



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**  
**FACULTAD DE PSICOLOGÍA**

**DIVISIÓN DEL SISTEMA DE UNIVERSIDAD ABIERTA**

**“LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA INFANTIL. Un encuentro  
entre la formación teórica y la formación en la práctica: la experiencia  
del Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr.  
Guillermo Dávila” de la Facultad de Psicología**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

**PRESENTA**

**MARÍA DE LOURDES RODRÍGUEZ MORALES**

**INFORME PROFESIONAL DE SERVICIO SOCIAL**

**DIRECTORA DE TESIS:  
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO NÚÑEZ**



**REVISOR:  
LIC. ROCÍO MALDONADO GÓMEZ**

**Jurado:  
MTRO. ROBERTO ALVARADO TENORIO  
MTRA. MARÍA DEL CARMEN MONTENEGRO N.  
LIC. KARINA TORRES MALDONADO  
MTRA. MARGARITA MOLINA AVILÉS  
LIC. ROCÍO MALDONADO GÓMEZ**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



UNAM.277  
2010

N.-

TPs.

## *Agradecimientos:*

*Siempre me he sabido una mujer afortunada, protegida por Dios y amada por mi familia y amigos, quiero darles a todos, las gracias.*

*A Dios, por mi vida y la salud que en ella he tenido, por dejarme soñar, pero sobretodo, por sostenerme para alcanzar mis metas.*

*A mis padres, que desde dónde se encuentren estarán orgullosos de mí.*

*A mi tía Elvira, por su esfuerzo, dedicación y amor para educarme. Por enseñarme que nada es imposible, si me esfuerzo lo suficiente, gracias.*

*Este trabajo está dedicado especialmente para mi familia que de una u otra forma, son responsables de que haya alcanzado mi meta, dándome su amor, apoyo y confianza. Los amo y que Dios los bendiga a todos:*

*Polo, mi esposo, mi compañero, mi amigo...eres un ejemplo de bondad, amor, trabajo y estudio. Gracias por hacer mi vida fácil, por tu apoyo incondicional, por creer en mí e impulsarme para seguir adelante. Mi eterna gratitud.*

*Vanessa, gracias por ser mi confidente y escuchar con paciencia y amor cada una de mis palabras cuando estoy triste, gracias por ayudarme a soñar, gracias por amarme.*



*Javier, gracias por adivinar mis sueños y por obligarme a seguirlos, gracias por tu bondad, por posponer tu descanso y dedicarte a enseñarme. Sin ese primer impulso, esto no hubiera sido posible. Dios te bendiga.*

*Alejandro, me has brindado tu ayuda con alegría, me has escuchado y aconsejado cuando lo he necesitado, conozco la fuerza de tu amor, gracias por preocuparte por mí.*

*Polito, mi fiel compañero, gracias por todo el amor que me tienes, tu paciencia y silenciosa compañía han sido invaluable. El darme una caricia cuando siento que ya no puedo es la mejor muestra de tu comprensión. Espero que estés orgulloso de mí, como yo de ti.*

*Ary, llenas la casa de alegría con tu risa, contagias tu amor por la vida, gracias por tu honestidad. Amo los momentos en familia que compartimos. Gracias por todo tu cariño y ayuda.*

*Pily, gracias por tus cuidados y tu consuelo cuando me siento triste. Disfruto tu compañía.*

*Mis nietos:*

*Ary Alejandro y Santiago Gael, que son la alegría de mi corazón, los amo profundamente. Me encanta estar con ustedes.*

*Mis amigas:*

*Adriana, Isabel y Lidia, les doy las gracias por su paciencia. Y por no haber estado cuando me necesitaron les pido perdón. Saben que las amo.*

*Julieta, Martha, Paula y Pily nunca olvidaré los momentos de estudio compartidos, las preocupaciones por los exámenes, la angustia por los trabajos pero sobretodo...nunca olvidaré los momentos tan felices que pasé con cada una de ustedes. Gracias por existir, gracias a Dios por ponerlas en mi camino.*

*A la Universidad Nacional Autónoma de México, mi gratitud eterna por darme la oportunidad de cumplir mis sueños. Mi sincero compromiso de poner en alto su nombre.*

*Mtra. Mari Camen Montenegro, mi maestra, directora y ahora amiga. No encuentro las palabras para poder agradecer tus enseñanzas y consejos, gracias por el amor incondicional que tienes por tus alumnos, gracias por compartir tus conocimientos. Sólo puedo decirte...si tuviera que volver a recorrer este camino, no lo dudaría ni un segundo...lo haría contigo. Dios te bendiga.*

*Mtra. Rocio Maldonado, recuerdo con gran alegría los momentos que  
tuve la oportunidad de pasar junto a usted, muchas gracias. Es un gran  
ser humano, gracias por su calidez.*

*A todos mis maestros y maestras, quienes me enseñaron lo quiero y lo  
que no quiero ser.*

## ÍNDICE

	Página
INTRODUCCIÓN	
I. CONTEXTO INSTITUCIONAL	
I.1 Descripción del programa de Formación Profesional Supervisada en Centros y Programas de Servicios a la Comunidad	1
I.2 Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Programa de Evaluación Diagnóstica Infantil	1
I.3 Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Área de Evaluación Infantil	3
II. MARCO DE REFERENCIA	
II.1 Marco teórico	
CAPÍTULO 1. ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EVALUACIÓN INFANTIL	
1.1 Principales perspectivas del desarrollo infantil normal	6
1.2 Trastornos de inicio en la infancia	16
1.3 La familia	19
1.4 La escuela	27
CAPÍTULO 2. CONCEPTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA	
2.1 Breve panorama histórico de la evaluación psicológica	34
2.2 Definiendo la "Evaluación Psicológica"	39
2.3 Definiendo el objeto de estudio: "La evaluación psicológica infantil"	41
2.4 La evaluación psicológica infantil, como proceso:	46
2.5 Características a considerar en la elección de instrumentos	47
2.6 Características de los instrumentos de medición y evaluación psicológica	53
CAPÍTULO 3. LOS ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS, SU MEDICIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS	
3.1 La entrevista psicológica como fundamento para la elección de la batería	60
3.2 Las pruebas psicológicas de acuerdo al área que exploran	63
3.3 El reporte psicológico	76

CAPÍTULO 4. LA ÉTICA EN LA EVALUACIÓN INFANTIL	80
II.2 ANTECEDENTES	84
III. MÉTODO	98
IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS	103
V. DISCUSIÓN	117
VI. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIA	127
REFERENCIAS	131
ANEXOS	



## **I. CONTEXTO INSTITUCIONAL**

### **I.1 Descripción del Programa de Formación Profesional Supervisada en Centros y Programas de Servicios a la Comunidad.**

Desde el 2003 la Facultad de Psicología a través de la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad Universitaria y al Sector Social ha creado un proyecto de profesionalización para los estudiantes y consolidar habilidades profesionales en un campo específico de la Psicología, con la supervisión de académicos especialistas en diferentes temáticas. Esta modalidad ha funcionado bajo la denominación de Programa de Formación Profesional Supervisada en Centros y Programas de Servicios a la Comunidad.

Su objetivo primordial es crear puentes entre teoría, práctica y ejercicio profesional en escenarios reales a través de diferentes servicios a la comunidad para atender algunas problemáticas. Actualmente existen 27 temáticas diferentes en las que se pueden insertar los estudiantes, para el trabajo con niños, adolescentes y adultos, tanto a nivel preventivo como de intervención en el Centro Comunitario "Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro", el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila", el Centro de Atención Psicológica "Los Volcanes" y el Programa de Sexualidad Humana de la Facultad de Psicología, así como en otras instituciones gubernamentales y no gubernamentales.

### **I.2 Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila". Programa de Evaluación Diagnóstica Infantil.**

En el año 2007 ante la necesidad de contar con un procedimiento sistemático para la toma de decisiones clínicas en la referencia y/o derivación de los casos clínicos infantiles de los menores que acuden al Centro de Servicios Psicológicos (CSP) se desarrolló el Programa de Evaluación Diagnóstica Infantil por la académica Lic. Rocío Maldonado Gómez, quien se incorpora por algunas horas al CSP y registra dicho programa a la Coordinación de los Centros de Servicios a la Comunidad



Universitaria y al Sector Social, acción que coincide con la creación de la estructura operativa del CSP y la definición de Misión y Visión como se cita a continuación:

### **La Misión**

Contribuir a la formación y actualización del estudiante de Psicología a través de los diferentes programas y proyectos de investigación en la atención psicológica que se brinda, siendo ésta de carácter preventivo, de tratamiento y rehabilitación, certificados de calidad, excelencia y trato digno con base en la optimización de los recursos humanos, tecnológicos y materiales del Centro.

### **La Visión**

Es la de ser en México, la sede de formación y actualización en la práctica clínica de la atención psicológica, con la mejor capacidad resolutoria, al ofrecer al estudiante de psicología una mayor diversidad de programas y proyectos de investigación, organizados y sistematizados, que favorezcan una formación integral de manera humanística, ética y científica, con personal académico altamente calificado y con tecnología de vanguardia para trascender a nivel nacional (Sánchez, 2009).

Dando cumplimiento a los cuatro objetivos que dan origen al CSP en el año de 1981.

1. Ofrecer a los estudiantes formación académica especializada a nivel de estudios superiores.
2. Proporcionar al estudiante una enseñanza práctica, directa y supervisada con el fin de superar la división que existía entre la teoría y la práctica.
3. Desarrollar programas de investigación.
4. Ofrecer servicio psicológico a la comunidad.

En 1977, la Dra. Graciela Rodríguez de Arizmendi, Directora de la Facultad, comenzó a desarrollar iniciativas para la creación de centros de atención a la

comunidad. Fue así como surgieron dos centros de servicio a la comunidad exclusivamente de la facultad:

- El Centro de Servicios Comunitarios, coordinado por el Dr. Julián Mac Gregor, en el que los estudiantes realizaban su servicio social y las prácticas de diversas materias. Este Centro se encuentra ubicado en Teolole, manzana 25, lote 5, Colonia Ruiz Cortines.
- El CSP, entonces coordinado por la Lic. Josette Benavides Tourres, ofrecía servicio a los estudiantes y a su familia nuclear. Otro de sus objetivos era el desarrollo de la docencia y la investigación a nivel de estudios superiores. En su inicio, surgió adscrito al Departamento de Psicología Clínica de la División de Estudios de Posgrado y adquirió su autonomía en 1983 (Lorenzen, 1986).

El CSP orientó su labor dentro de los marcos conceptuales de la Psicología Clínica, con diversos enfoques y técnicas terapéuticas dando mayor relevancia a la terapia breve con objetivos focalizados.

Se inauguró oficialmente el día 8 de mayo de 1981 y hasta el 1º de agosto de 1981 empezó a ofrecer sus servicios.

Los programas del CSP proporcionan atención de segundo nivel en la modalidad de terapia breve individual o grupal y los talleres que se brindan tienen el carácter de una aproximación preventiva (Sánchez, 2009).

### **I.3 Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila”. Área de Evaluación Infantil.**

Es en el Centro de Servicios Psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” en donde se instrumenta el Programa de Formación en la Práctica “Evaluación Diagnóstica Infantil”, el cual forma parte de las 27 temáticas que conforman el Programa de Formación Profesional Supervisada en Centros y Programas de Servicios a la Comunidad, cuyos objetivos son los siguientes:

## Objetivo General

- Que los alumnos, adquieran las habilidades para entrevistar, aplicar, calificar, interpretar e integrar y reportar resultados de una batería de pruebas diseñada para niños desde la primera infancia (de 1 a 6 años) hasta los años escolares (de 6 a 11 años 11 meses). Bajo la perspectiva del enfoque clínico y psicométrico.

## Objetivos específicos

- Que el alumno sea capaz de aplicar e interpretar una entrevista psicológica.
- Que sea capaz de aplicar, calificar, interpretar e integrar una batería de pruebas (por lo menos cuatro) incluyendo una escala de inteligencia.

Que elabore un diagnóstico asertivo en función de esa interpretación e integración de las pruebas junto con entrevista inicial (Maldonado, 2009).

En enero de 2009 la Jefatura del CSP y las inquietudes profesionales de formación de la que suscribe vinculan a través del Programa de Servicio Social "Práctica Clínica en un Centro de Atención Psicológica de Consulta Externa", el trabajo, desarrollo y actualización del Área de Evaluación Infantil con el fin de sistematizar el proceso de evaluación infantil para brindar un servicio más rápido y eficiente en respuesta a la gran demanda de tratamiento infantil y como apoyo a la inquietud de los prestadores de servicio social interesados en adquirir conocimientos específicos sobre la evaluación psicológica infantil, actualizando así el Área de Evaluación Infantil.

Las actividades desarrolladas dentro del Área de Evaluación Infantil consistieron en: el diseño y desarrollo de formatos administrativos y de control, entrevistas de historia clínica con los padres, aplicación de instrumentos, interpretación de los mismos, integración de resultados y elaboración del reporte psicológico con la oportunidad de recibir retroalimentación sobre su trabajo y la libertad de sugerir el área de referencia o canalización del menor para su mejor atención. La fusión de programas como el Servicio Social y Formación en la Práctica permite que los estudiantes reafirmen y pongan en práctica los conocimientos adquiridos durante

su paso por la licenciatura bajo la supervisión de las maestras responsables de los programas participantes en un escenario real.



## II. MARCO DE REFERENCIA

### Marco teórico

# CAPÍTULO 1

## ASPECTOS FUNDAMENTALES DE LA EVALUACIÓN INFANTIL

Al realizar una evaluación psicológica con niños, no es suficiente conocer técnicas evaluativas, es importante también comprender los diferentes campos de conocimiento que interactúan en el comportamiento del individuo, entre los que podemos mencionar:

- \* El desarrollo infantil normal
- \* Trastornos de inicio en la infancia
- \* La familia
- \* La escuela

A continuación desarrollaremos cada uno de estos aspectos, que sin pretender agotarlos, trataremos de identificar aspectos que frecuentemente impactan negativamente a los niños y que son motivo de consulta psicológica:

### **1.1 Principales perspectivas del desarrollo infantil normal**

Cuando se trabaja con un niño es necesario comprenderlo como una persona integrada y con las características propias de la etapa de desarrollo en la que se ubica.

Cuando se habla de desarrollo infantil se hace referencia al [...] *“campo que implica el estudio científico de los patrones del crecimiento, cambio y estabilidad*

*que ocurren desde la concepción hasta la adolescencia*" (Feldman, 2008, pp. 21-23, 26,148).

Feldman, (2008) a manera de ejemplo, describe que la concepción de Louise Brown, la primera bebé de probeta fue novedosa; sin embargo, su desarrollo ha seguido patrones predecibles, ya que no hace diferencia su forma de haber sido concebida con respecto al desarrollo posterior, que es similar al de cualquier persona que viene a ser lo que su medio, en muchas formas, determina.

El autor también considera que es conveniente referirse al desarrollo del niño tomando en cuenta factores constitucionales formados por la herencia, tanto de aspectos físicos (estatura, peso, etc.); como de los psicológicos (inteligencia, memoria y capacidad de aprendizaje, etc.). Agrega que los factores del desarrollo son aquellas conductas contenidas en la herencia, pero que requieren de determinado tiempo (maduración) para hacerse presentes (sentarse, caminar, controlar esfínteres, etc.); y que el retraso en el desarrollo de alguna de estas conductas puede llegar a determinar cierta patología. El autor explica que cuando se habla de madurez *"se hace referencia al desarrollo que ha alcanzado una determinada función para afrontar una nueva experiencia"* (Feldman, 2008, p. 129). Por lo tanto se hace indispensable que el sistema nervioso central esté maduro, y entonces el niño estará en condiciones de aprender conductas específicas para cada etapa del desarrollo.

Aunque para los distintos teóricos del desarrollo esto se trata de un hecho biológico de la vida, no se debe olvidar que la gente madura a ritmos diferentes y experimenta los hitos del desarrollo en distintos momentos, por lo que se debe tener presente que los factores ambientales también tienen un papel trascendental que puede favorecer u obstaculizar el aprendizaje.

Feldman (2008) al igual que la mayoría de los expertos en desarrollo infantil, generalmente dividen la niñez y la adolescencia en amplios rangos de edades, la denominación puede variar, pero el rango de edades tiende a ser similar, su clasificación es la siguiente: el periodo prenatal (de la concepción al nacimiento); la infancia temprana (del nacimiento a los tres años); el periodo preescolar (de los



tres a los seis años); la niñez intermedia (de los seis a los doce años) y la adolescencia (de los doce a los veinte años).

Para el autor es importante recordar que cuando se habla de rangos de edad se hace referencia a promedios en los que la gente regularmente presenta avances específicos. Aunque algunos niños avanzan de forma temprana y otros de forma tardía, la mayoría experimentan los hitos del desarrollo en un momento promedio.

Independientemente de las características compartidas por la etapa en la que se encuentre el niño, su desarrollo va a estar influido por diversas situaciones muy particulares, tales como: limitaciones económicas en la familia, el enfrentamiento al divorcio de los padres, formar parte de una familia reconstruida, la violencia intrafamiliar, sólo por mencionar algunas situaciones.

Bajo otros enfoques y en consecuencia, otra denominación de etapas encontramos a Freud, quien desde el psicoanálisis asegura que la vida sexual comenzaba con la pubertad, y juzgaba como signos raros de precocidad y degeneración las manifestaciones de una sexualidad infantil. Lo cual fue explicado a través de distintas etapas que denominó: oral, anal, fálica, pero el psicoanálisis descubrió una serie de fenómenos singulares y regulares, que obligaban a hacer coincidir el inicio de la función sexual en el niño desde el momento mismo de su nacimiento.

El primer estadio de la organización (pregenital) de la libido es el oral, el interés principal del niño de pecho es la zona bucal. El niño tiene como reacción primaria llevarse cualquier objeto a la boca, de esta manera podrá juzgar si la realidad es buena o mala, si ofrece placer o displacer. De acuerdo con Hall (1999) la primera conciencia que tiene el niño respecto a querer un objeto, viene de desearlo, porque, de alguna manera le es ya familiar: sabe que satisfizo sus necesidades en el pasado. Al dar de mamar la madre se convierte, y más concretamente el pezón materno, en el origen del placer erógeno que nace en el bebé por el acto de chupar y es, al mismo tiempo, su única unión con el mundo externo y desconocido. Es así, que la madre se convierte en el primer objeto de amor. Más tarde durante el desarrollo (con la aparición de la dentición), aparece el placer oral

agresivo. Cuando el bebé degusta una sustancia amarga, se dice que la incorporación del objeto es dolorosa, y éste se deshace de ella escupiéndola y aprende a evitar el dolor cerrando la boca. Lo que lleva al autor a decir, que la boca tiene cuando menos cinco formas de funcionar: incorporar, retener, morder, escupir y cerrar; y que, cada uno de esos modos es un modelo original de ciertos rasgos de personalidad. La fase oral se extiende aproximadamente hasta los dos años de edad. Durante este periodo el niño es pasivo; la madre es activa, la que da amor, la que satisface demandas (Hall, 1999, pág. 121). Al respecto Dolto (2000, pp. 95-99) refiere [...] *“los momentos consagrados a la alimentación son los más importantes de las relaciones del niño con la madre, porque son para él momentos de satisfacción orgánica”*.

Con respecto a la fase sádico-anal, Freud señala que el niño al retardar la evacuación, pone de manifiesto la *“excitabilidad erógena de la zona anal”*, porque la acumulación de la materia fecal produce violentas contracciones musculares y al expulsarla junto a la sensación dolorosa, debe aparecer una sensación de voluptuosidad. *“El contenido intestinal se conduce, pues, al desempeñar la función de cuerpo excitante de una mucosa sexualmente sensible, como precursor de otro órgano que no entrará en acción sino después de la infancia”* (1973, p. 1203). El niño considera las heces como una parte de su cuerpo y les otorga el significado de regalo, y con este regalo el niño puede demostrar su docilidad a las personas que le rodean o su negativa a transigir con ellas. De acuerdo con Freud, el significado que da el niño de regalo a los excrementos, éstos pasan a tener el significado de “niño”, que de acuerdo a las teorías sexuales infantiles *“representan un niño concebido por el acto de la alimentación y parido por el recto”* (p. 1203).

Al respecto Hall (1999) señala que esta etapa dura más o menos de los dos hasta los cuatro años. Por lo común durante el segundo año de vida o un poco antes, los reflejos expulsivos involuntarios llegan a controlarse con la educación del control de los esfínteres. Generalmente, el control de esfínteres es la primera experiencia contundente que el niño enfrenta en relación con la disciplina y la autoridad exterior. La educación de esfínteres representa un conflicto entre el



deseo de defecar y la disciplina (barrera externa). El desenlace de este conflicto deja secuelas en la estructura de la personalidad. Los métodos utilizados por la madre en este periodo y las actitudes que tenga en relación con la defecación, la limpieza, el control y la responsabilidad, determinarán la influencia que el control de esfínteres tendrá en la personalidad del niño. De acuerdo con Dolto (2000), mientras que el niño no haya adquirido el lenguaje y no haya desarrollado cierta destreza manual y corporal, no debería ser entrenado en el control de esfínteres. En palabras de Dolto, *"esta preocupación precoz, se le da bien al niño o no, tiene, como he dicho, frutos catastróficos en el porvenir al provocar problemas psicossomáticos"* (p. 122).

Retomando a Hall (1999), la fase fálica empieza alrededor de los tres años de vida y termina aproximadamente al quinto año. Es la etapa en donde se establecen los patrones de elección posterior de los objetos de amor.

Al llegar a esta etapa, el niño sigue ligado a su madre (primer objeto de amor). El sentimiento de amor se agudiza durante esta fase y el hijo empieza a cortejar a la madre. Freud llamó a estos deseos "Complejo de Edipo", porque el padre o esposo de la madre se transforma en el gran rival del niño, lo que lo lleva a que tema represalias, tales como, que su rival le quite el pene; al miedo que surge ante esta amenaza se le conoce como "Angustia de Castración". El "confirma" la realidad de la castración cuando lo verifica en la anatomía de la niña. A los ojos del niño, la niña está castrada. Como resultado de la angustia de castración, el niño reprime su deseo incestuoso hacia la madre, así como la hostilidad hacia el padre, desapareciendo el Complejo de Edipo. Sin embargo, de acuerdo con Hall hay otros factores que inciden el debilitamiento del Complejo de Edipo, tales como: "a) la imposibilidad de satisfacer el deseo sexual con la madre, como lo hizo Edipo; 2) los desengaños que le produce la madre, y 3) la maduración". Cuando renuncia a la madre pueden suceder dos cosas: identificarse con el objeto perdido, la madre; o identificarse con el padre.

Siguiendo a Hall (1999), la niña al llegar a la fase fálica reacciona de manera diferente. De inicio desarrolla adhesión hacia su madre quien seguirá siendo su

objeto de amor, pero se enfrenta a la necesidad de hacer una transferencia: la unión primaria con la madre debe desplazarla hacia su padre. Cuando ésta descubre la ausencia de genitales iguales a los del niño, se siente castrada y culpa a la madre de ello. Al mismo tiempo, la niña se va sintiendo decepcionada de la madre al ver que debe compartir el amor de ésta con sus hermanos y hermanas, a medida que la relación con la madre se “debilita”, la niña inclina su preferencia hacia el padre, poseedor del falo. Ese amor hacia el padre es mezclado con la envidia porque éste posee algo que ella no tiene, lo que se conoce como “envidia del pene”.

Esta envidia del pene es el equivalente femenino de la angustia de castración en el varón, y los dos pertenecen al fenómeno denominado Complejo de Castración. *“Los complejos de Castración y de Edipo son dos de los desarrollos más importantes de la etapa fálica”* (Hall, 1999, pág. 126).

El niño de esta edad (3-5 años) reconoce su sexo por su propia diferencia sexual y no sólo por lo que escucha decir de él. Habla bien su lengua materna, come solo, puede servirse algún alimento sin ayuda, controla esfínteres, es autónomo en cuanto a sus necesidades, le gusta cantar, bailar y jugar con todos. El niño lo observa todo y hace preguntas acerca de todo, movido por el deseo consciente de identificarse con la persona que ante sus ojos tiene valor como modelo (Dolto, 2000).

De acuerdo con Hall (1999), durante el Periodo de Latencia (5-12 años), los impulsos sexuales y agresivos del niño quedan dominados; y resurgen con la entrada del niño a la pubertad causando tensiones y conflictos. Durante la adolescencia habrá nuevas adaptaciones y transformaciones que lo conducirán a la consolidación de su personalidad. En esta etapa el niño posee un superyó suficientemente desarrollado, el niño ha internalizado las normas para interactuar con la sociedad, y se puede decir que de algún modo ya tiene una estructura de personalidad que no variará sensiblemente en el futuro.

La sexualidad infantil exhibía algunas diferencias en comparación al cuadro clínico de los adultos; sin embargo, desconcertaba que contenía algunos rasgos de



aquello que en los adultos “*es calificado de perversión*”. Por lo que, se tuvo la necesidad de ampliar el concepto de lo sexual y se le hizo comprender “*más allá que la unión de dos personas de distinto sexo en el acto sexual o a la provocación de sensaciones de placer en los genitales*”. Esta ampliación fue favorable porque tenía la posibilidad de abarcar “*unitariamente la vida sexual infantil, la normal y la perversa*” (Freud, 1973, pág. 2667).

La libido se compone de instintos parciales, las fuentes de estos instintos parciales son los órganos del cuerpo (soma), especialmente ciertas zonas erógenas. Los diferentes instintos parciales tienden en un principio, independientemente unos de otros, a la satisfacción, pero al llegar a la madurez del desarrollo la consecución de placer entra al servicio de la función reproductora.

Hay otras clasificaciones como las que establece Piaget (2006), que se basan en la construcción del conocimiento, si existe una inteligencia senso-motora, es muy difícil precisar en qué momento surge, por lo que en realidad se trata de una sucesión notablemente continua de estadios. Cada uno de éstos se caracteriza por la aparición de estructuras originales, cuya construcción le diferencia de estados anteriores. La importancia de estas construcciones radica en el curso de los estadios posteriores en forma de subestructuras sobre las que se construirán los nuevos caracteres. Cada estadio constituye, una forma particular de equilibrio y la evolución mental se efectúa en el sentido de una equilibración cada vez más avanzada. Las etapas que diferencia el autor son las siguientes:

**Etapa sensoriomotora.** A su vez el autor la subdivide en seis estadios. El primero abarca desde el nacimiento hasta los dos años aproximadamente. La vida mental del bebé, se reduce al ejercicio de aparatos reflejos, de coordinaciones sensoriales y motrices. Cabe hacer notar que estos reflejos, en la medida que interesan a conductas que habrán de desempeñar un papel en el desarrollo psíquico posterior, no tienen una pasividad mecánica, sino que manifiestan desde el principio una auténtica actividad, que demuestra la existencia de una asimilación sensoriomotriz precoz. Por ejemplo, los reflejos de succión se

afinan con el ejercicio: el bebé mama mejor al cabo de una o dos semanas posteriores a su nacimiento.

Durante el segundo estadio se constituyen los primeros hábitos, que dependen directamente de la actividad del niño. Un hábito elemental se basa en un esquema senso-motor, desde el punto de vista del sujeto, no existe diferenciación entre los medios y los fines, ya que el fin en el juego sólo se alcanza por una sucesión de movimientos.

En el tercer estadio que tiene su inicio alrededor de los cuatro meses y medio, el lactante comienza a coger lo que ve, esta capacidad de prensión, más tarde se convertirá en capacidad de manipulación, multiplica su poder de formar nuevos hábitos. Un sujeto de esta edad atrapa por ejemplo, un cordón que cuelga de las sonajas que fueron colocadas en su cuna, lo que hará que éstas suenen. Repite enseguida el mismo acto varias veces, lo que constituye una "reacción circular". Posteriormente bastará con suspender un nuevo juguete para que el niño busque nuevamente el cordón, lo que constituye un principio de diferenciación entre el fin y el medio. Se trata de una inteligencia exclusivamente práctica, que se aplica a la manipulación de los objetos y que no utiliza más que percepciones y movimientos organizados en "esquemas de acción".

En los estadios cuarto y quinto se observan actos más completos de inteligencia práctica. En sus reacciones circulares, el bebé no se contenta con reproducir simplemente movimientos, los varía intencionalmente para estudiar los resultados de esas variaciones. En este estadio se observan actos más completos de inteligencia práctica.

El quinto estadio inicia alrededor de los doce meses y se suma a las conductas precedentes una reacción esencial: *"la búsqueda de medio nuevos para diferenciación de los esquemas conocidos"*, a lo que se llama conducta de soporte.

Durante el sexto estadio, termina el periodo senso-motor y con él, el inicio al periodo siguiente. El niño es capaz de encontrar medios nuevos, no solamente



por tanteos exteriores o materiales, sino por combinaciones interiorizadas, que dan como resultado la comprensión repentina (Piaget, 1977, págs. 19-30).

**Etapa preoperacional.** Comprende de los 2 a los 7 años aproximadamente, en la transición a este periodo el niño descubre que algunas cosas pueden tomar el lugar de otras. Con la aparición del lenguaje las conductas se modifican profundamente, tanto afectiva como intelectualmente. El niño es capaz de reconstruir acciones pasadas en forma de relato y de anticipar acciones futuras mediante representaciones verbales. Esto tiene tres consecuencias esenciales para su desarrollo mental: un intercambio posible entre individuos, da inicio la socialización; interiorización de la palabra (aparición del pensamiento), que tiene como soportes el lenguaje interior y el sistema de los signos y por último, puede reconstruirse en el plano intuitivo de las imágenes y de las experiencias mentales. Pero a pesar de los importantes adelantos en el funcionamiento simbólico, la habilidad del niño para pensar lógicamente está marcada con cierta inflexibilidad, es altamente egocéntrica, en lugar de salir de su propio punto de vista para coordinarlo con el de otros, el niño sigue inconscientemente centrado en sí mismo (Piaget, 1977, págs. 90-91).

**Etapa de operaciones concretas.** Se desarrolla entre los 7 y los 11 años, el niño se hace más capaz de mostrar el pensamiento lógico ante los objetos físicos. Una facultad recién adquirida, la reversibilidad, permite invertir o regresar mentalmente sobre el proceso que acaba de realizar, una acción que antes sólo había llevado a cabo físicamente. *“Las operaciones concretas forman, la transición entre la acción y las estructuras lógicas más generales que implican una combinación y estructura de grupo coordinante de las dos formas posibles de reversibilidad”* (Piaget, 1977, pág. 103). El niño también es capaz de retener mentalmente dos o más variables, cuando estudia los objetos y reconcilia datos aparentemente contradictorios. Estas nuevas capacidades mentales se muestran mediante un rápido incremento en sus habilidades para conservar ciertas propiedades de los objetos, número y cantidad, a través, de los cambios de otras propiedades, para realizar una clasificación y ordenamiento de los objetos. Las

operaciones matemáticas surgen en este periodo. El niño se convierte en un ser cada vez más capaz de pensar en objetos físicamente ausentes, apoyado en imágenes vivas de experiencias pasadas. También, es capaz de formar jerarquías y entender la inclusión de clase en los diferentes niveles de una estructura.

Uno de los resultados esenciales de las relaciones afectivas entre el niño y sus padres o de ciertos adultos, es el engendrar sentimientos morales específicos de obligación de conciencia. En un principio, el niño de 2 a 7 años de edad obedece para evitar el castigo, para obtener atención y acepta la autoridad considerando las consecuencias físicas de la acción sin tener en cuenta la intención. En los juegos con reglas, los menores de siete años, reciben éstas por un mecanismo derivado del respeto unilateral, las consideran "sagradas", intangibles y de origen trascendente (los padres, el buen Dios, etc.). El niño tiene un punto de vista egocéntrico por lo que no es capaz de ponerse en lugar de otro, ni de reconocer otros puntos de vista diferentes. Sin embargo, poco a poco el niño va haciendo suyas las normas impuestas dentro del ámbito en el que se desenvuelve. Piaget sostiene que para el desarrollo moral del individuo, el desarrollo lógico o cognitivo es una condición imprescindible. En tanto que los niños mayores ven la regla como el producto de un acuerdo entre iguales, aceptan que ésta sea modificada siempre que haya consenso para hacerlo. La conducta moral requiere un desarrollo del pensamiento lógico tal, que permita hacer los juicios morales correspondientes a cada una de las etapas. Con los progresos de la cooperación social entre niños y los progresos operatorios, el niño llega a tener relaciones morales nuevas fundadas en el respeto mutuo y que llevan a cierta autonomía. Producto del respeto mutuo y la reciprocidad, surge el sentimiento de justicia adquirido a través de los padres. Generalmente, a partir de los 7-8 años y cada vez con más frecuencia, *"la justicia se impone sobre la obediencia y se convierte en una norma central, equivalente en el terreno afectivo a lo que son las normas de coherencia en el terreno de las operaciones cognitivas"* (Piaget, 1977, pág. 128).



**Etapa de las operaciones formales.** Periodo que abarca de los 11-12 a los 14-15 años. En este periodo el sujeto desarrolla la capacidad de razonar correctamente sobre proposiciones en las que no cree o no cree aún, o sea, que considera únicamente como hipótesis. El primer resultado que obtiene de la separación del pensamiento con relación a los objetos es liberar las relaciones y las clasificaciones de sus vínculos concretos o intuitivos. Piaget sitúa el cambio en el niño a partir de los doce años, considera que en ese periodo “*da inicio la reflexión libre y desligada de lo real*” (Piaget, 1977, pág. 95). Las operaciones formales le permiten al adolescente construir a voluntad reflexiones y teorías (entiende abstracciones simbólicas de álgebra, la crítica literaria y el uso de metáforas).

Durante este periodo se prepara para insertarse en la sociedad de los adultos por medio de proyectos, programas de vida, etc., por lo que a menudo se ve envuelto en discusiones espontáneas sobre filosofía, creencias, comportamientos sociales y valores en las que son tratados conceptos abstractos como justicia y libertad. El adolescente con mucha frecuencia sueña con cambiar el mundo, realizar reformas políticas, etc., sin embargo, la verdadera adaptación a la sociedad adulta se llevará a cabo cuando de soñador pase a realizador (Piaget, 1977).

Estas son tres aproximaciones teóricas que nos permiten explicar brevemente el desarrollo infantil (físico, cognoscitivo, y de la personalidad) que desempeñan un papel importante a lo largo de la niñez y la adolescencia, sin dejar de reconocer que existen otras tantas clasificaciones, como la de Ericsson, y que dependerá de la aproximación teórica del evaluador para comprender al niño en el período que se encuentra. A continuación nos permitimos presentar aspectos teóricos que explican, de manera general, los trastornos de inicio en la infancia.

## **1.2 Trastornos de inicio en la infancia**

Cuando las personas crecen, su conducta cambia; y en gran medida ese cambio se debe al aprendizaje, a los cambios corporales y parte por el proceso del

desarrollo por la que cursa el ser humano. El desarrollo más rápido sucede en los primeros meses de vida y durante la primera infancia, es en esta etapa cuando los niños tienen más problemas que sus pares en adquirir ciertas habilidades, a menudo se sienten inferiores e incapaces (Sarason & Sarason, 2006). La demora o el fracaso en superar ciertos obstáculos del desarrollo como: controlar esfínteres, hablar, etc., puede dañar su autoconcepto o cuando no se expresan con claridad sufren grandes obstáculos académicos y de socialización (Sarason & Sarason, 2006). Sarason dice que existe confusión y desacuerdo en el estudio de los trastornos psicóticos de los niños, sin embargo: *“la psicosis en los niños no es simplemente una réplica de la psicosis de los adultos. Tanto las psicosis de los niños como las de los adultos se caracterizan por falta de contacto con la realidad, la deficiencia en la adaptación social, la poca competencia en el trabajo y en la escuela, y la desorganización general de la personalidad”* (p.417-420). También señala que a pesar de todo las conductas y las pautas que sigue el pensamiento alterado en muchas ocasiones son distintas.

Los trastornos de la niñez que influyen en su desarrollo se presentan con más frecuencia en dos edades: antes de los dos y medio años o tres años de edad; y antes de la adolescencia o al inicio de ésta. Según Sarason (2006) de acuerdo a los estudios hechos en Gran Bretaña, Japón y la Unión Soviética coinciden en esta distribución bipolar. Ambos grupos de niños se diferencian de manera importante, los que se vuelven psicóticos antes de los dos y medio o tres años de edad, con frecuencia tienen características de autismo infantil; y los que se vuelven psicóticos en la adolescencia su conducta es similar a la de los adultos que sufren esquizofrenia. Agrega que los niños entre los tres y los once años de edad presentan menos trastornos profundos, pero que forman una tercera categoría de psicosis que muestra extrema regresión y desintegración de la conducta.

Al respecto el DSM-IV (2002) refiere que la clasificación que presenta de los trastornos que frecuentemente se diagnostican durante la infancia, niñez o adolescencia son más “una cuestión de conveniencia”, y que no pretende insinuar



que haya alguna distinción clara entre trastornos “infantiles” y “adultos”. Además la mayoría de las personas que sufren estos trastornos solicitan ayuda clínica durante la infancia o la adolescencia, y en muchas ocasiones son diagnosticados hasta la edad adulta.

Dentro de la clasificación de trastornos de inicio en la infancia, la niñez y la adolescencia se encuentran los siguientes:

**Retraso mental** que puede ser clasificado como retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como retraso mental de gravedad no especificada.

**Trastornos del aprendizaje**, que se distingue por rendimiento académico muy por debajo de lo esperado con respecto a la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. Y se dividen en: trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado.

**Trastorno de las habilidades motoras**, que abarca el trastorno del desarrollo de la coordinación, se caracteriza por coordinación motora sustancialmente por debajo de la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

**Trastorno de la comunicación**, muestra deficiencia en el habla o el lenguaje, se encuentran insertos: trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo-expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

**Trastornos generalizados del desarrollo**, muestran déficits graves y alteraciones generalizadas en muchas áreas del desarrollo, que incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación, presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipadas. Se encuentran incluidos: trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

**Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador**, dentro de esta categoría se encuentra el trastorno por déficit de atención con hiperactividad,

que se distingue por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. Dentro de los trastornos de comportamiento perturbador se encuentra el trastorno disocial, el trastorno negativista desafiante; asimismo se incluyen dentro de este apartado dos categorías no especificadas, trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

**Trastorno de la ingestión y de la conducta alimentarias de la infancia o la niñez**, presentan alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos incluidos son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez.

**Trastornos de tics**, incluyen tics vocales y/o motores. Se encuentran incluidos trastorno de la Tourette, trastorno de tics motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.

**Trastornos de la eliminación**, tales como encopresis y enuresis.

**Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia**, que incluye: el trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez, trastorno de movimientos estereotipados. Esta es una categoría residual para clasificar trastornos que inician durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún otro trastorno específico de esta clasificación.

### **1.3 La familia**

Lo que abordaremos en este apartado, se limitará a aspectos frecuentes - vistos en la consulta psicológica-, que pueden afectar negativamente el desarrollo emocional del niño.



Hartup (citado en Craig, 2001) señala que el tipo de familia en la que nace un niño incide profundamente en sus expectativas, en sus roles, en sus creencias y en las interrelaciones que experimentará éste en el futuro, lo mismo que en su desarrollo cognoscitivo, emocional, social y físico.

Es en la familia, principalmente, donde se transmiten los valores que prevalecen en la sociedad, donde se genera y perpetúa tanto la discriminación por cuestiones de género, como las relaciones de violencia a partir de la conformación de una estructura jerárquica que se da en su interior. Dicha estructura está basada en que alguno de sus miembros tiene el "derecho" de controlar a los demás por cualquier medio, incluso a través de la violencia. Estas estructuras verticales de poder las ha propiciado el propio Estado Mexicano, al confiar en que los mecanismos internos de la familia son suficientes para establecer en su interior pautas democráticas de conducta del grupo, que permiten la solución de los conflictos entre sus miembros.

Encontramos en la violencia un fenómeno complejo, multifacético y extendido: violencia conyugal, maltrato infantil, abuso sexual intrafamiliar, maltrato a personas ancianas y a discapacitados son algunas de sus manifestaciones.

Son muchos y multideterminados los problemas por los que puede atravesar una familia, sólo a título de ejemplo, describiremos de manera general algunos de ellos, como son: las diferencias que hacen los padres en el trato hacia los hijos; el divorcio; la violencia intrafamiliar (física, sexual, psicoemocional y patrimonial).

Para el estudio de la familia como entorno real, Corsi (2008, p. 26), se ve en la necesidad de revisar las nociones míticas aprendidas en la infancia a través de los cuentos infantiles y los libros escolares, en donde se hace creer que la familia es el lugar ideal de realización afectiva, comprensión recíproca y seguridad. Sin embargo, la realidad presenta a la familia por sus características de privacidad, intimidad y de aislamiento, como una organización que tiende a ser conflictiva. Aunque, se intenta conservar una imagen idealizada de núcleo de amor más que de violencia potencial. Hay dos variables en torno a las cuales se organiza el funcionamiento familiar: el poder (capacidad de afectar a otras personas) y el

género. De acuerdo con Corsi (2008, p. 28) en la familia la estructura del poder tiende a ser vertical, según criterios de género y de edad. Así el concepto de "jefe de familia", corresponde con la categoría "varón adulto". Tan vinculado está el poder al género que cuando muere el padre su lugar lo ocupa el hijo mayor, independientemente de la madre o de la presencia de hermanas mayores. .

Dentro de los fundamentos que sirven de base para regular las relaciones intrafamiliares están las siguientes:

- "Los hijos deben respeto a los mayores"
- "La mujer debe seguir al marido"
- "Los hijos deben obedecer a los padres"
- "El padre debe mantener el hogar"
- "El padre es el que impone la ley"
- "Las faltas a la obediencia y al respeto deben ser castigadas"

La obediencia precisa de esta "normativa" legitima diversas formas de abuso intrafamiliar. En una estructura vertical se pone el acento en las obligaciones, más que en los derechos de sus miembros. Razón por la que los más débiles no tienen una conciencia clara de sus opciones y facultades; de ahí, que su dependencia hacia los más fuertes crece y su autonomía personal es casi inexistente.

La violencia de pareja lleva a una de las grandes problemáticas que viven los menores: el divorcio o la separación de los padres. Cuando se produce la ruptura matrimonial, la estructura familiar seguramente ya ha venido procesando una situación de crisis de tiempo atrás, que ha generado tensión y el surgimiento de diferentes sentimientos y manifestaciones en sus integrantes.

De acuerdo con Cirillo y Di Blasio (1991) la separación de las parejas, es un factor que incide en que el niño sea violentado, al respecto dicen: "*La familia en donde se desarrollará el maltrato sobre el hijo presenta, en la primera etapa, un conflicto conyugal explícito, caracterizado por la oposición constante y sistemática de un integrante de la pareja al otro*" (p. 111). Consideran que es un conflicto sin salida,



debido a las constantes rupturas por periodos más o menos cortos, en donde el conflicto perdura porque cada uno de los miembros de la pareja tiene la expectativa de modificar al otro y de lograr que se rinda. Y que el niño en este momento de la problemática de pareja es sólo un espectador, que expresa su desagrado, reaccionando con ansiedad e irritabilidad.

A medida que el conflicto crece, los hijos se van integrando a la problemática hasta el punto que se verán obligados a elegir entre alguno de los progenitores, formando una alianza preferencial con el padre que consideren como más débil, en un intento de consolarlo. Así, el adulto que busca apoyo va confiando al niño sus desilusiones y preocupaciones buscando del hijo una relación de complicidad. La alianza con el hijo, servirá para utilizarlo como medio de intercambio y negociar una nueva modalidad de relación de pareja.

A medida que el niño ha elegido a alguno de los padres, dirigirá su propio enojo hacia el otro padre, ya no es un espectador, sino que se ha convertido en el defensor de uno de los padres contra el otro. El niño expresa sus emociones (miedo, rabia, rencor) y tiene comportamientos de oposición y rebelión: se niega a levantarse, a comer, a vestirse, etc., sus acciones van dirigidas al padre, que a los ojos del niño es el dominador. Fuera del ámbito familiar se empieza a notar en el niño una progresiva irritabilidad, ansiedad, se encuentra disperso.

Los padres son incapaces de interpretar correctamente las conductas de su hijo y no se dan cuenta que están íntimamente ligadas a la problemática de pareja y piensan que estas conductas son signos de rebelión, de maldad y desobediencia de parte del niño y son castigadas duramente. Ambos padres utilizan estas conductas para recriminarse mutuamente de incompetencia e incapacidad. Los padres asumen papeles estereotipados, uno se vuelve permisivo, desencadenando una competencia por demostrar cuál de los dos es mejor padre, conducta que va acompañada de descalificaciones mutuas en la forma que tiene cada uno de "educar" al menor. El niño se siente frustrado y traicionado al sentirse un instrumento en la lucha de los padres. Las reacciones hostiles y agresivas se dirigen hacia los dos padres (Cirillo & Di Blasio, 1991).

La forma en que los miembros de la familia se relacionan impacta el desarrollo del niño, siendo la familia un factor importante en la explicación de las condiciones salud-enfermedad de la población al considerar que tiene un efecto en la génesis, evolución y resolución de la enfermedad (Bolio y Arciniega, 1998).

Dentro del marco de la relación familiar, también podemos observar el fenómeno de las preferencias y los rechazos, dicho fenómeno adquiere importancia en la medida en que su desconocimiento o falta de aceptación pueda repercutir negativamente en el proceso formativo de los hijos. En todas las personas hay cosas que despiertan la preferencia o el rechazo, y esto se aplica también a los hijos. Entre las causas más frecuentes de preferencia o rechazo se encuentran:

- Se prefiere a los hijos que poseen características que atrae a los padres como la inteligencia, la extroversión, el entusiasmo, la espontaneidad, etc.
- Se rechaza a aquél que muestra características evaluadas como negativas.

Sin embargo, también puede ser el caso de que una característica vista de manera positiva en la generalidad, sea motivo de rechazo. El autor, toma como ejemplo la inteligencia, que en la mayoría de los casos provoca preferencia hacia el hijo, esto se debe a la sobrevaloración que se le ha dado a la inteligencia como factor para tener éxito en la vida y triunfar en una sociedad competitiva. Este valor absoluto que se le ha dado a la inteligencia es lo que lleva a muchos padres a rechazar a sus hijos, al no llenar las expectativas que les habían asignado, incluso antes de su nacimiento. Es así, que muchos niños con capacidades normales son asediados con mensajes negativos verbales o no verbales que los padres le transmiten y que el niño refleja como inseguridad, infravaloración y falta de confianza en sí mismo. Por otro lado, la inteligencia puede provocar rechazo en algún padre, aunque esto es más raro.

- Otra característica que incide profundamente en la preferencia de un hijo es el atractivo físico, aunque en la generalidad los padres gustan de la apariencia física de sus hijos, el niño que reúne características positivas de atractivo físico, tendrá una mayor preferencia de los padres que el resto de sus hermanos.



- También se consideran como características de preferencia, la forma de sonreír, la espontaneidad, una especial manera de ser, el carácter, el temperamento, etc.

*“Las características personales no son en sí mismas, causa de preferencia o rechazo, sino que las más de las veces constituyen tan sólo mecanismos disparadores de éstos” [...] (Bolio y Arciniega, 1998, págs. 11-20).*

- El niño que es estudioso y cariñoso con los padres tendrá mayor oportunidad de ser preferido en menoscabo de quien no posea esas características.
- Si el niño se muestra independiente o su conducta es rebelde puede llegar a provocar ambivalencia en los sentimientos de los padres. Ya que por un lado, sentirán la necesidad de disciplinarlo por su rebeldía, haciéndolo objeto de castigos o regaños. Así mismo, podrán sentirse íntimamente orgullosos porque su hijo es independiente.

El autor afirma *“que hay factores que influyen en la ganancia o pérdida de afecto posterior a los sentimientos iniciales despertados por un comportamiento dado”* (Bolio y Arciniega, 1998, pág. 22), porque el intercambio que se da en las relaciones de los padres y los hijos es dinámico y cambiante. Por lo que el llevar la preferencia o el rechazo a puntos extremos tiene efectos perjudiciales en el desarrollo del menor.

En algunas ocasiones el hermano mayor sustituye a los padres y se convierte en el responsable del cuidado de los menores, o también sucede que dos hermanos se alían en contra de un tercero; y aunque los hermanos comparten a lo largo de sus vidas situaciones semejantes, tales como: un hogar violento, las adicciones del padre o el nivel socioeconómico, solo por poner un ejemplo, es cierto que también existen experiencias y relaciones que no se comparten (Craig, 2001).

Desde muy temprano, los niños aprenden que la violencia es una forma eficaz para “resolver conflictos” interpersonales; especialmente si la han padecido dentro del hogar, bien como víctimas, bien como testigos. La violencia se transforma

lentamente en el modo habitual de expresar los distintos estados emocionales, tales como el enojo, la frustración o el miedo (Corsi, 2008, pág. 30).

*“El maltrato infantil es cualquier acción y omisión, no accidental, que provoque daño físico o psicológico a un niño por parte de sus padres o cuidadores”* (Corsi, 2008, pág. 33). Esta definición abarca diferentes tipos de maltrato:

- *Abuso físico. Cualquier acción no accidental, por parte de los padres o cuidadores, que provoque daño físico o enfermedad en el niño. La intensidad puede variar desde una contusión leve hasta una lesión mortal.*
- *Abuso sexual. Cualquier clase de contacto sexual con un niño por parte de un familiar/tutor adulto, con el objeto de obtener la excitación y/o gratificación sexual del adulto. La intensidad del abuso puede variar desde la exhibición sexual hasta la violación.*
- *Abuso emocional. Típicamente se presenta bajo la forma de hostilidad verbal crónica (insultos, burlas, desprecio, críticas o amenazas de abandono) y constante bloqueo de las iniciativas infantiles (que puede llegar hasta el encierro o confinamiento) por parte de cualquier miembro adulto del grupo familiar.*
- *Abandono físico. Es un maltrato pasivo; ocurre cuando las necesidades físicas (alimentación, abrigo, higiene, protección y vigilancia de las situaciones potencialmente peligrosas, cuidados médicos) no son atendidas, temporaria o permanentemente, por ningún miembro del grupo que convive con el niño.*
- *Abandono emocional. Es la falta de respuesta a las necesidades de contacto afectivo del niño, ausencia de contacto corporal, caricias, etc., e indiferencia frente a los estados anímicos del niño.*
- *Niños testigos de violencia. Cuando los niños presencian situaciones crónicas de violencia entre sus padres. Los estudios comparativos muestran que estos niños presentan trastornos muy similares a los que caracterizan a quienes son víctimas de abuso”* (Corsi, 2008, págs. 33-34).



De todas las formas de abuso, tal vez la más difícil de aceptar y reconocer sea el abuso sexual hacia los niños. El abuso sexual intrafamiliar ocurre cuando el abusador es parte de la familia (padre, padrastro, hermano mayor, tío, abuelo u otro familiar). El abuso sexual extra familiar por lo común lo lleva a cabo por alguien que el niño conoce (un vecino, profesor, un profesional, etc.). Muchas niñas son víctimas de abuso sexual intrafamiliar a través del incesto padre-hija. La edad más frecuente se produce alrededor de la pubertad y un padre puede continuar manteniendo relaciones sexuales con una o más de sus hijas a lo largo de varios años (Corsi, 2008, págs. 41-42). Sin embargo, en los más de los casos el abuso sexual que es reportado se da entre los miembros de la extensión familiar: abuelos, tías, primos y otros familiares. Finkelhor (2006, pp.45-46) hace mención de tres factores que inciden para que el abuso tenga lugar: los conflictos maritales, la sobresexualización y la supervisión deficiente.

No hay que olvidar que todavía existe una legitimación socialmente aceptada de la violencia en las relaciones familiares, concretamente en las relaciones padres-hijos, que se disimula con nombres como disciplina, práctica educativa, medida correctiva o demostración de autoridad, que, sin embargo, no deja de ser violencia. Por desgracia la aceptación de la violencia que se ejerce sobre el menor no se limita sólo al ámbito familiar, sino que trasciende también al ámbito escolar.

Cuando se dialoga con el niño, se está fomentando un ejercicio fundamental para la madurez de la persona: su capacidad de pensar. De pensar hasta sus últimas consecuencias, que es pensar para vivir.

El pensar, lejos de ser simplemente la parte de la tarea de aprender saberes, es el ejercicio de descubrir razones y valores para las conductas. Cuando en el hogar y en la escuela se vive este aprendizaje existencial se ha logrado, seguramente un nivel de formación fundamental para la vida. Habrá un reforzamiento y utilización en la escuela, ya que es la escuela la encargada de formar al individuo capaz de convivir con los otros, es decir convierte a la persona en un "Ser social". Sin embargo, la escuela también es un espacio de conflictos, que en ocasiones son invisibles, y afectan al niño profundamente.

## 1.4 La escuela

En este apartado se abordará la escuela como institución que establece relaciones que pueden resultar conflictivas no sólo para el niño, sino también para su familia.

Disciplina y violencia son experiencias vinculadas al ejercicio docente que requieren ser analizadas en su contexto de enunciación. De este modo, Onetto expresa que no puede haber institución sin normas, pero puede haber normas ejercidas sin violencia, con base en este planteamiento el autor expone que las normas son ejercidas con cierta fuerza necesaria para instaurar un clima de colectividad; sin embargo, también es cierto que en ocasiones se rebasan ciertos límites, que suelen conducir a la violencia docente (Onetto, 2004). Las normas que regulan las interacciones del aula son en buena parte reglas no escritas, éstas configuran la formación de juicios de valor que posibilitan al chico a entender lo que está permitido o no en el núcleo social en el cual se encuentra. De igual forma le permite distinguir derechos y responsabilidades inherentes a la pertenencia al grupo.

La violencia puede constituirse en un recurso educativo que al formar parte de la vida cotidiana de las aulas difícilmente puede ser analizado en su expresión y sus impactos. De este modo se habla de una "naturalización de la violencia" en el sentido de que llega a reconocerse como inherente a la acción de enseñar. También se identifica que en la enseñanza el ejercicio de la disciplina puede ser el contexto desde el cual se suscitan acciones violentas hacia los alumnos; por eso Onetto considera importante partir de la diferenciación entre disciplina y violencia. La hipótesis de fondo es que las formas de interacción que caracterizan a los estilos docentes conforman también procesos formativos en los alumnos, debido a que ellos aprenden a "ser ignorados", "descalificados en su saber", "castigados" o "subestimados", y son considerados como formas de trato inherentes a "ser alumnos" y tener una condición subordinada en la escuela.



Hablar de los maestros y la práctica educativa que realizan es reconocida cada vez más en el campo de la investigación, como objeto de complejidad. Un número importante de investigaciones hoy en día dan cuenta de la gama de funciones atribuidas al acto de enseñar y la necesidad de abordar su estudio en el ámbito de lo cotidiano.

Los roles maestro-alumno son complementarios, deberían posibilitar vínculos pedagógicos, sin embargo en ocasiones se manifiestan como figuras antagónicas que dan cauce a luchas cotidianamente conflictivas que son germen de prácticas de violencia. Estas se manifiestan en el contexto de la interacción, donde la disciplina parece ser el contexto propicio para su expresión y, en ocasiones, para su justificación. El maltrato psicológico dentro del salón de clases supone: violencia verbal, comportamientos sádicos, despreciativos, rechazo afectivo, exigencias excesivas o desproporcionadas en relación con la edad del niño y consignas educativas contradictorias o imposibles.

Según Onetto (2004) existen "asimetrías" entre maestros y alumnos, que no son malas en sí mismas, son escenarios de encuentro de tipo generacional, cultural, laboral o de conocimiento; no obstante producen desigualdad por su naturaleza y son factores de riesgo que generan violencia en la escuela producida por el saber, el rol y la edad. Se identifican algunas formas de maltrato psicológico que se genera a partir de condiciones de asimetría como son: a) los encuentros generacionales, b) status del saber; y c) las figuras de autoridad legitimada institucionalmente.

Cotidianamente maestros y alumnos se enfrentan a la brecha generacional que les da una condición histórica distinta: ser adulto, ser niño, que los coloca generalmente en un desencuentro de intereses, como son: jugar o trabajar; individualidad u homogeneidad; espontaneidad o uniformidad; relajamiento o disciplina, etc.

Los roles adyacentes maestro-alumno son inherentes al acto de educar, "son asimetrías que suelen ser fecundas si son complementarias: en la medida que se sitúan y orientan al proceso pedagógico; sin embargo, pueden ser fuentes de

abuso, discriminación o violencia cuando se conforman en figuras antagónicas” (Onetto, 2004). Hay una concepción históricamente arraigada en las aulas escolares, la cual refiere que es el maestro quien cuenta con un conjunto de saberes de los cuales el alumno es carente. Cuando el maestro se instaura en el lugar del saber desde el punto de vista antagónico, tiende a menospreciar los saberes de sus alumnos. La edad adulta y la posición de saber frente al alumno hacen que el maestro pueda controlar las situaciones escolares en su favor.

Descalificar las aportaciones de los niños significa desautorizarlo para responder a partir de lo que puede pensar, decir, saber, elegir en un proceso de aprendizaje en el cual él es el protagonista. Esta es una forma de violencia caracterizada por actos despreciativos, a través de la cual se desautoriza el poder de enunciación que tiene el alumno, promoviendo la concepción de un sujeto aplicador y no creador de saber (Irigoyen, 1999).

Por desgracia, la violencia que existe en las instituciones educativas no se limita a la relación maestro-estudiante, se extiende también hacia la relación entre etarios.

La violencia escolar se inicia en situaciones puntuales, casi imperceptibles para los padres y profesores. Pero, en algunos casos, como en los de acoso escolar, esta situación tiene una especial importancia debido a la frecuencia de las agresiones. De tal forma, cuando se hace evidente el acoso la víctima ha vivido ya, por un tiempo prolongado, el sufrimiento y las consecuencias que conlleva este tipo de situación.

Una detección a tiempo puede ayudarnos a prevenir importantes consecuencias e intervenir en el momento adecuado para evitar que las situaciones de violencia escolar se conviertan en situaciones de acoso. La detección de los casos de violencia escolar es responsabilidad de las personas que pueden solucionar el conflicto, sin estar implicadas. Esta responsabilidad recae directamente en los adultos que comparten la mayor parte del tiempo con víctimas y agresores y que, además, son parte de sus dos núcleos más importantes de socialización: los padres y los profesores (Cobo & Tello, 2008).



El profesorado desempeña un papel fundamental en la detección de la violencia y el acoso escolar. Recordemos que es en el entorno escolar donde se viven el mayor número de situaciones que permiten detectar indicadores de violencia escolar y acoso.

La detección a tiempo por parte del profesorado puede incluso provocar que una situación violenta no se convierta en un caso de acoso escolar, sino que sea, simplemente, un conflicto puntual de las relaciones interpersonales (Cobo & Tello, 2008).

La inconsistencia en la aplicación de las reglas que se hayan marcado dentro del aula precipita los enfrentamientos. Esta inconsistencia puede ocurrir con rasgos tan sutiles como cuando un profesor reacciona de forma diferenciada hacia alumnos distintos. Éstos los perciben como un símbolo de injusticia y falta de fiabilidad. En la literatura especializada está constatado el etiquetado y el tratamiento diferenciado con base en la reputación del alumno; posiblemente el mayor índice de "tratamiento especial" se refiere a aquellos alumnos considerados como "muy buenos estudiantes" a los que se favorece, en muchos casos, con sentimiento de merecimiento e inconscientemente, dado su buen modelado ante el resto del alumnado. Por ello, debemos cuidar el "efecto Pigmalión" en el cual nuestras expectativas sobre el alumnado resultan en una profecía de autorrealización (Cobo & Tello, 2008).

Una enseñanza adecuada o inapropiada puede resultar muy significativa en los problemas de aprendizaje de los niños, aunque esta idea es poco aceptada entre los educadores. Hay pocos maestros, a cualquier nivel, que hayan recibido capacitación para enseñar a aquéllos que dentro de los grupos presentan problemas de aprendizaje, por lo que muchos ignoran la manera en que el niño aprende, o la forma en que pueden llegar a compensar ciertos tipos de problemas del aprendizaje y estructuran sus actividades de manera que sólo logran que el aprendizaje se vuelva más complicado.

Se olvida que el fracaso escolar es multifactorial y que intervienen variables como la pobreza, la mala alimentación, el hacinamiento, la violencia intrafamiliar, la



separación de los padres o el divorcio, el consumo de drogas o el alcoholismo que dañan su entorno familiar y que unido a la falta de estímulo cultural y a la pobreza del lenguaje familiar produce una debilidad psicológica que pone en desventaja a los niños pobres o de medios rurales, como lo cita Lucien Séve (1978) : *“El fracaso es un elemento indicativo de la relación entre el individuo y la sociedad, y no se ve por qué no debería, ante el menor examen, ser considerado como el fracaso del individuo, sino más bien como el fracaso de la sociedad”* (p. 19).

El autor (Séve & et.al., 1978) señala que durante su estancia en la escuela el niño va acumulando una serie de fracasos, que sin importar el origen de los mismos, le van confiriendo un estatus dentro del salón de clases: el papel de primero, de segundo o el papel de último, sus calificaciones y frecuentes malas notas determinan la actitud que tendrán el maestro y sus compañeros dentro del aula. Si los fracasos se siguen acumulando, el maestro transfiere la actitud negativa hacia otros maestros, quienes cuando entren en contacto con el niño ya lo habrán etiquetado. Por su parte, los padres viven el fracaso escolar de su hijo como un fracaso personal con un gran nivel de culpa y arrastran la experiencia desagradable de la escuela a la casa a través de regaños y castigos. Los padres interpretan la resignación del niño como el resultado de la “falta de dones” o de la “pereza”.

Al respecto Séve (1978) señala que existe un terreno fértil sobre el que florecen las creencias en los dones, *“[...] es la experiencia masiva que dan los fracasos en la educación, de donde se desprende con fuerza la ilusión de que cada uno poseería de manera hereditaria e irrevocable, una cantidad y una cualidad definidas de inteligencia”* (p. 10).

Mucho se ha discutido acerca de los problemas de aprendizaje y estos problemas se han justificado con cuestiones fisiológicas o hereditarias, y en ese “escaneo” que se hace del funcionamiento psicológico y psicofisiológico de los niños que fracasan. A la sombra de este argumento se han tratado de perfeccionar las técnicas de investigación que van dirigidas a los niños y se ha pretendido que éstas sean aplicadas incluso antes de su ingreso al jardín de niños, con el fin de

prevenir las inadaptaciones escolares, pero se corre el riesgo de etiquetar superficialmente a los menores y al mismo tiempo forzar la práctica de *“búsqueda de pruebas y fenómenos de segregación entre los niños: de este modo existirán los futuros adaptados y los futuros inadaptados”* (Séve & et.al., 1978, p. 56).

Plaisance (en Séve & et.al., 1978, pp. 55-57) argumenta que el fracaso escolar se ha considerado como algo inseparable de la infancia, atribuyendo el fracaso del niño a una perturbación que le impide adaptarse al medio escolar, sin que los especialistas se pregunten las causas y consecuencias de este fracaso y que no se duda en establecer un diagnóstico y sugerir un tratamiento.

A la falta de toma de conciencia del maestro o institución, Selvini (en Bonals & Sánchez-Cano, 2006) la describe así: [...] *“la hipótesis es que la enfermedad reside en el alumno indicado, o como mucho, en su familia. La escuela, la metodología, la relación entre el alumno y el docente que ha hecho la demanda no deben cuestionarse sino de forma muy superficial”* (p. 75).

Se considera que lo expresado por Selvini es atinado y que la actitud del docente se debe a que éste no ha tenido un proceso terapéutico que lo ayude a la resolución de su problemática personal, a lo que se suma una profesionalización deficiente, ya que en ningún caso se sensibiliza al docente para comprender la problemática del alumno, y por lo tanto no se crea una conciencia de responsabilidad por parte del educador en lo que se refiere a lograr que el alumno realmente aprenda; es decir, debería existir el compromiso enseñanza-aprendizaje para lograr una identificación plena de la necesidad de intervención del propio docente cuando un alumno presenta una problemática, y sólo en caso de que éste haya hecho un análisis concienzudo sobre su conducta con respecto al alumno que tiene problemas y encuentre que él no es el motivo de éstos entonces proceder hacia el ámbito psicopedagógico.

Sin embargo, se continúa dejando a los maestros sin responsabilidad en la problemática que vive el menor.



Plaisance (en Séve & et.al., 1978) continúa explicando que resulta engañoso basarse en las clasificaciones que se hacen de los niños con problemas de aprendizaje, y de esta forma tratar de dar cuenta de las “insuficiencias intelectuales” que son resultado del modelo del débil mental, como si las perturbaciones en el comportamiento pudieran explicarse por una particularidad.

Al respecto, René Diatkine (en Séve & et.al., 1978) dice: *“hoy es riesgoso considerar como patológica -porque es eso lo que subentiende, con un falso pudor, al usar el término “inadaptado”- a toda aquella fracción de la población escolar, que, por razones diversas, no se beneficia sino débilmente de una educación que no le es siempre adecuada”* (p. 57).

Coma (en Bonals & Sánchez-Cano, 2006, p. 45) comenta que es imprescindible un balance entre las expectativas, la actuación de los diversos facilitadores y el tipo de relación con la escuela. Al fin, el resultado tendrá que ver con el entorno sociocultural, con las interacciones entre todos los elementos anteriores y el nivel de adaptación, integración o aislamiento del contexto en que el alumno y su familia viven.

Por lo expresado anteriormente, es importante que durante el proceso de evaluación se tenga siempre presente la realidad global del niño y ver a éste como un individuo que aprende en la escuela y en casa, en el grupo de iguales y en su familia y que forma parte de un grupo social. El psicólogo no deberá limitarse a conocer solamente al niño-alumno. Asimismo, es imprescindible que el psicólogo logre involucrar a la familia, la que tendrá un papel fundamental durante el proceso terapéutico del niño; también deberá brindar a los maestros estrategias que favorezcan el proceso enseñanza-aprendizaje y, sensibilizarlo en cuanto a la responsabilidad que tiene en conocer el entorno del menor, para comprender cuáles son las variables que lo afectan, nunca para que este conocimiento sea usado en contra del niño y su familia.



## CAPÍTULO 2

### CONCEPTUACIÓN DE LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

#### 2.1 Breve panorama histórico de la evaluación psicológica

A continuación se mencionan algunos antecedentes que dieron origen a los sistemas de evaluación, y sin los que no se podría entender la evolución de la psicología en lo que a evaluación se refiere.

Con base en los trabajos de Weber, Gustav Fechner (1801-1887) dedujo matemáticamente, una ley: “la sensación crece como el logaritmo de la excitación”; y con esta investigación se determinaron los métodos de la medición de los umbrales sensoriales, como campo de estudio de la psicología.

Por su parte Wilhelm Wundt (1832-1920) anexó, a la psicología experimental la fisiología y la anatomía, admitiendo solamente hechos y recurriendo a la experimentación y a la medición, con el fin de determinar la relación de los fenómenos psíquicos con su sustrato orgánico, particularmente cerebral, a base del paralelismo (Mueller, 2009).

Es así que hacia 1889, se lleva a cabo en París el primer “Congreso de psicología experimental” bajo la presidencia nominal de Charcot. Pero este congreso fue efectivamente dirigido por Théodule Ribot, su vice-presidente, y por Charles Richet, secretario general. Participaron en él psicólogos con cierto renombre como Pierre Janet, Fred W. H. Myers, Auguste Forel, Théodore Flournoy, Alfred Binet y William James, ya Binet enfatizaba las diferencias individuales más que los aparatos y las técnicas empleadas para estudiar las facultades promedio. En 1892 se llevó a cabo un segundo congreso en Londres, y en él se habló mucho de hipnotismo y de localizaciones cerebrales. Alexander Bain presentó una ponencia acerca de la introspección, Ribot acerca de la naturaleza de los conceptos y Münsterberg acerca de los sentimientos. La psicología genética apareció con las

exposiciones de Preyer acerca del origen del número y de Baldwin sobre los comienzos de la reacción voluntaria (Mueller, 2009).

En Munich, en 1896, se convocó a otro congreso en el que se reunieron seiscientos psicólogos. El hipnotismo ocupó un lugar muy importante, y se le dio poca importancia a la anatomo-fisiología de los centros nerviosos. Este congreso se llamó simplemente "Congreso de psicología". Se había eliminado el adjetivo "experimental", que parecía evocar demasiado exclusivamente las investigaciones de laboratorio y no referirse con exactitud a las investigaciones que se estaban efectuando. La importancia de este congreso radica en que la psicología aplicada hizo su aparición en varias comunicaciones psicopedagógicas. Una de las comunicaciones presentadas en el congreso de Munich fue la de Ebbinghaus acerca de su método para medir la fatiga de los escolares, y que tiene como antecedente que las Autoridades municipales de Breslau, de cuya Universidad dependía entonces éste, estaban preocupadas por conocer el grado de fatiga mental que producía el trabajo escolar, debido a que en esa época, los niños de las escuelas alemanas sufrían en aquella época sesiones ininterrumpidas de las 8 a las 13 horas, y le encargaron a Ebbinghaus que investigara las causas de la fatiga. Aquí se ve la importancia de la escala que habían creado Binet y Simon, ya que la escala de Binet era un conjunto de tareas ordenadas por su grado de dificultad de acuerdo con la edad de los niños; Ebbinghaus administró a los escolares tres tipos de tareas a lo largo de una jornada escolar: cálculos aritméticos rápidos, retención en la memoria de una serie de dígitos y adición de diversas letras, sílabas o palabras para completar oraciones simples. El autor llamó la atención sobre el hecho de que las puntuaciones obtenidas por los niños en los resultados de las tareas una vez resueltas, ya que estaban de acuerdo con la opinión de sus maestros, en cuanto a la susceptibilidad a la fatiga y la distracción (Mueller, 2009). Así, pues, se llevó a cabo una de las primeras mediciones de importancia en los niños.

Ciertamente hubo investigaciones orientadas a registrar y medir, a través de pruebas, ciertos aspectos del psiquismo humano, como las que realizó el



antropólogo, inglés Francis Galton, sin embargo, es Alfred Binet quien creó el método de los *tests*. El término lo acuñó en 1890 el psicólogo norteamericano J. McKeen Cattell al llamar "*mental test*" a una serie de pruebas psicológicas destinadas a descubrir las diferencias individuales de los estudiantes universitarios. Binet, quien fue alumno de Charcot, si bien fue en 1894 director del primer laboratorio de "psicología fisiológica" de la Sorbona, se orientó rápidamente hacia una psicología "experimental" muy diferente de aquella en que se pensaba al advenimiento de la nueva ciencia. Convencido de que la vida psíquica es una totalidad y de que el pensamiento no podía reducirse, como quería Taine<sup>1</sup>, a una combinación de imágenes, se preocupó por estudiar la inteligencia humana bajo el aspecto de "esquemas directores" y al ser humano como un "haz de tendencias". Desde 1896, en el *Année psychologique* (creado en 1895 y del que Henri Piéron fue más tarde director y principal colaborador), reprocha a sus antecesores haber prestado una importancia excesiva, en sus exámenes mentales, al estudio de los procesos psíquicos inferiores y haber descuidado demasiado las aptitudes superiores: atención, imaginación, inteligencia, que distinguen a los individuos mucho más que su aptitud táctil u olfativa. La experimentación, tal como Binet la concibe, es muy amplia. Incluye, sobre todo, los cuestionarios, las entrevistas, las encuestas, etc., es decir, procedimientos que suponen la intervención de una introspección controlada. A comienzos del siglo XX, el problema de los niños anormales estaba a la orden del día en Francia. En 1904, el Ministerio de Instrucción Pública sometió el problema al estudio de una comisión de médicos, educadores y sabios. Binet formó parte de la misma y se convirtió en uno de los dictaminadores. Entregándose por entero a esta nueva tarea, se puso a buscar, incansablemente, un criterio científico que permitiera estimar el atraso o el adelanto intelectual de un escolar; y al año siguiente se halló en la posibilidad de publicar en la revista *Année psychologique*, los resultados de sus investigaciones emprendidas en colaboración con el doctor Simon, médico del asilo de Rouen (Mueller, 2009). Para descubrir a los débiles mentales en las escuelas, recurrió a pruebas de dificultad creciente que pusieran

---

<sup>1</sup> Hippolyte Taine, *De l'intelligence* (1870).



en juego los “procesos superiores”, para determinar el rendimiento característico del término medio de los niños de cada edad. Y hacía posible, así, comparando los resultados obtenidos por un individuo cualquiera con los niveles establecidos (edad mental media), determinar si estaba atrasado o adelantado, y en qué medida (Mueller, 2009, pág. 422). Binet condensó más tarde sus opiniones en cuanto a la instauración de una “escala métrica de inteligencia” en su obra *Les enfants anormaux* (París, 1907).

Cuando comenzó, varios años antes, sus investigaciones sobre las correlaciones posibles entre el volumen del cráneo y el grado de inteligencia había tropezado con dificultades para apreciar el nivel de inteligencia. Impresionado por el hecho de que un niño puede decir su nombre a los 3 años y su edad hacia los 6, imaginó preguntas del tipo, que relacionaban un conocimiento ligado a la experiencia cotidiana y diferente según las edades, adecuadas para clasificar a los niños de acuerdo a sus respuestas (Mueller, 2009). De las investigaciones emprendidas en colaboración con el doctor Simon, médico del Asilo de Rouen, con el fin de buscar un criterio científico que permitiera estimar el atraso o el adelanto intelectual de un escolar, se definió la escala Binet-Simon. Esta escala fue modificada varias veces por sus propios autores, y dio origen a innumerables investigaciones similares, con la finalidad de someterla a prueba para tratar de mejorarla (Mueller, 2009, págs. 359-426). Debido a la gran receptividad que tuvo la prueba de Binet, surgió lo que ha llegado a conocerse como la industria de las “pruebas”. Posteriormente durante la Segunda Guerra Mundial, las pruebas siguieron ganando una posición poderosa cuando la Oficina de Servicios Estratégicos de Estados Unidos empleó una variedad de procedimientos y técnicas de medición, utilizados para seleccionar personal militar para puestos muy especializados.

Por otra parte, los médicos franceses Jean Étienne, Dominique Esquirol y O. Edouard Seguin, revolucionaron el pensamiento acerca del retraso mental, siendo Esquirol quien por primera vez estableció por escrito la diferencia entre retraso mental y enfermedad mental, señalando que el retraso mental era un fenómeno de

desarrollo que duraba toda la vida y que era incurable, mientras que la enfermedad mental tenía por lo general un brote más abrupto en la edad adulta, y podría mostrar mejoría. Esquirol le dio gran énfasis a las habilidades del lenguaje en el diagnóstico del retraso mental. Reconoció tres niveles de retraso mental: 1. Aquellos que utilizan frases cortas; 2. Los que utilizan sólo monosílabos y, 3. Aquellos que sólo lloran y no hablan. De hecho sentó las bases para los equivalentes de las clasificaciones actuales de retraso mental moderado, grave y profundo (Gregory, 2001). Binet no se sustrajo a este hecho y le dio gran peso a las capacidades lingüísticas en sus mediciones.

Una vez descrito el panorama histórico a manera de resumen, Pérez (1981) (citado en Montenegro, 2002) clasifica tres generaciones en la evolución de la psicología clínica:

**“La primera generación** abarca el período de 1890 hasta la primera Guerra Mundial. En esta época se señalan grandes influencias históricas, sociales y científicas como son: la influencia de la teoría de Darwin en Galton y Freud y el desarrollo de la medicina, que a su vez impulsó el desarrollo de la psiquiatría.

Se mencionan nombres como los de Hall fundador de la American Psychological Association; Catell que trataba de determinar las habilidades de estudiantes de la Universidad de Columbia antes de que se inventaran los tests; Binet que creó los prototipos de los tests de inteligencia con el fin de discriminar los casos de retardo mental y pronosticar los fracasos escolares.

**La segunda generación** surge después de la Primera Guerra Mundial. En este período aparecen diversos enfoques psicológicos que se confrontan entre sí: gestaltismo, conductismo y funcionalismo; existe una gran influencia freudiana y aparecen pruebas de personalidad proyectivas, como el Rorschach y el Test de Apercepción Temática (T.A.T.).

**La tercera generación** comprende la época de la Segunda Guerra Mundial. En esta época se requería seleccionar a las personas adecuadas para tareas



militares y para atender las diferentes reacciones producidas por el miedo a la guerra a través de la psicoterapia.

**La cuarta generación**, señala el autor, se formó en la década de los setenta, y se caracteriza por querer librarse del modelo médico que le ha otorgado un papel subordinado, conformándose con emitir diagnósticos mecánicos". Una vez revisada la historia pasaremos a analizar la forma como se ha ido conceptualizando el proceso de evaluación:

## 2.2 Definiendo la "Evaluación Psicológica"

La labor que por excelencia se le ha encomendado al psicólogo es el diagnóstico, cuyo significado original, lo da la palabra que procede del griego *diagnostikós* (distintivo que permite distinguir), que a su vez deriva de *gignosko* (conocer) y *diá* (a través de). Por su etimología, "diagnóstico" significa *"discernir y/o conocer reconociendo o atravesando, incluyendo un matiz que implica la necesidad de explorar-reconocer minuciosamente, para poder conocer"* (Roa, 1995, págs. 26-27).

De acuerdo con Roa (1995) el término psicodiagnóstico surge en 1921 con la publicación del Rorschach. Poco a poco el término fue adoptado por los psicólogos con orientación clínica y psicoanalítica y por los seguidores del modelo médico de la evaluación. Así fue como el psicodiagnóstico obtuvo una serie de connotaciones que, aunque no se encuentran presentes en su etimología, lo han ligado a los ámbitos de la evaluación.

Desde la posguerra se hace uso del modelo dinámico-psicométrico, término que se origina en la obra de Henry A. Murray y David (en Ávila & Rodríguez, 1992) aunque también se le identifica como psicodiagnóstico, y que implica: "a) el empleo de cierta cantidad de procedimientos; b) cubrir varias áreas del funcionamiento psicológico; c) abordar tanto el nivel consciente como inconsciente; d) utilizar técnicas proyectivas así como tests objetivos y estandarizados; e) que la interpretación deberá dirigirse a los signos simbólicos



*tanto como a las respuestas cuantificables; f) describir a los individuos en términos más personológicos que normativos”.*

Por otro lado tenemos autores, que como Sattler (2003, págs. 4-5), hacen una diferenciación entre la evaluación psicológica y la aplicación de pruebas psicológicas. Al respecto de esto último, Sattler dice que una cosa es recopilar datos a través de las pruebas, y otra, una evaluación psicológica en donde hay un proceso extenso e intrincado, que además incluye otras herramientas clínicas como son: las entrevistas, observaciones, pruebas formales e informales y demanda de quien lo lleva a cabo habilidades clínicas para interpretar y sintetizar los resultados.

En esto también coinciden Maloney y Ward (en Cohen & Swerdlik, 2000, pág. 6), quienes afirman que la evaluación psicológica hace uso de diferentes herramientas de evaluación, de acuerdo a los objetivos particulares, personas o circunstancias implicadas, a diferencia del alcance limitado de solo aplicar pruebas psicológicas. Es un hecho que mucha gente, incluyendo profesionistas, ha llegado a confundir el aplicar pruebas con llevar a cabo una evaluación psicológica, ésta *implica un proceso amplio y complejo que recurre a distintas técnicas y fuentes de información que permiten brindar a los interesados las correspondientes sugerencias para dar solución a los problemas.*

A propósito del objetivo final de una evaluación psicológica, Maloney y Ward (en Avila & Rodríguez, 1992) definen la evaluación psicológica como [...] *“un proceso de resolución de problemas (responder a preguntas) en el que los tests psicológicos a menudo son utilizados como uno de los métodos para reunir datos relevantes”* (p. 85).

No podemos encontrar un acuerdo plenamente establecido acerca de las características que definan la evaluación psicológica, porque éstas se centran en expresar, el uso de métodos o técnicas de manera aislada. Sin embargo, se advierte un “progreso”, en el que algunos autores ya consideran la evaluación psicológica como un proceso compuesto de varios pasos sistematizados, como podemos verlo a continuación:

Aragón y Silva (2004) definen la evaluación psicológica como un proceso que implica el planteamiento de objetivos, la selección de instrumentos, la toma de decisiones, la elección de las técnicas y estrategias de intervención, la comprobación continua que permita constatar que los objetivos están siendo alcanzados, y que sirve de control permitiendo corregir posibles desviaciones. Continúan argumentando que como consecuencia del proceso de evaluación psicológica se derivan inferencias, basadas en las respuestas obtenidas de la misma evaluación para obtener una muestra del repertorio de la conducta del evaluado en su interacción con el entorno social.

Por último citaremos a Kaplan y Saccuzzo (2006) para quienes: *“Las evaluaciones psicológicas se refieren a todos los posibles usos, aplicaciones y conceptos que subyacen a las pruebas psicológicas y educativas. Sin embargo, el objetivo principal de este tipo de pruebas es evaluar las diferencias individuales. Estas pruebas miden además las variaciones entre los individuos en habilidad y personalidad, suponiendo que tales diferencias son reales. Por lo tanto, el propósito más importante de las pruebas es establecer las diferencias entre quienes responden la prueba.”* (p. 6).

### **2.3 Definiendo el objeto de estudio: “La evaluación psicológica infantil”**

La evaluación psicológica, conceptualmente hablando, no encuentra diferencias si se lleva a cabo en un adulto o en niños. Sin embargo, hay diferencias cualitativas entre los dos tipos de evaluación ya que en la mayoría de los casos, el adulto acude por propia decisión a la consulta, identificando los síntomas que le producen sufrimiento y mostrando interés por querer resolver el problema que le preocupa. En contraste, el niño es llevado por razones que conoce mejor el adulto que él y donde el problema como tal, implica, en ocasiones, mayor sufrimiento para el adulto que para el propio niño.



La evaluación psicológica infantil es descrita por Sattler como un procedimiento que conduce a tener un conocimiento del niño y sus circunstancias y que facilite la toma de decisiones bien fundadas, para su solución. Al describirlo Sattler (2003, págs. 3-4, 26) como proceso, considera que en principio debe tenerse claridad y certeza en la demanda y problemática para formular una hipótesis de la situación que se presenta y proceder a examinar, para que con los resultados de esa evaluación se facilite la resolución de conflictos, se logre realizar un diagnóstico, asesorar, rehabilitar y evaluar los progresos.

Los tipos de evaluación psicológicas según Sattler son:

**Exploratoria**, que se lleva a cabo para identificar al sujeto ideal para ciertos programas o, reconocer a quién padezca algún trastorno o discapacidad que requiera de rehabilitación o quién necesite una evaluación más completa. Esta evaluación puede ayudar a establecer si el niño está preparado para el jardín de niños o a programas de individuos superdotados. Los resultados que se encuentren en la evaluación exploratoria no deberán considerarse como permanentes, y tendrán que explorarse y modificarse si se cree pertinente.

**Focal o para la resolución de problemas**, es una evaluación más detallada de un área específica intentando dar respuesta a una pregunta de diagnóstico. (Neurológica, de habilidades, etc.)

**Diagnóstica**, evaluación enfocada en conocer debilidades y fortalezas del sujeto en diversas áreas como cognitiva, académica, lingüística y social, se usa con el fin de determinar trastornos, enfermedades mentales, problemas de aprendizaje y permite sugerir intervenciones.

**Para valorar el progreso**, se enfoca en la evolución diaria, semanal, mensual o anual del sujeto; se evalúan las modificaciones en el desarrollo, las habilidades del menor y se valora la eficacia del tratamiento.

Bonals (2006, pág. 14), por su parte, opina que la **Evaluación psicopedagógica** se centra en el proceso enseñanza-aprendizaje y el contexto en el que tiene lugar la interacción educativa. La considera “un proceso porque no se reduce a una



*actuación puntual o bien a unas actuaciones aisladas, sino que tiene un inicio y una continuidad de actuaciones interrelacionadas, destinadas a investigar y comprender mejor el hecho de enseñar y aprender”.*

Esta última consideración nos resulta en particular importante ya que un gran número de veces el niño asiste con el psicólogo por tener problemas en la escuela, particularmente por un bajo rendimiento académico o problemas de conducta (frecuentemente catalogado de “agresión”).

Colomer, Masot y Navarro (en Bonals & Sánchez-Cano, 2006, pág. 14), señalan que la evaluación psicopedagógica se realiza desde el marco escolar y trata de establecer qué le pasa al alumno en la escuela, cómo enfrenta situaciones cotidianas dentro del contexto escolar, en qué forma se relaciona con compañeros y docentes, cuáles son sus actividades preferidas o las que representan mayor dificultad, cuáles son sus habilidades y en qué puntos específicos presenta mayores dificultades. Colomer, Masot y Navarro (en Bonals & Sánchez-Cano, 2006) definen este tipo de evaluación como: *“Un proceso compartido de recogida y análisis de información relevante de la situación enseñanza-aprendizaje, teniendo en cuenta las características propias del contexto escolar y familiar, a fin de tomar decisiones para promover cambios que hagan posible mejorar la situación planteada”* (p. 16).

Coma y Álvarez (en Bonals & Sánchez-Cano, 2006, págs. 45-49) coinciden en que la evaluación se desarrolla conjuntamente con la familia, la escuela y otros profesionales, por lo que se considera que tiene un carácter interdisciplinario y para que esta interacción mejore realmente la situación que se evalúa, es necesario que las personas implicadas participen activamente en el proceso y logren sentirse competentes durante éste y, para que cada participante se sienta competente, la evaluación se tendrá que centrar en las capacidades y potencialidades más que en el déficit y dificultades.

Coma y otros autores que han escrito sobre la evaluación psicopedagógica afirman que en este tipo de evaluación interactúan diferentes elementos como son:

- a) Del alumno: su potencial cognitivo y motor, su situación emocional, su autoestima y autoconcepto general, atributos que están presentes en el aprendizaje escolar;
- b) De los compañeros: las relaciones que se establecen, los valores que prevalecen y el rol de los alumnos y el profesor;
- c) Del equipo de profesores y las materias: las expectativas hacia el alumno, los resultados que se observan en su materia, la generalización o limitación de los conflictos conductuales, relacionales y de aprendizaje, los modelos didácticos y los criterios evaluadores, la flexibilidad para adaptar el currículo y los procesos de enseñanza-aprendizaje;
- d) De la familia: su visión del niño, de su situación y de sus resultados.

Aunque Sattler (2003, pág. 7) no propone para la evaluación infantil una división por etapas de desarrollo, sugiere que cuando se haga una evaluación clínica o psicoeducativa a un niño, las estrategias deberán coincidir con el género y el nivel de desarrollo que cursa éste, a lo que dice *“Nunca evalúe a un niño sin considerar las normas de desarrollo formales e informales”* y orienta el proceso de evaluación en tres perspectivas: la del desarrollo, la normativa del desarrollo y la cognitivo-conductual.

Para él, la perspectiva del desarrollo hace referencia a la interacción entre la disposición genética y las influencias ambientales. Destaca la importancia de los ambientes: familiar, de los compañeros y la escuela y los entornos laborales, al ser interdependientes; al respecto, Compas, Hinden y Gerhardt (en Sattler J. , 2003), citan: los niños *“provocan reacciones diferentes del ambiente como resultado de sus características físicas y conductuales, y los ambientes contribuyen al desarrollo individual mediante la retroalimentación que ofrecen”* (p. 31).

En relación a la perspectiva normativa del desarrollo el autor señala que ésta se centra en la evaluación y explicación de los cambios que ocurren en las cogniciones, afecto y comportamiento de los niños contrastándolos con un grupo de referencia permitiendo comparar el nivel de desarrollo de un niño con los del



promedio, lo que servirá como guía en la elección de los ámbitos y comportamientos meta que necesitan modificarse; así mismo, permiten cotejar la información adquirida a través de diferentes fuentes que ayudan a determinar las conductas más frecuentes o las que se manifiestan con menor frecuencia de lo esperado, conductas pasajeras, conductas normales en ciertos grupos. Los datos normativos ayudan a la formación de grupos homogéneos que puedan ser comparados con grupos de otras investigaciones.

La perspectiva cognitivo-conductual señalará las cogniciones como las que definen las emociones y el comportamiento, lo que incluye los pensamientos y las formas que tiene el niño de procesar la información, su autoeficacia como resultado de experiencias anteriores, sus valores, las estrategias que utiliza para la resolución de problemas y sus expectativas; también subraya las influencias ambientales que modelan y controlan sus pensamientos, sentimientos y conductas. Esta perspectiva destaca las mediciones cuantitativas, como los conteos de frecuencia, las mediciones de duración, las mediciones de intensidad y los periodos de incidencia, que se utilizan como evidencia de comportamientos importantes del menor. Sattler (2003) reconoce que las cogniciones, aunque privadas, median en el aprendizaje y el comportamiento y que se relacionan funcionalmente con el comportamiento. En lo relacionado a lo conductual plantea que las experiencias ambientales, luz, calor, ruido, condiciones de saturación, los reforzadores naturales y distractores son factores que influyen en el comportamiento y el aprendizaje.

El autor (Sattler J. , 2003) defiende un enfoque de evaluación múltiple, con el fin de obtener información de distintas fuentes, sugiere cuando sea posible checar algún expediente previo, evaluaciones anteriores, sí las hay; utilizar pruebas con referencia a la norma, entrevistas, observaciones y procedimientos de evaluación informales con el fin de evaluar diversas áreas. Y ya reunida toda la información se podrán determinar las fortalezas y debilidades del niño, se conocerá, en caso de existir el tipo y grado de cualquier padecimiento; aclarará la correlación de la información proporcionada por los distintos entrevistados; se analizarán y



delimitarán las condiciones que impiden o favorecen el aprendizaje de habilidades adecuadas; proporcionará información de línea base antes de realizar la intervención; supervisará los cambios cognitivos, académicos o sociales del niño. Y señala que el evaluador debe tener presente que *“los resultados de la evaluación reflejan el desempeño del niño en un momento y un lugar determinados”* (p.36).

Con base en lo anterior caracterizaremos el Concepto de Evaluación Psicológica Infantil que será el referente de interpretación de nuestro estudio:

*La evaluación psicológica infantil es un proceso complejo cuyas características fundamentales son: se lleva a cabo a través de una serie de etapas, operaciones y funciones que se interrelacionan; tiene un desarrollo continuo e implica el uso de distintas herramientas con el fin de: formular hipótesis de un problema; busca comprender al individuo, pero no de manera aislada, sino como parte de su ambiente: familia y escuela; busca diferenciar lo que resulta problemático para él y el problema que significa para el adulto y finalmente da como resultado un informe fundamentado de las causas del problema, que no necesariamente es el niño, además ofrece un plan de intervención, alternativas de apoyo y un plan de seguimiento.*

## **2.4 La evaluación psicológica infantil, como proceso:**

Cuando se habla de una batería de pruebas se está haciendo referencia a *“Una combinación de tests cuidadosamente seleccionados para producir una variedad de respuestas correspondientes y balanceadas con respecto al score total para proveer una eficiencia máxima como instrumento de medición* (Székely, 2000, pág. 139).

Rapaport (1985) propone que para la evaluación de un individuo se utilicen varios tests que consideren varios aspectos del funcionamiento de éste, ya que así, se dispone de una base mucho más segura.

Para Cohen (2000), cuando se habla de una *batería* “se refiere a un grupo de pruebas aplicadas juntas con el propósito de recopilar información sobre un individuo a partir de una variedad de instrumentos” (p. 436). Aclara que cuando se hace referencia a una batería “estándar”, ésta incluye al menos una prueba de inteligencia, una prueba de personalidad (pruebas proyectivas) y otra diseñada para explorar deficiencias neurológicas.

Ya se ha mencionado que los instrumentos se deberán elegir con el propósito de recopilar información que responda al motivo de consulta en cuestión, por lo que se deberá tener mucho cuidado en su elección debido a que hay en el mercado un sin fin de pruebas estandarizadas, proyectivas y referidas a criterio; sin embargo, cómo saber qué implica un buen instrumento. De acuerdo con Cohen, en términos generales se podría considerar que una buena prueba es aquella que ofrece instrucciones claras y requiere poco tiempo para su aplicación, calificación e interpretación, que mida lo que pretende medir. En base a lo anterior es importante considerar los criterios técnicos para estimar la calidad de las pruebas.

## **2.5 Características a considerar en la elección de instrumentos**

Las pruebas se dividen en pruebas psicométricas o estandarizadas, proyectivas y referidas a criterio. Se empezará por definir el término *psicometría*, que es una palabra compuesta por: *psico* y *metría*, por lo que se puede decir que es la medición de lo psicológico, e indica “medición” en psicología.

Tornimbeni (2008, págs. 19-24) afirma que la medición es el núcleo de la ciencia y de sus aplicaciones, incluyendo a las ciencias del comportamiento; y que los estudios que se abordan desde la psicología, la educación u otras ciencias sociales se basan en la posibilidad de obtener mediciones adecuadas de los atributos psicológicos y conductuales de los sujetos.

Cuando la autora analiza la historia del concepto de medición distingue dos modelos fundamentales:



**El modelo clásico:** Este modelo postula que, para que estas propiedades puedan ser medidas deben tener las características de una variable cuantitativa, lo que siempre se ha criticado porque no es lo mismo medir propiedades como masa o peso; por lo tanto, la medición de la personalidad o de la inteligencia, es más problemática puesto que no son variables estrictamente cuantitativas. En 1940, en un seminario de expertos en medición psicológica, se puso en duda la posibilidad de medir atributos debido a que no existe isomorfismo, entre las operaciones de medida y las magnitudes de la propiedad a medir, o sea, no existe una equivalencia entre el orden y la distancia de los niveles de una propiedad cualquiera y del sistema numérico utilizado para medirla. En un inicio, de acuerdo con el paradigma positivista de finales del siglo XIX y principios del XX, en las pruebas se aplicaba el criterio de que lo único posible de ser valorado como científico era aquello que podía medirse, sin embargo en nuestra época Bunge y Ardila (en Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008) aceptan que en la mayoría de los casos, en ciencia las propiedades a medir son inaccesibles a la observación directa como es el caso de las capacidades mentales o las masas atómicas, por lo tanto, cuando la medición es indirecta debe llevarse a cabo empleando indicadores operacionales adecuados, es decir: "propiedades observables *legalmente ligadas* a otras inobservables".

- a) **Modelo Representacional:** dentro de este modelo "*los números utilizados en la medición no representan cantidades sino relaciones*" (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008, pág. 22). En el contexto de este modelo, medir es "*hacer uso del sistema numérico para asignar números, aunque no exista isomorfismo entre ambos sistemas*". Para explicar lo anterior, la autora considera diferentes clases de relaciones empíricas, como primer tipo la relación de equivalencia, en donde los objetos son equivalentes en una propiedad determinada, lo que los



hace parte de una misma categoría; sin embargo, difieren en esta propiedad de los miembros de otras categorías, por ejemplo: la clasificación por zona de residencia (urbano-rural), en la que se asigna el 1 para la categoría urbano y 2 a la rural. Para lo cual se utilizó una escala de medición nominal, para representar relaciones de equivalencia y la operación básica es la clasificación. Las categorías deben abarcar todos los objetos que incluyan y un objeto no puede estar en dos categorías a la vez. Los números asignados a cada categoría solamente son “etiquetas”, por lo que podría elegirse cualquier otro símbolo en lugar de números. La autora (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008) continúa explicando que: “[...] la asignación de números a los atributos de los objetos se deriva de lo que denominamos niveles de medición, que se diferencian entre ellos por su grado de complejidad de los sistemas matemáticos que utilizan y las transformaciones matemáticas que admiten los datos para ser manejados y así obtener resultados comprensibles” (p. 24). La autora explica que la clasificación de estas escalas de medición va de la más elemental a la más compleja y se dividen en: escalas nominales o de categorización, escalas ordinales, escalas intervalares y escalas de razón.

Dentro de la psicología se imposibilita el uso de la escala de razón, debido a que hace uso del “cero absoluto”, y en psicología la medición siempre parte de algo.

La medición psicológica genera una puntuación de prueba o clasificación que refleja el atributo, y que ésta, no está diseñada para medir al individuo en su totalidad sino sólo a ciertas características de la persona, que se relacionan con la capacidad cognitiva, habilidades de aprovechamiento, temperamento, actitudes, intereses, etc.; estas mediciones son posibles cuando se emplean instrumentos de medición psicológica (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2008).

## ***Técnicas proyectivas***

Para Anastasi (2004, págs. 410-411), en contraste con los métodos de evaluación de la personalidad centrados en el individuo desde una perspectiva normativa basada en la estadística, surgen las técnicas proyectivas que están menos sujetas a la simulación. Los estímulos presentados son materiales no estructurados en los que se pide a la persona describir, contar una historia al respecto, completar o responder de alguna otra forma.

La autora documenta que estas técnicas surgieron en los medios clínicos, y que algunos de estos procedimientos se basaron para su desarrollo en la terapia artística que se empleaba con los pacientes psiquiátricos. Aunque la mayoría de ellas se fundamentan en la teoría psicoanalítica.

Las técnicas proyectivas son consideradas instrumentos altamente sensibles para rebelar aspectos inconscientes de la conducta puesto que provocan una gran variedad de respuestas subjetivas con mínimo de conocimiento por parte del sujeto evaluado. Permitiendo conocer el mundo emocional y su forma particular de interrelacionar el mundo físico y social y cómo organiza su pensamiento y conducta (Abt & Bellack, 1965).

A su vez, Bellack, Abt, y otros, han relacionado lo "proyectivo" del término con una referencia a las fuentes de comprensión e interpretación del enfoque del método psicoanalítico. Todos coinciden en que el sustrato teórico de estas técnicas es pues, el de las teorías dinámicas de la personalidad. El énfasis "*está en que proporciona una visión de la personalidad del individuo sincrética y una aceptación de un sustrato inconsciente en el que residen impulsos, tendencias, conflictos, necesidades, etc., todas ellas inferidas del comportamiento de los individuos humanos*" (Hammer, 1969, págs. 28-33).

Al respecto se quiere comentar que cuando se hace referencia a que las técnicas proyectivas favorecen la aparición de material inconsciente, este término no está siendo usado desde la tónica freudiana que Laplanche (1996) define así: [...] "*está constituido por contenidos reprimidos, a los que ha sido rehusado el acceso al*



*sistema preconsciente-consciente por la acción de la represión*" (p.306); sino que se hace referencia a que favorece en el evaluado la salida de material no reconocido.

Derivado de lo anterior, Aiken (2003) hace especial énfasis en que la aplicación e interpretación de una técnica proyectiva típica requiere de una mayor preparación; y sugiere que la interpretación que se haga de ésta, sea tomada solamente como posibilidad o hipótesis razonables que pueden o no ser confirmadas.

Sin embargo, la eficiencia de cualquier técnica que se emplee (estandarizada o proyectiva) se ve seriamente afectada cuando se lleva a cabo la interpretación debido a la falta de preparación del psicólogo usuario de las pruebas (Montenegro, 2010).

### **Pruebas referidas a criterio**

Las pruebas referidas a criterio son básicamente inventarios de conducta y escalas de desarrollo; en cuanto a las primeras tienen la finalidad de conocer con mayor detalle los comportamientos de los niños y, las segundas, son instrumentos de medición del desarrollo evolutivo, con los que pueden establecerse comparaciones de los logros conseguidos por los niños o grupos de niños. Generalmente está organizada con tareas de menor a mayor grado de dificultad que el niño deberá superar (en Silva, 2003, citado por Domènech & Gómez).

Las autoras señalan que durante los primeros años de vida del niño los objetivos de las escalas de desarrollo abarcan holísticamente el desarrollo del pequeño pero conforme las etapas se van diferenciando surgen instrumentos de medición más perfilados, dentro del concepto mismo de escala dirigido hacia procesos diferenciados y concretos.

De acuerdo con Johnson y Goldman (en Silva, 2003, citado por Domènech & Gómez), *"la evaluación del desarrollo es un proceso en el cual se obtiene información clínica con el objetivo de dar respuestas a preguntas del desarrollo y a generar estrategias apropiadas de intervención"* (p. 183)



Domèneche hace una clasificación de las principales pruebas de evaluación del desarrollo en los primeros 24 meses de vida del niño, clasificándolas de la siguiente manera: instrumentos de “cribado”; escalas generales de desarrollo psicomotor; escalas de desarrollo cognitivo y escalas que valoran especialmente el desarrollo social.

De acuerdo con la autora las técnicas de cribado ofrecen una forma accesible y rápida para detectar cualquier retraso o alteración del desarrollo del niño. Estos instrumentos tienen dos ventajas, que pueden ser aplicados a grandes poblaciones, y que pueden ser utilizados por profesionales no especializados en psicología clínica. Sin embargo, el autor sugiere que se deberá tener en cuenta que no generan diagnósticos, y que nunca deben sustituir una evaluación diagnóstica.

Las escalas generales del desarrollo son clásicamente denominadas escalas de desarrollo psicomotor o “baby-tests”. La mayoría de ellas proporciona un cociente de desarrollo del niño.

En cuanto a las escalas de desarrollo cognitivo algunas de ellas se basan en las etapas de la inteligencia sensorio-motriz de Piaget y otras en el modelo cognitivo de procesamiento de la información.

Un instrumento referido a criterio se emplea para determinar si el sujeto ha logrado las habilidades de un dominio en particular. El comportamiento del niño se mide en relación a un comportamiento específico, no en relación a un grupo normativo. El punto focal es lo que puede hacer y lo que no puede hacer, no cómo se compara con otros niños (Silva Moreno, 2003, págs. 173-184).

## 2.6 Características de los instrumentos de medición y evaluación psicológica

Para la mayoría de los teóricos en evaluación psicológica se considera importante que los instrumentos de medición y evaluación psicológica presenten características como la objetividad, confiabilidad, etc., que tienen mayor relevancia en pruebas estandarizadas.

- **Objetividad**

En una prueba, la objetividad se refiere al grado en que ésta es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias del aplicador o aplicadores que lo administran, califican e interpretan (Hernández Sampieri & et.al., 2008)

La objetividad será más relevante cuando está bien estandarizada la aplicación de la prueba, en cuanto a instrucciones y condiciones bajo las cuales se debe responder. Se debe tomar en cuenta la capacidad del aplicador de la prueba.

*“La validez, la confiabilidad y la objetividad no deben tratarse de forma separada. Sin alguna de las tres, el instrumento (la prueba) no es útil para llevar a cabo un estudio”* (Hernández Sampieri & et.al., 2008, pág. 288).

- **Confiabilidad**

En las pruebas psicológicas, la palabra *error* no significa que se haya cometido una equivocación (no hay respuestas buenas o malas). No tiene una connotación negativa, el término “error” hace referencia a que siempre habrá cierta imprecisión en nuestras mediciones. Por lo que se hace necesario calcular la magnitud de esos errores y encontrar maneras de minimizarlos.

Las pruebas que se estima que están casi libres de error de medición son consideradas como confiables, por el contrario cuando tienen “mucho” error de medición no son confiables.

En psicología, muchas cosas hacen difícil la tarea de medición, ya que por lo regular su interés está en medir características complejas tales como la inteligencia o la agresividad, los cuales son intangibles. Otro problema es que no se cuenta con reglas precisas para medir dichos rasgos, los examinadores deben usar “reglas de goma”; éstas pueden estirarse para sobreestimar algunas



mediciones y contraer para subestimar otras (Kaplan & Sacuzzo, 2006, pág. 100). El psicólogo debe tratar de entender la conducta humana basándose en pruebas confiables.

Diversos autores afirman que, y al parecer así es, la teoría del error de medición está bien planteada en psicología. Es más, se han creado sofisticados modelos matemáticos para cuantificar las variables “*latentes*” con base en mediciones múltiples. También, la “*teoría de respuesta al reactivo*” (IRT) ha aprovechado las tecnologías recientes para llevar a cabo la medición psicológica de forma importante, aunque esta teoría tiene su base en muchas de las ideas que Spearman introdujo hace un siglo (Kaplan & Sacuzzo, 2006, pág. 101).

La teoría clásica de la puntuación de prueba nos afirma que la calificación producida por una persona en una prueba está conformada por una puntuación real pero también por algún error no sistemático de medición. La puntuación real de una persona en una prueba específica es el resultado del promedio de las puntuaciones que obtendría si realizara la prueba un sinnúmero de veces, por lo que puede decirse que la puntuación real de una persona nunca podrá medirse de manera exacta. Siempre se debe considerar que los instrumentos de medición tienen fallas, por lo que la puntuación obtenida para cada persona generalmente difiere de la capacidad real o característica de la persona. El error de medición hace que exista diferencia entre la puntuación real y la observada.

El modelo de muestreo de dominio considera los problemas que surgen al usar un número limitado de reactivos “*para representar un constructo más grande o complicado*”. La medición considerada en el modelo de muestreo de la población es el error que se incluye en el momento en que se usa una serie de reactivos en vez de la población completa. En tanto más grande sea la muestra mejor se representará a la población, por lo tanto, “*a mayor cantidad de reactivos, mayor confiabilidad*” (Kaplan & Sacuzzo, 2006, págs. 103-104).

Cuando se arma una prueba, cada reactivo es un ejemplo de la capacidad o la característica que se pretende medir. Los autores señalan que las pruebas largas tienen muchos de estos ejemplos y las pruebas cortas tienen solo algunos, lo cual es cierto según lo expuesto, además de que cada reactivo debe representar



siempre la capacidad estudiada.

Se infiere que la confiabilidad puede estimarse a partir de la correlación de la puntuación de prueba observada con la puntuación verdadera, pero es difícil establecer la correlación porque no es posible obtener exactamente las puntuaciones reales.

Como las puntuaciones reales no están disponibles, se debe hacer la estimación de cuáles serían éstas. Kaplan y Saccuzzo (2006) nos dicen que dado que los reactivos se producen azarosamente de una población determinada, cada prueba o grupo de reactivos debería dar como resultado un estimado objetivo o imparcial de la puntuación verdadera, los autores abundan en que, "*debido al error de muestreo, diferentes muestras aleatorias de reactivos podrían producir diferentes estimaciones de la puntuación verdadera*" (p. 104). La distribución de estos estimados debería distribuirse aleatoria y normalmente. Si se realizan suficientes pruebas de la misma población, entonces podremos obtener una distribución normal de estimaciones imparciales de la puntuación verdadera. Para definir la confiabilidad, podemos realizar muchas pruebas paralelas aleatorias sacando al azar repetidas muestras de reactivos de la misma población. Entonces se podría encontrar la correlación que hay entre cada una de estas pruebas y cada una de las otras.

- **Confiabilidad de las técnicas proyectivas**

Anzieu (1981) dice que, de los instrumentos proyectivos se critica que su modalidad de interpretación es siempre subjetiva y por lo tanto no es científica. También se señala la dificultad en la posibilidad de llegar a generalizaciones válidas, o bien se marca la falta de estandarización y normatización que aumente sobre todo, su confiabilidad. Se ha cuestionado desde sus inicios la dificultad que poseen para sustentar criterios metodológicos.

Las técnicas proyectivas son considerados métodos que aprecian la subjetividad en un sentido global u holista, no la evalúan en el sentido cuantitativo puro sino que forman parte de un proceso de toma de decisiones que parte de un modelo teórico e intenta comprender y analizar un fenómeno concreto que puede ser real

o simbólico y que puede darse en un aspecto manifiesto o latente.

El autor define a la confiabilidad en estas técnicas en primer lugar por la estabilidad de las respuestas de un sujeto en dos administraciones sucesivas, habiendo eliminado el factor aprendizaje y en segundo lugar por el “*acuerdo entre los jueces*”, es decir, que diferentes jueces examinan el mismo material separadamente y llegarán o no a las mismas conclusiones. Lo que presupone la competencia y el grado de experiencia de los jueces y plantea dos métodos:

- a) Interpretación a ciegas, donde no hay información acerca del sujeto más que datos como la edad o sexo. Se ve si hay coincidencia y acuerdo entre los jueces sobre los puntos esenciales a interpretar.
- b) Equivalencia o combinación, en donde a un solo juez se le da el material interpretado. También se le provee de los perfiles de personalidad y resultados anónimos de la interpretación y este juez debe aparear el material correspondiente.

- **Validez**

Es un término lógico y epistemológico; como vocablo epistemológico, “validez” se refiere al hecho de que una proposición sea aceptada como verdadera. Es conveniente distinguir, pues (como ya propuso Kant), entre la validez de un conocimiento y el origen de este conocimiento. Así, aun cuando se admita que todos los conocimientos proceden de la experiencia, puede aceptarse que no todos los conocimientos son válidos en virtud de su origen en la experiencia (Ferrater, 2000).

Siguiendo a Kaplan y Saccuzzo (2006), en psicología “*la validez puede definirse como la concordancia entre la puntuación o medida de una prueba y la cualidad que se cree que está midiendo*”. En ocasiones, indican los autores, la validez se define como la respuesta a la pregunta “*¿La prueba mide lo que se supone debe medir? Para responder se utilizan estudios sistemáticos que determinan si los resultados de una prueba están justificados por la evidencia*” (p. 134).

El comité formado por la *American Educational Research Association* (AERA), la *American Psychological Association* (APA) y el *National Council of Measurement*



in Education (NCME) reconoce tres tipos de validez:

1. Relativa al constructo;
2. Relativa al criterio;
3. Relativa al contenido.

Aunque en ocasiones se les da otros nombres a los diferentes aspectos, casi siempre coinciden en estas categorías.

- **Relativa al constructo o los estudios de validez de constructo**

Un constructo es aquello que se crea en la mente con base en una información dada. No se puede considerar como un criterio objetivo, ya que no se trata como algo real y concreto.

Cuando se quiere medir algún atributo de la persona, el cual es intangible (amor, habilidades, memoria, percepción, etc.), se puede decir que ninguno de estos constructos está definido claramente y no hay un parámetro preciso para comparar los resultados de una prueba. Esto representa un problema para la medición.

*“La validez de constructo se establece mediante una serie de actividades en las que el investigador define algún constructo y simultáneamente desarrolla los instrumentos para medirlo”.* Este proceso es necesario cuando *“ningún criterio se acepta como totalmente adecuado para definir el atributo a medir”* (Kaplan & Sacuzzo, 2006, pág. 149).

- **Relativa al criterio o validez relativa a criterio**

La validez de criterio nos indica la correspondencia de un criterio con una prueba. El criterio debe estar bien definido, ya que será el parámetro para comparar la prueba. *“Un criterio es el estándar contra el que se compara la prueba”* (Kaplan & Sacuzzo, 2006, pág. 137).

Coeficiente de validez. Nos expresa la relación existente entre una prueba y un criterio. Este coeficiente indica el grado en que una prueba determinada es válida para hacer afirmaciones sobre el criterio.

En la práctica, los coeficientes en un rango entre 0.30 y 0.40 se consideran altos.



“Un coeficiente es estadísticamente significativo si las oportunidades de obtener su valor por probabilidad son muy pequeñas: por lo regular menos de 5%” (Kaplan & Sacuzzo, 2006, pág. 141).

- **Relativa al contenido o validez relativa al contenido**

Cuando hay una población representativa, y ésta se adecua al contenido de la prueba con respecto al atributo que se quiere medir, se da la validez de contenido, aunque hay que hacer énfasis en el cuidado que se debe tener para evaluar el contenido de cada reactivo.

Dentro de la validez de contenido hay dos nuevos conceptos que los autores consideran relevantes: la “*sub-representación de contenido*” que explica la impericia para comprender los elementos relevantes de un constructo; y la “*varianza de constructo irrelevante*” que surge cuando las puntuaciones tienen influencia de factores irrelevantes para el constructo.

- **Validez aparente**

Se habla de validez aparente cuando se simula la validez de una medida. En el caso de una prueba, se puede establecer la validez aparente, si los reactivos tienen que ver directamente con el propósito de la prueba. La validez aparente puede tener valor de relaciones públicas tanto para quienes responden la prueba como para los usuarios de la misma. Este tipo de validez no es una base aceptable para hacer inferencias interpretativas, partiendo de los resultados de la prueba.

- **Validez de las técnicas proyectivas**

Ahora bien, en cuanto a las técnicas proyectivas se puede proceder a realizar una validación convergente y concurrente, la primera consiste en comparar las puntuaciones de la prueba con otros indicadores paralelos o criterios externos, empleando técnicas de emparejamiento, en la que las descripciones de la personalidad resultantes de la prueba se comparen con las descripciones o datos de la misma persona tomados de la entrevista o alguna prueba psicométrica. La

convergencia significa: *“que la evidencia proveniente de diferentes fuentes y reunida en distintas formas muestra el mismo significado o un significado similar acerca del constructo”* (Kerlinger, 1997, pág. 476). En cuanto a la segunda, *“indica el grado en que las puntuaciones de prueba pueden ser usadas para estimar la posición presente de un individuo en un criterio”* consiste en comparar las puntuaciones de la prueba con otros indicadores paralelos o criterios externos (Cohen & Swerdlik, 2000, pág. 192).

Al respecto Corman (1967) dice: [...] *“debe recordarse siempre que un test proyectivo comúnmente brinda sólo probabilidades. Nos permite formular una o varias hipótesis sobre la personalidad del sujeto estudiado, hipótesis que debemos demostrar, lo que puede hacerse, [...] realizando otros tests de personalidad con el fin de obtener indicios convergentes”* (p.51).

## CAPÍTULO 3

# LOS ATRIBUTOS PSICOLÓGICOS, SU MEDICIÓN Y EVALUACIÓN PSICOLÓGICA EN LOS NIÑOS

A continuación se describirán los atributos psicológicos y las diferentes técnicas que se utilizan dentro de la medición y evaluación psicológica en las que se incluyen la entrevista y las pruebas psicológicas de acuerdo al área que evalúan.

### **3.1 La entrevista psicológica como fundamento para la elección de la batería**

Dentro de las herramientas que se utilizan para la realización de la evaluación psicológica la entrevista juega un papel muy importante, la que generalmente, consiste en una reunión concertada de manera formal y de la que se puede decir es el primer paso del proceso de evaluación.

Sullivan (1979) define la entrevista de la siguiente manera: *“La entrevista psiquiátrica es, principalmente, una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”* (p. 26).

Díaz Portillo (1998, págs. 23-24) señala que la entrevista psicodinámica brinda la oportunidad de esclarecer la conducta del entrevistado; objetivo que no se logra cuando el entrevistador acota el interrogatorio y sólo se explora el material que el entrevistado conoce de sí (o del que está consciente) y está dispuesto a compartir. La entrevista estructurada desdeña los mecanismos defensivos inconscientes; que pueden ser traducidos en olvidos, omisiones y desplazamientos, cuyo objetivo es



evitar la aparición de afectos desagradables; a medida que el entrevistado se va sintiendo amenazado por las preguntas del entrevistador, bien porque éstas se acercan a conflictos inconscientes; bien, porque son la causa de los síntomas que lo llevan a solicitar ayuda; o, porque pelagra su autoestima.

A lo anterior la autora agrega que el evaluador debe tener presente sus propias características personales, como sexo, edad, constitución física, tono y acento de voz, así como la indumentaria, por sólo poner unos ejemplos. Estas características intervienen en las fantasías que el paciente crea, resultado de su conflictiva personal; también, debe estar consciente de los afectos que despierta en sí mismo la personalidad del entrevistado.

La autora hace hincapié en la entonación y ritmo de la conversación, en los *lapsus u omisiones*, puesto que al saber interpretarlos se obtiene de ellos información importante para el entendimiento de áreas de conflicto en la vida del paciente.

La entrevista por su estructura puede ser abierta, cerrada o mixta y se clasifica de acuerdo a su objetivo en diagnóstica cuyo objetivo es determinar el carácter de las dificultades del entrevistado; o terapéutica que se aboca a un tratamiento continuado y ambas son parte del proceso de evaluación y aunque no se da una continuidad entre las dos, cambian sus metas a alcanzar; de acuerdo a los momentos que se dan dentro de la relación psicólogo-paciente: entrevista inicial o historias biográficas (Montenegro, 2010). La entrevista de acuerdo al escenario en que se aplica puede ser clínica, laboral y educativa. Tomando en cuenta su número de participantes puede ser individual, en este tipo de entrevista el entrevistado y el entrevistador forman un conjunto o grupo en su totalidad, están interrelacionados y la conducta de ambos es interdependiente; en la grupal, como su nombre lo indica hay más de dos participantes y permite conocer, tanto a través de los entrevistados, como a través de las interacciones que en el momento de la entrevista se da entre los participantes (Aiken, 2003, págs. 350-361).

En el campo de la entrevista se dan fenómenos como la transferencia y la contratransferencia, mismos que pueden ser estudiados como una asignación de

roles por parte del entrevistado y una percepción de los mismos por parte del entrevistador (Díaz Portillo, 1998).

La elección de hacer una entrevista estructurada o no estructurada dependerá principalmente del objetivo que se persiga y de las características de los participantes, ya que algunos entrevistados responden mejor ante una entrevista más flexible; sin embargo hay quienes dan mejor información cuando se emplea una entrevista más estructurada.

En cuanto a los entrevistadores, Aiken (2003) dice que los de menor experiencia prefieren las entrevistas cerradas, puesto que una entrevista abierta requiere de mayor tiempo, habilidad y experiencia de parte del entrevistador. Por ejemplo cuando es necesario obtener información sobre temas muy específicos, como es el caso de las entrevistas en situación de selección de personal, resulta beneficioso un enfoque estructurado.

Las entrevistas clínicas tienen como propósito el ingreso a una dependencia social u hospital psiquiátrico, las de diagnóstico ayudan a conocer y determinar las causas de la problemática de un individuo y las de tipo terapéutico brindar ayuda.

Con respecto a la entrevista inicial Sattler (2003) dice que *“está diseñada para informarle a los entrevistados acerca del proceso de evaluación y para obtener información pertinente para el diagnóstico, tratamiento, regularización o asignación a programas especiales”* (p. 5).

Como ejemplo de una entrevista altamente estructurada se encuentra la Entrevista para síndromes psiquiátricos en niños y adolescentes ChIPS, basada estrictamente en los criterios del DSM-IV, la cual detecta la presencia de 20 trastornos psiquiátricos, tales como: Trastorno por déficit de atención con hiperactividad, Trastornos negativista desafiante, Trastorno disocial, Abuso de sustancias, Trastorno de ansiedad por separación, Trastorno obsesivo-compulsivo, Trastorno por estrés postraumático, Anorexia, Bulimia, Enuresis, Encopresis, Esquizofrenia y Psicosis. Esta entrevista cuestiona los estresores psicosociales, incluyendo el abuso o abandono del niño. Evalúa personas entre 6 y 18 años de edad, de forma individual, el tiempo de aplicación es variable.



## **3.2 Las pruebas psicológicas de acuerdo al área que exploran**

### **✓ *Área intelectual***

Una demanda constante de parte de los maestros es: evaluar la capacidad intelectual del niño, su interacción con el ambiente; así como con los métodos de aprendizaje y de qué forma esa capacidad intelectual se ve afectada por la personalidad del niño.

Se empezará por definir la inteligencia, Raymond B. Catell acepta el concepto de "g" (En la teoría de inteligencia de Spearman, es un factor común que representa el poder de razonamiento abstracto que subyace a una amplia variedad de ítems) y lo divide en inteligencia cristalizada que depende de la estimulación cultural, información orientada a la realidad y las tareas que se relacionan con ella son: vocabulario, información general y problemas aritméticos. Por el contrario la inteligencia fluida requiere de pocos conocimientos específicos, se relaciona con la habilidad para establecer relaciones complejas y resolución de problemas (series de números, visualización espacial, matrices). Entre los niños que han tenido una educación y cultura semejantes ambos tipos de inteligencia están altamente correlacionadas, esta relación se debe probablemente a que los niños con una inteligencia fluida alta adquieren información específica con mayor facilidad. Pero cuando los niños difieren en sus experiencias culturales y educativas y son examinados estas habilidades son más fáciles de identificar; los niños con igual capacidad fluida rinden diferente en los tests que enfatizan las tareas cristalizadas. De acuerdo con lo anterior el sesgo cultural tiene implicaciones importantes en la medición de la inteligencia. Como se puede ver el ambiente familiar y educativo en el que se desenvuelva el niño tendrá un peso importante en el resultado que pueda obtener en una evaluación (Berk, 2008).

En muchos casos el evaluador no toma en consideración situaciones, tales como: la muerte de alguno de los padres, la separación o divorcio de éstos, la violencia intrafamiliar o quizá que, el niño está inmerso en resolver la problemática interna



propia de su etapa de desarrollo y no tiene en ese momento la capacidad de poner atención en cuestiones académicas, eventos que pueden marcar una diferencia en el resultado de la evaluación. Por lo que no se debe dejar de lado la gran importancia que tiene el aplicar el instrumento adecuado para "ese niño" que se pretende evaluar.

También hay otros factores que en muchas ocasiones los maestros olvidan, los aspectos no intelectuales que juegan un papel determinante en el desempeño escolar del menor. Dentro de la literatura sobre evaluación psicológica infantil se presentan ejemplos de individuos que han sido enviados a escuelas de educación especial por haber "tenido un cociente intelectual bajo", y que posteriormente demostraron tener una inteligencia normal.

Por su parte, Wechsler (1984, p. 3) dice que: *"La inteligencia es la capacidad global de un individuo tendiente a entender y enfrentar al mundo que la circunda.* Las Escalas Wechsler son una herramienta útil en la evaluación para identificar inteligencia sobresaliente, retraso mental, fortalezas y debilidades cognitivas. Sus resultados brindan apoyo en la planeación de tratamientos en ámbitos clínicos y educativos. A manera de ejemplo se mencionará, que a través de este instrumento, se pueden conocer algunas operaciones básicas del pensamiento como son: análisis y síntesis, que constituye la división o unificación mental del todo en sus partes, o la combinación de las cualidades, aspectos o partes de los objetos. En el proceso cognitivo, el análisis descompone, destaca y desecha lo que no es esencial, formando un mapa mental acerca de la estructura o relación fundamental del objeto. Este mapa es el resultado de la síntesis (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

La escala del WISC (traducida) que apareció en EUA en 1949, se utilizó en México desde 1960 hasta 1969, tanto en el ámbito clínico como educativo, posteriormente se utilizó el WISC-R a partir de su aparición en 1970 y hasta 1979. *"Ambas versiones de la escala se usaron tomando como referencia para la calificación las normas estadounidenses, hasta que en México se estandarizó la prueba con la denominación de WISC-RM. (pág. 37, 38).*

Para el nivel escolar el WISC-R, constituye la prueba de inteligencia más conocida y utilizada. La primera publicación de la escala, en la forma que se le conoce, se remonta a 1974, 25 años después de la publicación del WISC (1949) de la que se derivó.

Para la estandarización del WISC-R fueron utilizados los datos del censo de 1970 de EUA, la muestra fue de 2,200 casos. Cada caso fue descrito en términos de edad, sexo, raza (blancos y no blancos), región geográfica y grupo ocupacional del jefe de familia (urbana y rural). Con respecto a la edad se incluyó a 200 niños en cada uno de los 11 grupos de edades (6<sup>1/2</sup> hasta los 16<sup>1/2</sup> años); la muestra comprendió 2,200 casos. En relación al sexo la muestra incluyó 100 niños y 100 niñas en cada uno de los niveles de edad. En la categoría de raza (blanca y no blanca); en el grupo de no blancos se incluyó a negros así como indios americanos y orientales. A los portorriqueños y chicanos se les clasificó como blancos y no blancos de acuerdo con sus características físicas visibles. Para la región geográfica EUA fue dividido en cuatro grandes áreas: Noreste, Norte central, Sur y Oeste. La selección de los casos por el grupo normativo se realizó de acuerdo a la proporción de niños que habitaba cada región. Para la ocupación de los jefes de familia se formaron cinco grupos ocupacionales que se concentraron a partir de las diez categorías del censo, fueron los que se establecieron para la estratificación de la muestra: 1) Profesionales y trabajadores técnicos; 2) Gerentes, oficiales, propietarios, empleados de oficina, vendedores; 3) Artesanos y contra maestres; 4) Operadores, empleados de servicio (incluidos servicios domésticos), granjeros y administradores de granjas y 5) Peones, capataces y peones de granja. El criterio de residencia urbana-rural fue determinado, si las comunidades contaban con 2,500 o más habitantes fueron consideradas como urbanas y las más comunidades más pequeñas como rurales. Los suburbios ubicados alrededor de las grandes ciudades fueron clasificados como urbanos.

La muestra de estandarización se limitó a niños "normales". Fueron excluidos de la muestra niños que presentaran anomalías mentales, graves problemas



emocionales o niños institucionalizados. Un criterio de inclusión en el caso de estos niños fue que aunque hubiera sospecha de anormalidad mental, si vivían en casa fueron elegidos. En cuanto a los niños bilingües se les aplicó la prueba solamente si hablaban y entendían inglés. Sólo se admitió a un niño por familia. El examen de los casos de estandarización, tuvo lugar de diciembre de 1971 enero de 1973 (Wechsler, 1984).

Al ver las grandes ventajas que brindaba el WISC-R, en 1984, Margarita Gómez Palacio M., Eligio R. Padilla y Samuel Roll hacen una versión adaptada a la población infantil mexicana, estandarizando el WISC-R que dio lugar al WISC-RM. Las normas del WISC-RM se derivaron de niños y adolescentes mexicanos en México, Distrito Federal. El rango de edades de la escala va de 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses. La población de estudio estuvo formada por estudiantes inscritos en escuelas primarias y secundarias oficiales de la Secretaría de Educación Pública en México, D. F., en el ciclo escolar 80 – 81, en los turnos matutino y vespertino. Esta información fue proporcionada en julio de 1980, por la Dirección General de Estadística, SEP, la población abarcaba un número total de aproximadamente 1'834,238 estudiantes inscritos en 2,046 escuelas primarias y 535 escuelas secundarias.

En relación con la edad y sexo la muestra de estandarización incluyó a 100 estudiantes de cada uno de los rangos de edades, después de los 6 años y 6 meses hasta los 16 años y 6 meses. La muestra total estuvo conformada por 1,100 casos. Cada uno de los niños fue examinado hasta seis semanas de su medio año cumplido. La muestra integró 50 estudiantes del sexo masculino y 50 estudiantes del sexo femenino en cada uno de los rangos de edad.

Para poder generalizar los resultados que se obtuvieron de la población descrita con anterioridad, se realizó lo siguiente: todos los sujetos que cumplían con los requisitos de edad de acuerdo al acta de nacimiento y que pertenecían al grado escolar determinado de antemano, tuvieron oportunidad de ser escogidos. Los datos se tomaron de los registros con que cuenta cada escuela. Una vez recopilados los datos se realizó una lista para cada nivel de edad, de éstas se



seleccionaron los sujetos por medio de una tabla de números aleatorios. Se tuvo una lista de sujetos para suplir a los niños que no aceptaran participar (Wechsler, 1984).

El WISC-III se estandarizó con una muestra representativa de la población infantil del Censo de 1988 de Estados Unidos. La muestra estuvo formada por 2 200 niños once grupos de edad, con edades desde los 6 y los 16 años, en cuanto al género se incluyeron 100 niños y 100 niñas en cada grupo de edad. Durante la estandarización se guardaron las proporciones de los diferentes grupos étnicos-raciales, en los que se consideraron blancos, afroestadounidenses, hispanos y otros. La población de niños incluidos, fueron de las principales regiones de Estados Unidos, noreste, norte, central, oeste y sur que fueron especificadas en los informes del censo. La estratificación de la muestra se hizo de acuerdo a los años de escolaridad del padre.

Por su nueva estructura y normas establecidas en el WISC-III se hizo posible interpretar detalladamente los factores de Comprensión verbal, Organización perceptual, Ausencia de distractibilidad y Velocidad de procesamiento. Su uso fue mínimo porque no se comercializó en México, por lo que se empleó la versión traducida y estandarizada en Argentina (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

El WISC-IV surge en Estados Unidos en el 2003 y en el 2005 se estandarizó en México, participaron 1 200 niños y adolescentes escolarizados, de edades entre los 6 y los 16 años 11 meses, 100 niños por cada grupo de edad. La muestra se tomó de zonas urbanas y suburbanas de 10 estados de la República Mexicana, ubicados en el sureste, noroeste, occidente, centro norte y centro, además de Distrito Federal y Estado de México. No se buscó extender los resultados a niños y adolescentes de zonas rurales, ni para quienes su lengua materna no fuera el español.

Para la selección de la muestra, se balanceó a priori tipo de escuela, género y el estudiante fue seleccionado al azar de un salón que correspondía al grado y grupo de edad.

Los criterios de exclusión fueron la presencia de discapacidad física o intelectual evidente, presencia de enfermedad física aguda al momento de la evaluación, no tener como lengua materna el español o provenir de medio rural. Para el control de calidad se desecharon formas incompletas, mal llenadas o simuladas.

La muestra final constó de 1 138 niños y adolescentes mexicanos provenientes de zonas urbanas y suburbanas de distintos niveles sociales que asistían a escuelas públicas y privadas (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007).

Aunque las Escalas de inteligencia Wechsler son las más utilizadas, también se encuentran en el mercado, otros instrumentos para medir la capacidad intelectual de los niños, de entre ellas las más usadas son:

McCarthy (MSCA) que permite obtener puntuaciones o índices de diferentes conductas cognitivas y motrices en seis escalas: verbal, perceptivo-manipulativa, numérica, general cognitiva o índice general intelectual, memoria y motricidad. Es aplicable a niños de edades comprendidas entre 2a 6m y 8a 6m.

Otra de las pruebas muy utilizadas es la de matrices progresivas de Raven (RPM) es una de las pruebas no verbales, cuya aplicación puede ser grupal. Principalmente en el ámbito educativo, es una prueba apropiada siempre que se necesite conocer la capacidad intelectual de un individuo y para comparar y razonar por analogía, independientemente de los conocimientos adquiridos de acuerdo al contexto cultural en que se encuentre el sujeto (Kaplan & Sacuzzo, 2006). La prueba expone al individuo a que eduzca determinadas relaciones entre ciertos ítems (series A, B) y de correlaciones entre ítems y relaciones (series C, D, E). Es un test factorial que busca medir el factor general (Raven, 1989).

Mientras que los latinos y afroamericanos generalmente califican aproximadamente 15 puntos por debajo que los caucásicos en las escalas Wechsler y Binet, en el Raven la diferencia es de 7 u 8 puntos. Por lo tanto, se considera de gran utilidad usarla en la selección de niños superdotados afroamericanos y latinos desfavorecidos (Kaplan & Sacuzzo, 2006).



La Escala de Inteligencia de Stanford-Binet última versión. Indicada para individuos de 2 años hasta adultos (no se especifica edad). Mide inteligencia general y cuatro factores intelectuales: razonamiento verbal, razonamiento cuantitativo, razonamiento abstracto/visual (espacial) y memoria a corto plazo. Dentro de estos factores hay 15 subtests que permiten un análisis detallado de las habilidades mentales de cada niño. Los factores verbal y cuantitativo enfatizan la inteligencia cristalizada. Por el contrario el factor de razonamiento abstracto/visual utiliza la inteligencia fluida. Se cree que está menos sesgado culturalmente porque requiere poca información específica. Está diseñada para que sea sensible a niños de minorías étnicas y a niños con incapacidades físicas y para reducir el sesgo de género (Silva Moreno, 2003).

### ✓ **Área afectiva**

Los primeros cinco años de vida son un momento crítico en el desarrollo del niño. El desarrollo social y emoción al temprano de los niños depende de una variedad de factores, incluyendo los genes y la biología (salud física, salud mental y desarrollo del cerebro), factores ambientales y sociales (familia/comunidad, cultura, economía). Factores que pueden tener una influencia positiva o negativa en el desarrollo del niño. Un niño social y emocionalmente saludable no tendrá dificultad en adaptarse en la escuela, tendrá buenas experiencias de aprendizaje y podrá desarrollar relaciones saludables con maestros y compañeros (Alkon & Marcano, 2000). Sin embargo, en algunos casos esto no sucede así, y en esto pueden incidir factores como: abuso del niño, exposición a la violencia en el hogar o la comunidad, altas expectativas de los padres, la habilidad de los padres para enfrentar las demandas del niño, la autoestima de los padres, etc. La conducta es la principal vía por la cual, los niños dan a conocer al adulto cuáles son sus necesidades. Los niños cuando son pequeños y no pueden expresar sus necesidades, lo hacen a través de sus expresiones emocionales, llorar, balbucear o sonreír.

Dentro de las tareas del desarrollo del niño en edad escolar están las de adecuar su conducta y su ritmo de aprendizaje a las exigencias del sistema escolar,



logrando así interactuar socialmente en forma adecuada con adultos fuera del sistema familiar y con su grupo de pares, el cumplimiento de éstas, es básico para el desarrollo de una buena autoestima y actúa como elemento protector de la salud mental del niño; sin embargo, existe un grupo relativamente importante de la población infantil en que este desarrollo armónico no se da, lo que determina estilos cognitivos y conductuales diferentes, en este grupo están los niños que son etiquetados con problemas de conducta, problemas de aprendizaje o trastornos del desarrollo. La familia y la escuela del niño hiperactivo, impulsivo, con juicio pobre, poco tolerante a la frustración y a veces destructivo, reaccionan con enojo, rechazo, aislamiento o vergüenza. Reacción que determina a su vez, que el niño tenga sentimientos de enojo, frustración, aislamiento y pobre autoimagen, que a su vez aumentan el rechazo a que es sometido el menor (Alkon & Marcano, 2000).

Dentro de las técnicas más utilizadas para evaluar aspectos emocionales del niño se encuentra la Prueba del dibujo de la figura humana (DFH), el Test de apercepción infantil (CAT), el Test del árbol, persona, casa y el Test de la Familia.

A manera de ejemplo se hará una breve descripción del DFH, en el que la integración pobre de las partes de la figura puede asociarse con inestabilidad emocional, personalidad pobremente integrada, impulsividad o dificultad en la coordinación visomotriz. La inmadurez puede deberse a factores emocionales o a daño neurológico. Las ansiedades, los conflictos o las actitudes pueden ser expresados de distintas maneras por niños diferentes, o por el mismo pero en un momento distinto (Koppitz E. , 2007). La autora subraya que *"no es posible efectuar un diagnóstico o una evaluación significativa de la conducta o dificultades de un niño sobre la base de un signo aislado del DFH"*. Para la interpretación del dibujo deberá considerarse la edad, maduración, estado emocional, nivel sociocultural, el dibujo total y la combinación de varios signos e indicadores para posteriormente relacionarlo con los datos de otras pruebas.

Hay que mencionar que si bien, el retraso en el desarrollo, el deterioro neurológico o la regresión, debida a perturbaciones emocionales, indican por sí mismas

inmadurez en el niño, no excluye que la inmadurez pueda ser resultado de los tres factores al mismo tiempo.

Koppitz y Machover (2007), coinciden en que el sombreado de los DFH es normal en niños pequeños y no es forzosamente un indicador de psicopatología, sin embargo, a medida que el niño crece, el sombreado va tomando un significado importante dentro del diagnóstico.

El sombreado de la cara se considera poco común a cualquier edad, se le considera como un indicador válido para todos los niños entre 5 y 12 años. De acuerdo a las investigaciones de Koppitz, este indicador se presentó con mayor frecuencia en dibujos de pacientes clínicos y de niños manifiestamente agresivos y que robaban. Se consideran dos tipos de sombreados: el que cubre toda la cara de manera que se pierden las facciones, éste siempre fue hecho por niños seriamente perturbados, excesivamente ansiosos y con pobre autoconcepto, y el sombreado que se limita a una parte de la cara (boca, nariz, ojos), realizado por niños menos perturbados. Este sombreado parcial parecía reflejar ansiedades específicas, alusivas a la parte sombreada o a las funciones de la misma. El sombreado de los brazos reflejaba sentimientos de culpa, por actividades masturbatorias o bien, por sentimientos de culpa por impulsos agresivos.

La figura pequeña se encontró con mayor frecuencia en dibujos de pacientes clínicos, alumnos de clases especiales y niños tímidos. Parecía manifestar inseguridad, retraimiento y depresión. La figura grande se encontró con frecuencia en dibujos de niños pequeños, no tiene significado clínico sino hasta los 8 años de edad en ambos sexos; a partir de esta edad y en adelante, la figura grande se presentó con mayor frecuencia en pacientes clínicos, en dibujos de niños agresivos y que robaban. También parecían estar relacionadas con expansividad, inmadurez y pobre control interno.

Las transparencias fueron más usuales en protocolos de pacientes clínicos y lesionados cerebrales que en dibujos de niños bien adaptados. Los niños que tenían antecedentes de robo y los que eran abiertamente agresivos dibujaron



transparencias con mayor frecuencia que los tímidos, este hecho lo relaciona la autora con inmadurez, impulsividad y *acting out*.

En el caso de los dibujos con dientes, éstos fueron frecuentes en todos los grupos de niños, bien adaptados, mal adaptados y pacientes clínicos, con excepción de los niños tímidos. Como este indicador se presentó más en niños manifiestamente agresivos y no en los dibujos de niños retraídos, la autora concluyó que los dientes son un signo de agresividad, y no solamente de agresividad oral. Consideró que no toda la agresividad es negativa; que en los niños cierto grado de este atributo es normal y necesario. Por lo que señaló que los dientes en los dibujos de los niños no pueden interpretarse como un signo de perturbación emocional si no hay otros indicadores emocionales en el protocolo. En caso de que se presenten junto con otros indicadores, se vuelven significativos para el diagnóstico (Koppitz E. , 2007, págs. 86-109).

Lo anterior, no son más que unos cuantos ejemplos, de los muchos indicadores que se pueden encontrar en los dibujos de los niños. Mismos que deberán interpretarse con suma precaución, como lo indica la autora a lo largo de su obra, relacionándolos con otras pruebas y nunca tomando un indicador como representativo de la personalidad del menor.

En relación con el Test de apercepción infantil (CAT), es un método aperceptivo tiene como objetivo, ayudar a comprender al niño en su manera de relacionarse con figuras importantes y sus pulsiones. A través de sus láminas de dibujos de animales se infieren respuesta para distintos temas, como problemas alimenticios, escena primaria, actitud hacia figuras parentales, rivalidad entre hermanos, entre otras. También se encuentran en el mercado sus versiones CAT-H que presenta figuras humanas y el CAT-S cuyas láminas "*no necesariamente atañen a problemas universales*", puede emplearse en situaciones específicas con el propósito de educir temas determinados (Bellak & Abrams, 2000, págs. 299, 319-320, 401).



## ✓ **Área perceptomotora**

También tenemos que dentro de la valoración infantil resulta importante evaluar la percepción visomotora, que se relaciona con el proceso de maduración neurológica. Se dice que el sistema nervioso del niño está maduro cuando se producen, a ritmo normal, ciertas pautas de conducta innatas, que se van sucediendo una a otra de manera natural, por ejemplo: sostener la cabeza, voltearse, sentarse, gatear, etc., estos cambios suceden sin que los anteceda un aprendizaje.

Al respecto, Koppitz (1995) señala tres funciones básicas de la percepción visomotora que se relacionan con el desempeño escolar, para las que el niño deberá poseer cierto grado de madurez. Las funciones son: la capacidad de percibir el dibujo como un todo limitado, y la posibilidad de iniciar o detener una acción a voluntad, media en el aprendizaje, especialmente de la lectura, ya que el niño deberá reconocer el inicio y el final de una palabra.

La capacidad de percibir y copiar correctamente las líneas y figuras en cuanto a orientación y forma. Influye al escribir letras con todos sus ángulos y curvas, así como leer de izquierda a derecha.

La capacidad de integrar partes a una Gestalt. Participa en la formación de palabras completas con letras aisladas y en la comprensión de conceptos aritméticos. Mallinger (en Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007) encontró que los niños que tienen problemas de aprendizaje, cometen más errores en la realización del Bender, que quienes no presentan este problema.

Koppitz (1995) investigó si su escala de maduración podía correlacionarse con problemas de desempeño en la lectura. Concluyó que, en efecto, hay ciertos errores en los Bender de los niños, que se pueden asociar con problemas de lectura, y éstos son:

- Dificultad para discriminar entre puntos y círculos.
- Dificultad para discriminar entre curvas y ángulos.

- Mayor tendencia a la rotación.

De acuerdo con Esquivel (2007) la realización del Bender se relaciona de manera importante con el desempeño escolar. Es importante mencionar que a través de esta prueba es posible detectar algunos aspectos emocionales, lo que puede indicarnos si el bajo rendimiento escolar se debe a factores perceptuales o emocionales.

Dentro de los indicadores emocionales se puede encontrar:

Orden confuso, que se observa en la falta de orden de las figuras en el papel. En niños pequeños esto es normal. En los que han madurado en el manejo del espacio, puede interpretarse como una incapacidad de planeación y organización del material, esta última puede deberse a factores emocionales.

La línea ondulada se asocia con inestabilidad, tanto en la coordinación motora como, en la personalidad. Su origen puede deberse a factores orgánicos y emocionales.

Los círculos sustituidos por rayas, los realizan generalmente niños impulsivos o con falta de interés.

El aumento progresivo del tamaño, se presenta en niños con baja tolerancia a la frustración.

Gran tamaño de la figura, se relaciona con niños que presentan *acting out*.

Las figuras de tamaño pequeño las dibujan niños tímidos y retraídos.

Las líneas finas se asocian también con timidez y retraimiento.

El repaso del dibujo o de los trazos, la autora lo relaciona con impulsividad y agresividad.

Cuando el niño hace una segunda tentativa e inicia el dibujo en otra parte del papel, se asocia con impulsividad y ansiedad.

Por último, la autora (Esquivel, Heredia, & Lucio, 2007, págs. 97-99, 117-119, 121-123) hace referencia a la expansión, que se observa en niños en edad escolar y que parece ser un indicador de perturbación o daño neurológico.

Dentro de las pruebas referidas a criterio más utilizadas se encuentran:

El Inventario de habilidades básicas, cuyo objetivo es vincular el diagnóstico con el tratamiento de problemas asociados al retardo y determinar habilidades que posea el niño, así como habilidades no adquiridas. El inventario tiene tres objetivos particulares:

1. Sentar las bases para la realización de la programación educativa: para derivar objetivos, procedimientos y actividades incluidas en el programa de instrucción.
2. Brindar una serie de estrategias que sirvan para agrupar sujetos que tengan similitud en sus repertorios en contraste a las estrategias tradicionales (edad, CI, etiquetas).

Que se pueda usar como modelo de trabajo y que pueda ser adaptado a distintas condiciones como instituciones o consultorios (Macotela & Romay, 2007, pág. 21).

La Escala Bayley de Desarrollo Infantil proporciona una triple base de evaluación del desarrollo del niño en los primeros 30 meses de vida. Se conforma de tres partes:

- a) La escala mental que evalúa la agudeza sensorio-perceptiva, la discriminación y la capacidad de respuesta a estímulos, así como, la adquisición temprana de la constancia de objeto, memoria, aprendizaje y capacidad para la resolución de problemas; las vocalizaciones al comienzo de la comunicación verbal; la capacidad temprana para generalizar y clasificar, base del pensamiento abstracto. Los resultados de la aplicación de la escala mental se da en puntuaciones típicas o índices del desarrollo mental (IDM).
- b) La escala de psicomotricidad proporciona una medida del grado del control del cuerpo, coordinación de músculos grandes, habilidad manipulativa de



manos y dedos. Los resultados se expresan en puntuaciones típicas o índices del desarrollo psicomotriz (PDI).

- c) El registro del comportamiento del niño se completa después de la aplicación de las dos escalas antes mencionadas. Este registro ayuda a evaluar la forma en que se relaciona el niño con su entorno, que se expresa en actitudes, intereses, emociones, energía, actividad y formas de aproximación o evitación de los estímulos (Bayley, 1969, pág. 10).

### **3.3 El reporte psicológico**

A través de los resultados de los instrumentos seleccionados se podrán conocer las diferencias individuales del evaluado, sus formas de afrontamiento, su personalidad, las causas de su problemática, sus potencialidades y debilidades, la manera en que establece sus relaciones interpersonales, para poder tomar, de manera acertada las decisiones más pertinentes en la elección de las técnicas y estrategias de tratamiento.

Se deberá ser sumamente escrupuloso al calificar, interpretar y analizar los resultados, por lo que el evaluador deberá tener amplio conocimiento en la forma de calificación de los instrumentos elegidos.

Puesto que el reporte psicológico producto de este proceso evaluativo es una parte fundamental de la evaluación, ya que es el medio de comunicación entre el evaluado o institución que solicitó la evaluación y el evaluador; en él se debe dar respuesta al motivo de consulta de una manera clara, congruente, confiable y dentro del menor tiempo posible y que en éste deberán ser incluidas alternativas de solución para la problemática que vive el sujeto.

El informe psicológico puede influir tanto en el adulto, como en el niño y su familia en los años siguientes, su elaboración bien merece extremo cuidado y consideración.

Sattler (2003) afirma que el reporte psicológico debe tener fundamentos sólidos y no sólo presentar los hechos; que los resultados de la evaluación deben estar integrados en él, junto con la información obtenida como resultado de la entrevista, misma que debe incluir datos referentes al pasado y presente del evaluado. Que en el informe se debe presentar todo lo que se conoce de éste, con absoluto respeto por su idiosincrasia y *“considerar a la persona examinada como un individuo dentro del contexto de su propia vida y no simplemente como un estímulo para recopilar los datos”* (p. 720).

Los informes psicológicos tienen gran variedad de propósitos y están dirigidos a distintas personas como, psicólogos, psicoterapeutas, médicos, maestros o padres del niño, entre otros, pero también pueden dirigidos a diversas instituciones como clínicas o escuelas. El reporte psicológico siempre debe redactarse teniendo en cuenta el funcionamiento cognoscitivo, emocional y social del niño y puede variar en el estilo o extensión, dependiendo de a quién va dirigido.

A continuación se ofrece un formato estándar que de acuerdo a Sattler (2003, pp. 719-738) son las partes que debe considerar un reporte psicológico.

- **Ficha de identificación.** Nombre, fecha de nacimiento, edad, escuela de pertenencia, grado, solicitado por, fecha de evaluación.
- **Instrumentos de evaluación.** Entrevista padres, niño, pruebas psicométricas y proyectivas utilizadas.
- **Motivo de consulta.**
- **Información sobre antecedentes.** (Padres, maestros, expediente educativo, médicos, etc. Implica situaciones que haya atravesado la familia, mudanzas, enfermedades, pérdidas).
- **Historia vital del niño.** Sucesos de vida importantes que haya vivido, hitos del desarrollo, pautas de maduración.
- **Historia Escolar.** Rendimiento escolar, áreas de desarrollo positivo, materias con mayor dificultad, relación con maestros, pares, amigos, nivel de participación escolar.
- **Observaciones durante la evaluación.** Implica su nivel de cooperación durante la evaluación, participación, conducta verbal, conducta no-verbal, que manifestó durante la entrevista y la evaluación.



- **Resultado de la evaluación.** *Área intelectual y cognitiva:* nivel de inteligencia, áreas de conflicto, si las hay, aptitudes escolares destacadas. *Área emocional:* capacidad de adaptación, forma en que se relaciona con los demás, estabilidad emocional, qué tipo de conflictos emocionales están presentes, nivel de ansiedad, tolerancia a la frustración, nivel de agresividad-hostilidad, relación con pares, comportamiento en escuela y familia. *Nivel de maduración:* contiene lo evaluado respecto a su nivel de maduración actual y lo esperado para su edad.
- **Conclusiones, sugerencias.** Se hace relevante la información más esencial, recomendaciones de ayuda para el hogar y escuela, institución o programa al que puede ser canalizado en caso necesario.
- **Ámbito familiar.** Cuando la consulta es por problemas, comportamientos o sintomatologías que perciben los padres en su hijo se debe apuntar a lograr una comprensión general del desarrollo del niño, de su personalidad para orientar a los padres al respecto, al tipo de conflictiva que vive el niño o disfunción familiar de la que el niño solo es el emergente, qué dificultades específicas se le atribuyen.
- **Ámbito escolar.** Como la consulta se genera por demanda de la escuela, el informe que se brinda a la escuela debe dar respuesta específica a la inquietud de la institución, evitar en lo posible dar información de aspectos de la vida familiar o privada del niño, que en muchas ocasiones se puede utilizar en su contra.
- **Firma.**

Como se pudo apreciar en el modelo que se presentó con anterioridad, el resultado de cada una de las técnicas empleadas se separa por área, (cognoscitiva, emocional o afectiva y percepto-motora). Al ser este el medio por el cual, se da respuesta al motivo de consulta, se deberá tener extremo cuidado en su contenido, pues en él se explica la problemática que vive el menor y, es también a través del reporte que se hace la toma de decisiones relativas al tratamiento, predicciones y sugerencias.

Las ideas que se expresan dentro del reporte psicológico, deben ser claras y deben presentarse en una secuencia lógica y ordenada, sin que sean reiterativas, hay que evitar el uso de tecnicismos, este tipo de expresiones crean confusión en el receptor. Siempre hay que devolver los resultados, no sólo a las personas que solicitan la evaluación, sino también al niño, tomando en cuenta su edad cronológica.



Cabe aclarar que el separar la información por áreas dentro del reporte no es la respuesta. Integrar la información, no es una labor fácil, pues se requiere de un conocimiento claro y profundo de cada una de las técnicas empleadas, y así, poder distinguir correctamente la información que cada una de ellas puede aportar, sin exceder sus alcances reales (Rivera & Esquivel, 1987).

Es importante que el evaluador tenga una amplia experiencia y en caso de no ser así deberá ser supervisado por un profesional, con el fin de no incurrir en una práctica profesional, sin ética.

## **CAPÍTULO 4**

### **LA ÉTICA EN LA EVALUACIÓN INFANTIL**

Debido a la abundante información teórica, técnica y metodológica que constituyen los distintos tipos de intervención, es impensable considerar que el estudio de una especialidad, maestría o doctorado pueda ser suficiente para agotar la información que un profesionalista deba tener para ejercer su práctica. Por tal razón cada psicólogo deberá establecer sus propios mecanismos para mantenerse actualizado.

Pero no sólo se define un profesionalista por su conocimiento, sino también por la ética que guía su práctica. El profesional se juega en el ejercicio de su praxis, no sólo el ser un buen o mal profesionalista sino también su ser ético (ese conjunto de normas y principios que el sujeto ha establecido como una guía de su propia conducta). Una persona no puede ser considerada éticamente aceptable cuando actúa bien y cumple con todos sus deberes, excepto en el ejercicio de sus responsabilidades profesionales. Pero para que una persona pueda actuar éticamente en todos los ámbitos, es necesario que primero haya adquirido una moral, misma que debe ser aprendida dentro de la familia, la cultura y la sociedad, y que es transmitida de generación en generación y evoluciona a lo largo del tiempo. Al nacer en el seno de la sociedad la moral ejerce una influencia poderosa en la conducta de cada uno de sus integrantes, tal es el caso de cuando se infringe una regla moral, la sociedad castiga al transgresor señalándolo, excluyéndolo y tratándolo de manera distinta.

Particularmente tratándose del diagnóstico o de la función evaluativa, como se quiera decir, la actuación ética es muy importante ya que de los resultados de la evaluación van a depender las más diversas decisiones: se selecciona a alguien para ocupar un puesto y se deja a otros sin ese trabajo; unos entran a una escuela otros no; alguien podrá ser diagnosticado con esquizofrenia y otro con déficit de atención. En otras palabras de la evaluación depende la exclusión o inclusión de

los individuos, así como la posibilidad de un certero tratamiento psiquiátrico y psicológico. La evaluación marca una diferencia en la vida de las personas.

Bajo este esquema de controversia y ética profesional, consideramos que la evaluación infantil, adquiere matices adicionales ya que en muchos casos el niño no reconoce en él mismo todo lo que dicen los adultos que tiene, por tal razón aquí la posibilidad de ofrecer ayuda profesional efectiva y eficiente implica un conocimiento profundo que le pueda brindar al niño la oportunidad de un mejor desarrollo y de un menor sufrimiento.

Dentro de uno de los Códigos Éticos del psicólogo encontramos el de la Sociedad Mexicana de Psicología (2007), que hace señalamientos muy precisos en relación a los diferentes servicios que presta el psicólogo: [...] *“se basan necesariamente en un cuerpo de conocimientos válido y confiable, sustentado en la investigación científica, por lo que el trabajo que desempeña debe corresponder directamente con la **formación, experiencia supervisada o experiencia profesional** que haya recibido formalmente”*. (p. 47)

En su Artículo 17 el Código ético del psicólogo en lo referente al usuario de pruebas, señala que el que administra, califica e interpreta, deberá cerciorarse de que los instrumentos que utiliza cuentan con la confiabilidad, validez y normas correspondientes; también deberá aplicarlos conforme lo marcan las instrucciones específicas de cada prueba que usa. Tomará decisiones sin olvidar los límites de la certidumbre, que los resultados le permiten al hacer diagnóstico, emitir un juicio o hacer predicciones futuras del sujeto o del grupo.

Los problemas éticos en relación con la evaluación psicológica también han sido abordados por autores como Kaplan y Saccuzzo (2006), quienes señalan que el futuro de las pruebas psicológicas no solamente está determinado por los aspectos profesionales del usuario, sino que también intervienen aspectos morales, derechos humanos tales como: etiquetar a las personas y la invasión de su privacidad, por aspectos éticos como las lealtades divididas y la responsabilidad de usuarios y desarrolladores de los instrumentos.



Los autores señalan que puede resultar perjudicial etiquetar a una persona con una enfermedad o desorden psiquiátrico, ya que debido a la falta de conocimiento de la gente sobre el tema se puede llegar a estigmatizar al sujeto o, puede darse el caso que se vea afectada la posibilidad de recibir ayuda, por tratarse de un problema crónico, o bien, al sentir que no tiene el control sobre su vida (puesto que no es responsable de estar enferma), aumenta el riesgo de que la persona que porta la etiqueta, no sólo sea estigmatizada, sino que es posible que tenga una respuesta pasiva ante el tratamiento, reduciendo su tolerancia al estrés, haciendo más difícil el tratamiento.

Con respecto a la confidencialidad, los autores mencionan que, el Código ético de la APA (2002) señala que la información que obtenga el psicólogo a través de cualquier fuente se puede comunicar únicamente si la persona otorga su autorización, con excepción de que la información que se retenga pueda ser peligrosa para la persona o la sociedad, asimismo en los casos en los que exista un citatorio judicial que obligue a entregar los registros que del caso se tengan. Por lo tanto, las personas tienen el derecho de conocer los límites de confidencialidad.

Otro punto no menos importante es el que han llamado Kaplan y Saccuzzo, como lealtades divididas, lo cual consiste en que, el psicólogo usuario de pruebas que presta sus servicios, ya sea en escuelas, clínicas, oficinas de gobierno, empresas, etc., se puede preguntar ¿quién es su cliente, la persona evaluada o la institución?, el conflicto se origina cuando el bienestar del evaluado no es acorde con el de la institución. Por lo que se sugiere, que el psicólogo deberá informar a los interesados, por adelantado, cómo van a ser utilizadas las pruebas y describir los límites de la confidencialidad. En tanto, a la institución, solamente se le deberá proporcionar el mínimo de información necesaria.

En México, el psicólogo debe comprender, para ejercer su profesión:

1. Las garantías consagradas en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, para entender lo relativo a la igualdad y derechos de los individuos, (en la parte dogmática, que son los primeros 29 artículos de la

constitución, se contienen las garantías individuales, en lo general, y el derecho de los niños en lo particular),

2. Las directrices internacionales en el uso de pruebas psicológicas, y
3. Lo indicado en La Convención Nacional de los Derechos del Niño.

## ANTECEDENTES

Es a finales del siglo XIX, con los trabajos que realizó Binet a petición del gobierno francés, para identificar a los débiles mentales, cuando se puede decir que nació el interés por conocer los procesos mentales superiores para determinar el rendimiento característico del término medio de los niños de distintas edades. Desde entonces se han desarrollado diversas herramientas para evaluar a los niños, no sólo respecto de su inteligencia, sino también de las diferentes áreas que la constituyen. Se fueron diseñando múltiples instrumentos, algunos específicos para los niños y otros análogos a instrumentos que evalúan a los adultos.

Uno de nuestros objetivos al desarrollar la presente tesis fue recopilar información de investigaciones realizadas en niños, en las que se aplicaron técnicas de evaluación psicológica, en un período de cinco años 2006-2010. Dentro de este período se identificaron 19 tesis, las cuales describimos brevemente en el siguiente cuadro:

TESIS	PROBLEMÁTICA ABORDADA Y MUESTRA	INSTRUMENTOS UTILIZADOS
<p>1) Sánchez Valdéz, O.; Torres Rivera, O.; Trejo Acevedo, M. A. (2006). Trastornos del sueño en niños desde una perspectiva neuropsicológica. México. UNAM. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.</p>	<p>Proporcionar información a través de una síntesis y análisis de los resultados de las evaluaciones neuropsicológicas acerca de los déficits cognoscitivos relacionados al trastorno del sueño de enuresis en niños(as) de 6 a 8 años.</p> <p><b>Muestra:</b> 58 niños (23 niñas-12 enuréticas y 11 no enuréticas y 35 niños - 17 enuréticos y 18 no enuréticos), que se encontraban entre las</p>	<p>Se aplicó una batería de pruebas neuropsicológicas, conformada por: Test de tachado de signos, Test de mosaicos ligeramente distintos, Test de atención y aprendizaje del Molino de Bezares, Test de memoria y aprendizaje de palabras de A. Rey, Test de discriminación de imágenes superpuestas (Poppel Reuter), Test de orientación derecha-izquierda (Piaget-Head), Subtest diseño de cubos de Kohls-Goldstein (10</p>



	<p>edades de 6-8 años (5 de 6, 28 de 7, 25 de 8), que cursaban los grados de 1º, 2º y 3º de primaria. Se dividieron en dos grupos el primero se formó con 29 niños enuréticos (GE), y el segundo con 29 niños que no presentaban el trastorno (GNE).</p>	<p>modelos) y CDS Cuestionario de Depresión para niños de Lang y Tisher.</p> <p><b>Resultados:</b> Se encontraron características neuropsicológicas y conductuales relacionadas a la enuresis de sueño, este problema afecta emocionalmente a quienes lo presentan. Lo que permite inferir que probablemente los niños que presentan este problema tienen un perfil neuropsicológico particular.</p>
<p>2) Echevarría Fernández, A. C. (2006). Medición de la capacidad intelectual y su correlación con el rendimiento académico de los alumnos de nivel básico. Uruapan, Mich. Universidad Don Vasco, A. C.</p>	<p>Demostrar el valor que representa la capacidad intelectual en el rendimiento escolar del alumno con el fin de concientizar a los interesados en la educación primaria, que de alguna manera pretenden adentrarse y conocer a sus alumnos en cuanto a la calidad intelectual en los procesos de enseñanza-aprendizaje.</p> <p><b>Muestra:</b> 110 niños comprendidos en los grados de 1º a 5º año de primaria, oscilan entre los 6 y los 11 años de edad, de nivel socioeconómico medio y bajo.</p>	<p>Matrices progresivas coloreadas de Raven.</p> <p><b>Resultados:</b> Se identificó que la capacidad intelectual es indicador del rendimiento académico, más no lo predispone. Se concluyó que influye un 3% la capacidad intelectual en el rendimiento académico del alumno.</p>
<p>3) Aviña Ortega, C.; Rodríguez Cardoso, A. (2006). Depresión y maltrato en niñas institucionalizadas. Un estudio comparativo. México. UNAM. Psicología.</p>	<p>Identificar rasgos depresivos en las niñas de la Casa Hogar del DIF, y comparar el nivel de depresión con niñas en estado de abandono total, maltrato físico y abuso sexual.</p> <p><b>Muestra:</b> 32 niñas</p>	<p>Children Depression Inventory (CDI).</p> <p><b>Resultados:</b> La institución juega un papel fundamental en la recuperación y readaptación de las niñas en situación de maltrato y desamparo a pesar de que</p>



	<p>institucionalizadas de la Casa Hogar para niñas del DIF, 17 niñas en estado de abandono total, 11 maltratadas físicamente y 4 que han sufrido algún tipo de abuso sexual detectado a través de la revisión de la historia personal.</p>	<p>no les puede brindar la misma calidad de atención y afecto que una familia. Se observó que la institución las ha ayudado en gran medida a estructurar su personalidad y organizar su vida.</p>
<p>4) Carbellido Olaya, P. (2006). Evaluación psicosocial del Trastorno por déficit de atención en niños y niñas en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". México. UNAM. Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.</p>	<p>Hacer una propuesta de evaluación psicosocial, con los niños diagnosticados clínicamente por el Servicio de Psiquiatría como TDA.</p> <p><b>Muestra:</b> 14 niños y 3 niñas de 7 a 11 años de edad, canalizados al Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro", por trastornos en la conducta, identificados por la Unidad de Servicios de Apoyo a la Educación Regular (USAER), que pueden o no estar bajo terapia farmacológica.</p>	<p>Entrevista con la madre y con el niño, Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, Test de la Figura Humana calificado por Koppitz y WISC-R.</p> <p><b>Resultados:</b> Se confirmó que si el niño/a es diagnosticado con TDA, no desarrolla las habilidades necesarias de socialización que son transmitidas por su ambiente exterior; puede entrar en una crisis social, generando un estado de tensión en él o ella.</p>
<p>5) López Equihua, N. (2006). La influencia de la capacidad intelectual en los niños de 3er. Grado de preescolar. Uruapan, Mich. Universidad Don Vasco, A. C.</p>	<p>Investigar la correlación que existe entre la capacidad intelectual y el rendimiento académico, del niño de preescolar.</p> <p><b>Muestra:</b> 15 niños de preescolar, 8 niños y 7 niñas.</p>	<p>Matrices progresivas coloreadas de Raven.</p> <p><b>Resultados:</b> Se encontró que en el Grupo de 3º de Preescolar, no existe una correlación entre la capacidad intelectual y el rendimiento académico según la "r" de Pearson. Asimismo se puede considerar que no hay una correlación más apropiada aun habiendo calificaciones altas.</p>
<p>6) Arreguín Galindo, Y. P. (2008). Influencia de la capacidad intelectual en el rendimiento académico en alumnos</p>	<p>Conocer el grado de influencia de la capacidad intelectual del alumno sobre su rendimiento académico a</p>	<p>Test de matrices progresivas de Raven.</p> <p><b>Resultados:</b> Se corroboró la hipótesis de</p>



<p>de nivel primaria. Uruapan, Mich. Universidad Vasco, A. C. Don</p>	<p>nivel primaria. <b>Muestra:</b> 56 alumnos correspondientes a 1° a 4° grado de primaria, 23 niños y 33 niñas, entre 6 y 10 años de edad.</p>	<p>investigación, ya que el nivel de capacidad intelectual, sí influye significativamente en un 18%, en el rendimiento académico de los alumnos del grupo estudiado.</p>
<p>7) Ortiz Salgado, E. (2008). Medición de rasgos de personalidad con la Escala CPQ en niños maltratados. México. Universidad Salesiana.</p>	<p>Hacer un comparativo de algunos rasgos de personalidad en niños con diagnóstico de maltrato y niños sin diagnóstico de maltrato.  <b>Muestra:</b> 35 niños con toda clase de maltrato, canalizados por el DIF de Naucalpan, ambos sexos, entre 8-19 años de edad, de 2° a 4° grado de primaria, de nivel socioeconómico bajo.</p>	<p>Cuestionario de Personalidad para niños (CPQ de Catell).  <b>Resultados:</b> Se pudo observar que, hay una relación consistente, entre el estilo de crianza y el desarrollo del niño, ya que las herramientas que el niño tenga en el seno familiar le servirán para hacer frente a las exigencias del mundo.</p>
<p>8) Alanís Ramírez, C. J. (2008). Trastornos del comportamiento que surgen en los infantes de la "Escuela Agustín Melgar"; por una relación distante con la madre. México. Universidad Insurgentes.</p>	<p>Se aborda la calidad y tipos de familia en la actualidad, la importancia del vínculo con la madre y su relación con los trastornos de TDA, TDAH, Depresión y ansiedad de separación.  <b>Muestra:</b> niños de entre 6-12 años que pertenezcan al programa de USAER.</p>	<p>Dibujo de la figura humana, Test de la casa, árbol y persona (HTP) y Frases incompletas.  <b>Resultado:</b> Que sí existe relación entre el origen de los trastornos que se estudiaron (TDA y TDAH, Trastorno de ansiedad de separación y depresión y el distanciamiento con la madre; en los más de los casos las madres reportaron que los hijos no fueron planeados, ni deseados.</p>
<p>9) González Bustos, L. (2008). Trastorno por déficit de atención: qué, por qué y cómo resolverlo. México. UNAM. Facultad de estudios superiores Iztacala.</p>	<p>Ayudar a padres y maestros que realizan una labor con niños que padezcan TDAH a comprender en qué consiste el trastorno con el fin de proporcionar una propuesta que ayude a</p>	<p>Padres: Cuestionario de situaciones en el hogar (HSQ), Escala de valoración del autocontrol (SCRS), Cuestionario de conducta infantil. Profesores: Índice de hiperactividad para ser</p>



	<p>mejorar su desempeño académico.</p> <p><b>Muestra:</b> un niño del cual no se especifica, edad, sexo, ni grado escolar que cursa al momento de la evaluación.</p>	<p>valorado por los profesores. Niños: entrevista, Wechsler-R, Stroop, Test de percepción de diferencias (CARAS), Test de los diamantes y Test del número 592 y Test de Detroit.</p> <p><b>Resultados:</b> El TDA-TDAH, requiere de una evaluación adecuada y de estrategias y de tratamientos particulares, que de no llevarse a cabo repercutirán en la vida adulta del niño, de una manera poco alentadora.</p>
<p>10) García Castro, F. L. (2008). Conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres adolescentes con diferente nivel de marginación. México. Universidad Insurgentes.</p>	<p>Conocer la prevalencia de conductas alimentarias de riesgo, de sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres adolescentes y su relación con el nivel de marginación.</p> <p><b>Muestra:</b> mujeres adolescentes de entre 15-19 años, inscritas en escuelas públicas de nivel medio superior, pertenece al nivel de marginación en el que fueron aplicadas las encuestas.</p>	<p>Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo, la Escala de Depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CES-D), Ideación suicida que se valora con 4 preguntas contenidas en el CES-D.</p> <p><b>Resultados:</b> Las mujeres adolescentes de nivel de marginación baja reportaron mayor porcentaje de conductas alimentarias de riesgo, mayor porcentaje de sintomatología depresiva y mayor porcentaje de ideación suicida, aunque los resultados arrojaron que la sintomatología depresiva es similar en los tres niveles de marginación, ya que no hay diferencias significativas.</p>
<p>11) Baeza Castro, E. (2008). Trastorno por déficit de atención, autoestima y autoconcepto en niños</p>	<p>Encontrar la relación entre la autoestima y el autoconcepto de los niños con Trastorno por déficit</p>	<p>Inventario de autoestima de Coopersmith, entrevista cuyas preguntas fueron tomadas de algunos reactivos del cuestionario</p>



<p>atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". México. UNAM. Psicología.</p>	<p>de atención.</p> <p><b>Muestra:</b> 25 niños diagnosticados con TDA por el Departamento de Psiquiatría y Medicina del adolescente, entre 8-12 años.</p>	<p>para obtener más información al respecto, Dibujo de la Figura Humana de K. Machover, entrevista complementaria construida a partir de algunos reactivos de la Escala de Autoconcepto de Diferencial Semántico.</p> <p><b>Resultados:</b> La opinión externa cobra importancia para los niños con TDA, así como la pertenencia a un grupo. La dinámica familiar parece contribuir en la formación de un profundo sentido de duda, vergüenza e inferioridad.</p>
<p>12) Chávez Alcantar, M. E. (2009). El aislamiento social en niños en edad escolar. Un estudio longitudinal. México. UNAM. Psicología.</p>	<p>El aislamiento social y el impacto de éste en el desarrollo de las habilidades sociales en el aula y la zona de juego de una primaria, con el fin de analizar y comprender su organización conductual y mecanismos de ajuste social.</p> <p><b>Muestra:</b> 28 niños de 8-11 años de tercer grado de primaria.</p>	<p>Entrevista, Sistema de observación conductual de las interacciones sociales, Inventario de competencia interpersonal (ICI).</p> <p><b>Resultados:</b> Se encontró que el patrón de conducta de aislamiento, no es estable y presenta una tendencia a mejorar a lo largo del tiempo; aunque esto no sucede en igual proporción para todos los niños. Los sujetos aislados socialmente tienen una buena oportunidad de mejorar su aceptación a medida que el grupo los va conociendo más.</p>
<p>13) López Moncayo, I. (2009). Aprovechamiento escolar y funcionalidad familiar en niños de 7-11 años de edad en la UMF 33 El Rosario IMSS. México. UNAM. Medicina. Posgrado.</p>	<p>Identificar la influencia que tiene la funcionalidad familiar sobre el aprovechamiento escolar de los niños entre los 7-11 años que acuden a la consulta de la unidad familiar N° 33 del IMSS.</p> <p><b>Muestra:</b> escolares de 7-</p>	<p>Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar para niños (IEFF).</p> <p><b>Resultados:</b> Dentro de la evaluación que se utilizó se encontró que las familias de los niños entrevistados presentan agresión y violencia,</p>



	11 años, que estén cursando primaria, de promedio indistinto, de ambos sexos, que acudieran a consulta entre los meses de mayo a julio de 2009 en los turnos matutino y vespertino.	además de alteraciones en dimensiones como organización, roles y responsabilidad, principalmente las familias de los niños con menor aprovechamiento escolar.
14) Careaga Gutiérrez, D. (2009). Problemas de conducta escolar y niveles de ansiedad en hijos de alcohólicos. México. UNAM. Psicología.	<p>Conocer si los hijos de padres alcohólicos presentan niveles de ansiedad más altos que aquellos que se encuentran inmersos en familias libres de adicciones y cómo las conductas de los hijos de alcohólicos repercuten en el ámbito escolar.</p> <p><b>Muestra:</b> 32 niños divididos en dos grupos de 16 integrantes cada uno, entre 8 y 12 años que estudian a nivel primaria. Primer grupo hijos de alcohólicos, segundo grupo hijos de no alcohólicos.</p>	<p>Primera parte del cuestionario de la versión para niños del Inventario de la salud, estilos de vida y comportamientos (SEVIC-Niños). Cuestionario exploratorio (maestros).</p> <p><b>Resultados:</b> Se pudo concluir que los hijos de padres alcohólicos sí presentan dificultades de comportamiento, no solamente a nivel escolar, sino también emocional en cuanto a las manifestaciones de ansiedad. Se debe tener cuidado cuando un niño presenta estas características, ya que en ocasiones pueden ser conductas propias de la edad.</p>
15) González Mosqueda, D. R. (2009). Conflictos en el área emocional en niños con y sin Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México. UNAM. Psicología.	<p>Determinar los principales conflictos emocionales de los niños con y sin TDAH.</p> <p><b>Muestra:</b> dos grupos de niños con y sin TDAH, integrados con 10 niños cada uno de entre 7-11 años, de nivel primaria.</p>	<p>Entrevista con padre o madre, entrevista con el niño, Test de apercepción temática para niños (CAT).</p> <p><b>Resultados:</b> Se encontró que los conflictos emocionales que presentan los niños con TDAH son distintos de los que presentan los niños en las mismas condiciones de desarrollo, pero sin el trastorno.</p>
16) Vega Díaz, Ma. G. (2009). Alfabetización	Analizar los procesos de alfabetización	Cuestionario sobre alfabetización



<p>informativa: estudio sobre su apropiación en alumnos de primaria. México. UNAM. Psicología. Doctorado.</p>	<p>informativa de los alumnos de primaria. Desde la perspectiva sociocultural como un proceso constituido a partir de las relaciones sociales y de las experiencias individuales en comunidades en donde conviven sujetos con distintos niveles de conocimiento.</p> <p><b>Muestra:</b> niños entre 11-12 años de 6° grado de primaria.</p>	<p>informativa (C-ALFIN).</p> <p><b>Resultado:</b> Resultó fundamental diseñar, organizar y evaluar las sesiones, así como para guiar a los alumnos en los procedimientos a seguir para realizar. Los procesos de andamiaje resultaron más complejos de lo que inicialmente se había considerado.</p>
<p>17) Castro Camarillo, C. (2009). Trastorno por déficit de atención y función familiar. La Paz, Baja California Sur. UNAM. IMSS. Posgrado.</p>	<p>Establecer si existe relación entre el TDAH y la disfunción familiar de los pacientes derechohabientes.</p> <p><b>Muestra:</b> pacientes entre 6-11 años de edad con TDAH, adscritos HGZ+MF # 1 en La Paz, B.C.S., en el periodo comprendido entre enero a diciembre de 2007, se reportaron 65 pacientes de los cuales 29 cumplieron con el criterio de inclusión.</p>	<p>Cuestionario FACES III para conocer la funcionalidad familiar, Escala de Conners para padres.</p> <p><b>Resultados:</b> Se observó que la disfunción familiar es un factor predisponente para la presentación del TDAH. Sin embargo, se han presentado otros estudios en los cuales no dejan claro si la disfunción observada es causada por tener un niño con TDAH en la familia o los problemas de conducta del niño son causados por la disfunción familiar.</p>
<p>18) Núñez Espinoza, E. E., Pacheco Rodríguez, Ma. G. (2009). Niños de educación primaria con bajo rendimiento escolar y su relación con la depresión. Estudio de casos. México. Universidad Salesiana.</p>	<p>Bajo rendimiento escolar y su relación con la depresión.</p> <p><b>Muestra:</b> niños de 3°, 4° y 5° año de primaria con un promedio igual o menor a 7.0 en matemáticas y español.</p>	<p>Ficha de identificación, entrevista con la madre o padre y profesora, Children depression scale (CDS), Matrices progresivas de Raven, Test Gestáltico Visomotor de L. Bender, Dibujo de la figura humana, Dibujo de la familia, Home, tree, person (HTP) y reporte psicológico.</p> <p><b>Resultado:</b> Que la</p>



		depresión en la infancia no es un evento extraño, se obtuvieron resultados significativos de prevalencia en depresión infantil.
<p><b>19) Felipe Ortega, C. C. (2010).</b> Seis indicadores clínicos de los rasgos del Test del H.T.P., asociados con maltrato físico aplicado a un grupo de niños de un centro de salud pertenecientes al Programa de atención integral al niño maltratado y un grupo de niños de una escuela primaria posiblemente maltratados. México. Universidad Insurgentes.</p>	<p>Analizar si a través de los seis indicadores del H.T.P., se puede detectar el maltrato físico en niños y a su vez se logre discriminar entre niños maltratados y no maltratados.</p> <p><b>Muestra:</b> 60 niños entre 6-12 años que asistan a primaria, 30 con presencia de maltrato y 30 con posible presencia de maltrato.</p>	<p>H.T.P., interrogatorio estructurado que incluye una serie de preguntas acerca de las asociaciones del sujeto con aspectos de cada dibujo con el objeto de obtener mayor información del dibujo y su contexto.</p> <p><b>Resultados:</b> Existe una relación entre la situación de maltrato infantil y los indicadores del H.T.P. Es decir el grupo de niños en situación de maltrato infantil presentó la mayoría de los indicadores clínicos asociados con el maltrato físico.</p>

Cuadro 2.1 Total de tesis revisadas en el periodo 2006-2010.

Como se pudo observar el uso de las pruebas psicológicas no se limita al ámbito de la psicología, también se hace uso de ellas dentro de la práctica médica, como se vio en dos tesis encontradas, en las que coincidentemente se investiga sobre la funcionalidad o disfuncionalidad de la familia y su concordancia con el aprovechamiento escolar en niños de primaria y su relación con el TDAH, respectivamente.

A continuación se presentan las problemáticas abordadas en las tesis revisadas y cuáles son las más investigadas en este periodo:

PROBLEMÁTICA	NÚMERO
Déficit cognoscitivo	1
Capacidad intelectual	3
Maltrato físico de niños	2
Depresión infantil	1
Trastorno con déficit de la atención con y sin hiperactividad	6
Trastorno de la conducta alimentaria	1
Aislamiento social	1
Aprovechamiento escolar	2
Ansiedad	1
Procesos de aprendizaje	1

Cuadro 2.2 Problemáticas más abordadas.

De estas problemáticas investigadas se puede apreciar que ha habido en los últimos 5 años un especial interés en el Trastorno por Déficit de Atención con y sin Hiperactividad y su relación con distintas problemáticas, tales como, el vínculo con la madre, su influencia en la depresión y ansiedad en niños de primaria; también se han investigado los principales conflictos emocionales que sufren los niños con este trastorno; o bien, la hay que ofrece una propuesta para padres y maestros que ayude a comprender en qué consiste el trastorno y poder ayudar a los niños a mejorar su desempeño académico; o, su vínculo con la autoestima y autoconcepto en los niños; o qué tanto contribuye este trastorno a la disfunción familiar.

Hay otros estudios que abordan el bajo rendimiento escolar y su correlación con la depresión; o, en qué grado se relaciona la capacidad intelectual y el rendimiento académico, como si este fuera un binomio determinante en el éxito escolar del



niño sin considerar la incidencia de otros factores como la cultura, el nivel socioeconómico de la familia, etc.

Así mismo se encontró una investigación de un tema por demás actual, Trastorno de la conducta alimentaria y su nexa con la depresión.

Por otra parte, encontramos aún un gran interés de predecir la conducta, por ejemplo, de manera muy actual, se siguen buscando en una prueba proyectiva como el HTP, los predictores de violencia física, como si los golpes se pudieran ocultar. Más bien podría abordarse el impacto emocional que deja la violencia física en el ser humano.

Las áreas psicológicas más estudiadas a través de las pruebas fueron:

ÁREAS PSICOLÓGICAS	NÚMERO
Inteligencia: <ul style="list-style-type: none"><li>• Déficit cognoscitivo</li><li>• Capacidad intelectual</li><li>• Bajo rendimiento escolar</li><li>• Aprovechamiento escolar</li><li>• Procesos de aprendizaje</li></ul>	7
Desarrollo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Trastorno por déficit de atención</li><li>• Trastorno por déficit de atención con hiperactividad</li></ul>	6
Afectiva y de relaciones: <ul style="list-style-type: none"><li>• Depresión</li><li>• Ansiedad</li><li>• Relación familiar</li></ul>	5

• Aislamiento social	
Conducta:	
• Trastorno de la conducta alimentaria	1

Cuadro 2.3 Áreas psicológicas más evaluadas.

Las pruebas más utilizadas fueron:

PRUEBAS PSICOLÓGICAS MÁS UTILIZADAS	NÚMERO
<i>INTELIGENCIA:</i>	
• Matrices coloreadas de Raven	4
• WISC-R	2
<i>AFECTIVA Y RELACIONES</i>	
• Dibujo de la figura humana (DFH)	4
• Home, tree, person (HTP)	2
<i>DEPRESIÓN</i>	2
• Children Depression Inventory (CDI)	2
<b>INTEGRACIÓN Y COORDINACIÓN VISOMOTORA</b>	
• Test Gestáltico Visomotor de L. Bender	2

Cuadro 2.4 Pruebas psicológicas más utilizadas.

Dentro de los trabajos revisados, también se encontraron pruebas neuropsicológicas que fueron utilizadas con el fin de relacionar características neuropsicológicas y déficit cognoscitivo en el Trastorno del sueño por enuresis, como se puede ver en el cuadro 2.5:

## PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS



**Neuropsicológicas:**

- Test de tachado de signos (aprendizaje);
- Test de mosaicos (atención, razonamiento, cierre y discriminación espacial y visual);
- Test de atención y aprendizaje del Molino de Bezares;
- Test de memoria y aprendizaje de palabras de A. Rey

**Sensopercepción:**

- Test de discriminación de imágenes superpuestas (Poppel Reuter)
- Test de orientación derecha- izquierda (Piaget-Head)

**Gnosias visomotoras:**

- Subtest Diseño de cubos de Kohl

Cuadro 2.5 Pruebas neuropsicológicas.

Se localizaron dentro de las distintas tesis una gran variedad de pruebas, a las que se les da poco uso, a continuación se muestran:

- Cuestionario sobre alfabetización informacional (C-ALFIN).
- Cuestionario de la versión para niños del Inventario de la salud, estilos de vida y comportamientos (SEVIC-Niños).
- Cuestionario exploratorio (maestros).
- Sistema de observación conductual de las interacciones sociales,
- Inventario de competencia interpersonal (ICI).
- Escala de Autoconcepto de Diferencial Semántico.

- Cuestionario breve de conductas alimentarias de riesgo.
- Cuestionario de situaciones en el hogar (HSQ)
- Escala de valoración del autocontrol (SCRS).
- Cuestionario de conducta infantil.
- Índice de hiperactividad para ser valorado por los profesores.
- Stroop.
- Test de percepción de diferencias (CARAS).
- Test de los diamantes.
- Test del número 592.
- Test de Detroit.
- Cuestionario de Personalidad para niños (CPQ de Catell).
- CDS Cuestionario de depresión para niños de Lang y Tisher
- Escala de Depresión del Centro de estudios epidemiológicos (CES-D).
- Ideación suicida que se valora con 4 preguntas contenidas en el CES-D.
- Children Depression Inventory (CDI)
- Test de apercepción temática para niños (CAT).
- Instrumento de evaluación del funcionamiento familiar para niños (IEFF).
- Inventario de autoestima de Coopersmith



### III. MÉTODO

- Planteamiento del problema

- Justificación

Dentro de los problemas que enfrenta el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila" en el Área de Evaluación Infantil, se encuentran la creciente demanda del servicio, la diversidad de las problemáticas que presentan los menores, los pocos recursos humanos para ofrecer el servicio, la dificultad para programar los espacios, la premura con la que se deben obtener los resultados de las evaluaciones para poder dar pronta respuesta a la solicitud de los padres y/o de la escuela y poder canalizarlos al servicio terapéutico correspondiente.

Cabe mencionar que los servicios que se prestan dentro del Centro son realizados por los alumnos que cumplen con las prácticas curriculares profesionales necesarias por las asignaturas que así lo requieren, tanto de sistema escolarizado como de SUA, así como por los alumnos de Servicio Social por lo que, debido a la gran demanda del servicio se corre el riesgo de que el estudiante haga a un lado la formación recibida por dar respuestas rápidas e improvisadas, lo que puede afectar el servicio que se brinda a los usuarios del mismo, emitiendo impresiones diagnósticas o diagnósticos equivocados y deformar la formación teórica del estudiante, creando un posible futuro ejercicio profesional deficiente.

Por lo anterior, es indispensable que los menores, objeto de nuestro estudio, que solicitan el servicio en el Centro, sean evaluados de forma rápida, y sobre todo eficiente, ya que, de acuerdo con Sattler (2003) *"los resultados de las evaluaciones y las decisiones a las que se llega con base en éstas, pueden ser cuestionadas por quienes buscan recursos procesales o bien para modificar un diagnóstico o una recomendación y porque la evaluación marca una diferencia en la vida de los niños y sus familias"*.

- Objetivo General

Analizar teórica y metodológicamente el modelo de evaluación psicológica infantil que se lleva a cabo en la Clínica de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

- Objetivos Específicos

- a) Analizar los motivos de consulta que se establecieron en la consulta inicial.
- b) Analizar conceptualmente las técnicas y procedimientos de evaluación infantil que se utilizan desde que el paciente ingresa a la clínica.
- c) Analizar el tiempo que se invierte desde el momento en que un paciente hace su solicitud, hasta el momento en que se cuenta con los resultados para su canalización o referencia.
- d) Analizar el tipo de comunicación por escrito que establece el psicólogo con la familia del paciente, a través de indicadores tales como: el interlocutor, la claridad y pertinencia del reporte, así como la descripción del proceso terapéutico que deberá seguir el paciente.

- Tipo de Investigación

Se llevó a cabo una investigación de campo, explicativa, que fue más allá de la descripción de conceptos o fenómenos o del establecimiento de relaciones entre conceptos. Se dirigió a responder los resultados de la evaluación con su contrastación teórica (Hernández & Fernández, 2006).

- Fuentes de Información y Periodicidad

79 expedientes recibidos entre el 28 de agosto de 2008 y el 18 de abril de 2009, que duró el período de Servicio Social en el Centro de Servicios Psicológicos "Dr. Guillermo Dávila".

- Muestreo

Se analizaron los motivos de consulta de los 79 expedientes y los reportes psicológicos de las evaluaciones psicopedagógicas que se trabajaron en el área de evaluación infantil durante el periodo del Servicio Social.



- Categorías de Análisis
  - a) Motivo de consulta
    - 1) Problemática
    - 2) Edad
    - 3) Sexo
  - b) Técnicas y procedimientos de evaluación
    - 1) Modelos de evaluación
    - 2) Congruencia de los instrumentos
    - 3) Pertinencia de los instrumentos
  - c) Tiempo
    - 1) Desde que solicita atención al momento de la preconsulta.
    - 2) De la preconsulta al momento de ser evaluado.
    - 3) Del momento que solicita atención al momento que es canalizado.
    - 4) Del momento de recibir resultados al momento de recibir apoyo terapéutico.
  - d) La comunicación por escrito del reporte psicológico
    - 1) Congruencia. Consiste en analizar la vinculación entre la demanda, los instrumentos y la respuesta del paciente.
    - 2) Confidencialidad. Particularmente cuando el solicitante es una institución educativa.
    - 3) Claridad. Que el lenguaje sea accesible a la persona o institución que solicita evaluación.
    - 4) Viabilidad. Que ofrezca a los pacientes alternativas para iniciar su tratamiento o solución de la problemática.

- Instrumento

Para evaluar la comunicación por escrito se elaboró un formato para validar por jueces cuatro reportes psicológicos. Este instrumento tuvo como finalidad calificar con una escala tipo Likert, cuatro variables: congruencia, claridad, confidencialidad y viabilidad. La escala iba del número uno que correspondió a la falta absoluta del

atributo, hasta el cinco, donde el atributo cumplía en forma óptima (Véase anexo 1).

- Participantes

Para evitar tener sólo la mirada del investigador de la presente tesis, se consideró que los reportes psicológicos son materia de: a) psicólogos clínicos, porque son ellos quienes los realizan, b) de los padres de familia; y c) maestros de escuela, ya que son a estos dos últimos a quienes se dirigen las evaluaciones de niños. Por lo que la muestra se constituyó por:

- Seis psicólogos clínicos
- Cinco maestros de educación básica
- Cinco padres de familia

- Análisis de frecuencia

Los datos fueron analizados en términos de porcentajes.

En hojas Excel se tabularon los resultados obtenidos en las encuestas, se sacaron los promedios generales y se graficaron. Puntajes que fueron contrastados a través de gráficas.

- Procedimiento

Se elaboró una ficha para recopilar datos como: fecha de ingreso, sexo y edad del solicitante y motivo de consulta de cada uno de los 79 expedientes.

Se realizó una carta dirigida al Centro solicitando los expedientes que fueron realizados entre el 28 de agosto de 2008 y el 18 de abril de 2009.



Los expedientes se localizaron en las distintas áreas a las que fueron canalizados dentro del propio Centro, de los cuales fueron seleccionados todos aquellos que fueron realizados entre el 28 de agosto de 2008 y el 18 de abril de 2009.

En un salón del Centro se trabajó con los expedientes en el análisis y recopilación de la información.

Se elaboraron las cartas personales invitando a los jueces a participar en la calificación de los Reportes Psicológicos.

Por conocimiento previo se seleccionó a seis psicólogos clínicos que tienen la formación y se dedican a la enseñanza de pruebas psicológicas.

Se hizo una solicitud de participación a la Escuela Primaria "Lic. Juan Antonio de la Fuente", ubicada en Av. Victoria # 203, Col. Industrial, Delegación Gustavo A. Madero, C. P. 07800, de la cual participaron cinco maestros que imparten clases de 1º a 5º grado de primaria.

Se solicitó su participación a cinco padres que acuden a servicio médico a la Clínica del ISSSTE, ubicada en Eje 1 Norte de José Antonio Alzate N° 170, Col. Santa María la Ribera, Delegación Cuauhtémoc, C. P. 06400.

## IV. ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados, ordenados con base en los objetivos que se determinaron previamente, como parte del método.

**a) Objetivo: *Analizar los motivos de consulta que se establecieron en la entrevista inicial.***

En un periodo de seis meses, que comprende del 28 de agosto de 2008 al 18 de abril de 2009, se identificaron 79 expedientes correspondientes a niños evaluados.

Se empezará por clasificar a los solicitantes del estudio psicológico, con base a la especificidad reportada:

1. Petición de la escuela (Psicopedagógica)
2. Petición de los padres

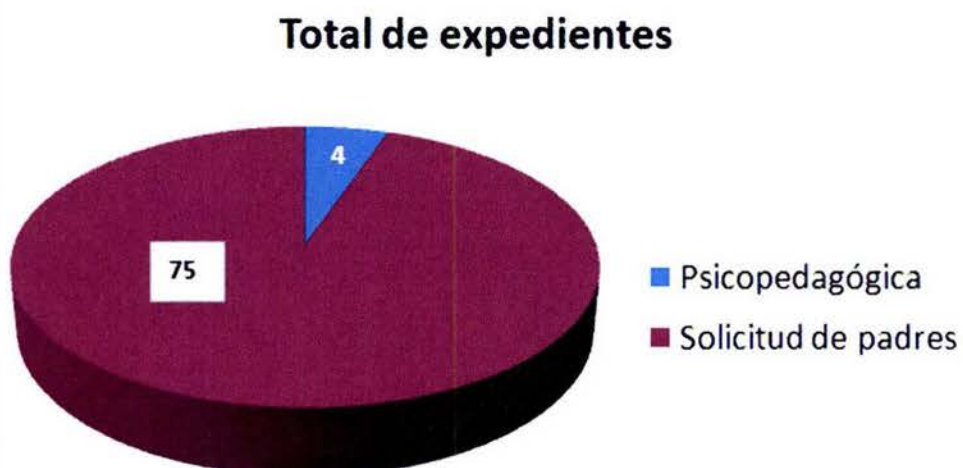


Fig. 4.1 Solicitantes del estudio psicológico.



Como se puede observar el mayor número de solicitudes fueron hechas por los padres, sin embargo, vale la pena decir que en varios casos esta solicitud les fue sugerida particularmente por personal de la escuela, sin que dicha recomendación haya sido una condicionante. Sólo fueron cuatro los expedientes en los que quedó reportada la petición de la escuela para realizar la evaluación, en tres de ellos se hizo la petición por escrito.

En cuanto a los motivos de consulta, en la tabla siguiente (4.2), se presentan las distintas problemáticas que aparecen registradas en los 79 expedientes.

Motivo de consulta	Niñas	Niños	Total de casos
Angustia de separación	---	2	2
Abuso sexual	1	---	1
Baja autoestima	2	1	3
Bajo rendimiento escolar	5	13	18
Depresión	1	---	1
Enuresis (primaria)	---	2	2
Intento suicida	---	1	1
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Miedo a la oscuridad y dormir solo</li> <li>• Terror nocturno</li> </ul>	2	2	4
Pica	---	1	1
Problemas de conducta	12	21	33
Problemas de lenguaje	---	1	1
Separación o divorcio de los padres	---	3	3
Valoración neurológica (epilepsia)	---	1	1
Violencia intrafamiliar	5	3	8
<b>Total de casos:</b>	<b>28</b>	<b>51</b>	<b>79</b>

Tabla 4.2 Motivos de consulta.

Llama la atención que con excepción de dos casos, "separación o divorcio de padres" y la "violencia intrafamiliar", en todos los demás aparece un diagnóstico que fue establecido a partir de la pre-consulta.

Es importante señalar que tan sólo dos problemáticas como: "problemas de conducta (41.77%) y "bajo rendimiento escolar" (22.78%), cubren el 64.55% del total de los motivos de consulta atendidos. En cuanto al total de casos recibidos bajo el rubro de "problemas de conducta", el 63.63 % de ellos corresponden a niños que son llevados por los padres debido a que observan o les informa la maestra que están tristes, se aíslan, o están inquietos e irritables. En esta problemática se observa que las niñas sólo ocupan el 36.36% del total de casos.

Respecto al total de casos recibidos de "bajo rendimiento escolar", también se encontró una marcada diferencia de género, mientras que el 72.22% corresponde a los niños, el 27.77% a las niñas.

Hay otras problemáticas como la violencia familiar que impacta en mayor número a las mujeres que a los hombres, y aunque sólo se reportó un caso de abuso sexual, éste se presentó en una niña.

En cuanto a los casos de terrores nocturnos, el mismo número se presentó en niños que en niñas; mientras que, en los casos de enuresis fue mayor el número de niños que acudieron por este problema.

***b) Objetivo: Analizar conceptualmente las técnicas y procedimientos de evaluación infantil que se utilizan a partir de que el paciente ingresa a la clínica.***

La forma en que los menores son evaluados está predeterminado por la Coordinación del Centro, procedimiento que toma como criterio fundamental la edad del menor al momento de la evaluación y si el padre o tutor lleva una carta petitoria de evaluación psicológica para el niño, de esta manera se han derivado tres modelos de evaluación psicológica (en adelante M-1; M-2 y M-3), los cuales se describen a continuación y en la tabla 4.3 se señalan los instrumentos utilizados.



<b>INSTRUMENTOS</b>	<b>M-1 (2 - 5.11 años) A petición de los padres</b>	<b>M-2 (6 - 11.11 años) A petición de los padres</b>	<b>M-3 (6 - 11.11 años) Evaluación Psicopedagógica</b>
Ficha de ingreso	X	X	X
Preconsulta	X	X	X
Historia clínica	X	X	X
Escala de Desarrollo Denver	X		
Test Gestáltico Visomotor de L. Bender (interpretación de E. Koppitz)		X	X
Escala de Inteligencia Weschler WISC-R			X
Prueba de la Figura Humana de E. Koppitz			X
Test de la Familia			X
Reporte Psicológico			X
Canalización interna u otra institución	X	X	X

Tabla 4.3

Como se puede ver los tres modelos comparten la ficha de ingreso, la preconsulta, la historia clínica y la canalización. En lo que varían es en las pruebas que se les aplican y en la elaboración del Reporte Psicológico.

Los modelos M-1 y M-2 corresponden a solicitudes hechas por los padres en las que no media ninguna institución para la solicitud de ayuda. Ambos modelos coinciden en que se aplica una sola prueba, en el M-1 Escala de Desarrollo Denver y en el M-2 el Bender, ambas aportan elementos para la detección del nivel de desarrollo y madurez del niño. En ninguno de los dos modelos está presente, el reporte psicológico, el cual es sustituido por un documento interno con diferente nombre, pero que en esencia cumple el mismo fin. El nivel de maduración que reporte el niño, será determinante para insertarlo en alguno de los programas, con los que cuenta el Centro o en caso necesario se envía a otra institución.

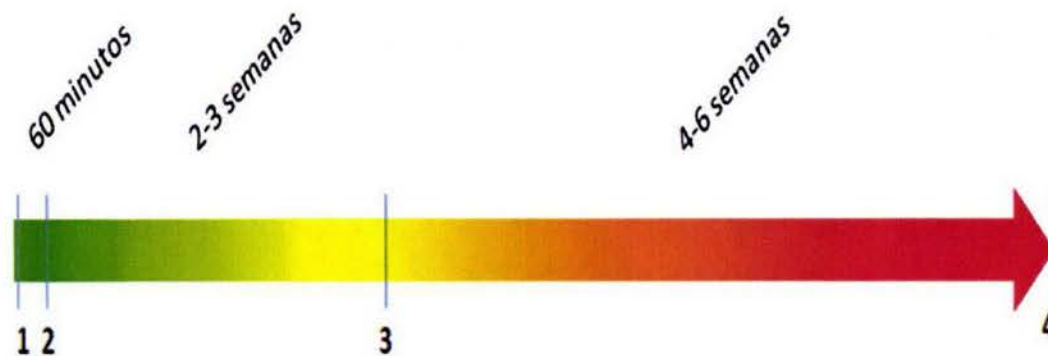
En el M-3 se establecen los instrumentos que deberán ser utilizados con niños entre los 6a y los 11a 11m de edad, y que además en la solicitud se incluya una carta petitoria de evaluación psicológica girada por la escuela o alguna institución de salud. Como se pudo apreciar en el cuadro la variante que distingue a este modelo es la aplicación de una batería de pruebas completa que incluye instrumentos como: WISC-R, Bender, Pruebas proyectivas como el Dibujo de la Figura Humana (DFH) y Test de la Familia.

**c)Objetivo: *Analizar el tiempo que se invierte desde el momento que un paciente hace su solicitud, hasta el momento en que se cuenta con los resultados para su canalización o referencia.***

Para responder a este objetivo se propuso analizar los distintos momentos en que se da lugar la evaluación psicológica (Ver Fig. 4.1).

El resultado puede apreciarse en la siguiente figura:





1. Desde que solicita atención al momento de la preconsulta
2. De la preconsulta al momento de ser evaluado
3. Del momento que solicita atención al momento que es canalizado
4. Del momento de ser canalizado al momento de recibir apoyo terapéutico

Fig. 4.1 Línea del tiempo. Proceso de evaluación.

#### 1. Desde que solicita atención al momento de la preconsulta:

Al momento de solicitar el servicio, el padre o tutor llena una ficha de ingreso, en lo que invierte alrededor de quince minutos. Una vez llenada la solicitud se adjuntan documentos para verificar el nivel socioeconómico (recibo de luz, teléfono o comprobante de pago, en el caso de los niños se solicita la copia del acta de nacimiento e identificación oficial del padre que solicita el servicio), después de llenar la ficha de ingreso se realiza el pago en caja, una vez finalizados los trámites se procede a realizar la preconsulta con el padre y el niño y tiene una duración aproximada de treinta minutos. El tiempo requerido para la admisión es de 60 minutos aproximadamente.

#### 2. De la preconsulta al momento de ser evaluado:

En los casos en que se aplicaba solamente una prueba, no es mayor a dos semanas.

En el caso de las evaluaciones psicopedagógicas (M-3), éstas se llevan alrededor de tres semanas (desde su ingreso hasta la entrega del reporte psicológico a los padres), debido a que se aplica una batería completa, misma que se aplica en tres

sesiones. Por lo tanto también se requiere de mayor tiempo para la calificación e interpretación de los instrumentos, la integración de resultados y la elaboración del reporte psicológico.

### **3. Del momento que solicita atención al momento que es canalizado:**

El tiempo empleado desde la solicitud de atención hasta el momento de su canalización es de dos y tres semanas respectivamente, como se explicó en el punto anterior.

### **4. Del momento de ser canalizado al momento de recibir apoyo terapéutico:**

Para entender los tiempos de canalización, es importante destacar que existen cuatro programas a los que se pueden referir los niños, denominados: "Programa del Juego del Optimismo", "Violencia infantil, la Maestría de neuropsicología y la Maestría de Terapia familiar". Respecto del primero el tiempo promedio para recibir tratamiento varía entre 30 y 45 días; las canalizaciones al resto de los programas son mínimas.

#### ***d) Objetivo: Analizar la congruencia entre los resultados de la entrevista o motivo de consulta e instrumentos de evaluación.***

Se empezará por mencionar que a la primera entrevista que se realiza dentro del Centro se le denomina "Preconsulta", la cual consiste en el primer encuentro entre los familiares del niño, el niño y el psicólogo, esta entrevista reviste una gran importancia, ya que es el momento en el que se genera una impresión diagnóstica, lo que guiará la evaluación psicológica. A partir de esta entrevista se debe vaciar la información obtenida en un formato que contiene los siguientes datos: Membrete con datos del Centro, No de folio del expediente, Costo de la consulta, Nombre del paciente, Edad, Sexo, Estado civil; Familiograma, Descripción del problema, Áreas afectadas por el problema, Tipo de canalización, Problemas presentados en la sesión, Soluciones adoptadas y Datos del entrevistador.



Con respecto a la categoría de análisis denominada "Congruencia", ésta fue definida en el Método como la relación existente entre el motivo de consulta y la elección de los instrumentos a evaluar. Bajo esta definición no tenemos más que afirmar que en los 79 expedientes la Congruencia no existe, ya que independientemente del motivo de consulta, las baterías de evaluación se predeterminan sólo a partir de la edad del niño.

***e) Objetivo: Analizar la pertinencia de los instrumentos de evaluación aplicados al niño.***

Posterior a la preconsulta se realiza la historia clínica, cabe aclarar que para esta entrevista solamente se cita a los padres.

La historia clínica se entiende como una entrevista de estructura (cerrada) que aborda 19 áreas:

1. Ficha de identificación
2. Información de los padres
3. Nivel socioeconómico
4. Motivo de consulta
5. Antecedentes heredofamiliares
6. Antecedentes de nacimiento y desarrollo (prenatal, perinatal y postnatal)
7. Crianza
8. Escolaridad
9. Actividades y socialización
10. Actividades cotidianas
11. Independencia personal
12. Aspectos sensoriales
13. Aspectos emocionales
14. Dinámica familiar
15. Inquietudes y educación sexual
16. Estado actual de salud (al momento de la evaluación)
17. Expectativas futuras
18. Percepción de los padres (de la gravedad del problema)
19. Notas adicionales e información sobre el examinador

De los 79 expedientes revisados encontramos frecuentemente que las historias clínicas no cumplieron con toda la información que se solicitaba, principalmente en áreas como son la dinámica familiar, inquietud y educación sexual, donde quedaba registrado simplemente un "No procede". Esto fue más enfático en aquellos expedientes que registraron "problemas de conducta".

Sin la menor duda muchas de las 19 categorías, son poco claras, conceptualmente hablando, por lo que los rubros resultaron poco homogéneos en la información recopilada.

- ***M-1. La Escala de Desarrollo Denver***

Hay que recordar que en el modelo de evaluación M-10, además de realizar la preconsulta y la historia clínica, se aplica la Escala de Desarrollo Denver. Esta prueba fue planeada por su autor para que personas con poco dominio en el uso de las pruebas psicológicas pudieran hacer una adecuada detección de alguna problemática en el desarrollo del niño. Se compone de 105 tareas o reactivos relativas al desarrollo del niño, desde el nacimiento hasta los seis años. Los reactivos están ordenados en cuatro sectores: personal-social, motor fino adaptativo, lenguaje y motor grueso.

Es una prueba sencilla con una duración aproximada en su aplicación de 30 minutos. En los niños pequeños puede ser aplicada mientras permanecen sentados en las piernas de su mamá y en el caso de los niños más grandes se les ubica sentados a la altura de la mesa, con el fin de que tenga acceso a los materiales de la prueba. La información del área personal-social es obtenida a través de información proporcionada por el familiar que lo lleva, que en la mayoría de los casos es la madre y el resto de las áreas se evalúan directamente con el niño, mientras que la madre lo espera en la recepción.

Al término de la evaluación se cita a los padres para la comunicación de los resultados y en caso necesario se les informa el área de canalización.

- ***M-2. Prueba de Bender***



De manera similar a lo que acabamos de ver, la prueba de Bender es la única prueba que se aplica en el M-2, posterior a la preconsulta e historia clínica. El Bender, toma un tiempo aproximado de 15 a 30 minutos, tiempo en que el menor trabaja dentro del cubículo con la psicóloga, mientras sus padres lo esperan en recepción. Al igual que en el modelo anterior, se cita a los padres para la comunicación de los resultados y su canalización en caso de ser necesaria.

- **M-3. Evaluación psicopedagógica**

En este modelo de evaluación al igual que, en los anteriores, se realiza la preconsulta y la historia clínica. Sin embargo, con este modelo se aplican varias pruebas, como ya se describió en el cuadro y también se realiza el reporte psicológico que, se entrega el reporte a los padres, indicándoles el área de canalización.

Como ya se señaló, en la mayor parte de los casos en los que se aplica el M-3, el solicitante es el maestro o algún responsable de la institución educativa, quien por lo regular reporta problemas de bajo rendimiento académico del niño. Por tal razón un interés primordial en el M-3 es identificar el nivel intelectual del menor para lo cual se utiliza el WISC-R. Se observa que esta prueba se aplica lo mismo a personas con un nivel sociocultural medio que bajo, lo cual contraviene las indicaciones de dicha prueba.

También se pudo observar que no siempre se cumple en su totalidad con lo indicado en este modelo de evaluación (M-3), ya que aunque medie la petición por escrito, en algunos casos por ejemplo, no se llega a aplicar la escala de inteligencia.

***f) Analizar el tipo de comunicación por escrito que establece el psicólogo con los solicitantes, la claridad y pertinencia del reporte. Así como la descripción del proceso terapéutico que deberá seguir el paciente.***

Para responder a este objetivo nos propusimos involucrar a psicólogos clínicos, padres de familia y profesores de primaria. Se recurrió a una pequeña muestra de

los actores que frecuentemente están involucrados en la evaluación psicológica quienes calificaron las características que deben distinguir un reporte psicológico, tales como: congruencia, claridad, confidencialidad y viabilidad.

Los resultados se mencionan a continuación:

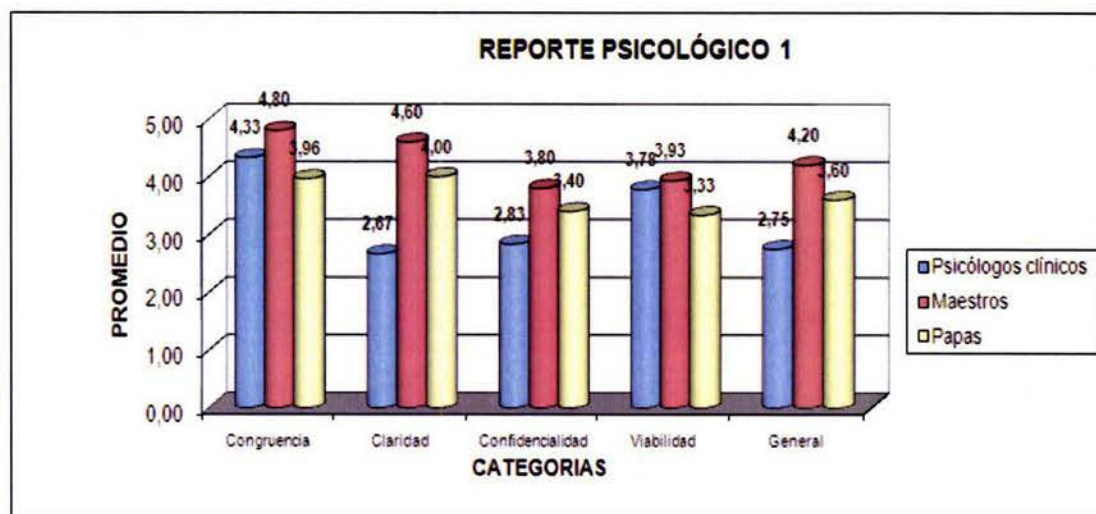


Fig. 4.2 Gráfica correspondiente al Reporte psicológico #1.

Como podemos observar en la gráfica (4.2), el grupo más disminuido corresponde a la categoría de Confidencialidad, misma categoría que se definió en torno a la información que se debe brindar a la escuela, y que debe girar únicamente en torno al proceso enseñanza-aprendizaje. Esta categoría además es alusiva a que la información propia de la dinámica familiar le corresponde conocerla solamente a



la familia y no la institución educativa (véase Anexo 1). Lo que vale la pena destacar es que no obstante la definición que se dio a esta categoría, y la ausencia de elementos propios de la dinámica familiar, de todos modos los tres tipos de participantes consideró que en los reportes no hubo la suficiente confidencialidad.

Por otra parte se puede observar que la puntuación más alta correspondió a Congruencia, entendida, como ya se ha mencionado, como la relación que debe existir entre el motivo de consulta y la elección de los instrumentos. Esto nos llamó profundamente la atención, ya que al parecer puede dar la impresión que cualquier prueba es indistinta para cualquier problemática.

Los psicólogos clínicos y maestros particularmente, fueron los que coincidieron en este punto. Por el contrario los padres, sin tener conocimientos al respecto, otorgaron un menor nivel de congruencia.

Se dio por sentado que un reporte puede considerarse claro cuando lo expresado en él, se presenta de manera sencilla y sin uso de tecnicismos, sin embargo, a pesar del uso de tecnicismos en este reporte los maestros le otorgaron a Claridad, la más alta calificación, mientras que para los psicólogos clínicos esta fue la calificación más baja que llegaron a otorgar.



Fig. 4.3 Gráfica correspondiente al Reporte Psicológico # 2.

Considerando los grupos de participantes, podemos observar algo similar que la gráfica anterior, Congruencia es el puntaje más alto y el más bajo Viabilidad. Con respecto a Viabilidad, esta se entendió como las posibilidades de ayuda o estrategias que el psicólogo debe ofrecer al maestro y la familia del niño, para el mejor manejo de éste dentro del aula y en casa, pero que también tenga correspondencia con sus responsabilidades. Es interesante ver que no obstante que el reporte no ofrece opciones de ayuda a la institución o al docente, el grupo de maestros le dieron una buena puntuación.

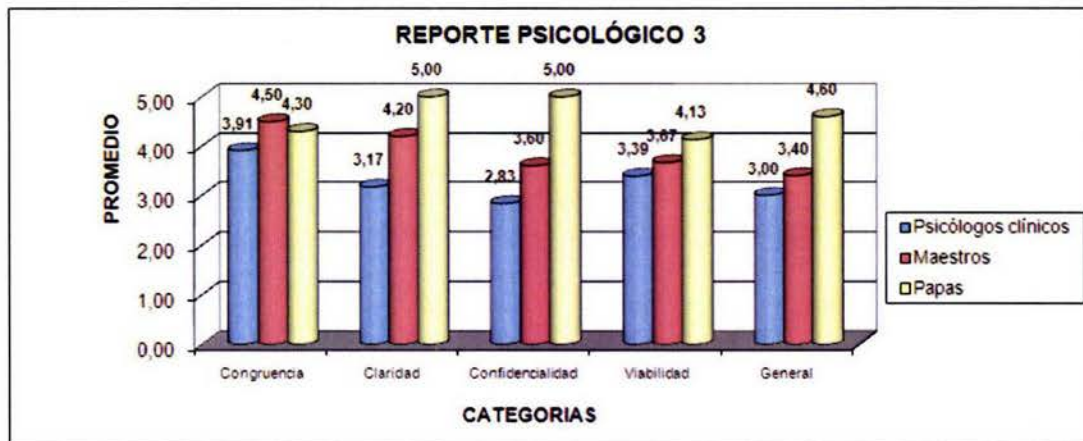


Tabla 4.4 Gráfica correspondiente al Reporte psicológico # 3.

Además de reiterar lo relativa a la Congruencia o lo relativa a Confidencialidad y Viabilidad, llama poderosamente la atención que un reporte de esta naturaleza, causó un impacto muy positivo para los padres de familia, los cuales a diferencia de los demás sus calificaciones sobresalieron de manera significativa. A diferencia de los otros participantes, los padres lo calificaron de Claro, Congruente y Viable.





Tabla 4.5 Gráfica correspondiente al Reporte psicológico # 4.

Ahora en este reporte les toco a los maestros otorgar calificaciones muy altas, y en verdad disparadas con respecto a los otros integrantes, como fue en el caso de Confidencialidad.

El reporte cumple con la categoría de Claridad, se presenta el resultado de la evaluación en un lenguaje sencillo, sin tecnicismos, de acuerdo a lo puntuado por el mismo grupo de participantes; sin embargo, la percepción de los psicólogos clínicos fue diferente, para este grupo no fue suficientemente clara la explicación que se da del nivel de desarrollo de la menor.

Respecto a Viabilidad, resultado homogéneo el que los tres grupos de participantes hayan coincidido en otorgar a esta categoría una calificación muy baja. Es decir, incluso para los maestros que han calificado a este reporte como congruente claro y confidencial, la viabilidad que ofrece es muy baja.

Con esto queda concluido el análisis de los resultados que como objetivo de estudio nos propusimos. Ahora daremos paso a la discusión de los mismos.

## V. DISCUSIÓN

El Servicio Social puede llegar a tener un gran impacto en el estudiante, que puede ser negativo cuando en el desempeño de su trabajo se da cuenta que no logra conjuntar de manera congruente su conocimiento teórico-metodológico con la práctica. Sin embargo, también esta experiencia nos brinda la oportunidad de pasar de una reflexión crítica a un trabajo propositivo, como el que aquí se presenta, que ofrece alternativas para mejorar las intervenciones diagnósticas, particularmente de los niños.

De manera específica iniciaremos nuestra discusión abordando al solicitante, que al igual que todos los apartados restantes, presentan una breve justificación del proceso diagnóstico en su conjunto y en su especificidad.

### **El solicitante**

Lo que pudimos observar en los expedientes es que fueron los padres quienes aparentemente tomaron la iniciativa de solicitar ayuda, sin embargo, al trascender el motivo de consulta, se hizo evidente que en la mayoría de los casos estos recibieron tal sugerencia por parte de los maestros. Esta situación nos muestra la dificultad que tienen los padres para aceptar que su hijo pueda estar presentando algún problema, y justificarlo en términos de que el comportamiento se debe a la edad del menor. Sin embargo, en el momento en que los padres escuchan a la maestra, que tiene a todo un grupo de la misma edad, decirles que su hijo tiene problemas puede ayudar a algunos padres a sensibilizarse, y a otros a asistir con el psicólogo, más por obligación que por convencimiento.

#### **1. La entrevista:**

En la Clínica donde se realizó el presente estudio quedó claro que hay dos tipos de entrevistas, una denominada "preconsulta" y la llamada, "historia clínica".



En cuanto a la preconsulta, ya desde el nombre, pareciera que no tiene el valor que representa la primera entrevista con el paciente. Es un término que define un momento previo a la consulta y que años atrás en el sector salud, tenía la lógica de la canalización de pacientes a las distintas especializaciones. En el caso que nos ocupa, pudimos identificar una gran ambivalencia hacia esta actividad, ya que por un lado el término minimiza la importancia de lo que representa el “primer contacto con el paciente”, “después de todo no es una entrevista”, pero al mismo tiempo se sabe que es un momento esencial en la relación psicólogo-paciente.

Respecto a la entrevista inicial (se le llame como se le llame), Sattler (2003) dice que *“está diseñada para informarle a los entrevistados acerca del proceso de evaluación y para obtener información pertinente para el diagnóstico, tratamiento, regularización o asignación a programas especiales”* (p. 5) y que en el caso de la preconsulta esta condición no se cumple.

Por otra parte observamos que la entrevista que se trabaja y que se denomina historia clínica, impide la fluidez del diálogo de los padres con el psicólogo, esto debido a su estructura cerrada (pregunta-respuesta); tampoco proporciona información suficiente para establecer una hipótesis de trabajo e incluso, frecuentemente, varias áreas quedan sin ser exploradas debido a la falta de claridad conceptual, tanto de quien escribió el formato como seguramente de quien lo aplica en el paciente, lo que nos lleva a coincidir con Díaz Portillo (1998) al señalar que: [...] *“el objetivo de la entrevista no se logra cuando el entrevistador acota el interrogatorio y sólo se explora el material que el entrevistado conoce de sí o del que está consciente y por lo tanto, está dispuesto a compartir”* (p. 24). Sullivan (1979) por su parte señala [...] *“elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y qué pautas o normas experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas, y en la revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”* (p. 26).

## **2. Las problemáticas abordadas:**

Como se señaló en resultados, uno de los principales problemas por los que llevan a los niños a la Clínica, es por los "problemas de conducta". Este concepto es tan genérico que puede abarcar cualquier tipo de comportamiento, sin embargo, frecuentemente se refiere a aquello que se da en la escuela y que conflictúa a las maestras al dar su clase así como en la capacidad para poder controlar a los niños. A menudo lo que se entiende como problemas de conducta, son más bien problemas de indisciplina, de actos que se consideran violentos o que incomodan al compañero. Sin embargo, un gran número de estos casos refleja un sentimiento de inadecuación por depresión y tristeza que los lleva a ser disruptivos, la importancia de conocer teóricamente este tipo de problemáticas, permitiría darle sentido al diagnóstico diferencial, delimitando lo que son estilos de relación "agresivos" de lo que puede ser una depresión infantil. Es muy importante que desde la formación de los estudiantes se logre problematizar con ellos, la posibilidad de trascender lo que parece "obvio".

En relación con los problemas de bajo rendimiento escolar, además de ir de la mano con la categoría anterior, para Lucien Séve (1978) el problema es multicausal, entre otros intervienen factores como la pobreza, la mala alimentación, el hacinamiento, así como la separación de los padres o el divorcio, que unidos a la falta de estímulo cultural, y a la pobreza intelectual y de lenguaje de los padres, produce una debilidad psicológica que pone en desventaja al niño con respecto a sus pares. De acuerdo con el autor, el docente juega un papel muy importante, porque la actitud que tome hacia el niño dependerá de su desempeño dentro del salón de clases; si éste reprueba, será señalado por maestro y compañeros, lo que va a originar que dentro de la consulta, el padre se refiera a su hijo como "burro", "flojo" o "tonto", el fracaso del niño es experimentado por los padres como un fracaso personal, y que además lo viven con grandes niveles de culpa e interpretan el conformismo del niño como "flojera" o "falta de dones". En palabras de Lucien Séve (1978) los fracasos de los niños se vuelven acumulativos y extensivos, como en el ejemplo, la dificultad de la escuela se transfiere a la casa y acumulativo en el sentido que un maestro



transfiere la información a otros profesores: *"si los fracasos se siguen acumulando, el maestro transfiere la actitud negativa hacia otros maestros, quienes cuando entren en contacto con el niño ya lo habrán etiquetado"* (p.19).

Al respecto Onetto (2004) afirma que la violencia al interior del aula puede convertirse en un recurso educativo, al que se está tan acostumbrado, que es difícil analizarlo en su expresión y sus impactos. De este modo, el autor habla de la "naturalización de la violencia" dentro de la escuela, en el sentido que se reconoce como parte de enseñar y que se hace más presente cuando el niño tiene bajo rendimiento escolar. El autor opina que las formas en que los docentes interactúan, conforman procesos formativos en los niños y aprenden a "ser ignorados", "descalificados en su saber", "castigados" o "subestimados", y esto llega a considerarse como parte de ser alumno y tener una condición subordinada.

Hay un dato que queremos resaltar para comprender "el problema del niño (a)" la educación, primero en el seno de la familia, y posteriormente en el ámbito social (medios de comunicación, relación entre iguales, etc.), así como en la escuela, potencian una serie de valores de género y de esta forma una marcada diferencia entre niños y niñas en problemas de conducta, que están asociados a una educación sexista, donde a las niñas se les exige un comportamiento diferente que a los niños. Por tal razón, al parecer los problemas de conducta y bajo rendimiento académico, son parte de un problema asociado primordialmente a los varones.

No queremos terminar sin reconocer la participación de la escuela en la identificación del problema, quizá en muchos casos dentro de este contexto son más visibles las circunstancias por las que atraviesa el menor. Problemáticas que el maestro capta de manera clara y acertada haciendo prediagnósticos que el psicólogo asume sin hacer cuestionamiento alguno. Por todo lo anterior, es muy importante que los diagnósticos incorporen en su acopio de información aspectos relativos de la escuela y su dinámica, tanto como el involucramiento de la escuela para poder solucionar el problema del niño en cuestión.

Entre los motivos de consulta también se encontraron los terrores nocturnos y enuresis. Respecto a los primeros se les vincula con una hiperactividad del sistema nervioso central (SNC) durante el sueño. Esto puede ocurrir debido a que el SNC (que entre sus funciones tiene la de regular la actividad cerebral durante el sueño y la vigilia) todavía está madurando. Los terrores nocturnos se han descrito en niños que: estaban muy cansados, enfermos o estresados; toman algún tipo de medicamento o duermen en un entorno nuevo o lejos de su casa, respecto a este motivo de consulta no se encontró dentro de las historias clínicas ninguno de los factores que se vinculan con este problema.

Aunque la enuresis está contemplada en el DSM-IV (2002) dentro de los trastornos de inicio en la infancia, y pertenece a los trastornos de la eliminación, para poder ser diagnosticada se deben considerar los siguientes criterios: la emisión de orina debe ocurrir por lo menos dos veces por semana durante 3 meses mínimo; provocar malestar clínicamente significativo o deterioro social, académico o laboral. Se establece que el niño debe haber alcanzado una edad de por lo menos 5 años o un nivel de desarrollo equivalente, y que la enuresis no se deba al efecto fisiológico directo de alguna sustancia, ni a alguna enfermedad (diabetes, espina bífida o trastorno convulsivo). Por otro lado, también se encontró que la enuresis se relaciona con un retraso en la maduración, así como con las crisis provocadas por el nacimiento de algún hermano, el inicio de la escuela, hospitalización y, pérdida o ausencia de alguno de los padres. Se trata de un trastorno benigno, no de una enfermedad (Caggiani, 2006).

Las dos problemáticas mencionadas no logran su franca expresión en las Escala de Desarrollo Denver y Test de Bender, resultando insuficiente para comprender la problemática, dejando de lado cualquier otra técnica que pudiera evaluar los aspectos emocionales.

Por otra parte, aunque sólo sea un caso, es la mujer quien reporta haber sido abusada sexualmente, dato que coincide con las estadísticas en las que se ubica a las niñas como víctimas más frecuentes. Son estos casos, donde no obstante la



trascendencia de un buen diagnóstico, este puede omitirse, canalizando de inmediato a los niños a recibir una adecuada técnica terapéutica.

Así mismo, se tiene el caso de intento de suicidio, aunque dentro del expediente no se encontró información suficiente de lo que la intención implicó, debió haberse canalizado de inmediato a una intervención terapéutica. El deseo de llamar la atención, una petición de ayuda, la necesidad mostrar a otros cuán grandes son sus problemas, pueden ser sólo algunos de los mensajes enviados por el niño. En ambos casos (abuso sexual e intento de suicidio) se perdieron al menos dos semanas en el proceso de admisión, se desconoce cuánto tiempo transcurrió para que recibieran tratamiento psicológico.

Este breve análisis de los problemas abordados y de su multicausalidad, es una pequeña muestra en la que se puede ver la trascendencia de una evaluación psicológica, desde el momento de la entrevista. No se requiere necesariamente para ello de pruebas psicológicas. El psicólogo debe observar a través de los lentes de la escuela o familia, tiene que tener una mirada propia permeada de una óptima formación teórica, técnica y metodológica, que le permitan en primera instancia quitar la etiqueta de que el niño es el problema, para posteriormente visualizar la dinámica que ha llevado a la construcción del problema familiar.

### **3. Los modelos de evaluación psicológica:**

En relación con las técnicas y procedimientos de evaluación infantil que se utilizan a partir de que el paciente ingresa a la clínica, se expuso en el análisis de resultados la existencia de tres modelos de evaluación predeterminados por la edad y no así por la problemática, lo cual contradice lo planteado por Aragón y Silva quienes consideran que la evaluación psicológica es un proceso que implica el planteamiento de objetivos, la selección de instrumentos, la toma de decisiones, la elección de las técnicas y estrategias de intervención, la comprobación continua que permite constatar que los objetivos están siendo alcanzados, y que sirve de control permitiendo corregir posibles desviaciones (Aragón & Silva, 2004).

Respecto a considerar la edad del niño para su evaluación, Sattler (2003), no propone una división por etapas de desarrollo, sino que orienta el proceso de evaluación en tres perspectivas: la del desarrollo, la normativa del desarrollo y la cognitivo-conductual.

Dicho lo anterior, consideramos que la evaluación no puede estar determinada por conveniencias administrativas, donde la edad va a determinar todo el proceso de evaluación que se va a seguir, dejando de lado la problemática. Este tipo de procesos no llevan a nada, ni se sustentan en fundamento teórico alguno.

#### **4. Los instrumentos:**

En cuanto a la pertinencia de los instrumentos, los distintos teóricos coinciden en que éstos deberán ser elegidos de acuerdo al motivo de consulta, así tenemos que Aragón y Silva en su definición de evaluación psicológica, uno de los puntos que señalan es la elección de instrumentos. En dicha elección se deberán considerar variables como la edad, el género, la etapa de desarrollo, el nivel sociocultural y por supuesto el motivo de consulta (Aragón & Silva, 2004). La correcta elección de éstos aportará información que no se obtuvo en la entrevista.

Al respecto Sattler (2003, págs. 3-4, 26) coincide, cuando señala la importancia de tener claridad y certeza en la demanda y problemática para formular una hipótesis de la situación que se presenta y así proceder a evaluar, para que con los resultados de esa evaluación se facilite la resolución de conflictos, se logre realizar un diagnóstico, asesorar, rehabilitar y evaluar los progresos.

Se encontró que la prueba de inteligencia Wechsler (1974), WISC-R, no obstante su predeterminación por el modelo de evaluación determinado por edad, no fue utilizada en todas las evaluaciones. También se observó lo contrario, fue utilizada en niños con pocas oportunidades socioculturales, lo que arroja resultados equivocados, en detrimento de los niños. Se identificó además en uno de los reportes psicológicos que el área intelectual llegó a ser evaluada con la prueba de Bender (ver anexo 3). Lo anterior lleva necesariamente a mencionar que los



errores no son solamente producto de tener instrumentos preestablecidos para la evaluación de los niños, sino que también son resultado de la falta de preparación de todo aquél que haya determinado la elección de instrumentos para conformar la batería.

## **5. Reporte psicológico:**

Si bien el reporte psicológico, es un medio de comunicación que utilizamos para responder a la problemática que se presentó en la primera entrevista, entonces se comprenderá la relevancia que tiene tanto para el adulto, como para el futuro del niño y su familia, por lo que su redacción y contenido merece extremo cuidado y consideración.

Como se pudo ver, es imposible que la calidad de los reportes cumpla con las características que señala Sattler (2003, págs. 719-738): que se presenten las ideas en una secuencia lógica y ordenada, que entre los temas tratados haya transiciones suaves entre uno y otro, ya que de no hacerlo así, se entorpecerá la comunicación con los interesados, si el reporte contiene oraciones con lenguaje poco común o muy técnico; o si contiene, puntuaciones de una prueba sin interpretar. El autor hace hincapié en que se "*evite la terminología psicológica*". Por lo tanto, si la problemática no está claramente determinada por el psicólogo y sumado a ello, las técnicas empleadas no son congruentes con las problemáticas, resulta imposible dar respuesta al motivo de consulta.

Dentro de los reportes revisados, si bien, la información lleva siempre un orden establecido (separar la información por áreas evaluadas), esto no implica que la información esté debidamente integrada. Respecto al lenguaje que se utiliza en su redacción, muy por el contrario de lo señalado por Sattler (2003), es confuso y lleno de tecnicismos y no ofrece a los solicitantes una explicación de la etiología de la problemática que presenta el menor, ni estrategias que permitan un mejor manejo del niño en casa o escuela. Al dirigir el reporte psicológico al maestro o la institución es necesario preservar la confidencialidad de la información recibida,

pues no siempre resulta fácil diferenciar de forma clara la información que puede ayudar a la escuela a comprender el proceso evolutivo del niño y la dinámica familiar, por lo que se deberá reservar para el psicólogo y la familia toda aquella información que no reditúa un beneficio para el niño en el proceso enseñanza-aprendizaje.

## **6. Tiempos:**

Cuando los padres solicitan ayuda psicológica para su hijo, la problemática que éste presenta no es nueva, puede tener meses o hasta años con los síntomas que se refieren en consulta. Y de no recibir tratamiento en el menor tiempo posible, la problemática cambia, ya no es la misma, debido a la larga espera, los miembros de la familia harán un "reajuste" a su problemática para tratar de sobrevivir. Por eso, el tiempo que transcurre desde el momento en que los padres solicitan el servicio hasta que reciben tratamiento cobra tanta importancia.

Si consideramos que se aplica una evaluación que carece de sentido porque, como se ha mencionado y demostrado, no tiene conexión alguna con el motivo de consulta y, además transcurren varias semanas para que el niño pueda recibir tratamiento, especialmente cuando ha sido asignado al programa del Juego del Optimismo, se corre el riesgo no sólo de que la problemática inicial haya cambiado, sino que, haya dado paso a una patología.

Se quiere aclarar que, bajo ninguna circunstancia se pretende disminuir la labor que dicho programa realiza, ni tampoco responsabilizar a sus integrantes por el tiempo que pasa antes de que los niños sean atendidos. Por el contrario se desea enfatizar las grandes problemáticas que éste presenta para poder cumplir con sus objetivos. Una de las grandes deficiencias se debe a la falta de recursos humanos y la falta de espacios para la atención de los niños. Sumado a lo anterior se encuentra que, cuando los niños ingresan al programa son nuevamente evaluados, retrasando más el momento de recibir tratamiento.



En relación al tiempo que transcurre en los otros programas se desconoce, pero si se puede señalar que en las Maestrías de neuropsicología y de Terapia familiar, reciben un número limitado de niños. Por lo que, se hace necesario articular de manera congruente, la evaluación que se realiza en el área de evaluación infantil con los distintos programas que ofrece el Centro.

Por último sólo se quiere enfatizar que muchas de las dificultades que padecen los niños, tanto orgánicas como de conducta pueden ser de origen emocional y están relacionadas con problemas familiares. Un niño si ha nacido sano, es prácticamente perfecto y físicamente tiene una enorme capacidad para enfrentar situaciones difíciles, pero emocionalmente es más vulnerable y cuando es pequeño suele identificar cualquier situación de inseguridad, violencia o abandono con falta de afecto.

Cada niño tiene una forma diferente de asimilar las experiencias que le toca vivir. Por eso, cuando se somete a un niño a una evaluación psicológica, se presenta una oportunidad para obtener un punto de vista de la situación particular de ese niño, y uno de los objetivos debe ser, ayudar a la familia a encontrar respuestas acerca de lo que pasa su hijo, y ayudarlos sutilmente a comprender la responsabilidad que tienen dentro de la problemática que viven al interior del hogar o en la escuela, para que posteriormente se integren al proceso terapéutico con un sincero deseo de cambio.

Por eso resulta muy importante que el proceso de evaluación se lleve a cabo con profesionalismo, sentido humano y deseo de ayuda, que el psicólogo tenga un conocimiento profundo y certeza sobre lo que debe hacer en cada caso que le llega, para así ayudar de manera profesional a las familias que asisten con la esperanza de recibir ayuda y poder resolver los problemas que los aquejan.

## VI. CONCLUSIÓN Y SUGERENCIA

El Servicio Social representa una valiosa oportunidad de devolver a la comunidad una pequeña parte de lo mucho que se recibió durante la carrera; así como, la ocasión de incorporarse gradualmente a la experiencia profesional, con la ventaja de estar cobijado por una institución de renombre y por el cuerpo docente que en ésta labora y que son los encargados de supervisar nuestro trabajo.

Antes de exponer nuestras conclusiones y sugerencia, vale la pena recordar, que nuestro trabajo, se limitó solamente a un programa de los muchos que se cubren dentro de la Institución, antes mencionada, que es la "Evaluación Diagnóstica Infantil", por lo tanto estas conclusiones no deben ser generalizadas a otros programas más.

Lo que nos planteamos inicialmente fue analizar los elementos que constituyen el nivel de intervención del psicólogo en el diagnóstico, de manera específica, por ejemplo, las técnicas que se emplean. Sin embargo, al ir analizando la fundamentación y pertinencia de cada uno de ellos, llegamos al punto que todo ello, sus aciertos o sus errores, no son parte de un programa integral que responda a las necesidades del niño de cierta edad con una problemática particular. Podemos afirmar entonces que el área de evaluación infantil, al carecer de estructura, a corto y mediano plazo, se ha vuelto una actividad aislada, en la que no hay pasado que la defina, ni futuro que la utilice. Por lo tanto el principal obstáculo que enfrenta la función evaluativa es su poca utilidad, ya que al no responder a necesidades específicas se vuelve asistemática, dispersa, mecánica e inconexa.

Al no responder a ninguna necesidad institucional, el diagnóstico del niño es una pérdida de tiempo, dos semanas en el caso de las evaluaciones establecidas por edad (M-1, M-2) y tres semanas en el caso de evaluaciones psicopedagógicas (M-3), que si bien es muy preocupante que se priorice la edad y no la problemática (de manera articulada con la edad), al no utilizarse los resultados, que importa



cualquier ensayo y error, al no ser congruentes los resultados con las necesidades de los programas terapéuticos.

De manera específica:

La preconsulta mientras siga cobrando, lo que hasta ahora es, no un medio de canalización, porque ni criterios para ello hay, debe dársele su justa y trascendente dimensión, la de la primera entrevista con el psicólogo. Sin embargo, también como primera entrevista presenta deficiencias importantes, al no obtener información suficiente que permita elaborar hipótesis sobre la problemática que se aborda y se plasman impresiones diagnósticas que carecen de fundamento teórico.

Los solicitantes (padres y maestros), son corresponsables en la problemática que el niño presenta, debido a los factores que por efecto de la actuación de los mismos, inciden en la conducta del menor. Entonces el psicólogo deberá permanecer muy atento en rescatar al niño y no en convertirse en un aliado de los padres y los maestros, buscando en el menor la causa de la problemática.

En cuanto a las pruebas, mientras que se sigan usando los mismos modelos de evaluación, el área de evaluación infantil no tiene razón de existir.

En el llenado de expedientes se encontró información incompleta, que a nadie sirve, con reportes poco claros para cualquiera, ya sea un profesional de la psicología, padres de familia o maestros, obviamente exceptuando al psicólogo que los hizo, y eso quién sabe.

Independientemente de los problemas internos que cada programa pueda tener, el invertir tiempo innecesario aplicando una evaluación posterior que le sea útil al programa, pone el acento en la poca utilidad que tiene el trabajo inicial realizado en el área de evaluación infantil. La gravedad de la pérdida de tiempo se agudiza durante el tiempo de espera para poder recibir tratamiento y para cuando ese momento llega el motivo de consulta seguramente ha cambiado.

Todo lo antes mencionado repercute principal y directamente en el niño y su familia; de manera secundaria, pero no por ello menos grave en la institución por la carga de trabajo y los recursos materiales y humanos en los que invierte, afectando gravemente su prestigio como institución educativa y finalmente al estudiante, que sin darse cuenta, va deformando su práctica profesional.

## SUGERENCIA

Como se señaló anteriormente, el mayor problema fue la identificación de una falta de programas de intervención, por lo que me permito concluir con sugerencias incipientes que promuevan que el trabajo del psicólogo sea eficiente, y con que el Servicio Social se vuelva altamente profesionalizante.

Los pasos que a continuación presentamos, tienen como objetivo, lo que hoy "existe" en la Institución donde realizamos el Servicio, considerando la posibilidad de optimizar recursos.

1º Partir de criterios diagnósticos establecidos por los distintos programas terapéuticos, a donde se puede canalizar a los niños, para lo cual se requiere:

- Definir las problemáticas que preferentemente estarán siendo abordadas por cada uno de ellos.
- La definición de sus criterios y selección de problemáticas, permitirá entonces sí, pensar en una preconsulta que canalice a una evaluación particular.
- La entrevista deberá abocarse a observar e investigar al niño, más que a lo que piensen del niño sus padres o maestros.
- Elegir instrumentos ad-hoc a la problemática, edad y nivel sociocultural.
- Determinar las problemáticas, que por su naturaleza y obviedad del caso no necesitan de una evaluación psicológica, sino será suficiente con la entrevista. Podemos poner el ejemplo de las problemáticas detectadas en este trabajo como fue el intento de suicidio y el abuso sexual.



- Acordar (entre el área de evaluación infantil y los de intervención) el protocolo de comunicación para que los solicitantes se vean debidamente informados, ya que es obligación de los profesionistas dar absoluta transparencia a lo que hacen, retroalimentar al solicitante y guardar absoluta confidencialidad de aquello que únicamente corresponde a la familia.

2º Incorporar al niño al proceso terapéutico.

3º Establecer la evaluación del tratamiento por parte del programa de evaluación, bajo un esquema de trabajo establecido por las dos áreas.

4º Establecer fases de seguimiento.

## Referencias

- Abt, & Bellack, L. (1965). *Psicología proyectiva*. México: Paidós.
- Aiken, L. R. (2003). *Tests psicológicos y evaluación*. México: Prentice Hall.
- Alkon, A., & Marcano, R. (2000). *Desarrollo social y emocional de los niños*. California: California Child Care Program. California University.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2004). *Tests psicológicos* (Séptima ed.). México: Prentice Hall.
- Anzieu, D. (1981). *Los métodos proyectivos*. Buenos Aires: Ábaco.
- Aragón, L. E., & Silva, A. (2004). *Evaluación psicológica en el área educativa*. México: Pax.
- Avila, A., & Rodríguez, C. (1992). *Psicodiagnóstico Clínico* (Primera ed.). Madrid: EUDEMA.
- Bayley, N. (1969). *Escalas Bayley de desarrollo infantil*. Madrid: TEA .
- Bellak, L., & Abrams, D. M. (2000). *C.A.T. y S.A.T. Uso clínico* (Cuarta ed.). México: Manual Moderno.
- Berk, L. E. (2008). *Desarrollo del niño y del adolescente* (Cuarta ed.). México: Pearson-Prentice Hall.
- Bolio y Arciniega, E. (1998). *Relaciones entre padres e hijos*. México: Trillas.
- Bonals, J., & Sánchez-Cano, M. (2006). *La evaluación psicopedagógica*. (2ª ed.). México: Grao.
- Caggiani, H. (2006). *ArchPediatriUrugu*. Recuperado el 11 de Octubre de 2010, de [http://www.sup.org.uy/archivos/adp77-4/pdf/adp77-4\\_7.pdf](http://www.sup.org.uy/archivos/adp77-4/pdf/adp77-4_7.pdf)
- Cirillo, S., & Di Blasio, P. (1991). *Niños maltratados. Diagnóstico y terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Cobo, P., & Tello, R. (2008). *Bullying en México* (Primera ed.). México: Quarzo.
- Cohen, R. J., & Swerdlik, M. (2000). *Pruebas y evaluación psicológicas* (Cuarta ed.). México: McGraw Hill.
- Corman, L. (1967). *El test del dibujo de la familia en la práctica médico-pedagógica*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Corsi, J. (2008). *Violencia familiar. Una mirada interdisciplinaria sobre un grave problema social*. (Séptima reimpresión ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Craig, G. J. (2001). *Desarrollo psicológico*. México: Prentice Hall.
- Díaz Portillo, I. (1998). *Técnica de la entrevista psicodinámica* (Primera ed.). México: Pax.



- Dolto, F. (2000). *Las etapas de la infancia. Nacimiento, alimentación, juego, escuela...* Madrid: Paidós Ibérica.
- Esquivel, F., Heredia, M., & Lucio, E. (2007). *Psicodiagnóstico clínico del niño* (Tercera ed.). México: Manual Moderno.
- Feldman, R. S. (2008). *Desarrollo en la infancia* (4ª ed.). México: Pearson-Prentice Hall.
- Ferrater, M. J. (2000). *Diccionario de Filosofía*. Buenos Aires: Sudamericana.
- Finkelhor, D. (2006). *Abuso sexual al menor* (Primera ed.). México: Pax.
- Freud, S. (1973). *Obras completas TIII*.
- Gregory, R. (2001). *Evaluación psicológica. Historia, principios y evaluaciones*. México: Manual Moderno.
- Hall, C. S. (1999). *Compendio de psicología freudiana*. México: Paidós.
- Hammer, E. F. (1969). *Tests proyectivos gráficos*. México: Paidós.
- Hernández Sampieri, R., & et.al. (2008). *Metodología de investigación*. México: McGraw Hill.
- Irigoyen, M. (1999). *El acoso moral. El maltrato psicológico en la vida cotidiana*. Barcelona: Paidós.
- Kaplan, R. M., & Sacuzzo, D. P. (2006). *Pruebas psicológicas. Principios, aplicaciones y temas*. México: Thomson.
- Kerlinger, F. N. (1997). *Investigación del comportamiento* (Tercera ed.). México: McGraw Hill.
- Koppitz, E. (1995). *El test de Bender* (Segunda ed.). Madrid: Oikos-Tau.
- Koppitz, E. (2007). *El dibujo de la figura humana* (Décima segunda ed.). Buenos Aires: Guadalupe.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. México: Paidós.
- Lorenzen, G. (1986). *Descripción evaluatoria del trabajo realizado en el Centro de Servicios Psicológicos de la Facultad de Psicología de la UNAM, durante el primer año de servicio. (Periodo comprendido del 1° de agosto de 1981 al 1° de agosto de 1982)*. México: Tesis: UNAM.
- Macotela, S., & Romay, M. (2007). *Inventario de habilidades básicas*. México: Trillas.
- Maldonado, G. (2009). *Programa de formación profesional supervisada en Centros y Programas de Servicio a la Comunidad*. México: UNAM: Documento interno sin publicar.
- Montenegro Núñez, M. d. (2010). *Programa de evaluación de la personalidad*. México: Facultad de Psicología.

- Montenegro Núñez, M. d. (2002). *Aportaciones de la psicología al proceso de evaluación para la selección y seguimiento de policías judiciales*. México: Tesis. Facultad de Psicología.
- Mueller, F. L. (2009). *Historia de la Psicología*. México: FCE.
- Onetto, F. (2004). *Climas educativos y pronósticos de violencia. Condiciones de la convivencia escolar*. Buenos Aires: Ediciones Noveduc.
- Piaget, J. (2006). *La formación del símbolo en el niño*. México: FCE.
- Piaget, J. (1977). *Seis estudios de psicología*. México. México: Seix Barral.
- Rapaport, D. (1985). *Test de diagnóstico psicológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Raven, J. (1989). *Test de matrices progresivas para la medida de la capacidad intelectual de sujetos de 4 a 11 años*. Buenos Aires: Paidós.
- Rivera, O., & Esquivel, F. y. (1987). *Integración de estudios psicológicos*. México: Diana.
- Roa, Á. A. (1995). *Evaluación psicológica en psicología clínica y de la salud*. Madrid: Ciencias de la educación preescolar y especial.
- S.M.P., S. M. (2007). *Código de Ética del psicólogo*. México.
- Sánchez, M. (2009). *Práctica clínica en un centro de atención psicológica de consulta externa*. UNAM: Documento no publicado.
- Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada* (Undécima ed.). México: Pearson.
- Sattler, J. M. (2003). *Evaluación Infantil: Aplicaciones cognitivas* (4ª ed., Vol. I). México: El Manual Moderno.
- Sattler, J. M. (2003). *Evaluación Infantil: Aplicaciones conductuales y clínicas* (4ª ed., Vol. II). México: El Manual Moderno.
- Séve, L., & et.al. (1978). *El Fracaso escolar* (1ª ed.). México: Ediciones de Cultura Popular.
- Silva Moreno, F. (2003). *Evaluación psicológica en niños y adolescentes*. Madrid: Síntesis Psicología.
- Sullivan, H. S. (1979). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psique.
- Székely, L. (2000). *Diccionario de psicología* (Vol. I). Bogotá: Claridad.
- Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F. (2008). *Introducción a la psicometría*. México: Paidós.
- Wechsler. (1984). *Escala de inteligencia revisada para el nivel escolar. Manual MP 36-1*. México: El Manual Moderno.



\*Tesis consultadas.

- 1) Sánchez Valdéz, O.; Torres Rivera, O.; Trejo Acevedo, M. A. (2006). Trastornos del sueño en niños desde una perspectiva neuropsicológica. México. UNAM. Facultad de Estudios Superiores de Iztacala.
- 2) Echevarría Fernández, A. C. (2006). Medición de la capacidad intelectual y su correlación con el rendimiento académico de los alumnos de nivel básico. Uruapan, Mich. Universidad Don Vasco, A. C.
- 3) Aviña Ortega, C.; Rodríguez Cardoso, A. (2006). Depresión y maltrato en niñas institucionalizadas. Un estudio comparativo. México. UNAM. Psicología.
- 4) Carbellido Olaya, P. (2006). Evaluación psicosocial del Trastorno por déficit de atención en niños y niñas en el Hospital Psiquiátrico Infantil "Juan N. Navarro". México. UNAM. Facultad de Estudios Superiores-Zaragoza.
- 5) López Equihua, N. (2006). La influencia de la capacidad intelectual en los niños de 3er. Grado de preescolar. Uruapan, Mich. Universidad Don Vasco, A. C.
- 6) Arreguín Galindo, Y. P. (2008). Influencia de la capacidad intelectual en el rendimiento académico en alumnos de nivel primaria. Uruapan, Mich. Universidad Don Vasco, A. C.
- 7) Ortiz Salgado, E. (2008). Medición de rasgos de personalidad con la Escala CPQ en niños maltratados. México. Universidad Salesiana.
- 8) Alanís Ramírez, C. J. (2008). Trastornos del comportamiento que surgen en los infantes de la "Escuela Agustín Melgar"; por una relación distante con la madre. México. Universidad Insurgentes.
- 9) González Bustos, L. (2008). Trastorno por déficit de atención: qué, por qué y cómo resolverlo. México. UNAM. Facultad de estudios superiores Iztacala.
- 10) García Castro, F. L. (2008). Conductas alimentarias de riesgo, sintomatología depresiva e ideación suicida en mujeres adolescentes con diferente nivel de marginación. México. Universidad Insurgentes.
- 11) Baeza Castro, E. (2008). Trastorno por déficit de atención, autoestima y autoconcepto en niños atendidos en el Hospital Infantil de México "Federico Gómez". México. UNAM. Psicología.
- 12) Chávez Alcantar, M. E. (2009). El aislamiento social en niños en edad escolar. Un estudio longitudinal. México. UNAM. Psicología.
- 13) López Moncayo, I. (2009). Aprovechamiento escolar y funcionalidad familiar en niños de 7-11 años de edad en la UMF 33 El Rosario IMSS. México. UNAM. Medicina. Posgrado.
- 14) Careaga Gutiérrez, D. (2009). Problemas de conducta escolar y niveles de

ansiedad en hijos de alcohólicos. México. UNAM. Psicología.

- 15) González Mosqueda, D. R. (2009). Conflictos en el área emocional en niños con y sin Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. México. UNAM. Psicología.
- 16) Vega Díaz, Ma. G. (2009). Alfabetización informacional: estudio sobre su apropiación en alumnos de primaria. México. UNAM. Psicología. Doctorado.
- 17) Castro Camarillo, C. (2009). Trastorno por déficit de atención y función familiar. La Paz, Baja California Sur. UNAM. IMSS. Posgrado.
- 18) Núñez Espinoza, E. E., Pacheco Rodríguez, Ma. G. (2009). Niños de educación primaria con bajo rendimiento escolar y su relación con la depresión. Estudio de casos. México. Universidad Salesiana.
- 19) Felipe Ortega, C. C. (2010). Seis indicadores clínicos de los rasgos del Test del H.T.P., asociados con maltrato físico aplicado a un grupo de niños de un centro de salud pertenecientes al Programa de atención integral al niño maltratado y un grupo de niños de una escuela primaria posiblemente maltratados. México. Universidad Insurgentes.

\*Las tesis fueron recuperadas de la base de datos de la UNAM.  
<http://dgb.unam.mx> TESIUNAM.



## I. Validación del reporte psicológico:

## Reporte Psicológico #

- Considerando: 1. Falta absoluta del atributo - 5. El atributo cumple en forma óptima.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	1	2	3	4	5	¿POR QUÉ?
<b>Congruencia.</b> Relación lógica y coherente que se establece entre dos o más cosas.						
¿Existe congruencia entre el motivo de consulta y la respuesta?						
¿Existe congruencia entre el motivo de consulta y los instrumentos de evaluación?						
¿Existe congruencia entre la edad del evaluado y los instrumentos utilizados?						
¿Existe congruencia entre el nivel socio-económico y los instrumentos de evaluación?						
<b>Claridad.</b> Inteligible, fácil de comprender, evidente, cierto, manifiesto, lo que es expresado con lisura. (Diccionario Enciclopedia Quillet, 1987). Lenguaje accesible, sin uso de tecnicismos.						
¿Cómo calificaría la claridad que presenta el reporte?						
<b>Confidencialidad.</b> La información que se brinda debe contener los elementos necesarios que le permitan a la institución educativa tomar medidas para apoyar al niño desde las atribuciones que le competen.						
¿El reporte presenta elementos para que la institución se involucre en el apoyo del niño?						

¿El reporte presenta información que no es de utilidad para la escuela?						
¿El reporte presenta información de la dinámica familiar?						
<b>Viabilidad.</b> Dentro del reporte psicológico se deberán brindar opciones o sugerencias congruentes de tratamiento para el paciente y su familia y que estén al alcance de sus posibilidades. Así mismo, se deberán ofrecer estrategias para un mejor manejo del menor dentro del aula e involucrar al maestro(a) de tal forma que acepte su corresponsabilidad en la problemática del niño(a).						
¿El reporte psicológico ofrece alternativas viables dentro del ámbito familiar?						
¿El reporte psicológico ofrece alternativas viables de tratamiento psicológico dentro del Centro o canalización a otras instituciones?						
¿El reporte psicológico ofrece estrategias de ayuda para un mejor manejo del menor dentro del salón de clases?						
¿En términos generales que calificación le otorgaría al reporte psicológico?						



**REPORTE PSICOLÓGICO N° 1**

**Motivo de consulta:** El paciente asistió al Centro recibiendo terapia de estrés en el mes de abril. Fue dado de alta.

Durante su estancia en el CENDI los maestros reportaban Déficit de atención.

El paciente ha reportado que se sentía acosado por los maestros.

En la actualidad el paciente tiene bajo rendimiento escolar, problemas para concentrarse e inseguridad.

**REPORTE PSICOLÓGICO**

En respuesta a la solicitud realizada por la escuela, se practicó una Evaluación Psicopedagógica al menor de 10.6 años y en función de los siguientes instrumentos se determinaron los resultados posteriormente descritos:

- Entrevista con la madre
- Escala de Inteligencia Wechsler para niños
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Test de la Figura Humana

El menor cuenta con buenas capacidades intelectuales para el aprendizaje, su coeficiente intelectual se encuentra en un nivel normal alto y acorde a su edad.

CI Verbal = 107; CI Ejecución = 127; CI TOTAL = 120 ubicándolo en NORMAL ALTO

En la prueba de inteligencia, se observa que el niño cuenta con una buena capacidad de percepción visual y observación, es decir, organización y análisis e insight visual, identificación de objetos y sus características esenciales, Información, asociación y organización de experiencias así como memoria a largo plazo. Para incorporar la información del medio ambiente refleja un entorno cultural elevado y abundantes lecturas así como atención involuntaria y memoria auditiva inmediata. Donde relaciona los intereses por la lectura externa y la riqueza del medio ambiente temprano además de tener la capacidad para responder bajo presión y la memoria visual a largo plazo. Sin embargo, le es difícil al niño utilizar numéricos y operaciones aritméticas las cuales están relacionadas.

Nivel de maduración neurológica (Bender)

Se encontró un nivel de maduración en el niño de 6 años 6 meses – 6 años 11 meses muy por debajo de su edad cronológica observando 7 indicadores de probable alteración pero solo 3 resultaron altamente significativos de posible daño ya que reporta:

Fig. 1 círculos por puntos

Fig. 3 Rotación

Fig. 4 Rotación

Fig. 5 Círculos por puntos

Fig. 6 Ninguna curva

Fig. 7 Distorsión de la forma

La integración corporal por parte del niño, es correspondiente a un nivel de desarrollo Normal.

**Esfera emocional:**

La dinámica familiar que vive el menor, no ha logrado satisfacer sus necesidades de favorecer su desarrollo emocional. Debido a que la relación con sus padres es ambivalente aunque el niño se percibe como un niño seguro, con buena autoestima aunque presenta rasgos de ansiedad y agresividad. Además de afrontar situaciones de pérdida de manera positiva. Por otro lado, refleja una inestabilidad emocional resultante de la coordinación o un pobre control motor debido a la tensión que experimenta el niño, así como la ansiedad o falta de atención que presenta.

El menor tiene dificultades para relacionarse con otros niños de su edad, por lo que tiene miedo de ser el centro de atención en el grupo o en el que se encuentra considerando que el niño se muestra ansioso al momento de hablar de la escuela y de su maestra.

**SUGERENCIAS:**

Se recomienda que los padres asistan a algún programa de Apoyo Psicoeducativo, a fin de obtener las herramientas necesarias para promover el desarrollo armónico tanto intelectual como emocional de su hijo y puedan determinar un modelo de educación a seguir, acorde a la dinámica familiar y necesidades del desarrollo del niño.

Se recomienda que el menor acuda a terapia psicológica al programa de intervención psicosocial para niños y sus familias, para que pueda trabajar sus dificultades emocionales.

Se recomienda su valoración neuropsicológica.

Se recomienda a la escuela, trabajar con el niño actividades que permitan estimular su desarrollo académico, social y personal.



**REPORTE PSICOLÓGICO # 2****COPIA TEXTUAL DE LA CARTA-SOLICITUD ENVIADA POR LA ESCUELA:****A QUIEN CORRESPONDA:**

Por este medio la abajo firmante, profesora del alumno -----, advierto que:

- Es un alumno solidario con los problemas de sus compañeros y se interesa en apoyarlos con alimentos o materiales.
- Cuenta con un gran amigo en el mismo grupo. El grado anterior la profesora prohibió cultivar su amistad, sin embargo, yo observo actitudes positivas que puede imitar, por lo que no me opongo a su desarrollo.
- En cuanto a las relaciones con el sexo opuesto es muy afortunado pues es bien aceptado y ha comentado tener novia en el grupo "B" y ahora en nuestro grupo.
- Es tolerado y querido por sus compañeros.
- Al inicio del curso contestaba a mis sugerencias y se oponía a realizarlas, hoy es más respetuoso y escucha.
- Demuestra desinterés y desconcentración en el trabajo escolar, en clase constantemente se distrae y trabaja poco las actividades (en reiteradas ocasiones copia los resultados in esforzarse en conseguirlos.)
- Manifiesta inseguridad al exponer temas preparados en casa y clase, (por lo general explica muy poco o solamente participa como presentador del equipo) lo cual demuestra que no colabora en la investigación, preparación del material o que no le quedan claros los conceptos, pues en el resto del tiempo es extrovertido, sociable y juguetón.
- Constantemente incumple con sus tareas.
- Presenta escasa calidad en los trabajos, libros y cuadernos, pues no reúnen las características solicitadas para su presentación.
- Al solicitar su intervención para leer, aclarar, explicar o resolver algún ejercicio en clase no participa.
- Continuamente se encuentra platicando y distraído.
- Al resolver exámenes no se esfuerza en contestarlos, su palabra favorita es "me rindo". El resto de sus compañeros manifiesta que desde el primer grado escolar ha presentado esta problemática. Dicen que este año he logrado que trabaje.
- Al tratar asuntos relacionados con el hogar ha manifestado desacuerdo y desamor hacia su hermano.
- Expresa dolor al no contar con características físicas parecidas o iguales a las de su hermano. (color de piel y ojos).
- Ha manifestado que sale bastante por las tardes, que juega videojuegos en casa y en máquinas de apuesta fuera, por lo que en ocasiones ha traído dinero (por sus palabras 200 ó más) que gana en las máquinas ubicadas en tiendas cercanas a su domicilio.

- Demuestra normal interés en la sexualidad, aunque no abiertamente he escuchado que ve y/o conoce programas pornográficos o de franca manifestación sexual.
- Al inicio del curso comentó que tenía amigos de la cuadra (o por su casa) mayores que él, los cuales le informaban sobre asuntos sexuales.

Atentamente:

1. **Motivo de Consulta:** La madre del paciente acude al centro en compañía de su hijo, quien presenta problemas emocionales desde la ruptura de la relación de sus padres hace dos meses. Refiere la madre que desde que su hijo era pequeño ha habido violencia entre ella y su pareja. En diciembre pasado decidió salirse de su casa llevándose a su hijo debido a que su pareja había agredido al niño. Al entrevistar al paciente, refiere tener miedo de encontrarse con su papá y se lo vaya a querer llevar, alejándolo de su mamá. También refiere que siente que su mamá ya no lo abraza, como antes lo hacía, como que a ella ahora le importan otras cosas. El paciente presenta un sobrepeso de aproximadamente 10 kgs.; controla esfínteres hasta por dos días sin defecar.

## REPORTE DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

A partir del trabajo diagnóstico que se realizó con el menor----- de 8 años 4 meses de edad, se puntualizan los siguientes resultados arrojados a través de los siguientes instrumentos:

- Entrevista con la madre
- Test Gestáltico Visomotor de Bender
- Test de la Figura Humana
- Test de la Familia

### ÁREA INTELECTUAL

-----Obtiene un nivel de maduración neurológica de 9<sup>0/12</sup> - 9<sup>11/12</sup>, que se encuentra por arriba de su edad cronológica.

La integración corporal del menor, es correspondiente a un nivel de desarrollo Normal en relación a niños promedio de la misma edad.



## ÁREA EMOCIONAL

Muestra signos de inseguridad, ansiedad y depresión, también se observa una actitud agresiva y un gran enojo.

Se siente distante de los padres, sobre todo del padre. A la madre la percibe como la que le da amor y protección, al padre lo ve como una figura imponente y muy agresivo.

Los resultados obtenidos se confirman con lo reportado por la madre en la entrevista, con base en ello se dan las siguientes sugerencias.

## SUGERENCIAS

Se sugiere que el menor reciba terapia individual en el CSP, se recomienda "Juego del Optimismo", esto para fortalecer su área emocional la cual se encuentra quebrantada por la separación de los padres y por la violencia ejercida por parte del padre hacia la familia.

## **NOTA. CARTA DE RESPUESTA ENVIADA A LA ESCUELA POR EL CENTRO.**

Por este conducto informo, que se realizó EVALUACIÓN PSICOPEDAGÓGICA al menor-----, con número de expediente \_\_\_\_\_. Los resultados obtenidos a través de la Preconsulta, historia clínica con la madre, Test Gestáltico Visomotor de Bender, Test de la Figura Humana y Test de la familia, nos señalan que el menor está en condiciones de continuar con su formación primaria, no encontrándose daño orgánico y manifestando una edad de maduración que corresponde a los 9 años de edad.

**Observación(es):** Se sugiere que el menor asista al "Juego del Optimismo", para fortalecer su área emocional, la cual se encuentra quebrantada por la separación de los padres y por la violencia ejercida por parte del padre hacia la familia.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo y agradecer su preferencia.

**REPORTE PSICOLÓGICO # 3****CARTA-SOLICITUD DE ATENCIÓN DE LA ESCUELA**

ASUNTO: Valoración y atención.

Coyoacán, D. F., a 5 de febrero de 2009.

Dirigida al Centro:

Por medio de la presente me dirijo a usted para solicitar valoración y atención para el alumno----

Quien cursa el 4º grado de primaria en la escuela de referencia, por presentar dificultad en el desarrollo de sus competencias de tipo adaptativo.

El diagnóstico que realicen y las sugerencias que proporcionen de manejo conductual dirigidas hacia el contexto aúlico, será de mucha utilidad para adoptar nuevas estrategias de trabajo más adecuadas a las necesidades educativas del alumno.

Sin otro particular, y en espera de su amable respuesta reciba un cordial saludo.

Atentamente

**Motivo de Consulta:** Desde primer año de primaria el paciente presenta problemas de conducta y de atención en la escuela. Dice pelearse físicamente y agredir emocionalmente a otros niños y niñas mayores y menores que él, lo que sucede 5 ó 6 veces al mes. Actualmente está en 4º año de primaria, otros niños le dicen "el niño huevo", según la madre durante el preescolar era un niño "normal", sin problemas de conducta o atención. Ella lo atribuye a los constantes cambios y mudanzas, el paciente nació en Estados Unidos y ha vivido en varias ciudades de Estados Unidos y México. Las mudanzas y las constantes peleas y discusiones de los padres que el niño presencia, son según la madre el origen del problema. El paciente refiere no querer vivir solo con su papá ya que éste le impone mucha disciplina. Según la madre no respeta límites y normas, es muy violento y agresivo. El psiquiatra le diagnosticó TDA. Recibe tratamiento psiquiátrico desde el 2008 en el Centro la Ciénaga, toma carbomacepina (no se ponen las dosis), según la madre reporta leve mejoría. El área más afectada en el niño es la académica, tiene bajo rendimiento escolar con 6 de promedio, no atiende clases y no le gusta hacer la tarea. El área social del niño también se ve afectada ya que sólo tiene un amigo de 6 años y no convive con otros niños.



## REPORTE PSICOLÓGICO

Nombre: -----

Edad: 10 años 1 mes

Sexo: Masculino

Lateralidad: diestro

Fecha de nacimiento: 16/02/1999

Fecha de evaluación: 23/03/2009

- WISC-III (Escala Wechsler de Inteligencia para niños)
- Escala de Maduración Neurológica de Bender

### Comportamiento durante la evaluación

Se utilizaron tres sesiones con tiempos variables para la evaluación de -----. La primera sesión se le aplicó la escala de maduración de Bender y las dos últimas se utilizaron para la aplicación del WISC-III, en estas últimas dos sesiones, se le motivó utilizando la técnica de economía de fichas, para premiar su buen comportamiento y cooperación en cada una de las pruebas encomendadas. Como premio a su buen desempeño se le dieron billetes que al final pudo canjear por un pequeño premio.

----- se mostró contento, interesado y cooperativo en las tareas que se le pedían que hiciera durante la evaluación. Solamente se mostró tedioso y aburrido en las tareas que ameritaban un uso de las matemáticas y en una tarea donde se le solicitó que encontrara semejanzas. Se distraía de vez en cuando, sin embargo estas distracciones eran por algunas curiosidades que se le presentaban respecto a algún concepto desconocido para él, que al ser respondidas lograba atender y seguir con la aplicación de la prueba adecuadamente. Trabajó eficazmente y sin ningún problema, pudo terminar todas las tareas de la evaluación.

Es un niño que se relaciona con facilidad y que platica de manera espontánea, se distrae con frecuencia pero logra regresar a la tarea que se le pide cuando su

inquietud es resuelta. La primera prueba la realizó en 20 minutos y mostró desorganización en los dibujos, en cuanto a la segunda fue realizada en dos horas y parecía cansado en los últimos minutos de ésta, mostrando tedio y aburrimiento.

### Área de maduración neurológica

A partir de la evaluación, se encontró que ----tiene un nivel de maduración neurológica de 9 0/12 – 9 11/12, lo que lo ubica por debajo de su edad cronológica. Se encontraron dos indicadores alterados, sin embargo, ninguno altamente significativo, ni de probable alteración neurológica.

En cuanto a los indicadores emocionales encontrados en la evaluación se puede decir que al parecer ---- es incapaz de planear y organizar el material con el que debe trabajar, lo cual es posible que se deba a los factores emocionales que enfrenta por su situación familiar. Además se observa que es un niño con signos de impulsividad y ansiedad.

Dados los resultados obtenidos, es posible que los problemas presentados por ---

Se deban a dos causas, la primera sería alguna complicación elicitada por las condiciones de nacimiento del menor y la segunda sería causada por factores emocionales que afectan directamente su conducta.

### Área intelectual

---- obtuvo un Coeficiente Intelectual total (CI) de 93, en ambas escalas verbal y de ejecución obtuvo la misma puntuación (CI) de 94. Encontrándose homogeneidad en las dos escalas, obteniendo una inteligencia promedio.

Los resultados de la prueba indican que el menor tiene mayor capacidad que los niños de su edad, para aprender, posee una buena reserva de conocimientos y un desarrollo de lenguaje adecuado. Presenta buena comprensión, expresión y conceptualización verbal, su razonamiento es mayor que los de su cohorte, lo cual le permite evaluar y utilizar la experiencia pasada. Por otra parte, se puede decir



que ---- conoce las normas sociales de comportamiento, juicio y madurez que se deben seguir en la sociedad en la que se desenvuelve.

En cuanto a las tareas que ameritan distinguir entre las características esenciales y las no esenciales se le dificultan un poco al menor, posee una capacidad de rastreo visual y una flexibilidad cognoscitiva menor que los niños de su edad. Por otro lado le resulta complicado realizar trabajos que ameriten sus recursos mnemónicos, tanto a corto y largo plazo, lo cual nos indica que al parecer --- le cuesta trabajo conservar y recuperar información escolar y de su ambiente.

---- posee una capacidad de análisis y síntesis de los estímulos visuales abstractos mayor que los niños de su edad, lo que indica que se le facilita la formación de conceptos no verbales, percepción y organización visual. Además tiene una mejor coordinación visomotora comparada con la de sus pares, es decir es capaz de realizar pruebas ensayo y error de manera exitosa y es hábil para percibir un todo, así como para entender las relaciones individuales de sus partes.

La capacidad de ---- en cuanto a la atención y la concentración se encuentran en un nivel bajo en comparación con otros niños de su edad, tiene poca habilidad para transformar la información y manipularla mentalmente. Además de acuerdo a los resultados parece ser que es difícil motivar a ---- para realizar las cosas. Presenta una mala coordinación ojo-mano, una velocidad y exactitud deficientes para evaluar problemas, ya que no logra reproducir el material aprendido con velocidad ni precisión.

### Conclusiones

---- presenta un nivel de maduración neurológica menor con respecto a su edad cronológica, sin embargo, no presenta carencia de habilidades básicas que debería tener. Intelectualmente, se puede decir que ---- tampoco presenta alteraciones, aunque se observan ciertas debilidades en la realización de algunas tareas que ameritan de recursos mnemónicos, de atención y concentración.

Las dificultades mnemónicas podrían deberse a la falta de motivación del menor por la escuela, lo cual, al parecer se debe a los problemas emocionales que vive

en casa. Con respecto a la falta de atención y concentración en ---- se recomienda escucharlo, platicar con él y responder las dudas e inquietudes que le surjan dado que es un niño que se encuentra en pleno desarrollo y que espera que sus preguntas sean resueltas y al obtener respuestas, logra trabajar y obedecer indicaciones adecuadamente. Por lo cual se sugiere que se le ayude a entender el mundo que está descubriendo facilitándole las respuestas que él requiere. Una técnica que ayudaría en el aula para mejorar su conducta sería la economía de fichas, que consiste en darle una ficha o billete de juguete por buenas conductas las cuales deberá reunir para ganar una recompensa mayor que motive al niño a trabajar cooperativa y eficazmente dentro y fuera del aula.

A partir de estos resultados y con respecto a la petición de la escuela \_\_\_\_\_, se responde que los problemas citados reflejan una relación familiar difícil, aunada a una posible alteración a nivel neurológico debido a las condiciones de su nacimiento y su desarrollo (sufrimiento fetal, hipoxia neonatal y presencia de convulsiones).

Por lo que se sugiere una valoración neurológica fina que ayude a descartar con mayor detalle el posible daño neurológico, además sería importante trabajar con toda la familia en una terapia familiar, para la resolución de la problemática de desavenencia entre los padres percibido por el menor, lo cual afecta directamente su conducta.



## REPORTE PSICOLÓGICO # 4

**MOTIVO DE CONSULTA:** La madre de la menor solicita ayuda debido a que en el Jardín de niños le reportan que su hija no muestra signos de independencia, ni juega con pares. La maestra refiere que la menor es muy tímida y tiene problemas de desarrollo (motor grueso y lenguaje). La madre pide valoración para que su hija pueda ser promovida al ciclo escolar siguiente.

### ESCALA DE DESARROLLO DENVER

A partir de la sesión diagnóstica llevada a cabo con la menor de 4 años 1 mes 1 día es posible concluir que su desarrollo en casi todas las áreas respecto de su línea de edad, es normal; sin embargo presenta un leve retraso en lenguaje y el área personal-social.

En lo relativo al área personal social, gracias a la información proporcionada por la madre en la sesión diagnóstica, se sabe que es capaz de realizar casi todas las tareas; sin embargo presentó fracasó al intentar separarla de la madre, la niña empezó llorar y a golpear a su mamá cuando intentaba alejarse de ella. Explicando ésta que \_\_\_\_\_ siempre tiene dificultad para empezar a relacionarse con desconocidos de cualquier edad.

El desarrollo motor fino-adaptativo y motor grueso resulta normal. Respecto al primero, fue capaz de copiar figuras mostradas sin demostración, mejorando su realización después de recibirla (en el caso del cuadrado); así mismo dibuja una figura humana con al menos 6 partes. Por otro lado, las tareas asignadas para evaluar el desarrollo motor grueso fueron completadas con éxito. \_\_\_\_\_ es capaz de saltar sobre un pie, caminar punta talón hacia adelante, equilibrarse durante 10 segundos y atrapar una pelota con rebote. También fue capaz de caminar punta talón hacia atrás.

En la evaluación del lenguaje, \_\_\_\_\_ comprende lo que es frío, hambre y cansancio, preposiciones, reconoce colores, define palabras en términos de uso y composición de objetos, fracasando en analogías opuestas (3 de 3), también se logró detectar una leve dificultad en la pronunciación de algunas palabras; sin

embargo, no fue posible determinar cuáles letras le causan problema ya que la paciente hablaba en tono muy bajo y se negaba a repetir lo que había dicho, no se le quiso forzar. Con el fin de descartar un retraso en su desarrollo se le aplicó la prueba anterior (sigue dos o tres direcciones), la que aprobó sin problema.

Al inicio de la sesión, la niña se mostró irritable, agresiva con la madre y la evaluadora y presentó llanto, reiterando una y otra vez que no iba a trabajar, a pesar de que se le había prometido un pequeño premio y que se jugaría durante 10 minutos al terminar la sesión, siempre y cuando trabajara sin dificultad.

Como una estrategia para motivar a la niña se invitó a la madre a "jugar" con la evaluadora y así poder realizar las actividades de la prueba. Se logró con esto que \_\_\_\_\_ se integrara poco a poco y finalmente trabajó sin ningún problema. Se logró establecer un excelente rapport con \_\_\_\_\_ al final de la sesión se despidió con un beso y una invitación a comer a su casa.