinstrucción encubierta (Meinchenbaum y Goodman)	<p>1- Mediante la app 100 buttons la paciente pulsando los botones continuamente siguiendo una consigna breve que aparece en la parte superior de la pantalla.</p> <p>2- Posteriormente se pasará a otra aplicación Puralax Cada nivel posee un color objetivo diferente, indicado por el color de la barra superior en pantalla: hay que mover los bloques de color por los casilleros vacíos en dirección horizontal o vertical pero con una cantidad limitada de movimientos. Los primeros 6 niveles incluyen un asistente que recuerda las reglas e indica qué bloque hay que mover y dónde.</p>

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN NEUROPSICOLÓGICAS
APLICADAS A UNA PACIENTE DE 15 AÑOS
CON PROBLEMAS DE IMPULSIVIDAD Y ANSIEDAD.

Jeffrey Alexis Basurto Aceves
Itzael Ivan Reyes Cruz

Universidad del Sur, campus Cancún

Universidad del valle del Grijalva, campus Villahermosa Tabasco.

jeffrey.umecas@gmail.com

itzael_ivan@hotmail.com

El presente estudio trata sobre la evaluación neuropsicológica realizada a una joven mexicana de 15 años, cuyos síntomas reflejan disfuncionalidad generada por el deterioro cognitivo que se produjo tras el consumo de cannabis y alcohol frecuente por el periodo de un año, a pesar de estar en un proceso de rehabilitación y concluir satisfactoriamente con él, el deterioro cognitivo afectó su capacidad y desenvolvimiento cotidiano, por lo que acudió a ser atendida para buscar solución a su problemática. Se realizó una evaluación exhaustiva, en donde se aplicó la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI), la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE) en conjunto de un expediente clínico. Al concluir la evaluación, los resultados confirmaron que la paciente padece de deterioro clínicamente significativo en el procesamiento de cálculo, en la organización mental, en el control de impulsos y niveles de ansiedad elevado, por lo cual, la propuesta de intervención como estrategia de rehabilitación y mejorar su rendimiento cotidiano es la rehabilitación neuropsicológica con un enfoque restaurativo mediante técnicas y estrategias que ejerciten las funciones cognitivas de la corteza prefrontal.

Palabras clave: impulsividad, evaluación neuropsicológica, funciones ejecutivas, rehabilitación neuropsicológica, cannabis, alcohol.

Introducción

Existen múltiples factores de riesgo con los que se viven día a día, algunos factores más letales que otros según el entorno social, la etapa de desarrollo y la época en la que se viva, uno de los factores de riesgo que tiende a ser sumamente común en nuestra época actual es el del consumo de sustancias, pues este no se limita a una clase social, etnia o profesión, ya que puede verse en cualquier ámbito y cultura hoy en día, principalmente en el sector juvenil de la sociedad, específicamente, en los adolescentes.

Efectos adversos del consumo de sustancias

El consumo crónico de diversas drogas (cannabis, heroína, estimulantes) ha sido consistentemente asociado a la presencia de deterioros neuropsicológicos en un amplio espectro de funciones, principalmente: memoria, aprendizaje, atención, concentración y razonamiento. El consumo de drogas constituye un fenómeno complejo susceptible de ser abordado desde múltiples enfoques dentro de la Psicología. Desde una perspectiva neuropsicológica, podemos asumir la existencia de una relación bidireccional entre el consumo de drogas y la existencia de deterioros neuropsicológicos.

Consumo de cannabis y sus efectos en el cerebro adolescente

El abuso de cannabis se ha relacionado con déficits de atención, memoria y menores puntuaciones en escalas de inteligencia, especialmente en medidas de velocidad de

procesamiento y memoria de trabajo (Grant et al., 2003; Schreiner y Dunn, 2012). No obstante, algunos autores hacen hincapié en que los hallazgos, aun siendo estadísticamente significativos, no son habitualmente clínicamente relevantes (González et al., 2017). En efecto, los hallazgos suelen ser sutiles, con tamaños del efecto pequeños y no suelen sobrepasar los puntos de corte habitualmente establecidos para hacer diagnóstico sindrómico; esto es, las puntuaciones de los consumidores de cannabis no son lo suficientemente bajas como para diagnosticar amnesia, inatención ni ningún otro síndrome relacionado. Además, cuando se ha administrado una evaluación neuropsicológica el primer día de abstinencia, a la semana y al mes, se ha descrito cómo los resultados van mejorando, llegando incluso a ser indistinguibles de los controles (Pope, 2002), por lo que se establece que los déficits por consumo de cannabis son secundarios a la intoxicación aguda y que remiten en las primeras semanas sin consumo.

En cualquier caso, es posible que esa aparente poca gravedad de las alteraciones no reflejan la magnitud de las dificultades que los consumidores pueden mostrar en su vida diaria, especialmente en el contexto académico o laboral, en el que los déficits pueden comprometer sus desempeños (National Academies of Sciences and Medicine, 2017). Y esto es así especialmente para las personas que llevan más de 20 años manteniendo un patrón de abuso severo, que se diferencian clínicamente y de manera muy significativa de aquellas que llevan consumiendo alrededor de 10 años (Solowij et al., 2002). Así, el grado de afectación depende, como en el resto de sustancias y entre otros factores, de la fecha de inicio del consumo y de los años de abuso continuado.

Sin embargo, la exposición crónica a Cannabis durante la adolescencia tiene efectos en algunas zonas cerebrales (e.g., corteza prefrontal, núcleo accumbens y área tegmental ventral), viéndose afectados procesos relacionados con la recompensa y la cognición. Estos efectos son preocupantes, más aún considerando que el desarrollo neurofisiológico y conductual ya es particularmente complejo en adolescentes. Se sabe que durante la pubertad y adolescencia diversos compuestos participan en fenómenos organizacionales (e.g., mielinización, poda neuronal, apoptosis, remodelación dendrítica y cambios epigenéticos), configurando estructuralmente algunos circuitos cerebrales. En la adultez esto permitirá la manifestación de comportamientos específicos como respuestas a los compuestos que ahora activan dichos circuitos. La adolescencia es, entonces, una «ventana organizacional crítica» para que el cerebro se desarrolle adecuadamente, ventana que puede ser afectada por Cannabis y otras drogas.

Consumo de alcohol y sus efectos en el cerebro adolescente

Las últimas investigaciones llevadas a cabo reflejan que el consumo de alcohol a edades tempranas, en las que el cerebro aún no ha terminado de desarrollarse por completo,

produce cambios relevantes a largo plazo en la estructura y configuración de las neuronas.

Concretamente los efectos más claros se dan en partes del cerebro vinculadas al aprendizaje, la memoria y las funciones ejecutivas. En experimentos llevados a cabo con roedores se ha demostrado que los individuos que durante la etapa de desarrollo han consumido de manera relativamente frecuente en la etapa adulta tienen muchas más dificultades en tareas de memoria, anticipación y planificación. Estos efectos se producen especialmente debido a la afectación del hipocampo, el sistema límbico y el lóbulo frontal.

El alcohol hace que el hipocampo no se desarrolle tanto como el de los individuos que no han consumido. Las células de esta localización cerebral aparecen como inmaduras y poco desarrolladas en comparación a la de adultos que no han consumido alcohol con frecuencia.

Se ha observado asimismo que la potenciación a largo plazo, uno de los procesos a través del cual mediante el fortalecimiento de sinapsis reforzamos el aprendizaje y que está especialmente activo durante la infancia y adolescencia, se encuentra especialmente activa. Si bien esto podría parecer positivo, esta activación llega a un nivel tal que termina por colapsar y no producir mayor aprendizaje. En base a la inmadurez de las células observadas se especula que el efecto del alcohol, una sustancia de tipo depresor, probablemente altera el proceso madurativo. En este sentido, también se ha comprobado que la formación de nuevas neuronas y conexiones entre ellas se ralentiza e incluso detiene. La afectación de esta zona induce severas dificultades en el reconocimiento y la memoria a corto plazo, estando la memoria a largo plazo generalmente conservada. Más que olvido de la información retenida, los problemas más importantes se darían a nivel de la capacidad de "grabar" y almacenar nueva información.

Además del hipocampo, otra de las zonas que presenta mayores alteraciones ante el consumo de alcohol en la adolescencia es el lóbulo frontal, la parte del encéfalo más vinculada al control de los impulsos, la planificación y en general las funciones ejecutivas, afectando asimismo a algunas facetas de personalidad. El consumo continuado de alcohol a largo plazo genera alteraciones en esta área, produciéndose un elevado nivel de degeneración y muerte neuronal especialmente en el área prefrontal. Estas alteraciones surgen en personas de cualquier edad que realicen consumos abusivos de alcohol durante largos periodos, pero sin embargo se ha comprobado que en cerebros en desarrollo como los de los adolescentes el nivel de muerte neuronal es mucho mayor que en otras etapas. Ello puede provocar que los ahora adolescentes tengan en un futuro problemas de control de los impulsos, disminuyendo su capacidad de inhibición, con lo que a la larga adoptan una actitud más agresiva e impulsiva. También es frecuente que los individuos que frecuentan el alcohol durante etapas tempranas tengan una menor capacidad de concentración y planificación de lo esperable. Por último, a largo plazo disminuye la capacidad de fijación de

metas y de automotivación, siendo asimismo más probable la caída en estados depresivos y de ansiedad.

El Síndrome Disejecutivo

Las lesiones del Área prefrontal producen un patrón de síntomas denominado genéricamente Síndrome Disejecutivo. En general las lesiones del lóbulo frontal provocan dificultad para el control del pensamiento, lentificación de los procesos cognitivos, y motores y alteraciones en la capacidad para regular las respuestas emocionales, siendo más acentuados estos síntomas cuando se produce una lesión en el Área prefrontal. Los efectos que produce la lesión van a depender de la zona afectada, aunque genéricamente el síndrome disejecutivo produce las siguientes manifestaciones:

- Pérdida de capacidad para planificar, anticipar, monitorizar o inhibir la actividad mental.
- Dificultad para realizar tareas de modo concentrado, con déficit atencional y distractibilidad acusada frente a los estímulos externos irrelevantes.
- Incapacidad para establecer categorías o abstraer ideas.
- Pérdida de flexibilidad cognitiva, tendencia a la perseveración y rigidez del comportamiento.
- Alteraciones en la personalidad, el humor y las emociones, con incremento de la impulsividad y desinhibición del comportamiento.

Enfoques en rehabilitación neuropsicológica

Los primeros trabajos centrados en la rehabilitación de pacientes con lesiones cerebrales consideraban que el tratamiento debía ir dirigido a la restauración de la función alterada. Sin embargo, también proponían enseñar al paciente estrategias compensatorias que le permitieran realizar diferentes actividades funcionales en la vida cotidiana (Goldstein, 1942; Luria, 1963; Zangwill, 1947). Esta idea continúa siendo de plena actualidad.

Tradicionalmente se han distinguido tres posibles abordajes en rehabilitación-neuropsicológica:

- Restauración de las funciones alteradas, interviniendo directamente sobre ellas con el fin de que alcancen un rendimiento lo más normalizado posible.
- Compensación de las funciones, dirigida a facilitar la rehabilitación de actividades funcionales, mediante estrategias alternativas o ayudas externas que reduzcan la necesidad de requisitos cognitivos.
- Sustitución de la función, dirigida a mejorar el rendimiento de la función alterada a través de la utilización y optimización de los sistemas cognitivos conservados. La sustitución puede ser intrasistémica (entrenar al sujeto para realizar las tareas

utilizando niveles más básicos o más elevados dentro del mismo sistema funcional) o intersistémica (adiestrar al paciente para emplear otros sistemas funcionales) diferentes al dañado.

Restauración y reentrenamiento de la función

Los programas de restauración de la función (también llamados de reentrenamiento o estimulación de la función) normalmente implican la práctica de ejercicios diseñados para fortalecer algunos procesos básicos, tales como atención, memoria, percepción, funciones ejecutivas, etc. (Sohlberg y Mateer, 2001). El fundamento teórico sobre el que se basa este tipo de intervención reside en la concepción de que la estimulación de los distintos componentes de los procesos cognitivos conducirá a un mejor procesamiento y a una automatización de dichos procesos, mostrando, así, un mejor rendimiento (Mateer, Sohlberg y Youngman, 1990; Ríos, Muñoz-Céspedes y Paul, 2007; Sohlberg, Mc Laughlin, Pavese, Heidrich y Posner, 2000). La restauración de la función requiere que el paciente realice una serie de ejercicios, más o menos repetitivos, en los que se vea directamente implicada la función alterada, bajo el supuesto de que la red neuronal que participa en su ejecución estará siendo entrenada, facilitando, acelerando y dirigiendo la recuperación neuronal y los mecanismos de recuperación espontánea, promoviendo la plasticidad neuronal e incluso la regeneración de neuronas (Anderson, Winocur y Palmer, 2003).

La estimulación de la función implica mecanismos de “abajo-arriba”, de modo que los estímulos externos o los procesos de bajo nivel son los que arrastran hacia la recuperación de los procesos de alto nivel. Así, este tipo de entrenamientos suele comenzar con tareas sencillas que se van complicando a medida que el paciente progresa. Se trata de un enfoque claramente basado en el déficit y ha de ser orientado mediante modelos teóricos que ofrezcan un esquema de actuación. En estos casos, únicamente basándonos en modelos teóricos adecuados estaremos en condiciones de saber qué componentes han de ser tratados mediante ejercicios específicos.

Este nivel de estimulación puede estar indicado con el objetivo de evitar las conexiones desadaptativas (o indeseables, como aquellas que llevan a fenómenos como el “miembro fantasma” (Ramachandran y Rogers-Ramachandran, 2000)).

Ahora bien, de acuerdo con Cicerone (Cicerone, 2006; Cicerone et al., 2000; Cicerone, Levin, Malec, Stuss y Whyte, 2006), la ejercitación de funciones cognitivas requiere la incorporación de un feedback permanente al paciente, el uso de refuerzos e incluso la compensación de la función con el objetivo de ser plenamente efectiva.

Justificación

El consumo de sustancias es un tema que desde hace ya varios años genera interés y preocupación para la salud pública a nivel nacional e internacional, pues supone un riesgo para la población debido a las consecuencias que esto conlleva, como los constantes problemas de salud y los altos índices de criminalidad asociada al consumo de sustancias (secuelas de la guerra con el narcotráfico), por ende, este tema tiene que ser tratado y analizado con especial énfasis en la población juvenil, pues esta población tiende a ser de las más vulnerables física y socialmente, por ende, este artículo está orientado especialmente a esta población.

El primer punto a considerar para realizar este artículo tiene que ver con motivar la cultura preventiva en la población juvenil con hábito de consumo, pues estos representan un sector vulnerable de la sociedad que requieren atención especializada y comprensión. Para fomentar esta cultura preventiva se pretende que este artículo sirva como ejemplo para culturizar en escuelas, centros de atención clínica y cápsulas informativas en redes sociales que permitan mostrar las consecuencias a corto, mediano y largo plazo del consumo constante de sustancias nocivas para la salud.

El segundo punto a considerar para realizar este artículo tiene que ver con motivar la creación de guías clínicas de rehabilitación neuropsicológica para adolescentes que consumen sustancias. Si bien el primer punto se centra en la prevención, este segundo punto focaliza su atención en los programas y guías clínicas especializadas para los adolescentes que ya tienen complicaciones de salud y deterioro cognitivo a causa del hábito de consumo, es ahí cuando se esperaría que hubieran programas y guías clínicas específicas para adolescentes que requieran este tipo de atención especializada.

Al finalizar, se busca generar un impacto cultural que motive a los neuropsicólogos, neurólogos, psicólogos clínicos y demás expertos en el área de la salud, a generar esta cultura de prevención de consumo y a la atención especializada en jóvenes que consumen sustancias.

Objetivo general

El objetivo de esta investigación es evaluar a una paciente mexicana de 15 años con deterioro cognitivo a causa del consumo de cannabis y alcohol, identificar la gravedad del deterioro cognitivo y brindarle atención neuropsicológica que ayude a mejorar sus habilidades cognitivas afectadas tras el consumo de sustancias.

Método

Este estudio se llevó a cabo con el caso de una paciente de sexo femenino, cuya nacionalidad es mexicana, de 15 años de edad, con un grado de estudios concluidos hasta la primaria y quien reside en un centro de asistencia del DIF.

Los instrumentos que se implementaron para este estudio fueron la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI), la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE) y un expediente clínico.

Procedimiento de la recolección de la información

El procedimiento para recopilar la información obtenida que se implementó para realizar el presente estudio, puede dividirse en 4 etapas:

La primera etapa tiene 2 elementos, en donde el primer elemento fue una entrevista inicial, la cual alberga el motivo de consulta, antecedentes médicos, antecedentes psiquiátricos, historial académico, uso y abuso de sustancias, antecedentes heredofamiliares, datos demográficos y un examen mental breve; el segundo elemento fue una segunda entrevista, pero esta estaba centrada en los principales síntomas de la paciente y la evolución de su problemática, entendiendo márgenes de referencia temporal desde el primer consumo de cannabis y alcohol, hasta que empezaron a manifestarse los síntomas y estos fueron manifestándose con mayor intensidad y frecuencia.

La segunda etapa consistió en implementar la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI), se brindaron 2 intervalos de descansos de 10 minutos para que la paciente fuera al baño y pudiera caminar para estar menos tensa al estar sentada por largos periodos de tiempo.

La tercera etapa consistió en aplicar la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE), de igual manera, se brindaron 2 intervalos de descansos de 10 minutos para que la paciente fuera al baño y pudiera caminar para estar menos tensa al estar sentada por largos periodos de tiempo.

La cuarta etapa consistió en integrar toda la información obtenida del expediente clínico y los 2 instrumentos neuropsicológicos en un solo informe, para posteriormente hacer el diseño del plan de intervención y hacer las propuestas de intervención y rehabilitación cognitiva de la paciente.

Análisis de la información

Los resultados obtenidos en la aplicación de la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI) muestran un considerable efecto adverso en las subescalas (nombre de las subescalas afectadas que evalúa la ENI), dando como resultado puntuaciones por debajo del promedio estandarizado, como se puede ver en la tabla 1.1. (Tabla que muestra área afectada, rango normal y el rango de los resultados de la paciente), también, se aplicó la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE), en donde la paciente refleja tener efecto adverso en las subescalas (nombre de las subescalas afectadas que evalúa la BANFE), dando como resultado puntuaciones por debajo del promedio estandarizado, como se puede ver en la tabla 1.2. (Tabla que muestra área afectada, rango normal y el rango de los resultados de la paciente).

Área afectada	“Puntuación percentil de la paciente”	“Puntuación de referencia” Promedio	“Puntuación de referencia” Promedio alto
<i>Funciones ejecutivas</i>	3-10	26-75	>75
<i>Calculo</i>	3-10	26-75	>75
<i>Planeación y organización</i>	11-25	26-75	>75

Tabla 1.1 comparación de resultados de la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI)

Área afectada	“Puntuación promedio de la paciente”	“Puntuación promedio de la paciente”	“Puntuación de referencia” Normal	“Puntuación de referencia” Normal alto
<i>Funciones ejecutivas</i>	5	5	7	14
<i>Orbita medial</i>	4	4	7	14
<i>Dorso lateral</i>	4	4	7	14

Tabla 1.2 comparación de resultados de la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE)

La ansiedad y la impulsividad se consideraron como un efecto producido a causa del deterioro cognitivo por el consumo de sustancias, ya que a partir de la historia clínica

realizada, dicha ansiedad e impulsividad se vio hizo presente a partir del consumo repetido de alcohol y cannabis, por ende solo se tiene como efecto secundario del daño neurológico y solo se implementó la historia clínica para tener de referencias dichos síntomas, usando las entrevista como punto de referencia para dichos síntomas.

Resultados

Los resultados de los instrumentos y entrevistas realizados demostraron que la paciente manifiesta deterioro clínicamente significativo en el procesamiento de cálculo, en la organización mental, dificultad para el control de impulsos y altos niveles de ansiedad, lo que genera disfuncionalidad en su cotidianidad, por lo que propuso la rehabilitación neuropsicológica como medio para mejorar el desempeño de la paciente, específicamente, estrategias de enfoque restaurativo mediante estrategias que estimulen y ejerciten las funciones cognitivas de la corteza prefrontal.

Conclusiones

Tras haber realizado el expediente clínico con los antecedentes del consumo de sustancias de la paciente, haber aplicado la Evaluación neuropsicológica infantil (ENI) y la Batería neuropsicológica de funciones ejecutivas y lóbulos frontales (BANFE), se concluye la evidente causa del daño neuropsicológico debido al consumo previo de sustancias y los efectos secundarios adversos generados a partir de la misma, por tal motivo se escogió la rehabilitación neuropsicológica como recurso para intentar mejorar el funcionamiento de la paciente, por otro lado se concluye que el consumo de sustancias en adolescentes sigue representando un riesgo para los mismos y la sociedad, pues no siempre se corre con la suerte de salir vivo o sin deterioro cognitivo para continuar una vida cotidiana, por tal motivo se espera que dicho análisis sirva de motivación para los interesados en la salud y en la investigación para desarrollar nuevos programas de rehabilitación especializadas a adolescentes en las mismas situaciones que ayuden a generar nuevas guías clínicas para los profesionales que trabajar con dicha población y se generen nuevas estrategias de prevención de consumo en adolescentes para disminuir el índice de jóvenes que consumen.

Referencias

(coordinadora), E. M. (2009). *Estimulación cognitiva y rehabilitación neuropsicológica* .barcelona : UOC.

ALFREDO ARDILA, M. R. (2007). *NEUROPSICOLOGÍA CLÍNICA* . MÉXICO DF. :

Editorial El Manual Moderno S. A. de C. V.

Balbi, A., & Dansilio, S. (2010). DIFICULTADES DE APRENDIZAJE DEL CÁLCULO: CONTRIBUCIONES AL DIAGNÓSTICO PSICOPEDAGÓGICO. *CIENCIAS*

PSICOLÓGICAS, 1-10 .

Castaño, J. (2002). Aportes de la neuropsicología al diagnóstico y tratamiento del trastorno del aprendizaje . *TRASTORNOS DEL APRENDIZAJE*, 7.

J.L. Dobato, M. B.-R.-d.-R. (16 de 10 de 2001). *neurologia.com*. Obtenido de

<https://www.neurologia.com/articulo/2001118>

los inicios de las neuropsicología . (s.f.). Obtenido de recuperado de :

https://www.google.com.mx/search?ei=SqM_XdeFGoSqsgXHyaKgBw&q=documento

+independiente+sin+autor+y+sin+fecha+sobre+neuropsicologia&oq=documento+i

MARCE JODER VICENT, D. R. (2013). *NEUROPSICOLOGÍA* . BARCELONA : UOC .

MONTEALEGRE, R. (2004). LA COMPRENSIÓN DEL TEXTO SENTIDO Y

SIGNIFICADO . *REVISTA LATINOAMERICANA DE PSICOLOGÍA* , 1-14 .

Olga Bruna, t. r. (2011). *Rehabilitacion neuropsicologica intervencion y practica clinica*.

barcelona españa : MASSON. Pons, V. E. (s.f.).

Preimot., D. J. (2017). revista información científica . 1-10 .

Roca, D. I. (Julio-Diciembre 2016). desarrollo y validación del programa de rehabilitación integral luria -ucv. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 25.

rojas., m. p. (2014). *Rehabilitación neuropsicológica.estrategias en trastorno de la infancia y del adulto* . méxico, df : manual moderno .

Solis, V., & Quijano, M. C. (2014). Rehabilitación neuropsicológica en un caso de TDAH con predominio impulsivo. *Revista chilena de neuropsicología*, 6.

LA EXPERIENCIA DE VIDA
Y DESARROLLO DE LA SEXUALIDAD
ENTRE ADOLESCENTES CON Y SIN EDUCACIÓN RELIGIOSA..

Carolina del Rocío Trejo Torres
Azalea del Carmen Pech Balam

Centro De Estudios, Clínica e Investigación Psicológica. CECIP

carocio93@gmail.com

azalea_2709@hotmail.com

El presente artículo incluye el trabajo realizado con jóvenes para conocer su experiencia de vida respecto a la educación sexual recibida en la escuela durante su adolescencia. Debido a la contingencia de salud Covid-19 (2020), el estudio se realizó con 30 jóvenes de la ciudad de San Francisco de Campeche, Camp, ex alumnos de distintos planteles educativos tanto religiosos como laicos, que se mostraron interesados y cooperativos con las responsables del estudio. Actualmente existen diversas problemáticas y movimientos sociales que presentan temáticas en sexualidad, y muchas veces no se analizan con una visión amplia y real sobre la situación en nuestro país. Los resultados obtenidos en este estudio demuestran que, en lo que respecta a la educación sexual en México, los adolescentes poseen conocimientos similares a los que registran estudios realizados anteriormente, aún con la diferencia de años entre tales estudios.

Palabras clave: Adolescencia, Sexualidad, Educación religiosa, Educación laica.

Introducción

La adolescencia como fase de desarrollo y transición de niño a adulto, trae consigo muchas dudas y preguntas en la persona, una parte importante en el desarrollo adolescente es la sexualidad, pocas veces atendida de manera objetiva y causando grandes confusiones en él. En estudios previos realizados en México respecto a la educación sexual que los adolescentes reciben, como el realizado por la Dra. Filipa de Castro, del Centro de Investigación en Salud Poblacional, Tlalpan (2015), se encontró que los contenidos sobre sexualidad que se imparten son incompletos y estos se abordan de manera muy distinta, provocando así desinformación, poca eficacia en el ejercicio de la sexualidad adolescente y un bajo nivel de prevención. Observamos que a pesar de existir estudios como este, no ha habido gran cambio en cuanto a los resultados obtenidos, pues hoy en día siguen prevaleciendo.

Adolescencia

Es un periodo en el que se produce la búsqueda de la identidad que define al individuo para toda su vida adulta. Es importante tomar en consideración lo que el adolescente espera de su vida, como se las ingenia para establecer su desarrollo y hasta dónde es capaz de llegar para cumplirlo, se instala un momento para la obtención de ciertas herramientas que pueden servirle para su desarrollo para la manera en la que pueden ver al mundo (Erikson, 1968).

Los adolescentes pasan por mecanismos de defensa que pueden o no ser agresivos dependiendo de las características de cada sujeto; el individuo que, hasta hace poco tiempo idealizaba a sus padres, convirtiéndolos prácticamente en superhéroes, ahora busca sustitutos para esas figuras, incluso con una fidelidad exagerada. Surgen los fanatismos, los

enamoramientos fugaces pero intensos por bandas, autores, libros, básicamente cualquier alternativa que le permita al adolescente rebajar la importancia de los valores que se les ha enseñado (Freud, 1992).

Se plantea que los adolescentes tienen la capacidad de razonar, dejar el margen de los objetos reales y experiencias y, en cambio, deducen conclusiones a partir de conceptos abstractos (...) el adolescente revisa y analiza sus creencias y modifica su visión de las cosas y el mundo. Son más flexibles. Puede construir interpretaciones de lo que observan, no tienen una sola respuesta sino varias, en esta etapa las operaciones formales, los adolescentes tienen la capacidad de orientarse hacia lo abstracto y lo que no está presente con la posibilidad de interpretar la diferencia entre lo real y lo posible así como de pensar en el futuro (Piaget, 1964).

Las características del desarrollo psicosocial normal en la adolescencia son el resultado de la interacción entre el desarrollo alcanzado en las etapas previas del ciclo vital, factores biológicos inherentes a esta etapa (el desarrollo puberal y el desarrollo cerebral propio de este período, fenómeno a la vez relacionado en parte con los cambios hormonales de la pubertad) y la influencia de múltiples determinantes sociales y culturales (Arredondo, 2017).

Otra tarea del desarrollo en la adolescencia es el logro de la autonomía, lo que ocurre cuando el joven llega a ser emocional y económicamente independiente de sus padres. Para conseguirlo, el adolescente deberá separarse progresivamente de su familia de origen, lo que habitualmente conlleva un grado de conflicto e incluso de rebeldía con sus padres (Florenzano, 1996).

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia al periodo de crecimiento y desarrollo humano que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, entre los 10 y los 19 años. Se trata de una de las etapas de transición más importantes en la vida del ser humano, que se caracteriza por un ritmo acelerado de crecimiento y de cambios (OMS, 2020).

De acuerdo a la estadística de población del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2015) Se encuentra que en la República Mexicana el 18% de la población se encuentra en la etapa de la adolescencia en donde el 9.1% de la población son hombres y el 8.9% de la población son mujeres; específicamente en el municipio de Campeche las cifras se encuentran de la mano debido a que la población adolescente ocupa el 17% solamente en el municipio en donde el 8.4% son hombres y el 8.6% de la población son mujeres. Lo que es importante tomar a consideración debido a que es un elevado número de población y trabajar en función a sus inquietudes es significativo para la implementación de ciertas estrategias en el presente y consideradas a un futuro para el análisis y la adecuada

participación (INEGI, 2015).

Sexualidad

Foucault (1998) rechaza la noción de sexualidad como fenómeno autónomo y natural y plantea que la sexualidad no debe entenderse como una especie de supuesto natural que el poder trata de mantener bajo control, ni como un terreno oscuro que el conocimiento trata de develar gradualmente. Sexualidad es el nombre que se le da a un concepto histórico. Se plantea que la sexualidad es un fenómeno que la sociedad produce de manera compleja, es el resultado de diferentes prácticas sociales y luchas entre quienes tienen poder de definir y quienes oponen resistencias.

La sexualidad implica interacción con otros y con la sociedad; casi cualquier punto de vista sobre una expresión o acción sexual es motivo de un juicio moral que manifiesta su aprobación o desaprobación y la conducta sexual de los individuos se encuentra en gran medida determinada por criterios morales (Mayorga, 2016).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud la sexualidad se refiere a una dimensión fundamental del hecho de ser un ser humano: Basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta o se expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones (OMS, 2019).

La atención y resolución de la sexualidad, brinda mayor seguridad a los adolescentes debido a que busca contribuir a desarrollar y conformar una sana identidad sexual en condiciones de igualdad y equidad; Aunque con los descubrimientos de la psicología evolutiva, estas ideas han venido cambiando, el camino es arduo y amerita la comprensión del tema ya que se dirige firmemente desde diferentes ámbitos y perspectivas (UNICEF, 2019).

De acuerdo a La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura una educación en sexualidad puede entregar a las personas jóvenes información culturalmente relevante, científicamente rigurosa y apropiada a la edad del estudiante. Ésta debe incluir oportunidades estructuradas que les permitan explorar sus valores y actitudes, poniendo en práctica competencias esenciales para la toma de decisiones para elegir con fundamento la forma que desea conducir su vida sexual (UNICEF, 2011).

Educación sexual Formal

Es necesario destacar que mediante la educación sexual y la promoción de salud se contribuye al bienestar de los individuos, las familias, se favorece el desarrollo de habilidades y destrezas, se incrementa el autocuidado y la responsabilidad con la salud

individual y colectiva mediante un trabajo sistemático con toda la población (Herrera, Mujica, & Torres, 2015).

En el VII Congreso Latinoamericano de Sexología y Educación Sexual, (1996) se planteó que la educación sexual forma parte orgánica e inalienable de la preparación del ser humano para la vida, del proceso permanente de aprender a ser, mediante el cual cada individuo tiene que aprender a ser sexuado, a construir de forma personalizada su masculinidad y feminidad a codiciarse creadoramente de valores, actitudes, conocimientos, habilidades y destrezas, así como de recursos personológicos eficientes, con vistas a vivir su sexualidad de modo autodeterminado y enriquecedor.

En México, la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2018) ha evidenciado importantes áreas de oportunidad para la educación en salud sexual y reproductiva de la población adolescente. En 2018, 23% de la población adolescente de 12 a 19 años de edad había iniciado su vida sexual. De las mujeres adolescentes con inicio de vida sexual, más de la mitad (51.3%) había estado alguna vez embarazada. Aunque 90% de la población adolescente reportó conocer o haber escuchado hablar de algún método anticonceptivo, 15% de los hombres y 33% de las mujeres no utilizaron método anticonceptivo alguno en su primera relación sexual. El 12% de los adolescentes y 20% de las adolescentes consideraban que un condón podía utilizarse en más de una ocasión y, de manera global, 21% desconocía que el condón podía utilizarse para prevenir tanto infecciones transmitidas sexualmente como embarazos (ENSANUT, 2018).

De acuerdo al Sistema para el Análisis de la Estadística Educativa, la educación que reciben los adolescentes se encuentran en los periodos de la secundaria y el nivel medio superior; específicamente en Campeche la matrícula se centra en un 77% de adolescentes que se encuentran cursando la secundaria; mientras que el 59.7% de la población se encuentra en el nivel medio superior por lo que este indicador muestra en qué porcentaje se está atendiendo a la demanda potencial de un nivel educativo determinado. Una mayor tasa bruta de escolarización para un nivel educativo se interpreta como una mayor asistencia a la escuela por parte de la población en las edades reglamentarias (SEP, 2019) es por ello que es sumamente importante el trato y preparación sobre la educación sexual formal debido al amplio número de matriculados.

Educación religiosa

“La educación religiosa, desde un propósito general, favorece el desarrollo integral de la persona, el logro de su propia autonomía y el de su identidad personal y social” (Garces, García, & Medarda, 1998), promueve las dimensiones espiritual y religiosa en el sujeto en relación con la cultura, la sociedad y la religión. Asume este cometido y, sin embargo, también espera que el sujeto forme un pensamiento reflexivo, analítico y crítico sobre los

problemas religiosos de su realidad; sepa dar sentido a la existencia última de su vida; integre fe y vida en lo cotidiano; establezca relaciones dialógicas con los otros; en últimas, que viva su vocación a través de su propia humanización y la humanización del mundo. No obstante, para lograr lo anterior, es necesario romper con una visión individualizada de la educación porque la persona, si lo es, es gracias al vínculo con los otros, con su contexto y con el mundo (Suárez, 2013).

De acuerdo a Gorsuch (1988), “las aproximaciones teóricas a la comprensión del desarrollo religioso se han orientado desde tres abordajes: Las teorías de la proyección, las teorías de la socialización y las teorías del desarrollo cognoscitivo”. Por otro lado, las teorías de la socialización investigan el impacto de los otros en el individuo durante el desarrollo. El principal problema de las teorías planteadas, desde esta aproximación teórica, es de que, aunque se haya encontrado una correlación entre la escogencia religiosa de los hijos y la religión de los padres, la escogencia de la escuela y la asistencia a la enseñanza parroquial (Vergote, 1993)

La educación religiosa se propone desde distintas definiciones, diferentes escuelas de pensamiento, las ciencias de la educación y la educación integral, presentando la necesidad de articular la ere a la educación para que se realice una actualización, cuestionamiento y crecimiento permanente en su fundamentación, didáctica y prácticas educativas, que respondan a los objetivos propuestos en la educación nacional y a la pertinencia de su propia disciplina y las ciencias afines (Mendez & Bonilla, 2015). Mientras que la enseñanza y el aprendizaje de la religión en sus distintos componentes, teóricos, prácticos, simbólicos, espirituales, formales y no formales, son elementos básicos y fundamentales en la educación de los niños y jóvenes. A través del desarrollo de esta área se forman dimensiones esenciales del ser humano, rasgos del carácter, valores y actitudes individuales y colectivas y, sobre todo, cosmovisiones y paradigmas que rigen los proyectos de vida de las personas y grupos (Coy, 2009).

Educación laica

La Constitución de 1857 en su artículo 3º decretó que “La enseñanza es libre. La ley determinará qué profesiones necesitan título para su ejercicio, y con qué requisitos se deben expedir” (Congreso Constituyente, 1857) es por ello que a partir de esa fecha las escuelas en México son libres de decidir la manera en la que se educa a sus alumnos matriculados.

La educación laica prolifera con la existencia de un Estado anticonfesional. Este tipo de educación ofrece un conjunto de ventajas para el desarrollo de las personas y de la sociedad: tolerancia, orden social y paz; ayuda a desarrollar el mayor número de facultades en beneficio del individuo, y en concomitante limita los márgenes de intolerancia y fundamentalismo en el interior de la vida social (Flores & Espejel, 2010).

La laicidad es un proceso político e institucional, se propone dirigir las conductas, modelar las costumbres, establecer las reglas de juego; La educación laica es la conformación formal de un sistema de instrucción ajeno a las doctrinas religiosas, los ámbitos de su ejercicio, las particularidades que toma, las sustituciones y extensiones (González & Arredondo, 2017).

La educación laica es ante todo una realidad social construida históricamente. Sea como hecho social, como concepto teórico, como instrumento legal o como principio filosófico posee significados múltiples, diversos, cambiantes, más o menos amplios y profundos. Pero en todo caso, es asumida como una condición para el respeto de la libertad de creencias, la pluralidad de pensamiento, la diversidad cultural, las elecciones vitales. La laicidad educativa ha sido concebida como uno de los requisitos para garantizar la equidad social, la participación democrática, la tolerancia, la convivencia y la paz social (Arredondo, 2017).

Justificación

En el ejercicio profesional, hemos estado en contacto con adolescentes y separando el conocimiento bibliográfico sobre esta etapa, la experiencia ha sido muy enriquecedora, pues día a día aprendemos algo de ellos, conocemos lo que piensan y sienten realmente. Por ello, sabemos que las dudas y preguntas respecto a temas de sexualidad, no siempre son satisfechas por los profesores, las instituciones educativas o las de salud; el adolescente busca en sus medios inmediatos y hoy teniendo de manera accesible el uso de la tecnología, recurre a la información que hay en internet.

La educación escolarizada que el adolescente recibe tiende a ser indistinta, cuando existen dudas o preguntas insatisfechas, por ello decidimos conocer cómo viven el proceso de búsqueda y la experiencia respecto a la educación sexual que recibieron durante la adolescencia, jóvenes que fueron educados bajo la perspectiva laica y la perspectiva religiosa.

Actualmente la educación sexual formal en México, así como los derechos sexuales, son casi nulos, la reforma de leyes para llevarlas a cabo se ha visto impregnada por aspectos morales religiosos, pasando por alto los derechos de la población mexicana. Los adolescentes son quienes viven mayor dificultad en temas como la sexualidad, por lo tanto, se busca identificar si existe alguna diferencia entre la educación laica y la religiosa ante la educación sexual formal.

La educación sexual siempre tendrá importancia en la persona, sin importar la edad, nivel socioeconómico, género, sexo, cultura, ubicación geográfica, etc. Por ello, el presente estudio se enfocó en jóvenes que acaban de salir de la adolescencia, que quisieran aportar algo buscando mejorar las condiciones que ellos vivieron respecto a la educación sexual

para generar un mejor abordaje e integración de temas para las generaciones siguientes, y que estas puedan atravesar mejor la adolescencia con mayor conocimiento, oportunidades y con una visión amplia de lo que la sexualidad es y su ejercicio.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la experiencia de vida y desarrollo de la sexualidad de los adolescentes con educación religiosa y con educación laica?

Objetivo general

Conocer la experiencia vivida respecto a la educación sexual en jóvenes educados con perspectiva religiosa y los educados con perspectiva laica, durante su adolescencia; para identificar el conocimiento que estos jóvenes recibieron y las carencias que se presentaron al respecto.

Objetivos específicos

- Conocer la experiencia de vida respecto a la sexualidad en adolescentes con educación religiosa y sin educación religiosa.
- Identificar la información recibida sobre educación sexual en la adolescencia y las carencias presentes.

Método

El diseño de investigación es cualitativa, exploratoria, transversal, no experimental, tipo estudio de caso único. La información se obtendrá a través de dos grupos de enfoque y con una encuesta diseñada con una escala tipo Likert.

Sujetos

Jóvenes entre 18 y 24 años, ex alumnos de escuelas preparatorias con educación religiosa y jóvenes entre 18 y 24 años, ex alumnos de escuelas preparatorias sin educación religiosa, de la ciudad de San Francisco de Campeche.

Instrumento

Se realizaron dos grupos de enfoque para conocer la experiencia de los jóvenes respecto a la educación sexual recibida durante su adolescencia, en la escuela.

Posteriormente se aplicó una encuesta con una escala tipo Likert. Conformado por 15 reactivos, elaborado por las responsables del estudio, para reafirmar los datos obtenidos en los grupos de enfoque.

Procedimiento de la recolección de la información

Debido a la contingencia de salud actual, Covid-19 (2020), tanto los grupos de enfoque como la aplicación de la encuesta se realizaron a distancia.

Las reuniones con los grupos de enfoque se realizaron a través de la aplicación digital *Google meet*, en una fecha y hora establecidas por las responsables del estudio.

Las encuestas se realizaron de manera digital, a través de *Google forms*, se les envió a los participantes la liga para ingresar y responder. Las instrucciones para responder la encuesta fueron las siguientes, “Para responder el presente cuestionario marca el círculo que consideres adecuado para cada afirmación, te solicitamos ser lo más honesto posible con tus respuestas ya que nos ayudarán mucho para conocer tu experiencia en el tema”.

Análisis de la información

Después de aplicadas las encuestas a todos los participantes del estudio, se realizó el análisis de la información obtenida, donde se encontró lo siguiente:

Entre los 30 participantes del estudio, 25 de ellos fueron mujeres y 5 de ellos fueron hombres, se observó mayor disposición para trabajar en las mujeres jóvenes; 15 de los participantes fueron estudiantes de escuela Pública-Laica durante su adolescencia y los 15 participantes restantes fueron estudiantes de escuela Privada-Religiosa durante su adolescencia.

Observamos que en su mayoría los participantes, coinciden que la educación sexual debería ser más que solo hablar sobre métodos anticonceptivos, embarazo y aborto, ya que existen muchos más temas sobre sexualidad y con mayor importancia que los que siempre se tratan de manera superficial. El 80% de los participantes no creen que exista una educación sexual objetiva, inclusiva, neutra y general en nuestro país, independientemente del tipo de educación escolarizada que recibieron en su adolescencia (Fig. 1).

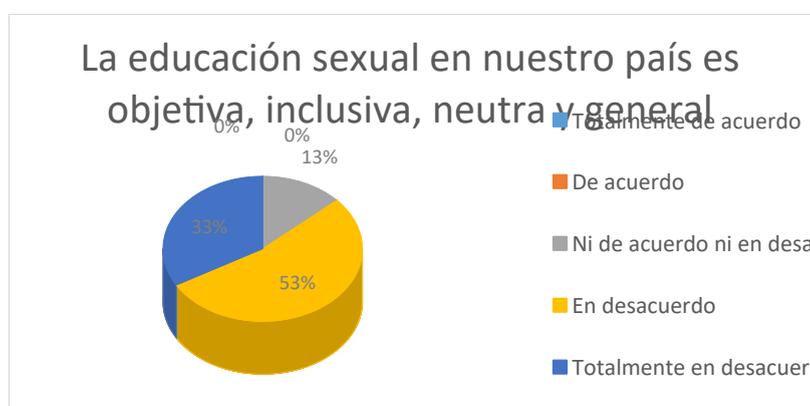


Figura 1. Opinión respecto a la objetividad de la educación sexual.

El 70% de los participantes expresaron sentirse insatisfechos con la educación sexual que recibieron en la escuela, contrastando la información, observamos también que un 80% de los participantes afirmaron que recurrieron durante su adolescencia a fuentes externas, pues la información que recibieron en la escuela no fue suficiente para ellos. En su mayoría, los participantes expresaron que la escuela donde estudiaron no fue abierta sobre temas sobre sexualidad, independientemente si la escuela fue de educación laica o religiosa.

El 100% de los participantes expresaron que se necesita una nueva perspectiva sobre la educación sexual actual en Campeche, al igual que en México (Fig. 2) y coincidieron también en que es necesario trabajar la educación sexual a todos los niveles educativos y con la población en general.



Figura 2. Opinión sobre reeducación sexual.

La mayoría de los participantes están de acuerdo con que se necesita personal realmente capacitado y sensibilizado para tratar temas sobre educación sexual, el 100% de los participantes expresaron que todos los ciudadanos deberían recibir una educación sexual pública, objetiva, neutra e inclusiva.

Un 90% de los participantes coinciden en que las creencias ideológicas y religiosas no deberían intervenir en lo que respecta a la educación sexual general de las personas, y el 100% están en pro de que la educación sexual sin importar ideologías o creencias.

Casi el 100% de los participantes concuerdan que la educación sexual a nivel nacional debería abarcar a toda la población y no solo a ciertas secciones como podría suceder actualmente, los participantes también coinciden que la educación sexual también es necesaria en casa, ya que es ahí donde nuestro desarrollo psíquico, cultural, personal y social suceden (Fig. 3).

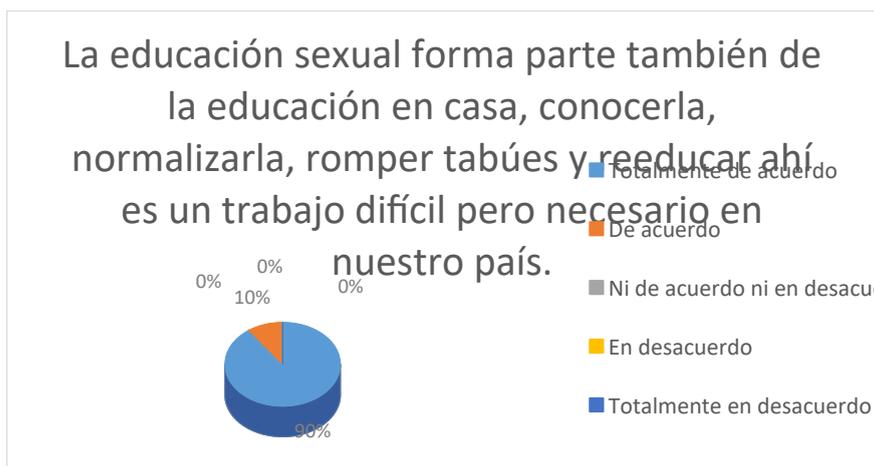


Figura 3. Opinión sobre la educación sexual en casa.

Resultados

Con la información obtenida, podemos ver que independientemente de si el estilo de educación escolarizada fue religioso o laico, existe hoy una gran carencia respecto a temas de sexualidad en general. Los jóvenes participantes han expresado que la educación que recibieron en la escuela respecto a sexualidad fue insuficiente, teniendo que recurrir a instituciones de salud y aun así fue información muy superficial como el uso del condón masculino o el tema del embarazo adolescente.

Observamos en los participantes una fuerte apuesta para mejorar el sistema de educación sexual actual, mejorar las instituciones, capacitar al personal, trabajar de manera neutra y lineal este tipo de educación y para toda la población involucrando a los padres y maestros, no solo los estudiantes.

Los participantes expresaron durante este estudio que se necesita una reeducación en tema de sexualidad en nuestro país, separando las ideologías religiosas de ello, y aunque saben que será difícil, opinan que es realmente necesario y urgente, pues conociendo sobre sexualidad muchas problemáticas sociales podrían reducirse y/o prevenirse.

Conclusiones

Con los datos obtenidos observamos que existe un gran rezago en la educación sexual, esto no depende del estilo de educación escolarizada que recibieron los participantes (religioso, laico). Si bien es cierto que las instituciones laicas tienen por obligación cubrir las necesidades de salud e información de sus alumnos y reciben a las instituciones de gobierno en área de salud que brindan información de prevención sobre embarazo adolescente, el uso de los métodos anticonceptivos y en ocasiones, información sobre ETS (enfermedades de transmisión sexual), esto es muy breve, superficial e inconstante, pues solo se limitan a poner stands para dar folletos y/o condones, sucediendo solo de 1 a 2 veces por ciclo escolar.

La información que se brinda en la escuela, se hace solo desde la perspectiva reproductiva en las clases de ciencias como biología, ciencias naturales, siendo esto también muy pobre, ya que se limita solo a conocer cómo funciona el cuerpo y los aparatos reproductivos.

Los participantes del estudio opinaron que es necesaria la modificación en cuanto al abordaje de los temas, la conformación de los mismos, capacitación al personal encargado de esto en las instituciones de salud; y también la urgencia para la creación de un programa de Educación Sexual Integral a nivel nacional, para abordar los diversos y distintos temas en la sexualidad humana, trabajando con los distintos niveles educativos, buscando también la inclusión de los padres y maestros, para sensibilizar ante la necesidad real que hoy en día existe en el tema.

Referencias

- Arredondo, A. (2017). Educación laica en América Latina y el Caribe. *Historia caribe*, XII (30), 15-23. doi:<https://doi.org/10.15648/hc.30.2016.1>
- Congreso Constituyente. (1857). *Constitución Federal de los Estados Unidos Mexicanos*. México.
- Coy, M. (2009). Educación religiosa y escolar ¿Por qué y para que? *Franciscanum. Revista de la ciencia del espíritu*, 49-70. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343529072003>
- ENSANUT. (2018). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición*. Obtenido de <https://ensanut.insp.mx/encuestas/ensanut100k2018/index.php>
- Erikson, E. (1968). *Identidad joven y crisis*. New York: Norton Company.
- Florenzano, R. (1996). Aspectos biopsicosociales del crecimiento y desarrollo. *Guías curriculares. Salud integral del adolescente*, 31-41.
- Flores, M., & Espejel, J. (2010). Educación laica, fundamentalismo y tolerancia. *Espacios públicos*, 162-169. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67614336011>
- Freud, A. (1992). *Psicoanálisis del desarrollo del niño y del adolescente*. Barcelona: Paidós.
- Garces, E., García, G., & Medarda, L. (1998). *Claves curriculares de la reforma*. Madrid: Promoción Popular Cristiana.
- González, R., & Arredondo, A. (2017). La emergencia de la educación laica en México. *Historia del Caribe*, 25-49. doi:<http://dx.doi.org/10.15648/hc.30.2016.2>
- Herrera, N., Mujica, E., & Torres, M. (2015). *Normas y procedimientos de la educación*

para la salud. La Habana: MINSAP.

INEGI. (2015). *Censos y Conteos de Población y Vivienda*. Obtenido de https://www.inegi.org.mx/app/tabulados/interactivos/?px=Poblacion_07&bd=Poblacion

Mayorga, C. (2016). Construcción ética de los derechos sexuales y reproductivos. *Sincronía*(69). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=513852378003>

Mendez, I., & Bonilla, J. (2015). Educación religiosa escolar en perspectiva de complejidad. *Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu*, 435-440. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=343549846017>

OMS. (2019). *Salud de los adolescentes*. Obtenido de https://www.who.int/topics/adolescent_health/es/

OMS. (2020). *Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente*. Obtenido de https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/

Piaget, J. (1964). *Seis estudios de psicología*. España: Editions Gonthier.

SEP. (2019). *Sistema para el Análisis de la Estadística Educativa*. Recuperado el 22 de Agosto de 2020, de http://www.planeacion.sep.gob.mx/Doc/estadistica_e_indicadores/sistesepportal/sistesepp.html

Suárez, G. (2013). Educación religiosa escolar en clave liberadora: elementos constitutivos. 175.

UNICEF. (2019). *Educación de la sexualidad, salud reproductiva y equidad de género*. Obtenido de <https://www.unicef.org/educinic8>.

Vergote, A. (1993). Qué es y qué no es la psicología de la religión. *The Journal For The Psychology Of Religion.*, 73-83.

PROCESOS METACOGNITIVOS
Y COMPRENSIÓN LECTORA

EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS DE MÉXICO Y COLOMBIA.

José de los Reyes
Herrera Vázquez

Secretaría de Investigación, Innovación y Educación Superior
jherrerav26@gmail.com

El presente trabajo estableció la relación entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora en estudiantes universitarios de Santa Marta en Colombia y México. Para el estudio se empleó un diseño no experimental correlacional, con enfoque cuantitativo; la muestra estuvo conformada por 507 estudiantes (326 de Colombia y 181 de México). Los resultados permitieron aproximarse al conocimiento de las características y relaciones de esas dos actividades mentales, los resultados a nivel generales muestran que no se observa una correlación significativa entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora.

Palabras clave: metacognición, comprensión lectora, estudiantes universitarios.

Introducción

En la actualidad, la metacognición es sin duda, uno de los tópicos más explorados en psicología y más recientemente en neuropsicología, vinculado a actividades y áreas de desempeño cognitivo como la lectura (Aragón y Caicedo, 2009; Calderón y Quijano, 2010; Cerchiaro, Sánchez, Herrera, Arbeláez y Gil, 2011; López y Arciniegas, 2004; Ochoa y Aragón, 2005), la escritura (Graham, Harris y Mason, 2005; Ochoa y Aragón, 2007; Ochoa, Aragón, Correa y Mosquera-Roa, 2008), la solución de problemas (Flavell, 1976; Mayer, 1998), la memoria (Dunlosky, Serra y Baker, 2007), el aprendizaje (Atencio, Ayala y Montes, 2007; Bara, 2001; Hofer, 2004; Hofer y Pintrich, 1997; Martínez-Fernández, 2007), entre otras. Es un constructo que pasa de la investigación básica al campo aplicado, proyectándose como una herramienta poderosa para la formación de aprendices autónomos y eficaces, capaces de generar respuesta a la problemática educativa presente en numerosos países del mundo. De esta manera, la actividad metacognitiva se aborda como problema de investigación, a partir del interés por conocer acerca de los procesos cognitivos de orden superior que las personas llevan a cabo cuando aprenden, razonan, resuelven problemas o comprenden un texto. En general, se destacan dos componentes básicos de la metacognición: el conocimiento acerca de la cognición y la regulación o control de la cognición (Baker y Brown, 1984; Brown, 1980, 1987; Buron, 1996; Butterfield, Nelson y Peck, 1988; Cheng, 1993; Haller, Child y Walberg, 1988; Kuhn, 2000). El primero, entendido como autovaloración o conciencia metacognitiva (Cheng, 1993), implica al conocimiento que una persona tiene sobre sus propios procesos cognitivos y la compatibilidad que logra establecer entre las demandas de una situación de aprendizaje y sus recursos disponibles para aprender; el segundo componente involucra mecanismos autorreguladores que se utilizan durante el proceso de aprendizaje (Baker y Brown, 1984).

Este trabajo se apoya en el modelo teórico propuesto por Mayor, Suengas y González (1995), en el cual la metacognición se asume a partir de tres componentes: toma de conciencia, control del proceso y autopoiesis. Desde este modelo, la actividad

metacognitiva, en virtud de sus componentes básicos, cumple tres condiciones: es consciente (Conciencia), se regula (Control) y es autoorganizada (Autopoiesis) (Mayor et al., 1995).

En relación a la dimensión de conciencia, se refiere a la reflexión del pensamiento sobre sí mismo; implica toda la actividad metacognitiva que se puede centrar sobre los diferentes niveles de conciencia, de intencionalidad y de introspección.

En la dimensión de control, implica la supervisión y evaluación del proceso de autorreflexión, seguido por el pensamiento al desarrollar actividades cognitivas; así mismo, se encuentra presente en el autocontrol en relación con las variables que afectan el desempeño cognitivo, sean éstas ambientales, biológicas, emocionales o de la tarea como tal.

La dimensión de la autopoiesis, refiere a la capacidad del sistema metacognitivo para construirse a sí mismo. La adopción de este modelo en el presente estudio obedece a tres razones de orden conceptual y metodológico. En primera instancia, ofrece la posibilidad de considerar el papel de procesos de autoorganización en el desarrollo de la actividad metacognitiva a partir del componente de autopoiesis, lo cual, se constituye en un planteamiento novedoso en relación con otros modelos o conceptualizaciones sobre metacognición. En segundo lugar, permite destacar la complejidad de la actividad metacognitiva, al reconocer la participación de múltiples componentes y variables en un proceso controlado y dirigido por el mismo sujeto. En tercer lugar, ofrece una respuesta a las dificultades de tipo metodológico que conlleva el estudio de las diferentes variables y componentes de la metacognición.

El instrumento objetiva cada uno de los componentes y variables definidos como constructos teóricos por el modelo, generando una mayor coherencia a los resultados, y ha sido aplicado en México, mostrando confiabilidad y validez, con un Coeficiente de Alpha de Cronbach, de .8359 (Herrera, 2004).

Cabe mencionar que aun que, la metacognición es un tema que tiene su relevancia por su repercusión en el ámbito de la educación, derivado de su vinculación a los procesos de enseñanza y de aprendizaje como medio para propiciar una formación de calidad en los estudiantes (Castañeda, 2004), son pocas las investigaciones recientes centradas en esta problemática en el nivel de la educación superior en nuestro país.

Algunas investigaciones, se han dedicado a establecer una relación entre metacognición y dominios como la lectura y la escritura (Aragón y Caicedo, 2009; Calderón y Quijano, 2010; Cerchiaro et al., 2011; Escorcía, 2010; Ochoa et al., 2010). En este estudio se observó la relación entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora.

Justificación

Si bien en países europeos existen numerosos estudios relacionados con la metacognición y la comprensión lectora, en contextos como México y Colombia, aún se están desarrollando; así mismo, la actividad metacognitiva es un proceso deseado y esperado en los universitarios e investigadores, por tal motivo es pertinente conocer en qué medida se encuentra en los universitarios y si existe relación entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora.

Con este propósito se realizan análisis descriptivos y correlacionales con variables metacognitivas y de comprensión lectora, así como sociodemográficas.

Objetivo general

Esta investigación tuvo como objetivo identificar si existe correlación entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora en estudiantes universitarios de México y Colombia.

Objetivos específicos

- Se plantearon objetivos específicos por cada uno de los componentes de la actividad metacognitiva y la comprensión lectora:
- Conocer si existe correlación entre la actividad metacognitiva en la dimensión de conciencia y las dimensiones de la comprensión lectora (recuperación de la información, reflexión e interpretación).
- Conocer si existe correlación entre la actividad metacognitiva en la dimensión de control y las dimensiones de la comprensión lectora (recuperación de la información, reflexión e interpretación).
- Conocer si existe correlación entre la actividad metacognitiva en la dimensión de autopoiesis y las dimensiones de la comprensión lectora (recuperación de la información, reflexión e interpretación).

Método

Para llevar a cabo el estudio, se utilizó un diseño no experimental, transeccional, descriptivo-correlacional, apoyado en el modelo de actividad metacognitiva de Mayor, Suengas y González (1995), la prueba de PISA, en una versión reducida (Herrera, 2009) y el cuestionario sociodemográfico (Cerchiaro, Sánchez, Herrera, Arbeláez y Gil, 2011).

La muestra estuvo conformada por estudiantes de psicología en dos universidades de Colombia y dos universidades de México. La selección de los estudiantes se hizo por conveniencia; el tamaño de la muestra, si bien, no fue la misma en cada universidad, la

diferencia no fue estadísticamente significativa, por ende, no afectó los resultados.

Sujetos

Estudiantes universitarios de México y Colombia, la muestra estuvo conformada 507 estudiantes con una edad promedio de 20.78 y una D.E. de 3.06; la muestra de México estuvo conformada por 181 estudiantes (74 hombres y 252 mujeres), con una edad promedio de 21.18 años y una D.E. de 3.2; y la muestra de Colombia estuvo conformada por 326 estudiantes (47 hombre y 134 mujeres), con una edad promedio de 20.56 y una D.E. de 2.96 (ver tabla1).

Tabla 1. Descripción de la muestra

País	Sexo		Edad Promedio	D.E.
	Hombre	Mujer		
Muestra general (n=507)	121	386	20.78	3.06
México (n=181)	47	134	21.18	3.20
Colombia (n=326)	74	252	20.56	2.96

Instrumento

Encuesta Sociodemográfica. Consiste en un cuestionario de 7 preguntas, en el que se incluyeron aspectos tales como edad, nivel de escolaridad de los padres, número y tipo de libros en el hogar y las costumbres de lectura de los estudiantes y de sus padres.

Prueba de Comprensión de Lectura PISA, se utilizó la versión reducida de Herrera y Pool (Herrera, 2009), para evaluar competencias lectoras. El instrumento consta de un cuestionario de 21 preguntas orientadas a evaluar los niveles de comprensión lectora literal, inferencial y crítica intertextual; en una escala de valoración de 5 niveles de comprensión lectora, la cual se interpreta de la siguiente forma:

Nivel 1. Corresponde a quienes son capaces de resolver solo los reactivos de lectura poco complejos previstos para la comprensión lectora en PISA, como ubicar información específica dentro del texto, identificar el tema principal o establecer una conexión sencilla con el conocimiento cotidiano;

Nivel 2. Refiere a los estudiantes capaces de responder reactivos básicos de lectura, tales como ubicar información directa, realizar inferencias sencillas de distintos tipos, determinar significados de partes específicas del texto y emplear cierto nivel de conocimientos externos para comprenderla;

Nivel 3. Se relaciona con los estudiantes capaces de manipular reactivos de lectura de

complejidad moderada, tales como ubicar fragmentos múltiples de información, vincular distintas partes de un texto y relacionarlos con conocimientos familiares o cotidianos;

Nivel 4. Corresponde a los estudiantes capaces de responder reactivos de lectura difíciles, tales como ubicar información no explicitada, inferir información en el texto a partir de pistas que él mismo ofrece y evaluar críticamente un texto;

Nivel 5. Refiere a quienes son capaces de completar reactivos de lectura sofisticados, tales como los relacionados con el manejo de información difícil de encontrar en textos con los que no están familiarizados, mostrar una comprensión detallada de dichos textos e inferir qué información del texto es relevante para el reactivo, ser capaces de evaluar críticamente y establecer hipótesis, recurrir a conocimiento especializado e incluir conceptos que pudieran ser contrarios a las expectativas.

Aun cuando son muchas las investigaciones que han utilizado la Prueba PISA como instrumento para evaluar la comprensión lectora en estudiantes de niveles educativos Medio y Superior, los antecedentes inmediatos se encuentran en los estudios realizados por INEE (2005) citado por Cerchiaro et al. (2010). Para el análisis de los resultados de Comprensión Lectora se tomaron como base los rangos de evaluación establecidos por la prueba de comprensión lectora PISA aplicada internacionalmente, sobre 280 puntos. De esta manera, los niveles por factores de la Prueba PISA se fijaron de la siguiente forma: Nivel 1, puntajes totales comprendidos de 0 a 56 puntos; Nivel 2, puntajes totales contenidos de 57 a 112 puntos; Nivel 3, puntajes incluidos de 113 a 168 puntos; Nivel 4, puntajes incluidos entre 169 y 224 puntos; finalmente, el nivel 5 abarca puntajes de 225 a 280.

Cuestionario de Autorreporte de la Actividad Metacognitiva, de Mayor et al. (1995), consistente en 40 ítems con los que se evaluaron Conciencia, Control, Autopoiesis y las Variables de la actividad metacognitiva. Los ítems se presentan con cuatro posibilidades de respuesta, valoradas de 1 a 4. El puntaje 1 implica ninguna actividad metacognitiva, el 2 significa poca actividad metacognitiva, el 3 implica mucha actividad metacognitiva y el 4 significa máxima capacidad metacognitiva. Para analizar los resultados de la Actividad Metacognitiva se procedió a promediar las respuestas, calificadas en cada ítem de 1 a 4 puntos, para concluir que el puntaje obtenido era el nivel metacognitivo general de la persona.

Con el fin de garantizar la validez de los instrumentos, una vez fueron seleccionados los instrumentos, tanto la Prueba de Lectura PISA, versión reducida (Herrera, 2009), como el Cuestionario de Autorreporte de Actividad Metacognitiva (Mayor et al., 1995), fueron sometidos a la validación de expertos. El grupo de tres jueces escogidos para esa tarea estuvo constituido por personas ajenas al estudio, profesionales especialistas y autoridades

en el tema en indagación, con probados conocimientos y trabajo investigativo en el área cognitiva, además de un claro dominio de los aspectos técnicos de medición y diseño de pruebas. La confiabilidad de los mismos fue garantizada mediante la aplicación de una prueba piloto y posterior procesamiento de los datos con el paquete estadístico SPSS, versión 11.5, bajo los criterios de relevancia y pertinencia. Analizado el Coeficiente de Alpha de Cronbach, los resultados obtenidos fueron de .8359 para el Cuestionario de Autorreporte de Actividad Metacognitiva y de .7095 para la Prueba de Lectura PISA.

Procedimiento de la recolección de la información

La aplicación de las pruebas se realizó de forma individual, sin límite de tiempo para su ejecución, se generaron cuadernillos foliados que contienen el cuestionario de datos generales y sociodemográficos del estudiante, el Cuestionario de Autorreporte de la Actividad Metacognitiva y Prueba de Comprensión de Lectura PISA.

Análisis de la información

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos de mínimos y máximos, media, desviación estándar, sesgo y curtosis; posteriormente, se generaron análisis de correlación a nivel global de la actividad metacognitiva y la comprensión lectora. El software utilizado para los análisis fue el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), Versión 11.5.

Resultados

En este apartado se presentan los hallazgos estadísticos descriptivos de la actividad metacognitiva con sus dimensiones de conciencia control y autopoiesis, y la comprensión lectora y sus procesos de recuperación de la información, reflexión e interpretación, finalmente se presentan los análisis correlacionales de entre ambas pruebas.

A nivel de actividad metacognitiva

Se alcanzó un puntaje de promedio de 2.14 con una D.E. de 0.36; considerando que la media teórica es de 2.5, la muestra se ubicó por debajo de la media teórica, con una diferencia estadísticamente significativa ($t=-21.79$, $n=506$, $p<0.01$) (ver tabla 2).

Tabla 2. Actividad metacognitiva y dimensiones

	Actividad Metacognitiva	Conciencia	Control	Autopoiesis
General (n=506)	2.14	2.15	2.16	2.07
Media	0.36	0.43	0.28	0.46
DE				

México (n=181)				
Media	2.26	2.26	2.34	2.17
DE	0.41	0.46	0.56	0.51
Colombia (n=325)				
Media	2.08	2.09	2.06	2.02
DE	0.32	0.39	0.51	0.41

En relación a las dimensiones de la actividad metacognitiva, a nivel de conciencia se obtuvo una media de 2.15 ($t=-18.37$, $n=506$, $p<0.01$); a nivel de control se ubicó en una media de 2.16 ($t=-13.83$, $n=506$, $p<0.01$); a nivel de autopoiesis obtuvo una media de 2.07 ($t=-21.51$, $n=506$, $p<0.01$), como se puede observar todas las medias se ubican por debajo de la media teórica y con una diferencia estadísticamente significativas con respecto a la media teórica (ver tabla 2).

A nivel de comprensión lectora

Utilizando la versión reducida de PISA (2003), en la cual, el puntaje máximo es 21 y el mínimo 0, la media teórica se ubica en 10.5 puntos; la muestra obtuvo una media de 12.16 puntos con una D.E. de 3.38 ($t=11.03$, $n=506$, $p<0.01$), siendo la diferencia estadísticamente significativa con respecto a la media teórica (ver tabla 3).

Tabla 3. Comprensión lectora y procesos

	Comprensión lectora	Recuperación de la información	Reflexión	Interpretación
General (n=506)				
Media	12.16	3.74	3.49	4.92
DE	3.38	1.31	1.57	1.48
México (n=181)				
Media	13.00	3.86	3.95	5.19
DE	3.59	1.37	1.62	1.41
Colombia (n=325)				
Media	11.69	3.68	3.24	4.77
DE	3.17	1.27	1.49	1.50

En relaciona los procesos de la comprensión lectora, el puntaje máximo es 7 y el mínimo

es 0, ubicando la media teórica en 3.5; a nivel de recuperación de la información, se obtuvo una media de 3.74, con una D.E. de 1.31 ($t=4.196$, $n=506$, $p<0.01$); a nivel de reflexión, la media se ubicó en 3.49, con una D.E. de 1.57 ($t=-0.09$, $n=506$, $p<0.01$); a nivel de interpretación, se obtuvo una media de 4.92, con una D.E. de 1.48 ($t=21.53$, $n=506$, $p<0.01$); tanto recuperación de la información como interpretación, obtuvieron diferencia estadística significativa, en tanto reflexión, se ubicó por debajo de la media teórica y la diferencia no fue estadísticamente significativa (ver tabla 3).

A nivel correlacional

Se realizó el análisis de correlación a nivel general entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora por medio de la correlación producto momento de Pearson, con la muestra global de 506 estudiantes, a nivel general se obtuvo una correlación de 0.0003 entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora, la cual, no es significativa estadísticamente (ver tabla 4); así mismo, tampoco se observó correlación entre las dimensiones de la actividad metacognitiva (conciencia, control y autopoiesis) y los procesos de la comprensión lectora (recuperación de la información, reflexión e interpretación).

Tabla 4. Correlación entre actividad metacognitiva y comprensión lectora

n=506	Comprensión lectora	Recuperación de la información	Reflexión	Interpretación
Actividad metacognitiva	0.0003	-0.0015	0.0005	0.0015
Conciencia	0.0059	-0.0306	0.0375	0.0008
Control	0.0673	0.0592	0.0432	0.0557
Autopoiesis	-0.0346	-0.0312	-0.0291	-0.0205

Conclusiones

Partiendo del objetivo planteado de identificar si existe correlación entre la actividad metacognitiva y la comprensión lectora en estudiantes universitarios de México y Colombia, se puede observar que si bien, los estudiantes universitarios presentan un buen desempeño a nivel de comprensión lectora, así como en sus procesos de recuperación de la información, reflexión e interpretación; estos datos no se correlacionan con la actividad metacognitiva de los mismos de forma significativa, podemos sugerir que es en el entendido que la actividad metacognitiva es un proceso de orden superior .

En cuanto a la comprensión lectora, considerando que es una prueba de ejecución

máxima, se obtuvieron resultados similares en estudios anteriores, relacionados al nivel bachillerato (Herrera, 2009).

A nivel general, podemos afirmar desde la óptica de Jiménez Rodríguez (2004), que la subjetividad propia de los procesos metacognitivos hace que su evolución externa sea una tarea compleja; en este sentido el estudiante puede no realizar la reflexión de forma explícita de cómo aprende o cómo funciona cognitivamente, realizando su actividad cognitiva desde la sensibilidad o la emotividad, lo cual, explicaría obtener una actividad metacognitiva por debajo de la media.

Sin embargo, el bajo nivel de la actividad metacognitiva, pone de manifiesto un bajo nivel de conciencia, control y autopoiesis para el procesamiento de la información; lo cual, implica que los estudiantes, si bien, son capaces de responder a una búsqueda de información, tiene poca conciencia de la misma; tienen capacidad de reflexionar sobre los contenidos del texto, sin embargo, tienen bajo control de la información reflexionada y finalmente, se observa un alto grado de la interpretación de la lectura, presentando baja integración de la información para la elaboración y autoconstrucción de nueva y original información, proceso asociado a la autopoiesis.

Referencias

- Aragón, L. y Caicedo, A. M. (2009). La enseñanza de estrategias metacognitivas para el mejoramiento de la comprensión lectora. Estado de la cuestión. *Pensamiento Psicológico*, 5 (12), 125-138.
- Baker, L. y Brown, A. L. (1984). Metacognitive skills and reading. In P.D. Pearson, R. Barr, M. L. Kamil & P. Mosenthal (Eds.), *Handbook of reading research*, (pp. 353-393). New York: Longman.
- Bara, P. M. (2001). *Estrategias metacognitivas y de aprendizaje. Estudio empírico sobre el efecto de la aplicación de un programa metacognitivo y el dominio de las estrategias de aprendizaje en estudiantes de E.S.O, B.U.P y Universidad*. Tesis doctoral, Universidad Complutense de Madrid.
- Brown, A. (1980). Metacognitive development and reading. In R. J. Spiro, B. C. Bruce y F. Brewer (Eds.), *Theoretical issues in reading comprehension*, (pp. 453-481). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Brown, A. L. (1987). Metacognition, executive control, self-regulation, and other more mysterious mechanisms. In F. E. Weinert & R. H. Kluwe (Eds.), *Metacognition, motivation, and understanding*, (pp. 65-116). Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Buron, J. (1996). *Enseñar a aprender. Introducción a la metacognición*. Bilbao:

Mensajero.

Butterfield, E. C., Nelson, T. y Peck, V. (1988). Developmental aspects of the feeling of knowing. *Developmental Psychology*, 24, 654-663.

Calderón, A. y Quijano, J. (2010). Características de la comprensión lectora en estudiantes universitarios. *Revista Estudios Socio-Jurídicos*, 12 (1), 337-364.

Castañeda, S. (2004). *Educación, aprendizaje y cognición. Teoría en la práctica*. México: Manual Moderno.

Cerchiaro, E., Sánchez, L., Herrera, J., Arbeláez M. y Gil, H. (2011). Un acercamiento a la metacognición y la comprensión lectora en estudiantes universitarios de México y Colombia. Santa Marta, Colombia: Unimagdalena.

Cheng, P. (1993). Metacognition and giftedness: The state of the relationship. *Gifted Child Quarterly*, 37(3), 105-112. DOI: 10.1177/001698629303700302.

Dunlosky, J., Serra, M. J. y Baker, J. M. C. (2007). Metamemory applied. In F. Durso (Ed.), *Handbook of Applied Cognition* (2nd ed.) (pp. 137-161). Chichester, UK: WileyAtencio, Ayala y Montes, 2007;

Escorcía, D. (2010). Conocimientos metacognitivos y autorregulación: una lectura cualitativa del funcionamiento de los estudiantes universitarios en la producción de textos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 28(2), 265-277.

Flavell, J. H. (1976). Metacognitive aspects of problem solving. In L.B. Resnick (Ed.), *The nature of intelligence* (pp.231-235). Hillsdale, N.J: LEA. Mayer, 1998

Graham, S., Harris, K. R. y Mason, L. (2005). Improving the writing performance, knowledge, and self-efficacy of struggling young writers: The effects of self-regulated strategy development. *Contemporary Educational Psychology*, 30(2), 207-241.

Haller, E., Child, D. y Walberg, H. J. (1988). Can comprehension be taught? A Quantitative Synthesis of "Metacognitive" Studies. *Educational researcher*, 17 (9), 5-8.

Herrera, J. (2004). *Metacognición en estudiantes de una universidad pública y una universidad privada*. Tesis de pregrado no publicada, Universidad Marista de Mérida.

Herrera, J. (2009). Validación de un Instrumento de estrategias de aprendizaje. Tesis de posgrado no publicada. Universidad Autónoma de Yucatán.

Hofer, B. (2004). Epistemological understanding as a metacognitive process: Thinking aloud during online searching. *Educational Psychologist*, 39 (1), 43-55.

Hofer, B., y Pintrich, P. (1997). The development of epistemological theories: Beliefs about

knowledge and knowing and their relation to learning. *Review of Educational Research*, 67, 88- 140.

Jiménez Rodríguez, V. (2004). *Metacognición y comprensión de la lectura: evaluación de los componentes estratégicos (procesos y variables) mediante la elaboración de una escala de conciencia lectora (ESCOLA)*. Tesis Doctoral. Universidad Complutense de Madrid. Extraído el 1 de septiembre de 2020, de <https://eprints.ucm.es/5337/1/T27494.pdf>

Kuhn, D. (2000). Metacognitive Development. *Current Directions in Psychological Science*, 5, 178-181.

López, G. S. y Arciniegas, E. (2004). Metacognición, lectura y construcción de conocimiento. El papel de los sujetos en el aprendizaje significativo. Cali: Universidad del Valle.

Martínez-Fernández, R. (2007). Concepción de Aprendizaje y Estrategias Metacognitivas. *Anales de Psicología*, 23, 7-24.

Mayer, R.E. (1998). Cognitive, metacognitive, and motivational aspects of problem Solving. *Instructional Science*, 26, 49-63. DOI:10.1023/A:1003088013286

Mayor, J., Suengas, A. y González, J. (1995). *Estrategias Metacognitivas. Aprender a aprender y aprender a pensar*. Madrid: Síntesis Psicología

Ochoa, S. y Aragón, L. (2005). Funcionamiento metacognitivo en estudiantes universitarios durante la lectura de artículos científicos. *Universitas Psychologica*, 4 (2), 179-196.

Ochoa, S., y Aragón, L. (2007). Funcionamiento metacognitivo de estudiantes universitarios durante la escritura de reseñas analíticas. *Universitas Psychologica*, 6 (3), 493-506.

Ochoa, S.; Aragón, L.; Correa, M., y Mosquera, S. (2008). Funcionamiento metacognitivo en niños escolares en la escritura de un texto narrativo antes y después de una pauta de corrección conjunta. *Acta Colombiana de Psicología*, 11 (2), 77-88.

